UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

REJANE SALOMÃO GAVIN

Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador

RIBEIRÃO PRETO

2013

REJANE SALOMÃO GAVIN

Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Ribeirão Preto

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Publicação
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

GAVIN, REJANE SALOMÃO

Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador, 2013.

108f.

Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Depressão. 2. Estresse. 3. Ansiedade. 4. Saúde Mental.

Rejane Salomão Gavin

Depressão, estresse e ansiedade: Um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À todos trabalhadores que de uma maneira ou outra estão insatisfeitos com o contexto laboral, originando sofrimento e vulnerabilidade aos perigos a sua saúde mental.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por todas as bênçãos que tenho recebido ao longo da minha vida.

Ao meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a viver com dignidade.

À todos da minha família que sempre torceram por mim, me ajudando a conquistar esse sonho.

Ao meu esposo e filha, pela compreensão e companheirismo, por sempre estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis, por terem permanecido ao meu lado me incentivando e apoiando, por entenderem minha ausência como esposa e mãe.

Às minhas amigas pelo apoio, confiança e energias positivas e pela paciência nos momentos que me ausentei.

À Carol, Emilene, Sandra, Léo e Carla, pela disponibilidade em me ajudar durante esta trajetória.

Ao Miguel, que me alegrou e me relaxou com seu sorriso e sua inocência de criança.

À Profa. Dra. Maria Helena Pessini, amiga, precursora e incentivadora da minha trajetória acadêmica.

À Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato, orientadora e amiga, pela paciência, compreensão, dedicação, disponibilidade, incentivo e principalmente por acreditar em mim e na minha capacidade, propiciando e participando da realização deste sonho e desta conquista.

Ao Profa. Dra. Ana Carolina G. Zanetti e Profa Dra. Clarissa Mendonça Corradi-webster, por terem aceitado participar desta banca e por suas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos funcionários do Campus da USP de Ribeirão Preto, que participaram desta pesquisa e contribuíram para a execução da mesma.

Aos funcionários da EERP que sempre me recebem com solicitude infinita. Em especial, Adriana.

A CAPES, pela concessão da bolsa de Mestrado

À FAPESP pelo apoio concedido ao projeto.

*Quando a alma está feliz,
a prosperidade cresce,
a saúde melhora,
as amizades aumentam,
o mundo fica de bem
com você.*

*O mundo exterior
reflete o
interior.*

Gandhi

RESUMO

Gavin, S. R. **Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador.** 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Depressão, estresse e ansiedade são condições comuns no contexto laboral e coexistem num mesmo indivíduo, criando relações que necessitam de uma melhor compreensão. Objetivos: identificar a associação entre sintomatologia depressiva e variáveis sociodemográficas, características de trabalho, exposição ao estresse ocupacional e condições de saúde mental entre trabalhadores de uma universidade pública do interior de São Paulo. Método: estudo epidemiológico, descritivo-exploratório, de corte transversal, com amostra de 925 indivíduos. Os instrumentos de coleta de dados foram: Questionário de Dados Sociodemográficos (QSD), *Job Stress Scale* (JSS), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Os dados foram submetidos à estatística descritiva e analítica. Resultados: A amostra foi composta por uma maioria de mulheres (54,9%); na faixa etária de 40 a 49 anos (40,5%); com ensino superior completo (51,0%); sendo praticantes de alguma religião com 93,6%; casados (66,4%); com filhos (69,0%); exercendo função de nível médio (52,9%); tempo de exercício no trabalho de até 10 anos (45,9%). Estavam altamente expostos ao estresse ocupacional 18,7% da amostra, 13,2% faziam uso problemático de álcool e 6,6% referiram problemas por uso de álcool. Na análise bivariada, as chances de ocorrência de depressão foram significantes para as variáveis demanda psicológica no trabalho, controle no trabalho, apoio social no trabalho, ansiedade e problema autorreferido por uso de álcool. Estas variáveis foram incluídas no modelo de análise múltipla com aquelas que apresentaram $p < 0,20$, incluindo-se a alta exposição ao estresse ocupacional ($p = 0,195$) e o uso problemático de álcool ($p = 0,055$). A partir da análise multivariada, foram mantidos no modelo final de associação com a depressão: o controle sobre o trabalho executado (OR=0,95; IC 95%=0,89-1,00), o apoio social (OR=0,85, IC 95%=0,80-0,90), a ansiedade (OR=5,97; IC 95%=4,14-8,60) e os problemas autorreferidos por uso de álcool (OR=2,76; IC 95%=1,51-5,04). Conclusão: A ansiedade e os problemas autorreferidos por uso de álcool apresentaram-se como fator de risco para a depressão. O controle sobre o trabalho exercido e o apoio social apresentaram-se como fatores de proteção para a sintomatologia depressiva entre os trabalhadores investigados.

Descritores: Estresse; ansiedade; depressão; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Gavin, S. R. **Depression, stress and anxiety: a focus on the worker's mental health.** 2013. 108 f. Dissertation (Master's degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Depression, stress and anxiety are common conditions in the employment context and coexist in the same individual, creating relationships that need better understanding. Objectives: To identify the association between depressive symptoms and sociodemographic variables, job characteristics, exposure to occupational stress and mental health conditions among workers at a public university in the state of São Paulo. Method: epidemiological, descriptive, exploratory, cross-sectional study with a sample of 925 individuals. The instruments for data collection were: Questionnaire of sociodemographic data (QSD), Job Stress Scale (JSS), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Data were submitted to descriptive and analytical statistics. Results: The sample was composed of a majority of women (54.9%), aged 40-49 years (40.5%), with higher education (51.0%); practice a religion with 93,6%; married (66.4%), with children (69.0%); exercising technical function (52.9%), time working in the institution up to 10 years (45.9%). Were highly exposed to occupational stress 18.7% of the sample, 13.2% had problematic alcohol use, 6.6% reported alcohol use problems. In bivariate analysis the chances of occurrence of depression were significant for the variables: psychological demands at work, job control, social support at work, anxiety and self-reported problem for alcohol use. These variables were included in the multivariate analysis model along with those with $p < 0.20$, including high exposure to occupational stress ($p=0.195$) and problematic alcohol use ($p=0.055$). From the multivariate analysis, remained in the final model of association with depression: control over the work performed ($OR=0.95$, $CI\ 95\%=0.89-1.00$), social support ($OR=0.85$, $CI\ 95\% = 0.80-0.90$), anxiety ($OR=5.97$, $CI\ 95\%=4.14-8.60$) and problems self-reported alcohol use ($OR=2.76$, $CI\ 95\%=1.51\ to\ 5.04$). Conclusion: The self-reported problems by the use of alcohol and anxiety showed to be risk factors for depression. The job control and social support had performed as protective factors for depressive symptoms among the investigated workers. Descriptors: Stress, anxiety, depression, mental health.

RESUMÉN

Gavin, S. R. **Depresión, estrés y ansiedad: un enfoque sobre la salud mental de** **lós.** 2013. 108 f. Teses (Maestría)- Escola del Enfermaria de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La depresión, el estrés y la ansiedad son condiciones comunes en el contexto de trabajo y conviven en un mismo individuo, creando relaciones que necesitan una mejor comprensión. Objetivos: Identificar la asociación entre síntomas depresivos y las variables sociodemográficas, las características del trabajo, la exposición al estrés en el trabajo y las condiciones de salud mental entre los trabajadores de una universidad pública en el estado de São Paulo. Método: Estudio epidemiológico, descriptivo, exploratorio, transversal con una muestra de 925 individuos. Los instrumentos de recolección de datos fueron: Cuestionario de datos sociodemográficos (QDS), escala de estrés en el trabajo (JSS), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT .) Los datos fueron sometidos a estadística descriptiva y analítica. Resultados: La muestra estuvo compuesta por una mayoría de mujeres (54,9%), con edades entre 40-49 años (40,5%), con estudios superiores (51,0%), la práctica de una religión con 93,6%, casados (66,4%), con hijos (69,0%), ejerciendo la función nivel medio (52,9%), tempo en el trabajo superior a 10 años (45,9%). Estuvieron altamente expuestos al estrés laboral 18,7% de la muestra, 13,2% tenían consumo problemático de alcohol, 6,6% reportó problemas de consumo de alcohol. En el análisis bivariado las probabilidades de ocurrencia de la depresión fueron significados para las variables exigencias psicológicas del trabajo, control de trabajo, el apoyo social en el trabajo, la ansiedad y los problemas referidos por el consumo de alcohol. Estas variables se incluyeron en el modelo de análisis múltiplo, junto con aquellos con $p < 0,20$, incluyendo la alta exposición al estrés ocupacional ($p = 0,195$) y el uso problemático de alcohol ($p = 0,055$). En el análisis múltiplo, se mantuvo en el modelo final de la asociación con la depresión: el control sobre el trabajo realizado (OR = 0,95, IC 95%: 0,89-1,00), apoyo social (OR = 0,85, IC 95% 0,80-0,90), la ansiedad (OR = 5,97, IC 95%=4,14-8,60) y los problemas auto informados por consumo de alcohol (OR = 95% 2,76, IC 95%=1,51-5,04). Conclusión: La ansiedad y los problemas auto informados por consumo de alcohol presentaron se como factores de riesgo para la depresión. El control sobre el trabajo y el apoyo social fueron identificados como factores protectores para los síntomas depresivos entre los trabajadores investigados. Descriptores: Estrés; ansiedad; depresión; salud mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema do modelo Demanda-Controle de Karasek.....	29
Figura 2 – Distribuição dos servidores públicos segundo a variável tipo de trabalho do <i>Job Strain Model</i>	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos servidores públicos segundo as características sociodemográficas, econômicas e de trabalho. Ribeirão Preto –SP, 2010.	53
Tabela 2	Distribuição dos servidores públicos segundo pontuação nas dimensões da JSS. Ribeirão Preto –SP, 2010.	55
Tabela 3	Distribuição dos servidores públicos segundo exposição ao estresse ocupacional (JSM). Ribeirão Preto –SP, 2010.	56
Tabela 4	Distribuição dos servidores públicos segundo níveis de ansiedade e depressão. Ribeirão Preto –SP, 2010.	56
Tabela 5	Distribuição dos servidores públicos segundo uso de bebida alcoólica (uso problemático e problemas autorreferidos). Ribeirão Preto –SP, 2010.	58
Tabela 6	Odds ratios da análise bivariada entre depressão e variáveis sócio-demográficas, nível da função exercida, estresse ocupacional, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. Ribeirão Preto/SP - 2010.	58
Tabela 7	Odds ratios da análise múltipla de controle no trabalho, apoio social, ansiedade e problemas autorreferidos por uso de álcool em relação à depressão entre servidores públicos. Ribeirão Preto/SP - 2010.	59

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APA	Associação Psiquiátrica Americana
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CCRP	Coordenadoria do Campus de Ribeirão Preto
CEP-EERP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
CID-10	Classificação Internacional de Doenças- 10ª Ed
CIRP	Centro de Informática de Ribeirão Preto
CSE-FMRP	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
ECASP	Escola de Comunicação e Artes de São Paulo
ECEU-FMRP	Espaço de Cultura e Extensão da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FEARP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina De Ribeirão Preto
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
HPA	Eixo Hipotálamo- Pituitária-Adrenal
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
JSS	Job Stress Scale (Escala de Estresse no Trabalho)
MDC	Modelo Demanda Controle
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Internacional de Saúde
QSDE	Questionário de Dados Sócio-Demográfico e Econômico
SMT	Saúde Mental do Trabalho
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBDS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Saúde mental do trabalhador	19
1.2 Estresse e trabalho	19
1.3 Ansiedade	30
1.4 Depressão	34
2 OBJETIVOS	39
2.1 Objetivo geral	40
2.2 Objetivos específicos	40
3 MÉTODOS	41
3.1 Tipo de estudo	42
3.2 Local do estudo e amostra	42
3.3 Instrumentos para coleta de dados	43
3.4 Variáveis em estudo de associação com a depressão	48
3.5 Coleta de dados	48
3.6 Considerações éticas	49
3.7 Apoio financeiro	51
3.8 Processamento de análise de dados	51
4 RESULTADOS	52
4.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, de trabalho e uso de álcool	53
4.2 Estresse ocupacional	54
4.3 Ansiedade e depressão	56
4.4 Uso de álcool	57
4.5 Associação entre depressão e as variáveis independentes do estudo	58
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÕES	76
7 REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	97
A – <i>Job Stress Scale</i>	98
B – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	104
C – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	101
D – <i>Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)</i>	103
E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP	104

F – Autorização para uso da JSS.....	105
APÊNDICES	106
A – Questionário sociodemográfico	107
B – Termo de consentimento livre e esclarecido	107

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar entre as causas de afastamento do trabalho, sendo que o crescimento desses índices nos últimos anos coincide com a implantação de profundas transformações nos contextos laborais. Vivemos numa época em que a tecnologia e a automação criam uma verdadeira revolução no mercado de trabalho. Exatamente, nesse contexto, a reestruturação produtiva traz no seu bojo, entre outros efeitos, crescente competitividade e ansiedade entre os trabalhadores, emergindo um intenso sofrimento psíquico que pode ter como consequência o acometimento, entre os trabalhadores, de problemas de saúde mental, principalmente a depressão (TEIXEIRA, 2007).

As transformações no mundo do trabalho com os avanços tecnológicos, bem como a globalização, fazem surgir um novo olhar para analisar a relação do homem com o trabalho. A reestruturação das organizações em suas atividades e processos, para se manterem competitivas e adaptarem-se à nova dinâmica do mercado mundial, influenciou tanto a organização do trabalho quanto os trabalhadores e a sociedade como um todo. A maioria dos trabalhadores vivencia ou já vivenciou situações de descontentamento, desgaste emocional, sentimento de injustiça e conflitos interpessoais nas relações de trabalho (HAZLETT-STEVENSON, 2012).

O trabalho é uma atividade inerente ao indivíduo enquanto ser social. Como o homem passa uma expressiva parte de sua vida no ambiente de trabalho, ele está passível a várias ocorrências que podem interferir positiva ou negativamente sobre sua saúde física e/ou mental.

Nas últimas décadas, a alta exigência do mercado de trabalho e a alta competitividade têm obrigado as organizações a buscarem meios para sobreviver neste ambiente, exigindo mais trabalho e dedicação dos funcionários (CANFIELD, 2007). Apesar disso, o ambiente de trabalho deve respeitar a vida e a saúde do profissional, garantindo condições que possibilitem seu bem-estar (MIRANDA et. al., 2003). Diante de um trabalho caracterizado por alta demanda e exigência do trabalhador, este fica vulnerável a problemas de saúde advindos das excessivas demandas físicas e psicológicas (ARAÚJO et. al., 2003).

A avaliação dos aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho tem sido objeto de estudos recentes em saúde do trabalhador (CAMELO e ANGERAMI, 2008, MANETTI, MARZIALI e ROBAZZI, 2008; GHERARDI-DONATO, LUIS e CORRADI-WEBSTER, 2012; URBANETTO et. al., 2011). Isso se deve ao número crescente de transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho que se evidenciam nas estatísticas oficiais e não oficiais.

No Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), considerando-se apenas trabalhadores com registro formal, temos que os transtornos mentais estão em terceiro lugar entre as causas de concessão de benefícios previdenciários, entre os quais auxílio-doença, afastamento por mais de quinze dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde, o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho está associado ao contexto laboral e à interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. Entre os fatores geradores de sofrimento estão a falta de trabalho ou ameaça de perda do emprego; o trabalho desprovido de significação; as situações de fracassos; os ambientes que inibem a comunicação espontânea; os fatores relacionados ao tempo (ritmo, turno de trabalho, jornadas longas); a pressão por produtividade; a intensidade ou monotonia do trabalho executado e a vivência de acidentes de trabalho traumáticos (BRASIL, 2001).

Inúmeros fatores inerentes à atividade laboral, como mudanças de chefia, cargo, condição financeira, estratégias inadequadas de enfrentamento, dificuldades para lidar com o superior, horários de trabalho ininterruptos, têm sido apontados como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse laboral, ansiedade e depressão (GUIC et. al., 2002).

Os fatores estressantes relacionados ao contexto do trabalhador têm várias origens: fatores intrínsecos ao trabalho, como o relacionamento interpessoal, a sobrecarga, o suporte social, o conflito de interesses; e os fatores extrínsecos ao trabalho: como idade, sexo, renda familiar, características individuais entre outros (MANETTI, 2008).

Se por um lado o trabalho constitui uma fonte de progresso e bem-estar social, em contrapartida, as condições a que são submetidos os trabalhadores precisam ser pesquisadas e analisadas, buscando assegurar a integridade física e

mental do trabalhador. Partindo do pressuposto de que o trabalho é um dos componentes básicos na vida do ser humano, pesquisadores têm percebido a relevância em investigar as variáveis que influenciam o estresse ocupacional (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et. al., 2004; ARAÚJO et. al., 2003, CARRILLO; MAURO, 2003; CAMELO; ANGERAMI, 2008, MANETTI, MARZIALI, ROBAZZI, 2008; GHERARDI-DONATO et. al., 2011; URBANETTO et. al., 2011).

Considerando-se os diversos agravos à saúde mental dos trabalhadores, temos o estresse como ponto de convergência que permeia o cotidiano das relações de trabalho e se destaca como temática central deste estudo.

Assim, torna-se factível que as situações ocupacionais inadequadas, as exigências sobre o corpo e sobre as capacidades cognitivas e psíquicas no ambiente de trabalho podem ser geradoras de doenças mentais, à vista disso devem ser investigadas as variáveis que podem influenciar o estresse laboral no intuito de colaborar para a compreensão desses fatores e para o desenvolvimento futuro de estratégias de prevenção cuja meta é reduzir os danos causados pelo estresse no contexto laboral. Dessa forma, considerando dados da literatura que apontam para a necessidade de maiores investigações que contribuam para a melhoria da saúde do trabalhador em geral, fundamentou-se a execução desta pesquisa.

1.1 SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

O aumento significativo no número de registro de doenças relacionadas ao trabalho a cada ano incentiva os pesquisadores a investigar a relação entre a gênese das doenças físicas, mentais ou psicossociais e a organização do trabalho, bem como o impacto das modificações nas relações sociais de produção para os trabalhadores. Significativas mudanças ocorreram a partir da década de 1970, entre elas: revolução tecnológica, interdependência global das sociedades econômicas e políticas, reestruturação da produção, geração de um novo sistema digital, entre outras (FARIA, 2004).

Os novos modelos de configuração do trabalho e gestão de pessoas têm acarretado uma corrosão emocional no trabalhador, sendo considerado um fator significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, como é o caso da depressão e da ansiedade patológica (DEJOURS, 2000).

O trabalho possui vários elementos que predispõem à formação do *self* ou à autoimagem do trabalhador. Esses elementos podem levar à percepção do trabalho como manancial de prazer, quando promove a valorização, admiração, reconhecimento e a possibilidade de expressar criatividade. Em contrapartida, podem causar sofrimento, à medida que criam situações de medo e de tédio que podem se refletir em sintomas de ansiedade e insatisfação (DEJOURS, 1999).

O trabalho é uma atividade humana, individual e coletiva e sempre esteve presente na vida das pessoas, ou como forma de realização profissional ou como necessidade de sobrevivência, podendo ser considerado como um organizador da vida social (ALVES, 2011).

Atualmente as organizações passam por muita pressão no que diz respeito ao aumento da produtividade, agilidade, perfeição, criatividade e atualização constante, num ambiente extremamente competitivo, podendo influenciar na saúde física e mental do trabalhador. A organização do trabalho pode apresentar-se como fator de sofrimento mental dos trabalhadores. Para Dejours (1992), as condições de trabalho têm como alvo o corpo, enquanto a organização do trabalho atinge o funcionamento psíquico.

Autores afirmam que o sofrimento do trabalhador é expresso por sentimento de insatisfação e ansiedade, decorrentes da falta de significado do conteúdo do trabalho para o indivíduo, da fadiga, do conteúdo ergonômico e das cargas de trabalho (DEJOURS, 1986).

De acordo com Codo e colaboradores (2004), o trabalho pode ser experienciado como perspectiva de crescimento, de socialização e de humanização do indivíduo; no entanto, pode, também, ser desencadeador de doenças, devido à estrutura social atual e às diferentes maneiras de se organizar o trabalho.

Embora seja indiscutível a relevância acerca da saúde mental do trabalhador (SMT), ainda se observa a deficiência de clareza de ordem teórico-conceitual e metodológica sobre a SMT. Entre essas dificuldades, destacam-se a adoção dos termos estresse e o sofrimento do trabalhador como sinônimos.

A abordagem do estresse é uma corrente de análise dedicada à interface saúde mental e trabalhador e está fundamentada na teoria do estresse.

Robert Karazek foi um dos primeiros pesquisadores a identificar, nas relações sociais do ambiente de trabalho, estímulos geradores de estresse e suas

repercussões sobre a saúde. Em 1979, Karasek concebeu um modelo de avaliação do estresse percebido no ambiente de trabalho, composto de duas dimensões: demandas psicológicas e controle. Posteriormente, estudos indicaram a inclusão de uma terceira dimensão: apoio social como importante para a avaliação do estresse no ambiente de trabalho (THEORELL, 2000).

Diante do exposto nesse estudo, optamos por usar a abordagem do estresse de Karasek, a fim de contribuir com evidências científicas para melhor adequação das ações na perspectiva da melhoria das condições de trabalho, de vida e de saúde dos trabalhadores.

As transformações introduzidas nos contextos laborais, nos últimos anos, têm oportunizado, em geral, melhores condições de trabalho, com ambientes mais limpos, menos insalubres, com menos riscos de acidentes e doenças. Por outro lado, tais transformações têm causado novas formas de sofrimento envolvendo o aparato psíquico dos trabalhadores, e são disseminadas pelos mais diferentes espaços de trabalho. As estatísticas de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez refletem este atual perfil (JAQUES, 2006).

O estresse no trabalho é um problema crescente em todo o mundo e afeta não só a saúde dos profissionais, mas também a produtividade das organizações. Sendo assim as condições de vida e de trabalho podem influenciar no bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Conforme dados do Ministério da Previdência Social, os transtornos mentais e comportamentais estão entre as doenças mais incidentes no ano de 2010. O código da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID10) relativo a “Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação”, por exemplo, apresentou 5.919 casos, só no referido ano (BRASIL, 2010).

Equivalente ao mesmo documento, no ano de 2010, a Previdência Social concedeu um total de 4,6 milhões de benefícios, dos quais 84,3% eram previdenciários, 7,6%, acidentários e 8,1%, assistenciais. Comparando com o ano de 2009, a quantidade de benefícios concedidos cresceu 3,7%, com aumento de 5,2% nos benefícios urbanos e queda de 0,9% nos benefícios rurais. Esses números alarmantes provocam um substancial impacto social, econômico e sobre a saúde pública no Brasil.

Considerando-se o pagamento, pela Previdência, dos benefícios devido a acidentes e doenças do trabalho somado ao pagamento das aposentadorias especiais decorrentes das condições ambientais do trabalho, encontramos (dados de 2009) um valor da ordem de R\$ 13,40 bilhões/ano. Adicionando as despesas de custo operacional e as despesas na área da saúde e afins, o custo no Brasil, neste segmento, atinge um valor da ordem superior a R\$ 46 bilhões.

Essa contextualização, em termos de prejuízos econômicos, abarca apenas uma parcela dos prejuízos advindos da problemática do adoecimento ocupacional, apresentando-se como uma medida objetiva de avaliar o impacto dos transtornos de ordem mental entre trabalhadores. Muito há para ser observado no que tange às questões subjetivas que expressam o sofrimento e as perdas em termos relacionais e sociais, as quais demonstram uma problemática em cadeia que se desenvolve a partir de um contexto laboral potencialmente desestruturante.

A saúde mental pode ser definida como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários espaços de relação, ou seja, seu meio interno e externo. Nesse sentido o conceito de saúde mental deve englobar o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que vive assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra (FONSECA, 1985). Tal definição reforma o trabalho como um componente do contexto social a ser considerado para a manutenção da saúde mental dos sujeitos.

A nível laboral, a literatura científica tem evidenciado que as condições em que se exerce um cargo de trabalho, a oportunidade de controle, a adequação entre as exigências do cargo e as capacidades da pessoa que o desempenha, as relações interpessoais, a remuneração e a segurança física, entre outros, são fatores importantes para o bem-estar psicológico dos trabalhadores e para a sua saúde mental (KARASEK, THEOREL, 1990; ARUJO et. al., 2003; ALVES et. al., 2004; BRITO, 2007; MANETTE, MARZIALE, ROBAZZI, 2008; HURREL, SAUTER, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, as relações entre o processo e as condições de trabalho e o adoecimento físico e mental dos trabalhadores têm sido objeto de constantes averiguações científicas relacionadas ao comprometimento na produtividade e lucratividade nas empresas, aos prejuízos econômicos e aos cofres públicos com tratamento e indenizações (BRASIL, 2005).

O campo denominado saúde mental do trabalhador (SMT) busca estudar a dinâmica, a organização e os processos de trabalho, para a promoção da saúde mental do trabalhador, através da identificação de problemas, de ações preventivas e intervenções terapêuticas eficazes, auxiliando também a formulação de nexos causais dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (GUIMARÃES, 2004).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, trabalhador é todo o homem ou mulher que exerça atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, agrícolas, autônomos, públicos, cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção (BRASIL, 2004).

Neste estudo, enfocamos o servidor público, o qual exerce suas funções dentro de uma universidade pública, considerados trabalhadores técnico-administrativos.

Entendemos como funcionário público uma grande variedade de categorias profissionais (juiz, ministro, auxiliar técnico-administrativo de um Ministério ou Secretaria, entre outros) e formas diversas de afiliação e vínculo empregatício. O concursado, o prestador de serviço ao Estado, como também o ocupante de cargo de confiança, todos podem ser considerados, a depender do critério utilizado, como funcionários públicos (TAVARES, 2003).

Estudos sobre a temática de saúde mental, especificamente em servidores públicos, têm evidenciado o impacto dos transtornos de ordem psíquica nesta população (BAZZO, 1997; TAVARES, 2003). Trabalhadores de uma prefeitura no Sul do país evidenciaram que 46% dos participantes do estudo estavam estressados (VUCHIKOVSKI e MUNHOZ, 2005). No Rio de Janeiro, servidores públicos do setor bancário identificaram mais de 50% dos participantes do estudo com estresse (BARROS e MALAGRIS, 2005). Entre servidores de uma universidade pública de São Paulo, os resultados de um estudo mostraram que os fatores psicossociais de risco aumentam conforme diminuem os fatores de apoio e aumentam os de estresse social, pessoal e laboral (AREIAS; GUIMARÃES, 2004).

Empiricamente, os trabalhos realizados junto à população participante deste estudo indicaram a necessidade de abordagem desta temática. A busca por compreender o nível de estresse a que estão submetidos estes profissionais constitui-se no primeiro passo para a elaboração de planos de intervenção em direção à promoção de saúde mental neste contexto.

1.2 ESTRESSE E TRABALHO

O aumento do interesse pelo estudo do estresse no trabalho, nos últimos anos, deve-se principalmente ao seu impacto negativo na saúde e no bem-estar dos trabalhadores e no funcionamento e na efetividade das organizações. Esse impacto baseia-se no fato de que trabalhadores estressados diminuem seu desempenho e aumentam os custos das organizações com problemas de saúde, com o aumento do absenteísmo, com a rotatividade e com acidentes no local de trabalho (PASCHOAL; TAMAYO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o estresse é uma das principais causas de acidente de trabalho no mundo, representando também 25% das notificações de afastamento por incapacidade e, de acordo com os dados da Associação Internacional de Gerenciamento do Estresse, o Brasil só perde para o Japão em número de trabalhadores vitimados pelo “mal do século XXI” (OIT, 2009).

O estresse no trabalho causa o mais amplo efeito negativo na saúde mental do trabalhador. Pode levar desde a violência até comportamentos de risco como o uso de tabaco, álcool e outras drogas. A situação do trabalho afeta os trabalhadores de diferentes formas, onde determinadas profissões e situações são consideradas de maior risco para o adoecimento físico e/ou mental (WHO, 2005; GHERARDI-DONATO, LUIS e CORRADI-WEBSTER, 2012).

Tais fatos evidenciam o custo social do estresse que representava, no início do século XXI, um gasto público em torno de bilhões de dólares ao ano, somente nos Estados Unidos (ISMA, 2009). Com base nesses dados, podemos inferir que ações de prevenção e tratamento do estresse são relevantes, uma vez que as consequências de tal enfermidade afetam sobremaneira a vida profissional, social e familiar dos sujeitos, refletindo negativamente na sociedade como um todo (COELHO; GARBACCIO, 2008).

A exposição prolongada e crônica a estressores no ambiente do trabalho pode gerar exaustão física e psíquica, além de determinar um processo insidioso de estresse (FERRAREZE; FERREIRA CARVALHO, 2006).

De acordo com Tamayo, Lima e Silva (2004), o estresse ocupacional é resultante das exigências do trabalho e das habilidades do trabalhador para enfrentá-las adequadamente. Os estressores têm sido explicados a partir de fatores específicos do trabalho e de fatores organizacionais e individuais. Os autores destacam, como componentes que afetam significativamente o estresse no trabalho, a falta de participação na tomada de decisões, o controle excessivo no trabalho, a falta de comunicação, o grau do nível de formalidade, a liderança gerencial autoritária e a falta de apoio social.

Um número significativo de trabalhadores vivencia ou já vivenciou situações de descontentamento, desgaste emocional, sentimento de injustiça e conflitos interpessoais nas relações do trabalho (AREIAS; COMANDULE, 2006). Além das responsabilidades ocupacionais, os trabalhadores têm de lidar com os estressores normais da vida em sociedade, como a manutenção da família, as exigências culturais e sociais (BALONE, 2007).

Pesquisa realizada em nove países mostrou que cerca de 70% dos brasileiros sofrem de estresse no trabalho. Essa porcentagem é semelhante a países como a Inglaterra e Estados Unidos. Somente nos Estados Unidos, onde os índices de estresse são semelhantes aos do Brasil, estima-se que o prejuízo anual das empresas seja de US\$ 300 bilhões devido à queda na produtividade, ao absenteísmo no trabalho, ao pagamento de horas-extras, ao desperdício de material de trabalho e a custos elevados com assistência médica, refletindo diretamente na economia das organizações (ISMA BRASIL, 2004).

O estresse laboral tem sido estudado por sua relevância, pois interfere diretamente no cotidiano do trabalhador, podendo alterar seus níveis de satisfação, produtividade e saúde e ocasionando dificuldade de atenção e concentração, confusão mental, perda temporária da memória, irritabilidade e mal-estar generalizado (SPINDOLA, 2007).

Paschoal e Tamayo (2004) afirmam que o crescimento de pesquisas na área do estresse laboral deve-se ao efeito negativo que este evento tem no funcionamento e na efetividade das organizações, tendo como limite a

constatação do aparecimento de doenças vinculadas ao trabalho e a necessidade das organizações desenvolverem ações de prevenção dessas doenças, uma vez que trabalhadores estressados diminuem seu desempenho e aumentam os custos das organizações com problemas de saúde, absenteísmo, rotatividade e acidentes no local de trabalho.

O estresse laboral ou ocupacional é um processo no qual ocorre estímulo-resposta, onde os estímulos são denominados de estressores e as respostas negativas como tensão. Também, pode ser visto como procedente de interações complexas entre condições do trabalho, externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda do trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las (BRITO, 2007; DEARMOND; CHEN, 2009; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

No Brasil, a inter-relação entre estresse e o ambiente laboral vem sendo observada em vários estudos (ARAÚJO et. al., 2003; MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008; GUIDO; GHERARDI-DONATO et. al., 2011; RODRIGUES; FERREIRA, 2011; URBANETO et. al., 2011).

As exigências sobre o corpo e sobre as capacidades cognitivas e psíquicas no ambiente laboral podem se expressar como patologias relacionadas ao trabalho, entre elas, o estresse ocupacional.

O *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) caracteriza o estresse ocupacional como sendo o resultado do desequilíbrio entre as demandas laborais e a capacidade do trabalhador (mental, cognitiva, comportamental, fisiológica), diante do estímulo estressor (CAMELO; ANGERAMI, 2008; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

Os estudos contemporâneos acerca do estresse baseiam-se nas pesquisas de Selye, porém ampliaram seu enfoque de atenção, contando com a participação de várias áreas como a medicina, a biologia, a psicologia e outras áreas afins. Atualmente, entende-se que o indivíduo, quando submetido a uma ameaça ou a um perigo, desenvolve uma série de reações cognitivas, sensório-perceptivas e neurovegetativas, como mecanismos de proteção, que o prepara para a luta ou para a fuga da situação estressante (LIPP, 2001).

A situação do trabalho afeta os trabalhadores de diferentes formas. Algumas profissões e algumas situações de trabalho são consideradas de maior risco para o adoecimento físico e/ou mental dos trabalhadores.

Robert Karazek foi um dos primeiros pesquisadores a identificar, nas relações sociais do ambiente de trabalho, estímulos geradores de estresse e suas repercussões sobre a saúde. Em 1979, Karasek concebeu um modelo de avaliação do estresse percebido no ambiente de trabalho, intitulado Job Strain Model (JSM), composto de duas dimensões: demandas psicológicas e controle. Posteriormente, estudos indicaram a inclusão de uma terceira dimensão: apoio social como importante para a avaliação do estresse no ambiente de trabalho (THEORELL, 2000).

Assim, o Modelo JSM, que orientou o desenvolvimento deste estudo, apresenta três dimensões que descrevem a situação do trabalho, que são: a demanda psicológica (que exige diversos esforços do indivíduo), o controle ou a latitude de decisões (referente ao grau de autonomia do indivíduo na organização) e o apoio social ou a sustentação social no trabalho (indica o reconhecimento profissional dos indivíduos pelos seus colegas). Segundo esse modelo, as situações de elevada demanda psicológica e a baixa latitude de decisões são responsáveis por causar o estresse (KARASEK, 1990).

A primeira dimensão do modelo – demanda psicológica – é definida por Karasek e Theorell (1990) como as pressões de natureza psicológica, quantitativa ou qualitativa, envolvidas na execução das tarefas e atividades ocupacionais, as quais se referem às exigências (sobrecarga de trabalho) que o trabalhador enfrenta para realizar suas atividades, envolvendo nível de concentração requerida, pressão do tempo para realização de tarefas (proporção do tempo de trabalho realizado sob tal pressão), ritmo e volume de tarefas a serem realizadas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores, assim como a existência de ordens contraditórias ou discordantes. Inclui ainda desgaste mental necessário para executar a tarefa, conflitos pessoais, medo de perder o cargo ou emprego, ou ainda medo de ficar desatualizado.

A segunda dimensão destina-se ao controle exercido pelos trabalhadores sobre o próprio trabalho e refere-se a dois aspectos: uso de habilidades intelectuais ou destreza do trabalhador para realizar as tarefas a ele confiadas através da

criatividade, aprendizado de coisas novas, tarefas diferentes e desenvolvimento de novas habilidades especiais e individuais; e autoridade decisória, ou seja, oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho, autonomia e flexibilidade de decidir como fazer as tarefas e quais habilidades empregar, possibilidade de opinar sobre o trabalho e influenciar o grupo de trabalho e a política gerencial (KARASEK, 1990; ALVES et. al., 2004).

A terceira dimensão, inserida no modelo posteriormente, destina-se ao suporte social e inclui componentes de natureza coletiva, capazes de modificar as dimensões de ordem individual da relação demanda-controle e saúde, a qual se refere aos níveis globais de interação social disponíveis no trabalho, ou seja, apoio da chefia e dos colegas de trabalho, o que implica na existência de bons canais de comunicação, relações satisfatórias com colegas e chefes, além da colaboração para a realização das tarefas (ALVES et. al., 2004; KARASEK, 2008).

O modelo de JSM permite a construção de quadrantes que distinguem quatro tipos de desgaste da atividade laboral, a partir das combinações dos níveis “alto” e “baixo” dos aspectos da demanda psicológica e do controle das atividades: “Alto desgaste” quando há maior demanda psicológica e menor controle, ou seja, são as reações mais adversas de desgaste psicológico e “Baixo desgaste” quando há menor demanda psicológica e maior controle, o qual se configura num estado altamente confortável e ideal de trabalho; e o tipo de trabalho executado em “Passivo” quando há menor demanda e menor controle, ou seja, produz uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades e “Ativo” quando há maior demanda psicológica e maior controle, que permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade (ALVES et. al., 2004).

Essas quatro combinações que expressam experiências específicas de trabalho podem ser representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais: Diagonal A e Diagonal B, as quais podem ser exemplificadas da forma apresentada na Figura 1.

FIGURA 1: Esquema do modelo Demanda-Controle de Karasek.

FONTE: Adaptado de Alves (2004).

O sentido das setas diagonais na Figura 1 indica a repercussão que a combinação entre exposição a diferentes níveis de demanda e controle ocasiona nos indivíduos.

A diagonal tracejada aponta para o risco de sofrimento físico e psíquico, cuja principal predição estabelecida é a de que a maioria das reações adversas das exigências psicológicas (fadiga, ansiedade, depressão e doença física) ocorre na medida em que a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (quadrante “alto desgaste”). Por outro lado, no outro extremo, o trabalho em baixo desgaste se configuraria em situação ideal de trabalho, o qual comprometeria em menor grau a saúde (quadrante “baixo desgaste”). A diagonal contínua prevê o aumento da motivação e o desenvolvimento de novos padrões de comportamento característico da composição da alta demanda e alto controle (quadrante “trabalho ativo”), pois conduz ao aumento da atividade do indivíduo e da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados. Entretanto, a combinação de baixa demanda e baixo controle

(quadrante “trabalho passivo”) produz uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades, além de conduzir à desmotivação, insatisfação e a deixar o indivíduo exposto a diversas situações, acarretando adoecimento físico e mental (ALVES et. al., 2004).

Dessa forma, as classificações que expressam as situações específicas de trabalho são: trabalhadores expostos a uma combinação de alta demanda e baixo controle (alta exigência) são considerados como grupo de maior exposição ao estresse ocupacional; trabalhadores expostos à alta demanda, mas tendo alto controle (trabalho ativo) ou a baixo controle e à baixa demanda (trabalho passivo) são considerados como grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional, e trabalhadores com alto controle e baixa demanda (baixa exigência) são classificados como não expostos ao estresse no trabalho.

Os fatores psicossociais relacionados ao contexto do trabalho têm sido pesquisados, evidenciando significativos resultados e considerando a demanda e o controle no trabalho e sua relação com doenças físicas e com os sintomas psicológicos (FISCHER et. al., 2005).

Greco e colaboradores (2011), mediante investigação bibliográfica sobre a utilização do Modelo Demanda-Controle (JSM) em países da América Latina, no período de 1979 a 2010, encontraram 35 trabalhos, sendo que os periódicos brasileiros tiveram a maior prevalência de publicações, seguidos dos mexicanos. Os estudos se concentraram na área dos trabalhadores da saúde (48,6%) e docentes (14,3%).

O estresse, assim como a ansiedade, a depressão, a intimidação e o assédio no trabalho são considerados problemas emergentes, de acordo com o documento da Comissão das Comunidades Europeias, responsáveis por 18% das enfermidades relacionadas ao contexto laboral, não obstante também estejam relacionadas ao absenteísmo laboral (MUROFUSE et. al., 2005).

1.3 ANSIEDADE

Nos últimos anos, a ansiedade tem aumentado significativamente na população geral, especialmente devido às profundas mudanças ocorridas no

contexto cultural, econômico, social, exigindo das pessoas adaptação a um novo ritmo de vida (TWENGE, 2000).

Masci (2001) afirma que o estresse e os transtornos de ansiedade são extraordinariamente frequentes, estimando-se que 25% de toda a população mundial vivencia seus sintomas pelo menos uma vez na vida.

A ansiedade é como um alerta que possibilita ao indivíduo decidir como enfrentar uma ameaça subjacente à situação de risco (KAPLAN; SADOK; GREBB, 1997). Entretanto, essa ansiedade pode ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento ou, ainda, quando é uma resposta inadequada à determinada ameaça, em virtude de sua intensidade ou duração (GORENSTEIN, ANDRADE 2000; KAPLAN, 1997).

Ainda que a ansiedade favoreça ao desempenho e a adaptação, ela o faz até certo ponto, até que atinja um máximo de eficiência. A partir de um ponto excedente, a ansiedade ao invés de contribuir para a adaptação, pode evoluir para a incapacidade da adaptação do indivíduo (BALLONE, 2002).

As investigações sobre ansiedade são relevantes nos meios científicos e assistenciais, por estar ligada a sintomas físicos como: taquicardia, tontura, dor de cabeça, dores musculares, insônia, angústia e também irritabilidade e tensão (FERREIRA et. al., 2009).

Dessa forma, o grau desses sintomas pode trazer consequências negativas para a saúde, interferindo na qualidade de vida do indivíduo, pois níveis elevados de ansiedade podem desencadear percepção negativa quanto às habilidades motoras, intelectuais e afetivas do indivíduo em questão, interferindo na atenção seletiva, na codificação de informação da memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio (OLIVEIRA et. al., 2006).

Gorenstein e Andrade (2000) definem a ansiedade como sendo uma condição emocional que é parte integrante do espectro inerente das expectativas humanas, tem componentes fisiológicos e psicológicos que englobam situações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideais de catástrofe ou incapacidade pessoal, aumento do estado de vigília, tensão, dor muscular, sensação de bloqueio respiratório, tremor, inquietação e outros

desconfortos somáticos provenientes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo.

A ansiedade caracteriza-se por uma ameaça interna desconhecida que envolve sentimentos de apreensão, alerta, tensão e desconforto perante a antecipação de um evento que ainda não ocorreu, sendo por vezes acompanhada por sintomas autonômicos, como palpitações e inquietação (SADOCK & SADOCK, 2007).

No quadro ansioso, é comum observar sintomas gerais como tremores ou sensação de fraqueza, tensão ou dor muscular, dor gástrica, dispneia e fadiga, palpitações, sudorese, mãos frias e úmidas, vertigens e tonturas, náuseas e diarreias, bruxismo, rubor ou calafrios, impaciência e irritabilidade, resposta exagerada a surpresas, pouca concentração ou memória prejudicada, desmotivação, isolamento e introspecção, tiques nervosos (como roer unhas, estalar dedos), dificuldade em conciliar e manter o sono. Estas são manifestações basicamente neurobiológicas consequentes do desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, sendo de natureza geral e inespecífica e podendo ter uma repercussão individual (BALLONE, 2007).

Oliveira (1999) diferencia a ansiedade normal da ansiedade patológica. A ansiedade normal é uma reação inerente do organismo, tendo como finalidade protegê-lo ou gerar reações a qualquer estímulo, ficando atento. Porém, quando essa reação ocorre de maneira exagerada e contínua, pode se tornar patológica, pois consome o indivíduo que fica permanentemente em vigília, incapacitando-o tanto psicológica, social, quanto profissionalmente.

O transtorno de ansiedade é caracterizado por uma preocupação excessiva acerca de diversos eventos ou atividades, no qual o indivíduo apresenta dificuldade em controlar tal preocupação, apresentando prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. Para que o diagnóstico seja feito, além da ansiedade e preocupação, o indivíduo deve apresentar pelo menos três sintomas presentes na maioria dos dias, nos últimos seis meses, dentre eles: inquietação; fadiga; dificuldade de concentração ou sensação de branco na mente; irritabilidade; tensão muscular; taquicardia; sudorese e/ou perturbação do sono (DSM-IV-TR, 2002).

O desenvolvimento de um transtorno está diretamente relacionado à frequência e duração de resposta de ativação provocada por situações que o

indivíduo avalia como estressoras para si. As mulheres, influenciadas por fatores genéticos e psicossociais, apresentam risco maior de desenvolver transtornos de ansiedade (ADAA, 2009; SADOCK & SADOCK, 2007).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes da população geral e os mais comuns com prevalência de 12,5% ao longo da vida, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua vida (ANDRADE, WALTERS, GENTIL & LAURENT, 2002), incluindo os diversos contextos de vida nos quais se insere o contexto de trabalho.

A interface trabalhador e ansiedade tem sido investigada e associada às situações vivenciadas no contexto laboral. Mudanças de chefia, cargo, estratégias inadequadas de enfrentamento, dificuldades para lidar com o superior, horários de trabalho ininterruptos, por exemplo, têm sido apontados como fatores de riscos para o desenvolvimento de estresse laboral, ansiedade e depressão (CORREIA, 2008; GUI et. al., 2002; OSWALDO, 2009).

Os novos modelos de configuração do trabalho e gestão de pessoas têm desencadeado um desgaste emocional no trabalhador, sendo considerado um fator importante na determinação de problemas mentais associados ao estresse, como ansiedade patológica, depressão, pânico, fobias e doenças psicossomáticas (DEJOURS, 2000).

Os sintomas ansiosos e os transtornos de ansiedade têm aumentado significativamente nos últimos tempos, sobretudo pelo estilo de vida contemporâneo. Eles podem interferir negativamente na adaptação social, visto que alteram a qualidade de vida, as relações interpessoais e podem afetar o exercício das atividades laborais e pessoais (CORREIA; LINHARES, 2007).

Pesquisas científicas acerca da ansiedade têm utilizado medidas fisiológicas e medidas psicométricas, baseadas em sinais e sintomas ansiogênicos, para avaliar o nível de ansiedade dos sujeitos de estudo.

O presente estudo optou por usar o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), por ser uma escala de autoavaliação, ser amplamente usada tanto na clínica quanto em pesquisa e por apresentar boa qualidade psicométrica confirmada por vários estudos de validade, inclusive no Brasil (CUNHA, 2001; GOREINSTEIN, ANDRADE, 2000).

1.4 DEPRESSÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde referem que os problemas de saúde mental são uma das principais causas de morbidade nas sociedades atuais, com consequentes limitações. Dos 870 milhões de pessoas que vivem na região europeia, estima-se que, aproximadamente, 100 milhões sofrem de ansiedade e depressão. A depressão é responsável por 6,2% da morbidade na região europeia (OMS, 2005). Outro estudo realizado na Inglaterra referido pela mesma organização estimou os custos totais da depressão, no adulto, em 15,46 bilhões de euros, no ano de 2002. As maiores partes desses custos resultam da perda de emprego devido ao absentismo e à mortalidade prematura.

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam a depressão como a quinta maior questão de saúde pública do mundo, liderando as doenças mentais dos trabalhadores e alertando para a previsão de que até 2020 será a doença mais incapacitante para o trabalho, perdendo apenas para as doenças cardíacas (OMS, 2001).

Epidemiologicamente, a partir da década de 1980, as mudanças ocorridas na força de trabalho e na economia industrial relacionam o estresse à depressão, evidenciando a depressão em alguns países: Nos Estados Unidos chega a afetar uma décima parte dos trabalhadores adultos; na Finlândia, mais de 50% dos empregados sofrem de estresse, ansiedade, depressão e insônia; na Alemanha, a depressão é mais incapacitante do que doenças físicas; no Reino Unido, quase três em dez trabalhadores sofrem anualmente de problemas de saúde mental, principalmente de depressão (OIT, 2000).

Dados de 2006 informavam que os transtornos de humor representavam o segundo motivo de absenteísmo no trabalho (FUNDACENTRO, 2007). Considerando-se o grau de sofrimento e as altas taxas de suicídio relacionadas, a depressão constitui-se em um problema no âmbito da saúde pública (LAFER, ALMEIDA, FRÁGAS & MIGUEL, 2000).

A depressão pode ser definida como um conjunto de manifestações que englobam a necessidade de isolamento, a presença de pensamentos negativos, desânimo, ansiedade, fadiga, insônia, sentimentos de tristeza, angústia, muito medo e vontade de chorar (OMS, 2008). A depressão tem revelado índices significativos

em estudos epidemiológicos realizados em diversos países (VORCARO, UCHO & LIMA-COSTAL, 2002), por meio dos quais autores constataam que de 3% a 11% da população geral pode desenvolver sintomas de depressão ao longo da vida (FLECK et.al., 2002).

No senso comum, a depressão pode ser entendida como qualquer manifestação de tristeza e/ou estresse, porém na concepção biomédica é considerada como sendo uma doença, e como tal é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de acordo com a Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e do Comportamento – CID-10 e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) como pertencente ao item transtorno do humor (OMS, 2008; APA, 2002).

A sintomatologia depressiva pode estar presente em inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome representada por muitos e variáveis sintomas ou traduzir-se por uma doença. Enquanto sintoma, a depressão pode estar presente no transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, doenças clínicas, alcoolismo e, ainda, em circunstâncias econômicas e sociais adversas ou como resposta a eventos estressantes. Como transtorno, a depressão inclui não somente alterações de humor, tais como tristeza, apatia, falta de capacidade de sentir prazer, irritabilidade, mas compreende também alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas, como sono, apetite, etc. (BAPTISTA; SOUZA; SILVA ALVES, 2008).

A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, contudo a incidência mais alta é nas idades médias e há indícios de aumento desse transtorno durante a adolescência e no início da vida adulta. Sendo esse transtorno mais comum no sexo feminino, estimando-se prevalência em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino (OMS, 2001).

Síndromes depressivas podem ter sua patogenia, desencadeamento e evolução claramente associadas a vivências do trabalho, podendo a depressão manifestar-se em quadros agudos ou crônicos típicos (tristeza, vivências de perda ou fracasso e falta de esperança). Entende-se depressão como sendo um transtorno de humor grave que se caracteriza por humor deprimido ou pela perda de interesse ou prazer, presentes no período de duas ou mais semanas, quando acompanhados

de, pelo menos, mais quatro sintomas, dentre eles: sentimentos de desvalia ou culpa excessiva; atenção e concentração reduzidas; pensamentos de morte recorrentes; ideação suicida; alteração significativa de peso; retardo ou agitação psicomotora; alteração do padrão de sono e/ou fadiga. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave (DSM-IV-TR, 2002; VERA-VILLAROEL et. al., 2010).

O desequilíbrio crônico no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) está associado ao desencadeamento de transtornos do humor e de ansiedade, tais como a depressão. A depressão, em alguns casos, pode ser associada a um sintoma de estresse patológico ou negativo, devido à correlação entre episódios e à reatividade do eixo HPA (FAVARELLI et. al., 2010).

Os acontecimentos estressantes da vida exercem um papel importante no desencadeamento de episódios depressivos e estão bem estabelecidos como precipitantes agudos de doenças mentais. O estresse poderia levar ao desencadeamento do primeiro episódio depressivo em indivíduos geneticamente predispostos, tornando-os mais vulneráveis à reedição de novos episódios frente a diferentes estressores (ABDO, 2010; JOCA et. al., 2003). Entretanto, nem todos os indivíduos expostos ao estresse vão desenvolver depressão e é imprescindível compreender as causas de diferenças individuais na vulnerabilidade aos efeitos negativos do estresse. Assim fatores preexistentes conhecidos por modular a capacidade do organismo e de se readaptar, em resposta ao estresse, poderiam interferir numa adaptação bem-sucedida e transmitir a vulnerabilidade de desenvolver depressão (FAVARELLI et. al., 2010; HEIM et. al., 2008).

Segundo publicação da Organização Internacional do Trabalho - OIT (2000), referente à saúde mental no contexto laboral, no Reino Unido, a ocorrência autorrelatada da depressão varia de 15% a 30% da população ativa, sendo que um em cada 20 indivíduos britânicos em idade laboral apresenta depressão severa. Uma revisão de dez publicações, sendo quatro brasileiras, três canadenses, uma caribenha, uma grega e uma norte-americana, evidenciou que a predominância relatada de desordens depressivas variou de 19% a 41% (MANETTI, MARZIALE, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde OMS (2001), os episódios depressivos devem ser classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos,

graves com sintomas psicóticos. Em episódios depressivos leve, moderado, ou graves típicos, o paciente sofre de rebaixamento do humor, redução de energia e atividade. A capacidade de sentir prazer, interesse e concentração diminui e mesmo após esforço mínimo é comum o indivíduo sentir-se cansado. O sono é perturbado, e o apetite diminui. A autoestima e a confiança podem estar reduzidas bem como a libido, podem ocorrer perda de peso, agitação e retardo motor acentuado, sentimento de desesperança, desvalorização e ideias de culpa (LIMA, 2004).

Nessa perspectiva, a depressão causa prejuízo na qualidade de vida e no desempenho dos indivíduos, interferindo negativamente tanto nas atividades cotidianas quanto nas habilidades funcionais no ambiente de trabalho. É corriqueira *a queda da produtividade, o absenteísmo, o aumento de uso de substâncias, como o álcool e o tabaco* (LECRUBIER, 2000).

Dessa forma, a depressão relacionada ao contexto laboral pode ter sua gênese e desenvolvimento desencadeados por excesso de competição, perdas acumuladas ao longo dos anos, exigências excessivas de desempenho cada vez maior no trabalho, frustração das aspirações relacionadas à carreira e demissão, podendo determinar situações mais ou menos graves (BRASIL, 2001).

Contemporaneamente, a depressão é definida como um transtorno de humor, assinalando um conjunto de sinais, sintomas, comportamentos e manifestações fisiológicas apresentados pelos indivíduos acometidos. Apesar de não disponibilizarmos de nenhum parâmetro fisiológico ou biológico para avaliar as expressões clínicas dos transtornos de humor, temos as escalas de avaliação que servem para medir e caracterizar a manifestação clínica, ou seja, interpretam o episódio em informações objetivas e quantitativas. Essas informações obtidas pelas escalas de avaliação auxiliam no diagnóstico, documentam o estado clínico do indivíduo em determinado momento, podendo ainda complementar informação do paciente que passou por uma avaliação clínica prévia. Existem várias escalas de avaliação que podem ser de autoavaliação ou de avaliação de um observador (SELIGMANN-SILVA, 2003). O presente estudo optou por usar o Inventário de Depressão Beck (BDI), por ser autoaplicativa e por apresentar boa qualidade psicométrica confirmada por vários estudos de validade, inclusive no Brasil (CUNHA, 2001; GOREISTEIN, ANDRADE, 2000).

Todo planejamento de intervenção que pretenda a promoção de saúde mental

relacionada ao ambiente de trabalho deve pautar-se em conhecimento científico que forneça um panorama mais próximo possível da realidade das condições que envolvem o trabalhador, considerando-se as múltiplas dimensões que compõem o indivíduo, no desempenho de suas funções laborais.

Diante dessas considerações, o presente estudo enfocou a identificação do nível de exposição ao estresse laboral dos trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública, correlacionando o estresse à sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como fatores sociodemográficos.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETVO GERAL

Identificar a associação entre sintomatologia depressiva e variáveis sociodemográficas, as características de trabalho, exposição ao estresse ocupacional e condições de saúde mental entre trabalhadores de uma universidade pública.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1 Caracterizar a amostra segundo aspectos sociodemográficos, econômicas e de trabalho.

3.2.2 Descrever a prevalência dos níveis de exposição ao estresse ocupacional, segundo o JSM entre trabalhadores.

3.2.3 Descrever a prevalência de ansiedade e depressão entre trabalhadores.

3.2.4 Descrever a prevalência do uso problemático e problemas autorreferidos por uso de álcool entre trabalhadores.

3.2.5 Descrever a associação entre depressão e as variáveis independentes do estudo.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo-exploratório, de corte transversal, com população de servidores da categoria técnico-administrativo em unidades de ensino, setor administrativo e setor de suporte de informática de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO E AMOSTRA

O estudo foi realizado em unidades de ensino, setor administrativo e setor de suporte de informática do *campus* da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto. O *campus* é composto pela Coordenadoria (CCRP), Centro de Informática (CIRP), Departamento de Música de Ribeirão Preto da Escola de Comunicação e Artes de São Paulo (ECA – USP de São Paulo), Faculdade de Medicina (FMRP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCFRP), Faculdade de Odontologia (FORP), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFCLRP), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEARP) e Escola de Enfermagem (EERP).

A população do estudo foi formada por servidores não docentes, a qual agrega ampla diversidade de faixa etária, nível socioeconômico, nível de escolaridade e função ocupada no trabalho. Desta forma, os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser funcionário da categoria técnico-administrativa do *campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e estar presente na unidade de referência no momento da coleta de dados.

No início da coleta dos dados, o universo total de servidores não docentes do *campus* era de 1.693. Salienta-se que a listagem de servidores fornecida pelos recursos humanos de cada unidade já excluía os funcionários terceirizados e os servidores com vínculo USP que respondem à Coordenadoria da USP de São Paulo (*campus* capital). Assim, não participaram da pesquisa: os funcionários que não estavam presentes no momento do período da coleta realizada em cada unidade, os

funcionários terceirizados e os servidores com vínculo USP do *campus* de São Paulo (capital).

Considerando os aspectos técnico-administrativos das unidades do *campus* e os critérios de inclusão, referentes aos funcionários administrativamente alocados no *campus* de Ribeirão Preto e os presentes no momento da coleta, a população constituiu-se de 1.239 participantes e a amostra participante do estudo, de 925 (74,65%). A diferença entre a população e a amostra de participantes esteve composta por: 192 (15,50%) recusas e 122 (9,85%) questionários não devolvidos.

Apesar de a maioria dos servidores estarem instalados internamente à área do *campus* de Ribeirão Preto para a realização da coleta de dados, houve algumas exceções, ou seja, alguns funcionários se encontravam fora do *campus*, mas que também foram abordados: servidores alocados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-FMRP), no Centro de Saúde Escola (CSE-FMRP), na Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I (UBS-FMRP) e no Espaço de Cultura e Extensão Universitária (ECEU-FMRP).

3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os instrumentos para coleta de dados deste estudo foram: Questionário de Dados Sociodemográficos (QSD) (APPÊNDICE A), Escala de Estresse no Trabalho – *Job Stress Scale* (JSS) (ANEXO A), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (ANEXO B), Inventário de Depressão de Beck (BDI) (ANEXO C), e *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (ANEXO D).

3.3.1 Questionário de Dados Sócio-demográficos (QSD) Questionário de dados Sociodemográficos, Econômicos e Características do Trabalho

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Econômicos (APÊNDICE A), organizado pelos pesquisadores e baseado nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003), apresenta questões de identificação, situação econômica, escolaridade, religião, além de informações sobre os aspectos profissionais, como função exercida no trabalho, nível da função e tempo de trabalho exercido na

instituição. Estudos de Rosa Filho (2006), Gordia e colaboradores (2009) e Mattara e colaboradores (2010) utilizaram os mesmos critérios para a avaliação dos dados socioeconômicos. As informações a serem coletadas sobre os dados sociodemográficos apresentaram-se semelhantes às utilizadas nos estudos de Figlie e colaboradores (2000), Figlie (2004), Martins e colaboradores (2008) e Rubiatti (2008).

3.3.2 Job Stress Scale (JSS) (ANEXO A): A Escala de Estresse no Trabalho-*Job Stress Scale* (JSS), em modelo proposto por Karasek, foi originalmente elaborada na Suécia para a avaliação do estresse ocupacional Theorell et. al (1988) e resumida e validada para o português por Alves (ALVES, CHOR, FAERSTEIN, WERNECKE LOPES, 2009). Esta escala aborda três categorias, equivalentes às dimensões: demanda psicológica, controle sob o trabalho e de apoio social. Optamos por utilizar tal escala por ter reconhecimento internacional na avaliação do estresse laboral, ser validada no Brasil e por ter apresentado considerável estabilidade (teste e reteste entre 0,82 e 0,91) e consistência interna aceitável para as suas dimensões (Alfa de Cronbach entre 0,63 e 0,86) (ALVES, 2004).

A JSS permite ao pesquisador identificar situações inerentes ao ambiente de trabalho que foram relevantes para determinação do estresse sofrido pelo trabalhador, considerando as atividades laborais desempenhadas e a forma como o trabalhador incorpora-se ao processo de trabalho.

Nesse modelo considera-se o tipo de desgaste da atividade laboral em “auto desgaste”, quando há maior demanda psicológica e menor controle, e “Baixo desgaste”, quando há menor demanda psicológica e maior controle; e o tipo de trabalho executado em “Passivo”, quando há menor demanda e menor controle, e “Ativo”, quando há maior demanda psicológica e maior controle (ARAUJO et. al., 2004; ALVES, 2004; SILVA E YAMADA, 2008; SCHMIDT et. al., 2009). Ressaltamos que houve contato e autorização da respectiva autora, responsável pela tradução e validação no país para o uso de Escala de Estresse no Trabalho *Job Stress Scale* (JSS) (APÊNDICE B).

Dentre as perguntas que avaliam a “Demanda psicológica”, quatro se referem a aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para realização do trabalho, e

uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho, relacionados ao conflito entre diferentes demandas, sendo que uma questão possui pontuação inversa, ou seja, o escore equivale a pouca demanda e 1, a muita demanda.

Seis questões referem-se à dimensão “controle” (discernimento intelectual e autoridade sobre as decisões), dentre as quais, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, a autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho, excetuando-se uma questão que possui escore em direção reversa.

Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert, variando entre “nunca/quase nunca” (1) e “frequentemente” (4), a saber, 1 indica pouca demanda/controle e 4, muita demanda/controle, as quais possuem direção inversa nas questões reversas e ambas as direções.

A dimensão “apoio social” contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes, tendo quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert de 4 pontos, com variação entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (4).

O cálculo do escore da dimensão “demanda psicológica” é realizado pela soma dos escores atribuídos aos cinco itens que compõem a dimensão e pode variar de 5 a 20- quanto maior o escore, maior a demanda psicológica percebida pelo trabalhador.

A dimensão “controle” pode ser dividida em dois subitens: “discernimento intelectual” (4 itens) e “autoridades sobre decisões” (2 itens), sendo o resultado do escore total da dimensão “controle” obtido pela soma dos escores desses dois subitens e varia de 6 a 24, o que significa que quanto maior o valor, maior o controle do profissional no desenvolvimento do seu trabalho (HARBS et. al., 2008; SCHMIDT, 2009; SCHMIDT et. al., 2009).

O escore da dimensão “apoio social” possui intervalo de 6 a 24 e é dado pela soma das respostas fornecidas aos seis itens o que significa que quanto maior o escore menor o apoio social do trabalhador em seu ambiente do trabalho (HARBS et. al., 2008; SCHMIDT, 2009; SCHMIDT et al., 2009).

Dessa forma, os estudos que utilizam JSS consideram a seguinte classificação (ARAUJO et. al., 2004; SCHMIDT et. al., 2009; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; MAGNANO et. al., 2010; URBANETO, 2011):

- Trabalhadores expostos a uma combinação de alta demanda e baixo controle (alta exigência) são considerados como grupo de maior exposição ao estresse ocupacional;
- Aqueles expostos à alta demanda, mas tendo autocontrole (trabalho ativo), ou expostos a baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) são considerados como grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional; e
- Trabalhadores com autocontrole e baixa demanda (baixa exigência) são classificados como não expostos ao estresse no trabalho.

Para as análises de associação, considerou-se para o estresse ocupacional a variável alto desgaste dicotomizada em sim (1) e não (0).

3.3.3 Inventário de Ansiedade Beck (BAI) (ANEXO B): foi criado originalmente para uso com pacientes psiquiátricos, porém, mostrou-se também adequado para a população geral em estudos na Inglaterra. A versão em português foi utilizada em grupos psiquiátricos e não psiquiátricos, inclusive em trabalhadores. Os dados sobre fidedignidade e validade baseados em dados das amostras originais são amplamente satisfatórios. O inventário é constituído por 21 itens, com pontuação tipo Likert de 4 pontos que reflete níveis de gravidade crescente de cada sintoma de ansiedade (mínimo, leve, moderada e grave). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore final que varia de 0 a 63 pontos, resultando em níveis mínimo (0 a 10 pontos), leve (11 a 19 pontos), moderado (20 a 30 pontos) e grave (31 a 63 pontos) (BECK, EPSTEIN, BROWN E STEER, 1988).

Para as análises de associação com a ansiedade, considerou-se a variável sintomatologia ansiosa dicotomizada em não (níveis mínimos da BAI, 0 a 10 pontos) e sim (níveis leve, moderado e grave da BAI, 11 a 63 pontos).

3.3.4 Inventário de Depressão Beck (BDI) (ANEXO C): inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, passando a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa. É uma escala de autorrelato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas

submetendo a graus crescentes de depressão, com pontuação do tipo Likert de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, que permite a classificação de níveis de intensidade de depressão. Nível mínimo (0 a 9 pontos), leve (10 a 18 pontos), moderado a grave (19 a 29 pontos) e grave (30 a 63 pontos) (BECK, STEER, BALL E RANIERI, 1996).

O estabelecimento dos pontos de corte para a classificação dos níveis de depressão não segue um ponto de corte fixo, já que devemos levar em conta as características da amostra e do estudo em questão. Considerando-se que este estudo desenvolveu-se a partir de uma amostra não clínica, utilizaram-se os pontos de corte, acima descritos, de acordo com o proposto por Beck e colaboradores (1988a).

Para as análises de associação com a depressão, consideramos a variável sintomatologia depressiva dicotomizada em não (nível mínimo da BDI, 0 a 9 pontos) e sim (níveis leve, moderado e grave da BDI, 10 a 63 pontos).

3.3.5 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (ANEXO D): foi validado em vários países, inclusive no Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) (Lima et al., 2005). Foi usado para detecção do uso problemático de álcool, tendo sido seu desempenho avaliado positivamente em serviços de Atenção Primária em Saúde e estudos populacionais de prevalência (REINERT E ALLEN, 2007). O teste é composto por 10 questões que avaliam o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 0 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problema. Assim, o escore varia de 0 a 40 e, no presente estudo, o uso problemático de álcool foi definido pela pontuação superior a 7 pontos (BABOR, HIGGINS-BIDDLE, SAUNDERS E MONTEIRO, 2001).

Adicionalmente foi incluída uma questão sobre a ocorrência de problemas apresentados por uso de bebida alcoólica, à qual os participantes responderam não ou sim, criando a variável de problemas autorreferidos por uso de álcool.

3.4 Variáveis em Estudo da Associação com a Depressão

Variáveis Dependentes – o desfecho

I. Depressão

A variável de exposição –sintomatologia para depressão – foi avaliada por meio da aplicação do BDI, conforme descrito nos instrumentos.

Variáveis Independentes ou Exploratórias

As variáveis independentes que foram consideradas no estudo são:

II. Variáveis Sociodemográficas

- Sexo: masculino ou feminino
- Idade: anos completos no momento da pesquisa
- Prática religiosa: não ou sim
- Filhos: não ou sim

III. Variáveis relacionadas às características do trabalho

- Nível de competência exigido para função (nível da função): básico, médio e superior – seguindo-se a classificação funcional da instituição empregadora.
- Tempo de trabalho na instituição: questão em aberto, determinada em anos, categorizada em <15 anos e ≥15 anos.

IV. Variáveis relacionadas a condições de saúde mental

- Ansiedade: classificada em níveis (mínima, leve, moderada e grave), segundo os parâmetros da escala utilizada, categorizada em não (pontuação mínima) e sim (pontuação leve a grave).
- Estresse: Demanda psicológica no trabalho, considerada em pontos obtidos na subescala da JSS (5 a 20 - quanto maior o escore, maior a demanda psicológica percebida pelo trabalhador). Controle sobre o trabalho executado, considerado em pontos obtidos na subescala da JSS (6 a 24 - quanto maior o valor, maior o controle do profissional no desenvolvimento do seu trabalho). Apoio Social no ambiente de trabalho foi dado pela soma das respostas fornecidas na subescala da JSS (6 a 24 - quanto maior o escore menor o apoio social do trabalhador em seu ambiente do trabalho). Alta exposição ao estresse laboral resultante da combinação de alta demanda e baixo controle, gerando os resultados não e sim.

- Uso de álcool: definido através do uso do questionário AUDIT, obtendo-se a variável dicotômica uso problemático de álcool, sendo não (até 7 pontos) e sim (>7 pontos). Para a variável problema autorreferido por uso de álcool, considerou-se não ou sim de acordo com a resposta do participante.

3.5 Coleta de Dados

A coleta dos dados teve início em março de 2009 até agosto de 2010, data em que se finalizou a abordagem de toda a população do referido estudo. Além disso, o início da pesquisa ocorreu mediante autorização do coordenador do *campus*, dos diretores das respectivas unidades e da aquiescência dos sujeitos em participar do estudo.

O processo da coleta dos dados ocorreu através de visitas às unidades pelos pesquisadores, os quais abordavam individualmente os trabalhadores explicando-lhes os objetivos do estudo que optavam ou não em participar, além de informá-los que poderiam desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Ao concordarem, foi entregue aos servidores o caderno dos instrumentos de medida, os quais poderiam responder no local de trabalho ou levá-los para casa e trazê-los respondidos na data combinada com os pesquisadores. Quanto à devolução dos questionários, os pesquisadores passaram pelas unidades com uma urna, onde os participantes depositavam seus questionários preenchidos. Salienta-se que as visitas não foram realizadas uma única vez, a fim de abordar o maior número possível de funcionários e resgatar os questionários preenchidos. Após o recolhimento desses instrumentos, os dados coletados foram digitados e organizados em planilha de cálculo para posterior migração em software estatístico.

3.6 Considerações Éticas

Primeiramente, houve a solicitação de autorização do coordenador do *campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a realização da pesquisa cujos sujeitos foram os servidores da categoria técnico-administrativa do

campus. Mediante aprovação do coordenador do *campus* (em vigência 2007), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CEP-EERP/USP) para apreciação, tendo sido aprovado em 29 de fevereiro de 2008, sob o protocolo nº0846/2007 (ANEXO E).

As unidades do *campus* foram previamente contatadas com o auxílio da CCRP e, posteriormente pelos pesquisadores, as quais manifestaram acordo para a realização da pesquisa, enviando a listagem completa dos funcionários das respectivas unidades, conforme solicitação.

Para garantir a confidencialidade e a privacidade, proteção à imagem e a não estigmatização dos possíveis participantes, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) com o caderno dos instrumentos de medida. Entregou-se o TCLE em duas vias: uma identificada por código – a qual pertencia ao participante, e outra, sem o código, que será mantido sob a guarda do coordenador da pesquisa, ambas contendo os nomes e contatos dos pesquisadores e coordenador, em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, dispostas na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), por envolver seres humanos na pesquisa (BRASIL, 1996). Contudo, o recolhimento do TCLE, devidamente assinado, foi realizado separadamente ao do caderno dos instrumentos de medida.

Os possíveis participantes estavam livres para decidir quanto à participação respondendo ou não ao questionário. Já o Termo de Consentimento foi recolhido separadamente ao questionário para a não identificação.

Em relação à recompensa ou remuneração aos sujeitos da pesquisa, ressalta-se que não foi proporcionada recompensa de qualquer natureza e sua identidade foi mantida em sigilo. As informações coletadas serão destinadas apenas à realização desta pesquisa, e os resultados do estudo serão divulgados sob a forma de artigos científicos publicados em periódicos indexados. O relatório com os principais resultados e conclusões será encaminhado à instituição onde foi realizada a pesquisa, bem como será informado aos sujeitos da mesma.

3.7 Apoio Financeiro

O presente estudo é um recorte do projeto “Estresse laboral e uso de drogas lícitas entre servidores não docentes de uma universidade pública”, coordenado pelo orientador, o qual contou com o auxílio financeiro à pesquisa do Programa Regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2009/00457-5, além da bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

3.8 Processamento e Análise de Dados

Os dados foram submetidos à dupla digitação para validação dos dados por software estatístico.

Realizou-se a estatística descritiva das características investigadas na população de estudo, bem como para os instrumentos de medida para depressão, ansiedade e estresse ocupacional, de acordo com as pontuações estabelecidas na literatura conforme descrito no item 4.3.

Para a verificação da confiabilidade dos instrumentos utilizados, calculou-se o alfa de Cronbach, considerando-se aceitáveis os valores acima de 0,70 (CUMMINGS, STWART e RULLEY, 2003).

Para associação da sintomatologia depressiva (variável desfecho) com variáveis independentes (sociodemográficas, de trabalho, estresse, ansiedade e uso de álcool), foi realizada regressão logística bivariada entre depressão e cada uma das variáveis independentes descritas na análise bruta. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$, na análise bivariada, foram selecionadas para compor a análise múltipla em relação à depressão, sendo submetidas à regressão logística com múltiplas variáveis. As variáveis com $p > 0,05$ foram retiradas para composição do modelo final, constando apenas as variáveis com $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, de trabalho e uso de álcool

Tabela 1 – Distribuição dos servidores públicos, segundo as características sociodemográficas, econômicas e de trabalho. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Variável	Frequência (%)	Média/DP	mín.-máx.
Sexo			
Feminino	508 (54,9)		
Masculino	417 (45,1)		
Faixa Etária		9,8/43,1	19-68
<= 29 anos	135 (14,8)		
30 a 39 anos	200 (21,9)		
40 a 49 anos	370 (40,5)		
>= 50 anos	208 (22,8)		
Escolaridade			
Ensino superior completo	465 (51,0)		
Ensino médio completo	335 (36,7)		
Ensino fundamental completo	112 (12,3)		
Prática Religiosa			
Sim	866 (93,6)		
Não	59 (6,4)		
Estado Civil			
Solteiro	197 (21,5)		
Casado	609 (66,4)		
Separado	89 (9,7)		
Viúvo	22 (2,4)		
Tem filhos			
Não	284 (31,0)		
Sim	632 (69,0)		

Nível da função			
Superior	221 (24,0)		
Médio	488 (52,9)		
Básico	213 (23,1)		
		2.738,01/4.239,5	800,00-
Renda –tercil (R\$)		0	25.000,00
1 tercil (até 2.752,00)	256 (32,2)		
2 tercil (2.753,00 a 4.700,00)	266 (33,5)		
3 tercil (acima de 4.701,00)	272 (34,3)		
Tempo de Trabalho		10,3/13,5	1-45
até 10 anos	381 (45,9)		
10 a 19 anos	160 (19,3)		
20 anos ou mais	289 (34,8)		

De acordo com a análise descritiva dos dados sociodemográficos, econômicos e de trabalho (Tabela 1), a amostra foi composta por uma maioria de mulheres (54,9%); na faixa etária de 40 a 49 anos (40,5%); com ensino superior completo (51,0%); praticantes de alguma religião com 93,6%; casados (66,4%); com filhos (69,0%); exercendo função de nível médio (52,9%); com renda média de R\$4.239,50; e com tempo de exercício do trabalho de até 10 anos (45,9%).

4.2 Estresse ocupacional

A consistência interna (confiabilidade) do instrumento JSS, utilizado para avaliar o estresse ocupacional a que estão expostos os servidores públicos participantes do estudo, foi analisada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. O valor alfa obtido foi de 0,75, considerando-se o instrumento com adequada consistência interna.

Tabela 2 – Distribuição dos servidores públicos, segundo pontuação nas dimensões da JSS. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Dimensões JSS	Frequência (%)
Demanda Psicológica *	
Baixa (5 a 13 pontos)	494 (53,9)
Alta (>13 pontos)	423 (46,1)
Controle do Trabalho **	
Baixo (6 a 17 pontos)	385 (41,9)
Alto (>17 pontos)	534 (58,1)
Suporte social *	
Baixo (até 17 pontos)	152 (16,6)
Médio (18 a 21 pontos)	378 (41,2)
Alto (>21 pontos)	387 (42,2)

* n=917; ** n=919

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho mensurados nas dimensões do JSS (Tabela 2), os servidores relataram trabalhar sob baixa demanda psicológica (53,9%), alto controle sobre o trabalho executado (58,1%) e alto suporte social (42,2%).

		Demanda psicológica	
		Baixa	Alta
Controle no trabalho	Alto	283 (30,9%) Baixa exigência	251 (27,4%) Trabalho ativo
	Baixo	Trabalho passivo 211 (23,0%)	Alta exigência 172 (18,7%)

Figura 2 – Distribuição dos servidores públicos, segundo a variável tipo de trabalho do *Job Strain Model*.

A Figura 2 ilustra as quatro situações de trabalho propostas no modelo JSM, após a combinação das dimensões demanda psicológica e controle no trabalho. As dimensões observadas entre os servidores públicos foram: 18,7% em alta exigência, 23,0% em trabalho passivo, 27,4% em trabalho ativo e 30,9% atuavam em baixa exigência.

Tabela 3 – Distribuição dos servidores públicos, segundo exposição ao estresse ocupacional (JSM). Ribeirão Preto -S P, 2010.

Exposição ao Estresse	Frequência (%)
Baixa Exposição	283 (30,9)
Média Exposição	462 (50,4)
Alta Exposição	172 (18,7)

Os servidores públicos da amostra apresentaram, em sua maioria, nível médio de exposição ao estresse ocupacional (50,4%), contudo 18,7% apresentaram um nível considerado de alta exposição ao estresse ocupacional (Tabela 3).

4.3 Ansiedade e depressão

A consistência interna (confiabilidade) dos instrumentos BAI e BDI, utilizados para avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva entre os servidores públicos participantes do estudo, foi analisada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach. Os valores alfa obtidos foram de 0,90 e 0,85, respectivamente, considerando-se os instrumentos com adequada consistência interna.

Tabela 4 – Distribuição dos servidores públicos, segundo níveis de ansiedade e depressão. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Variável	Frequência (%)
Ansiedade	
Ausência	737 (79,7)
Ansiedade leve a moderada	130 (14,0)

Ansiedade moderada ou grave	58 (6,3)
Depressão	
Ausência	722 (78,1)
Depressão leve a moderada	163 (17,6)
Depressão moderada ou grave	40 (4,3)

A avaliação da sintomatologia ansiosa indicou ansiedade leve a moderada em 14,0% dos servidores e ansiedade moderada ou grave em 6,3%, perfazendo um total de 20,3% de trabalhadores com sintomatologia ansiosa (Tabela 4).

A sintomatologia depressiva avaliada indicou presença de depressão leve a moderada em 17,6% e de depressão moderada a grave em 4,3% dos servidores públicos, perfazendo um total de 21,9% de trabalhadores com sintomatologia depressiva (Tabela 4).

4.4 Uso de álcool

O uso problemático de álcool, identificado por meio da aplicação do AUDIT, evidenciou uma prevalência de 13,2% deste tipo de uso entre os servidores públicos. Relataram problemas ocorridos por uso de bebida alcoólica 6,6% da amostra (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos servidores públicos, segundo uso de bebida alcoólica (uso problemático e problemas autorreferidos). Ribeirão Preto - SP, 2010.

Variável	Frequência (%)
Uso problemático (AUDIT)	
Não (0-7 pontos)	803 (86,8)
Sim (>7 pontos)	122 (13,2)
Problemas autorreferidos por uso de álcool	
Não	864 (93,4)
Sim	61 (6,6)

4.5 Associação entre depressão e as variáveis independentes do estudo

Tabela 6 – Odds Ratio da análise bivariada entre depressão e variáveis sociodemográficas, nível da função exercida, estresse ocupacional, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. Ribeirão Preto/SP - 2010.

Variável	OR (IC 95%)	P
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	1,21 (0,86-1,72)	0,264
Faixa etária		
< 40 anos	1	
≥ 40 anos	0,88 (0,63-1,22)	0,433
Prática religiosa		
Não	1	
Sim	1,19 (0,80-1,77)	0,401
Filhos		
Não	1	
Sim	1,04 (0,74-1,46)	0,820
Nível da função		
Básico	1	
Médio	1,04 (0,76-1,42)	0,804
Superior	0,90 (0,62-1,31)	0,585

Tempo de trabalho		
< 15 anos	1	
≥ 15 anos	1,15 (0,82-1,60)	0,418
Demanda psicológica no trabalho*	1,04 (1,00-1,08)	0,043
Controle no trabalho*	0,89 (0,85-0,94)	<0,001
Apoio social no trabalho*	0,80 (0,76-0,85)	<0,001
Alta exposição ao estresse laboral		
Não	1	
Sim	0,75 (0,49-1,15)	0,195
Sintomatologia ansiosa		
Não	1	
Sim	7,77 (5,49-11,00)	<0,001
Uso problemático de álcool		
Não	1	
Sim	1,52 (0,99-2,33)	0,055
Problemas autorreferidos por uso de álcool		
Não	1	
Sim	2,88 (1,69-4,92)	<0,001

* variável contínua

Na análise bivariada, foram investigadas as chances de ocorrência de depressão de acordo com as variáveis independentes. Houve significância estatística ($p < 0.05$) para as variáveis demanda psicológica no trabalho ($p = 0,043$), controle no trabalho ($p < 0,001$), apoio social no trabalho ($p < 0,001$), ansiedade ($p < 0,001$) e problema autorreferido por uso de álcool ($p < 0,001$). Estas variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla de análise com aquelas que apresentaram $p < 0,20$, incluindo-se a alta exposição ao estresse ocupacional ($p = 0,195$) e o uso problemático de álcool ($p = 0,055$).

Tabela 7 – Odds Ratio da análise múltipla de controle no trabalho, apoio social, ansiedade e problemas autorreferidos por uso de álcool em relação à depressão entre servidores públicos. Ribeirão Preto/SP - 2010.

Variável	OR (IC 95%)	P
Controle no trabalho*	0,95 (0,89-1,00)	0,094
Apoio social no trabalho*	0,85 (0,80-0,90)	<0,001
Ansiedade	5,97 (4,14-8,60)	<0,001
Problemas autorreferidos por uso de álcool	2,76 (1,51-5,04)	0,001

* variável contínua

Na análise multivariada, mostraram-se estatisticamente significativos para depressão o controle sobre o trabalho executado ($p=0,094$), o apoio social ($p<0,001$), a ansiedade ($p<0,001$) e os problemas autorreferidos por uso de álcool ($p=0,001$). As variáveis demanda psicológica, alta exposição ao estresse ocupacional e uso problemático de álcool não apresentaram significância estatística na análise multivariada, sendo retiradas do modelo final.

De acordo com os resultados da regressão logística, o controle sobre o trabalho executado, apesar de não apresentar resultado estatisticamente significativo, sugere que este componente atua como fator de proteção para a depressão ($OR=0,95$; $IC\ 95\%=0,89-1,00$; $p=0,094$), ou seja, maiores escores mensurados na dimensão controle diminuem as chances de sintomatologia depressiva entre os trabalhadores da amostra.

O Odds Ratio verificado na análise com múltiplas variáveis para a dimensão apoio social no trabalho ($OR=0,85$; $IC\ 95\%=0,80-0,90$; $p<0,001$) evidenciou que esta característica laboral confere proteção para a sintomatologia depressiva, sendo que as chances de apresentar depressão diminuem à medida que aumenta o escore de apoio social para a amostra em questão.

A ansiedade apresentou-se como fator de risco para a depressão, em que os servidores com presença de sintomatologia ansiosa apresentaram 5,97 vezes mais chances de apresentar depressão em relação àqueles sem ansiedade ($OR=5,97$; $IC\ 95\%=4,14-8,60$; $p<0,001$).

Os problemas autorreferidos por uso de bebida alcoólica comportaram-se como fator de risco para sintomatologia depressiva, sendo que os servidores públicos que referiram este tipo de problema apresentaram 2,76 vezes mais chances de depressão em relação aos que responderam negativamente a esta questão ($OR=2,76$; $IC\ 95\%=1,51-5,04$; $p=0,001$).

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados e descritos no capítulo anterior.

Com relação aos resultados sociodemográficos, econômicos e de trabalho da amostra de servidores de uma universidade pública, observamos que houve predominância do sexo feminino (54,9%), na faixa etária de 40 a 49 anos (40,5%), com ensino superior completo (51,0%), praticantes de alguma religião (93,6%), casados (66,4%), com filhos (69,0%), exercendo função de nível médio (52,9%), com renda média de R\$4.329,50 e com tempo de exercício de até 10 anos (45,9%). Resultados parecidos foram encontrados em um estudo com população semelhante com prevalência do sexo feminino, sendo 69% dentro da faixa etária de 41 a 55 anos (CAVAHEIRO & TOLFO, 2011). A predominância do sexo feminino entre servidores universitários também foi verificada em outros estudos brasileiros com população semelhante. Nos estudos de Areias (1999) e Areias e Guimarães (2004), a porcentagem feminina foi de 63%; no estudo de Alves (2004), 56%, assim como no de Macedo (2005) e Brito (2007), 56%. Este fato é justificado, pois as mulheres estão atuando mais no ambiente de trabalho e, segundo Probst (2004), o número de mulheres em postos diversos nas organizações cresce exponencialmente.

Quanto ao nível de escolaridade dos servidores participantes, observamos que 51,0% possuem o ensino superior completo, dados que se aproximam da investigação de Alves (2004), com 48,0% da amostra com nível de ensino superior completo. Os resultados obtidos por Brito (2007) concluem que 45,0% da amostra possui ensino superior completo e de Areias e Guimarães (2004) onde os resultados indicam 36,0% da amostra com escolaridade de nível superior completo. Ressaltamos que, para esta categoria de trabalhador, o nível de escolaridade tem sido superior a outras categorias profissionais, como, por exemplo, os trabalhadores da área da saúde, que segundo pesquisa de Schimidt e colaboradores (2009), com profissionais de enfermagem, a amostra do estudo apresenta somente 7,6% dos trabalhadores com ensino superior completo e no estudo de Gherardi-Donato (2013), com população semelhante (9,6%).

A prática de alguma religião esteve presente em 93,6% dos servidores entrevistados, percentual este inferior ao comparado com os dados obtidos do

estudo epidemiológico de Rubiatti (2008), realizado em uma cidade do interior paulista, que foi de 89,6%. A religiosidade interfere na proteção do estresse, o qual pode ser evidenciado no estudo de Faria, David e Rocha (2011), onde através de estudo multicêntrico realizado em doze países, incluindo a América Latina, avaliaram a importância da prática religiosa em mulheres e sua relação com o uso de substâncias, cujos resultados indicam que a inserção e a prática religiosa é uma possibilidade de enfrentamento e fortalecimento diante do uso de substâncias psicoativas e outras condições familiares e sociais.

Dados das características de trabalho indicaram 52,9% dos trabalhadores exercendo função de nível médio. Estudo realizado por Areias (1999) com trabalhadores de uma universidade estadual também evidenciou a maioria dos servidores (47,0%) exercendo atividades de nível médio dentro do ambiente universitário.

Ao investigarmos a adequação do nível de escolaridade em relação ao cargo exercido pelo trabalhador, observamos inadequação em 52,9%, ou seja, funcionários com escolaridade entre média e superior exercendo função de nível básico e alguns com escolaridade superior exercendo função de nível médio ou básico. Isso pode criar uma insatisfação no trabalho, pois se entende que o ser humano, ao desenvolver qualquer atividade, disponibiliza fatores intrínsecos ou extrínsecos que são responsáveis pela ação do objetivo almejado, e possuir escolaridade não compatível com a função exercida, assim como condições laborais e salariais ruins, pode ser fator de impacto negativo na prestação do serviço (BATISTA et. al., 2005).

Para a maioria dos participantes (34,3%), a renda familiar *per capita* ficou acima de R\$ 4.701,00, com média de R\$ 4.324,50. Considerando as conformidades entre as populações, ou seja, servidores públicos universitários, estudos de Macedo (2005) com funcionários técnico-administrativos evidenciaram que 36,2% dos participantes apresentaram uma renda familiar *per capita* de três a seis salários-mínimos, assim como no estudo de Brito (2007) no qual 62,0% dos trabalhadores possuíam uma renda *per capita* equivalente ou superior a três salários-mínimos. Devemos considerar que esta variável foi a que apresentou maior perda de respostas, cerca de 15,0%.

Sobre o tempo de exercício de trabalho na instituição, verificamos superioridade da amostra respondente (45,9%) com até 10 anos de trabalho. Resultado equivalente foi obtido no estudo de Alves (2004), cujo tempo médio na função foi de 10 anos e de Costa (2010), onde se encontrou prevalência de servidores na universidade com média de vínculo empregatício de 8,8 anos. Tanto fatores individuais quanto organizacionais, como, por exemplo, experiência profissional, envolvimento institucional e estabilidade adquirida pelo tempo de vínculo, são fatores de satisfação individual ou ligados às propostas de trabalho de uma organização, cujos determinantes incentivam a constância dos profissionais numa instituição (MARTINS et. al., 2006).

Conforme Oliveira (2005), o contentamento laboral pode ser classificado como um indicador de qualidade de vida, o qual interfere na saúde física e mental do trabalhador, assim como na conduta profissional e social. Talvez esta seja uma característica da população de servidores públicos pesquisados nesse estudo.

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho obtidos neste estudo através da JSS, quase a metade dos servidores apresentou alta demanda psicológica (46,1%), baixo controle sobre o trabalho executado (41,9%) e baixo suporte social (16,6%). Segundo Karasek e Theorell (1990), a demanda é definida como as pressões de natureza psicológica, sejam elas quantitativas ou qualitativas, para a realização do trabalho. Já o controle é definido como sendo a possibilidade de o trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo. Por fim, o apoio social é definido como sendo os níveis de interação social existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os chefes. O apoio social integra a característica psicossocial do trabalho que age na proteção contra os efeitos negativos dos fatores estressantes (LIN et. al., 2008).

Resultados de um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público em uma cidade do interior paulista evidenciaram uma porcentagem de trabalhadores com alta demanda psicológica superior ao presente estudo (88,3%). Em contrapartida, a pesquisadora encontrou menor porcentagem de servidores com baixo controle sobre o trabalho (20,9%). Já o apoio social foi considerado baixo em 35,1%, superior à porcentagem do presente estudo (16,%) (GHERARDI-DONATO, 2013). Vale ressaltar a diferença inerente ao trabalho realizado por profissionais de

saúde em ambiente hospitalar quando comparamos com o presente estudo, contudo, nos deparamos com uma maioria de investigações que enfocam as profissões da área da saúde em detrimento das profissões que integram o quadro de servidores públicos da universidade estudada.

Após a combinação das dimensões demanda psicológica e controle no trabalho propostas no *Job Strain Model* (JSM), os tipos de trabalho observados entre os servidores públicos foram: 18,7% de trabalho em alta exigência, 23,0% de trabalho passivo, 27,4% de trabalho ativo e 30,9% atuavam em trabalho de baixa exigência.

O trabalho de alta exigência ou alto desgaste, prevalente em 18,7%, é o resultado da combinação alta demanda psicológica e baixo controle. Autores asseguram que este tipo de situação de trabalho gera estresse ocupacional, propiciando risco para a saúde, com sofrimento físico e mental (KARASEK; THEORELL, 1990; ARAÚJO, 2003; ALVES et al., 2004; MAGNANO, 2008; SILVA, 2009). A presença de alta demanda psicológica e baixo nível de controle sobre o processo de trabalho, segundo a perspectiva do JSM, modelo usado neste estudo, constitui a experiência de trabalho mais patológica. Essa dimensão está associada a muitos efeitos negativos tanto físicos quanto psicológicos para a saúde do trabalhador que vivencia altos níveis de estresse laboral (KARASEK, THEORELL, 1990). Quando os trabalhadores vivenciam uma sobrecarga de trabalho e apresentam pouco controle para executá-lo, ao longo do tempo sofrem um elevado nível de excitação fisiológica e aumento da tensão sobre os sistemas nervoso e cardiovascular (KARASEK; THEORELL, 1990). Se essa situação se tornar crônica e o indivíduo não conseguir diminuir as demandas laborais, seu organismo inicia um processo de desgaste e perda do equilíbrio interno. Fisiologicamente isso se manifesta pela alteração dos níveis de adrenalina, noradrenalina, catecolaminas, cortisol no sangue, urina e saliva que resultam na elevação da pressão arterial e na manifestação de sintomas cardiovasculares (KARASEK; THEORELL, 1990).

O trabalho passivo, resultante da combinação baixa demanda psicológica e baixo controle, prevalente em 23,0%, caracteriza um tipo de trabalho em que há uma redução gradual na eficácia de resolução de problemas gerais inerentes ao contexto laboral. Nessa situação de trabalho, os profissionais vivenciam níveis mais elevados

de tédio e insatisfação relacionados à rotina de tarefas e à atenuação da capacidade para desafios intelectuais (KARASEK, THEORELL, 1990).

Os trabalhadores que se enquadram no perfil de situação de trabalho ativo somaram 27,4%, que é o resultado da combinação alta demanda e alto controle. Apesar de vivenciarem altas demandas, esses profissionais possuem maiores níveis de satisfação no trabalho e menores níveis de estresse, uma vez que, por possuírem controle sobre suas atividades, compreendem suas demandas como possibilidade favorável de aumentar sua competência, autoestima, crescimento pessoal e desenvolvimento ou aperfeiçoamento de suas habilidades (KARASEK; THEORELL, 1990).

O trabalho de baixa exigência ou baixo desgaste foi o de maior predominância com 30,9% de representatividade na amostra. Esta dimensão é o resultado da combinação baixa demanda e alto controle, o que geraria baixo desgaste. Essa situação é considerada ideal para os trabalhadores, comprometendo em menor grau a saúde mental do trabalhador (ALVES, et al., 2004; MANETTI, 2009; URBANETTO et. al., 2011).

Karasek e Theorell (1990) atestam, em seu modelo teórico, os efeitos benéficos que o alto controle sobre o processo de trabalho induz sobre a saúde do trabalhador. O papel saudável desta variável psicossocial do ambiente laboral é tão importante que esses autores a consideram o elemento central de seu modelo. A importância do controle sobre o processo de trabalho assegura-se na capacidade que este componente possui em diminuir os efeitos danosos de componentes laborais que são prejudiciais ao trabalhador. Sob essa modalidade de interação “baixa exigência”, Karasek (1979) a conceituou como sendo aquela com menor potencial de consequências negativas à saúde do trabalhador, contudo essa modalidade de interação não demonstra um potencial para o desenvolvimento de novas habilidades e progresso pessoal.

Estudos posteriores à teoria de Karasek contraditam esse pressuposto inicial, demonstrando que trabalho sob baixa exigência proporciona mais oportunidades de aprendizado e autoestima do que os trabalhos com alta demanda e alto controle (KAIN, 2010). A principal justificativa para esse achado estaria no fato de que a ausência de altas demandas possibilitaria ao trabalhador concentrar suas energias

físicas e psíquicas no desenvolvimento de novas competências sem as inconvenientes distrações inerentes aos trabalhos de alta demanda (KAIN, 2010).

Paschoal e Tamayo (2004) conceituam o estresse ocupacional como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas. Dentro de uma organização, os valores não são necessariamente percebidos da mesma forma por todos os trabalhadores, há de se considerar as diferenças do setor, de cargo exercido, profissão, gênero, tempo de serviço, fatores pessoais, entre outros. Mais relevante do que as diferenças é a convergência na importância dada aos valores pelos trabalhadores da organização (TAMAYO, 1996).

Nesse sentido, para os dados obtidos no presente estudo, a maioria dos servidores públicos encontrar-se sob médio nível de exposição ao estresse ocupacional (50,4%) pode estar relacionado às características do emprego no qual se encontram esses profissionais que atuam no setor público, ou seja, possuírem mais estabilidade em seus empregos, onde os desligamentos por demissão são praticamente nulos. Contudo, preocupa a porcentagem encontrada na amostra de 18,6% de trabalhadores sob alto nível de exposição ao estresse ocupacional, haja vista que segundo a teoria e o modelo propostos por Robert Karasek há o reconhecimento do grande impacto desta condição para o bem-estar do trabalhador, bem como o papel do apoio social, identificado como baixo em 16,6%, como atenuante dos efeitos negativos do estresse (KARASEK; THEORELL, 1990).

Considerando-se que o apoio social desses servidores limitou-se à dimensão mensurada na JSS, os autores reconhecem que não abordar o papel do suporte social familiar e de amigos na saúde do trabalhador é uma limitação do modelo (Karasek e Theorell, 1990, p. 76), configurando-se também uma limitação do presente estudo.

Os resultados encontrados em relação à sintomatologia ansiosa entre os servidores públicos, mensurada através da aplicação da BAI, indicaram ansiedade leve a moderada em 14,0% dos servidores e ansiedade moderada ou grave em 6,3%, perfazendo um total de 20,3% de trabalhadores com sintomatologia ansiosa sugestiva de ansiedade. Resultado superior foi detectado na pesquisa submetida a profissionais de enfermagem na qual a pontuação encontrada para variável

ansiedade foi de 31,3%. Estudo refere que a ansiedade constitui um dos principais problemas de saúde mental da população brasileira, com prevalências variando de 8 a 18%, de acordo com diferentes regiões (MUNARETTI & TERRA, 2007). Os transtornos de ansiedade são extraordinariamente frequentes, estimando-se que 25% de toda a população mundial vivencia seus sintomas pelo menos uma vez na vida (MASCI, 2001). Ao se confrontarem os dados constatados com os encontrados na literatura e aos dos profissionais da área da saúde, notamos que os servidores públicos indagados apresentaram média semelhante às demais pesquisas, incluindo a população geral nacional e mundial. Esse resultado sugere que uma boa parte dos servidores públicos avalia as circunstâncias a que estão expostos no cotidiano laboral como sendo ameaçadoras. O que é preocupante, pois a partir de um ponto excedente, a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, convergirá exatamente para o oposto, ou seja, para o prejuízo da capacidade adaptativa. O fato de um episódio ser percebido como ansiogênico não depende apenas da origem do mesmo, mas da equivalência referida a este evento pelo indivíduo, de acordo com seus recursos, suas defesas e seus mecanismos de enfrentamento (APA, 2002).

Com relação aos resultados da medida de sintomatologia depressiva entre os servidores públicos na aplicação da BDI, constatamos presença de depressão leve a moderada em 17,6% e de depressão moderada ou grave em 4,3%, perfazendo um total de 21,9% de trabalhadores com sintomatologia depressiva indicativa de depressão. Nos casos de episódios depressivos leves, o desempenho no trabalho e o grau de capacidade para desenvolver a tarefa do indivíduo no contexto laboral podem apresentar acentuada queda de rendimento, embora ainda seja possível permanecer no trabalho. Porém quando se trata de episódios considerados moderados e graves, a inabilidade para o desempenho profissional torna-se comprometida, ocorrendo, na maioria das vezes, afastamento do trabalho (INOCENTE; CAMARGO, 2004). Manetti (2009) encontrou resultados inferiores, pesquisando os aspectos psicossociais no trabalho e a depressão entre enfermeiros de um hospital universitário, onde aproximadamente 9% apresentaram presença de sintomas depressivos e foram classificados como depressão leve 5,1% e depressão moderada 3,7%, sendo que nenhum participante da pesquisa apresentou depressão grave. Resultados superiores foram observados no estudo de Schmidt (2009), realizado para avaliar a qualidade de vida no trabalho com 211 trabalhadores de

enfermagem de centros cirúrgicos, evidenciando que 24,2% dos trabalhadores entrevistados apresentaram sintomas de depressão. Costa e Martinez (2000), com 130 trabalhadores de enfermagem de um hospital geral, evidenciaram que 27,0% dessa amostra atestou critérios para depressão (COSTA; MARTINEZ, 2000). Vargas e Dias (2011), em estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTI) de hospitais de uma cidade do noroeste do Estado de São Paulo, indicaram prevalência de depressão em 28,4%. Pesquisas populacionais nacionais e internacionais mostram prevalência de transtornos depressivos na população geral que variou de 6,3% a 12,8% nos Estados Unidos, 10% na Grã-Bretanha e de 0,9% a 10,2% no Brasil (LIMA, 1999). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) revelam que o diagnóstico precoce e o tratamento da depressão são essenciais para não comprometer a qualidade de vida da pessoa e acrescentar quadros de morbidade e mortalidade.

A prevalência do uso problemático de álcool obtido na amostra foi de 13,2%. Resultado superior foi encontrado no estudo de Amaral e Malbergiera (2004), cuja prevalência do uso problemático de álcool por servidores de uma universidade pública paulista foi de 19,8%, e resultado menor foi encontrado no estudo realizado com trabalhadores de uma indústria de grande porte do Sul do país, com a finalidade de dimensionar a autoavaliação e fatores associados destes trabalhadores, observando-se que 6,1% dos entrevistados fazem uso problemático de álcool e 59,5% referiram tensão psicológica (HÖFELMANN; BLANK, 2007). Mabuchi e colaboradores (2007), em estudo transversal realizado com trabalhadores de coleta de lixo, salientaram que as fontes estressoras, tais como odor do lixo, falta de reconhecimento ou incentivo, carga horária excessiva e discriminação social são fatores relacionados às condições de trabalho e fatores psicossociais precursores e responsáveis pelo incentivo do consumo de bebidas alcoólicas. Gherardi-Donato e colaboradores (2011) afirmam que, quando o enfrentamento de determinada situação ou problema está centrado nas emoções, o indivíduo procura por métodos que visam à redução da emoção negativa, sendo que muitos, com o intuito de manejar essa situação estressante, recorrem ao uso de substâncias psicoativas, tais como o uso de álcool.

Com relação aos problemas autorreferidos por uso de bebida alcoólica, 6,6% dos servidores públicos responderam que já tiveram algum problema devido ao consumo de bebidas alcoólicas. Os problemas decorrentes do uso de álcool representaram 54,0% dos acidentes de trabalho com afastamento e 40,0% dos acidentes fatais (AMARAL; MALBERGIERA, 2004). Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) 2011, o consumo problemático de álcool pode causar cirrose hepática, câncer, traumatismos acidentais, dependência, sendo responsável pela morte de mais de 5 milhões de pessoas no mundo, ou seja 9% da mortalidade mundial, requerendo médicos e serviços de reabilitação. Nessa perspectiva, as consequências podem ser físicas, com problemas sociais, legais, familiares, financeiros, psicológicos e ocupacionais (CASTRO, 2002). Autores afirmam que diminuição da produtividade, aumento do absenteísmo, vulnerabilidade para acidentes de trabalho, diminuição na percepção, memória e compreensão, debilidade na coordenação motora, prejuízo no equilíbrio, sonolência são alguns dos problemas que o consumo de bebida alcoólica pode causar no indivíduo (BRAVO ORTIZ e MARZIALE, 2010; UNIAD, 2010). De acordo com Bravo Ortiz e Marziale (2010), informações da Organização Internacional do Trabalho revelam que entre 3,0% e 5,0% da população de trabalhadores apresenta dependência em relação ao uso de bebida alcoólica e 25,0% são consumidores de risco. As consequências decorrentes da interação do uso de álcool e trabalho estão evidenciadas em muitos estudos, vão desde absenteísmo no trabalho até as aposentadorias precoces e acidente de trabalho, além de licenças do emprego devido a doenças (ANDRADE et. al., 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Assim, a identificação precoce do consumo de álcool, entre os servidores públicos, é relevante para uma intervenção apropriada antes do aparecimento de complicações (MENESES-GAYA, 2009).

A partir dos resultados de associação da depressão com as características sociodemográficas, a não associação de sintomatologia depressiva com o sexo feminino, encontrada no presente estudo, não é sustentada pela literatura científica.

A OMS indica que a probabilidade de uma mulher desenvolver um quadro depressivo ao longo da vida varia de 10 a 25%, e em um homem varia de 5 a 12% (WHO, 2012). A literatura mostra que a sintomatologia depressiva incide duas a três vezes mais em mulheres do que em homens, independente do país (FLECK et. al.,

2003). Tal resultado foi também observado no estudo de Cavalheiro, cuja prevalência foi de 14% de depressão leve entre as mulheres e 2% de depressão grave, enquanto em homens esses níveis não ultrapassaram 8%, detectados apenas no grau leve (CAVALHEIRO & TOLFO, 2011). Resultado semelhante foi identificado em estudo com população de bombeiros onde a porcentagem de mulheres com indicativo de depressão foi de 26,9%, ou seja, quase três vezes maior do que entre os homens (AMATO et. al., 2010). Os fatores biológicos e neuroendocrinológicos parecem desempenhar um papel importante na explicação da prevalência de depressão em mulheres, visto que na menarca ocorre momento de grandes mudanças hormonais no corpo da mulher. Porém, os aspectos psicológicos e sociais também são de fundamental importância para explicar a diferença de gênero e de prevalência, já que a depressão tem sua etiologia e desenvolvimento baseados em explicações multifatoriais (LIMA, 1999). Considerando-se o contexto laboral do presente estudo, uma explicação para o fato é que as mulheres vêm congregando maiores espaços no mercado de trabalho, as quais conquistaram diversos setores que anteriormente eram funções exercidas essencialmente por homens (MADALOZZO, 2010). O que nesta população estudada pode servir como satisfação e autoestima atuando como efeito protetor para depressão. Em consonância ao resultado do atual estudo, Manetti (2009), pesquisando trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista, não encontrou relação entre gênero e sintomatologia depressiva na amostra associada.

Com relação à faixa etária, os resultados não evidenciaram maior risco de depressão entre os grupos etários da amostra. Dados da OMS (2001) indicam que a depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, contudo a incidência mais alta é nas idades médias e há indícios de aumento desse transtorno durante a adolescência e no início da vida adulta.

A prática religiosa não apresentou associação com sintomas depressivos no presente estudo, apesar de a literatura apontar a religiosidade como um fator de proteção para a saúde, pois estudos sugerem que os indivíduos praticantes de alguma religião tendem a apresentar maior bem-estar psicológico e, conseqüentemente, menos taxas de prevalência de depressão e uso de substâncias (SILVA et. al., 2010).

A demanda psicológica, no contexto laboral, foi significativa para a depressão na análise bivariada, contudo perdeu a significância no modelo com múltiplas variáveis, evidenciando que, para a amostra em estudo, a demanda apresentou-se como uma variável de confusão e que, ao ser analisada em conjunto, não tem influência sobre o desfecho, a depressão.

O controle sobre o trabalho exercido diminuiu o poder estatístico sobre a depressão quando inserido na análise múltipla, evidenciando ser uma variável com menor influência para a depressão em relação ao apoio social, à ansiedade e aos problemas autorreferidos por uso de álcool. Apesar de extrapolar o nível de significância estabelecido para este estudo, o Odds Ratio e o intervalo de confiança obtidos na análise múltipla permitem considerar o controle como uma fator de proteção para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na amostra.

Para Karasek (1979) e Karasek e Theorell (1990), a dimensão controle é o aspecto psicossocial central do JSM e é conceituado pela soma de dois componentes interdependentes determinantes, o discernimento intelectual do trabalhador e a autoridade de decisão. O componente “autoridade de decisão” engloba a autonomia e o poder que o trabalhador possui sobre os processos de trabalho, referindo-se às oportunidades de tomada de decisões independentes e das possibilidades de optar sobre o que acontece em seu ambiente de trabalho (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990). O controle sobre o trabalho é uma perspectiva psicossocial interessante a ser considerada quando se avalia a interface trabalho e saúde do trabalhador (ARAUJO et. al., 2003). Um indivíduo com alto controle sobre sua atividade laboral pode escolher a forma de enfrentar fatores estressantes. Podendo ainda aumentar as estratégias pessoais de enfrentamento, propiciando novas respostas comportamentais conforme os episódios estressogênicos (KARASEK; THEORELL, 1990). O alto controle sobre o trabalho ajuda a aumentar os níveis de satisfação no trabalho e propicia oportunidades de se envolver em tarefas desafiadoras, incrementando o repertório de habilidades do trabalhador (KAIN, 2010). Segundo a hipótese do efeito protetor, um nível alto de controle sob o trabalho executado impediria que a demanda psicológica aumentasse o risco de adoecimento. Sanne et al. (2005) encontraram relação significativa entre a dimensão controle e os níveis de depressão.

A dimensão apoio social no trabalho, associada entre os servidores públicos com a sintomatologia depressiva ($OR=0,85$; $IC\ 95\%=0,80-0,90$; $p<0,001$), evidenciou que esta característica laboral confere proteção para a sintomatologia depressiva, sendo que as chances de apresentar depressão diminuem à medida que aumenta o escore de apoio social para a amostra em questão. O apoio social manteve o nível de significância estatística na análise múltipla, sendo que o Odds Ratio aumentou no modelo com múltiplas variáveis. Este achado afirma que, ao ser analisado em conjunto, o apoio social constitui-se em uma característica psicossocial do contexto laboral de relevada importância para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva entre os servidores estudados.

Em consonância com o pressuposto do modelo de Karasek utilizado no referido estudo, o apoio social funcionou como amortecedor ou catalisador para a sintomatologia depressiva. Para Karasek (2008), apoio social pode reduzir as tensões no ambiente de trabalho.

Observamos que o efeito da dimensão apoio social do contexto laboral recebida pelos colegas e supervisores na saúde mental dos servidores públicos investigados neste estudo teve efeito positivo para a não ocorrência de sintomas depressivos. O apoio social no contexto laboral refere-se ao nível global de interação social positiva e disponível pelos colegas e supervisores (KARASEK; THEOREL, 1990).

Os mecanismos pelos quais o apoio social no ambiente laboral interfere na saúde, bem-estar e qualidade de vida são diversos. Nesta perspectiva, altos níveis de apoio social podem ser associados com melhores níveis de saúde física e psicológica, uma vez que proporcionam ao indivíduo uma adaptação aos efeitos deletérios de eventos estressores, diminuindo as consequências negativas sobre o organismo e propiciando bem-estar, predisposição à saúde e melhores indicadores de qualidade de vida (FONSECA; MOURA, 2008).

Considerando-se o comportamento das variáveis controle, apoio social e alta exposição ao estresse para o desfecho depressão no processo de análise, a retirada da variável alta exposição ao estresse do modelo final, por perder a significância estatística na análise múltipla, indica que para a amostra estudada, o controle e o apoio social, este em maior escala, são os fatores psicossociais relevantes para a sintomatologia depressiva no contexto laboral, apesar de a alta exposição ao

estresse não ter sido estatisticamente significativa para a depressão. Esses resultados reafirmam a importância dos estudos em considerar todos os componentes psicossociais envolvidos na determinação do estresse ocupacional.

Os problemas autorreferidos por uso de bebida alcoólica apresentaram associação significativa com a sintomatologia depressiva. Os trabalhadores que referiram ter tido problemas decorrentes do uso de álcool apresentaram 2,76 vezes mais chances de depressão em relação aos sujeitos que não referiram esta situação. Este resultado torna-se mais interessante pelo fato de que o uso problemático identificado pela aplicação do AUDIT não foi significativo para a depressão na análise múltipla. Pode-se hipotetizar que a questão aplicada aos participantes do estudo foi mais efetiva na identificação da situação-problema ou ainda que a nomenclatura do instrumento possa ter inibido a resposta dos participantes pelo fato de serem abordados em seus ambientes de trabalho.

Com relação aos problemas referidos por uso de álcool e sintomatologia depressiva, os resultados encontrados neste estudo, apesar de válidos apenas para o problema autorreferido, encontram consonância com a literatura. As pessoas que apresentam uso de álcool de risco também apresentam mais sintomatologia depressiva em estudos nacionais e internacionais (AMATO, et. al., 2010; BOSCHLOO, et. al., 2012). Pesquisas indicam que há associação entre o uso de substâncias psicoativas, como o álcool, e o transtorno depressivo, sendo que a depressão foi a maior comorbidade relacionada ao consumo de substâncias psicoativas (CASTRO et. al., 2008). O uso de álcool por pessoas com sintomas depressivos pode ser considerado uma estratégia de enfrentamento, sendo utilizado concomitantemente com outras medicações numa tentativa de lidar melhor com a situação (BOSCHLOO, et. al., 2012).

A sintomatologia ansiosa de nível leve a grave esteve associada à depressão entre os servidores públicos participantes do estudo. Ter sintomatologia ansiosa confere 5,9 vezes mais chances de apresentar sintomatologia depressiva em relação aos sujeitos cuja mensuração de ansiedade apresentada foi mínima (OR=5,97; IC 95%=4,14-8,60; $p<0,001$). Aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados com ansiedade também é diagnosticada com depressão e, apesar de serem transtornos clinicamente diferentes, os indivíduos podem apresentar sintomas de ansiedade e depressão conjuntamente, tais como nervosismo,

irritabilidade e problemas de concentração (NIMH, 2009). Em uma perspectiva biológica, verificamos que os neurotransmissores que se relacionam com o desenvolvimento da depressão, tais como a serotonina e o ácido-âmina-butírico (GABA), também influenciam o desenvolvimento da ansiedade (WARNER, 2008). A depressão interfere de forma significativa na vida social do indivíduo e em sua qualidade de vida, podendo muitas vezes afetar a produtividade laboral. Sua relação com outras variáveis, tais como ansiedade, vem sendo estudada com mais ênfase, principalmente devido à importância dos problemas de saúde e de trabalho na vida do indivíduo; assim, baixos níveis de segurança, de autoridade e de poder de decisão laborais encontram-se associados com aumento de depressão (SCHNITTKER, 2010). Estudo realizado com 121 estudantes universitários do interior do Estado de São Paulo que exerciam alguma função laboral indicou que quanto maior a ansiedade dos participantes, maiores os sintomas depressivos (BAPTISTA e CARNEIRO, 2011).

Ansiedade e depressão são condições comuns na atual sociedade e coexistem num mesmo indivíduo ou situação, podendo ter sua patogenia, desencadeamento e evolução nitidamente associados às vivências do contexto do trabalho. Portanto discernir os fatores de risco e sintomatologias indicados neste estudo é de fundamental relevância na prevenção de agravos à saúde mental dos servidores públicos investigados.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos estabelecidos, seguem as conclusões do presente estudo.

Neste estudo constatamos que para a população de servidores públicos, de acordo com a análise descritiva dos dados sociodemográficos, econômicos e de trabalho, a amostra foi composta por uma maioria de mulheres (54,9%); na faixa etária de 40 a 49 anos (40,5%); com ensino superior completo (51,0%); sendo praticantes de alguma religião com 93,6%; casados (66,4%); com filhos (69,0%); exercendo função de nível médio (52,9%); com renda média de R\$4.239,50; e com tempo de exercício do trabalho de até 10 anos (45,9%).

Quanto ao nível de exposição ao estresse laboral, segundo a JSM, os servidores públicos da amostra apresentaram em sua maioria nível médio ou intermediário de exposição ao estresse ocupacional (50,4%), contudo 18,7% apresentaram um nível considerável de alta exposição ao estresse ocupacional.

Quanto à sintomatologia ansiosa, segundo a BAI, os servidores públicos apresentaram ansiedade leve a moderada em 14,0% e ansiedade moderada ou grave em 6,3%, perfazendo um total de 20,3% de trabalhadores com sintomatologia ansiosa.

Quanto à sintomatologia depressiva, avaliada segundo a BDI, evidenciou-se presença de depressão leve a moderada em 17,6% e de depressão moderada a grave em 4,3% dos servidores públicos, perfazendo um total de 21,9% de trabalhadores com sintomatologia depressiva.

Quanto ao uso problemático de álcool, identificado por meio da aplicação do AUDIT, evidenciou-se uma prevalência de 13,2% deste tipo de uso entre os servidores públicos e entre os que relataram problemas ocorridos por uso de bebida alcoólica estava 6,6% da amostra.

Quanto à associação da depressão com as variáveis independentes do estudo realizado entre os servidores públicos, de acordo com os resultados da regressão logística, o controle sobre o trabalho executado, apesar de não apresentar resultado estatisticamente significativo, sugere que este componente atua como fator de proteção para a depressão (OR=0,95; IC 95%=0,89-1,00; p=0,094), ou seja,

maiores escores mensurados na dimensão controle diminuem as chances de sintomatologia depressiva entre os trabalhadores da amostra.

O Odds Ratio verificado na análise com múltiplas variáveis, para a dimensão apoio social no trabalho (OR=0,85; IC 95%=0,80-0,90; $p<0,001$), evidenciou que esta característica laboral confere proteção para a sintomatologia depressiva, sendo que as chances de apresentar depressão diminuem à medida que aumenta o escore de apoio social para a amostra em questão.

A ansiedade apresentou-se como fator de risco para a depressão, em que os servidores com presença de sintomatologia ansiosa apresentaram 5,97 vezes mais chances de apresentar depressão em relação àqueles sem ansiedade (OR=5,97; IC 95%=4,14-8,60; $p<0,001$).

Os problemas autorreferidos por uso de bebida alcoólica comportaram-se como fator de risco para a sintomatologia depressiva, sendo que os servidores públicos que referiram este tipo de problema apresentaram 2,76 vezes mais chances de depressão em relação aos que responderam negativamente a esta questão (OR=2,76; IC 95%=1,51-5,04; $p=0,001$).

Em suma, concluímos que, para os servidores públicos participantes deste estudo, a presença de sintomatologia depressiva esteve associada ao controle sobre o trabalho executado, ao apoio social, à ansiedade e aos problemas autorreferidos por uso de álcool. Entre os aspectos psicossociais relacionados ao estresse ocupacional, os resultados evidenciaram que o apoio social é o fator de proteção mais significativo para a sintomatologia depressiva mensurada nesses trabalhadores.

Os achados deste estudo indicam aspectos relevantes a serem enfocados por planos e estudos de intervenção que objetivem prevenir o adoecimento e manter a saúde mental dos trabalhadores, principalmente no que tange à sintomatologia depressiva. Os quatro aspectos de maior impacto sobre a depressão, evidenciados neste estudo, controle sobre o trabalho executado, apoio social, ansiedade e problemas autorreferidos por uso de álcool, podem ser utilizados como ponto de partida para as intervenções de promoção de saúde mental, no contexto laboral da instituição onde o estudo foi realizado.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C. **Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa)**. São Paulo: Segmento Farma; 2010.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde**. 2004. 261f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/alvesmgmd.pdf>>. Acesso em: 08 out 2008.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.164-171, abril 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19774.pdf>>. Acesso em: 22 de nov 2009.

AMARAL, R. B.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 156-163, setembro 2004.

AMATO, T. C. et al. Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jul. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. ed. (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association. American Psychiatric Association (APA) (1994).

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.37, n. 7, p. 316-325, 2002.

ANXIETY DISORDERS ASSOCIATION OF AMERICA. **Brief vie of anxiety disorders**. Retrieved on January 4, 2009, available from: <<http://www.adaa.org/gettinghelp/briefoverview.asp>>. Acesso em 23 dez.

AREIAS M. E. Q. **Saúde mental, estresse e trabalho dos servidores de uma universidade** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1999.

AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Qualidade de vida, estresse no trabalho e Síndrome de Burnout. In: VILARTA, R. et al. **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Capinas: IPES Editorial, p. 183-202, 2006.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.4, p. 424-433, ago. 2003.

BABA, V.; GALAPERIN, B. L.; LITUCHY, T. R. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. **International Journal of Nursing Studies**, 36, 163-169, 1999.

BABOR, T. F, et al. **The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. 2th ed. Gêneve: Worl Health Organization. 2001.

BALONE, G. J. Estresse. In: **Psiquweb Psiquiatria Geral**, última revisão, 2002. Disponível em: <<http://WWW.psiquweb.med.br/cursos/stess1.html>>. Acesso em: 29 abr. 2007.

BATISTA, A. A. V. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 1, n. 39, p. 85-91, 2005.

BAPTISTA, M. N.; SOUZA, M. S.; SILVA ALVES, G. N. S. Validade entre a escala de depressão (EDEP), o BDI e o inventario de percepção de suporte familiar (IPSF). **Psico-USP**, v.13, n.2, p.211-220, jul. dez. 2008.

BAPTISTA, M. N., CARNEIRO, A. M. Validity of the depression scale related to anxiety and occupational stress. **Estudos de Psicologia**. Campinas. N. 28, v. 3, p. 345-352, 2011.

BARROS, J. C. de; MALAGRIS, L. E. M. Nível e fontes de stress em bancários: um estudo exploratório. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS, 2.; CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA, 5., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas /FAPESP/Hospital Daniel Lipp, 2005. P. 163-165.

BAZZO, E. F. Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 1997, vol.17, n.1 [citado 2013-06-24], pp. 41-44 . Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K. **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 169-190, 2003.

BERNSTEIN, D. P. et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. **Am J Psychiatry**. v.151, n.8, p.1132-1136, 1994.

BRASIL, Ministério da saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para serviços da saúde: doenças relacionadas ao trabalho**. Série A-Normas e Manuais Técnicos, n. 114. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria nº 1.339/GM**, de 18 nov. 1999.

BRASIL, M. A., et. al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31, S7-S17.2009.

BRAVO ORTIZ, Carmita María; MARZIALE, Maria Helena Palucci. El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, jun. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jul. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700002>.

BRITO, A. S. **Estresse e acidentes no trabalho**: estudo Pró-Saúde. 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=476557&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 agosto 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, abril/junho 2008.

CANFIELD, A. A. **Uma nova ótica nos relacionamentos interpessoais**. Disponível em: <[HTTP://www.comportamento.com.br/artigos](http://www.comportamento.com.br/artigos)>. Acesso em: 11 maio 2007.

CARRILLO, L. P. L.; MAURO, M. Y. C. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 25-33, janeiro/abril 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CASTRO, K. C. **Álcool e trabalho: uma experiência de tratamento de trabalhadores de** uma universidade pública do Rio de Janeiro. 2002. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, março 2002.

CAVALHEIRO, G.; Tolfo, S. D. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, 241-249, 2011.

CHIARELLO, C. L. et al. O estresse nosso de cada dia: estudo de caso sobre o estresse no trabalho em órgãos da administração pública. **Temas de Administração Pública**, v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://master.fclar.unesp.br/Home/Departamento/AdministracaoPublica/RevistaTemasdeAdministracaoPublica/05CAIO.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUEZ-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**, Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 276-299.

COELHO NETO, N. M.; GARBACCIO, J. L. O estresse ocupacional no serviço de enfermagem hospitalar: reconhecimento e minimização. **Interseção**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 71-81, abr, 2008.

COHEN, R. A. et al. Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. **Biological Psychiatry**, v.59, p. 975–982, 2006.

CORRADI-WEBSTER, C. M. **Uso problemático de álcool entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais**. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CORRÊA, R. Z. A. **Estresse laboral e qualidade de vida em enfermeiras: evidências de validade**. Dissertação de mestrado não-publicada, Mestrado em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 2008.

CORSI, E. M. **Estresse laboral na equipe de enfermagem do setor de emergências de um hospital no interior do estado de São Paulo**. 2012. 78f [Dissertação], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto Dezembro, 2012.

COSTA, E. S. LEAL, I. P. Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. **Análise Psicológica**, v.24, n.2, p.189-199, 2006.

COSTA, M. A. S. **O estresse no trabalho e auto avaliação de saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da secretaria municipal de Campo Grande/MG**, 2010. 2010.64f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://bases.birene.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP>>. Acesso em: 08 out 2011.

CUMMINGS, S. R.; STWART, A.; RULLEY, S. B. **Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados**. In: HULLEY, S. G. et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, p. 71. 2001.

DEARMOND, S.; CHEN, P. Stress ocupacional e sonolência no local de trabalho. In: ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWÉ, P. L (Orgs.). Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo. São Paulo: Atlas, 2009. cap.3, p. 40-64.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

_____. **A loucura do trabalho:** estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1999.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (C. Dornelles, Trans). 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FAQUIM, L. Atividades que ajudam a combater o stress. **Revista RH em Síntese**, São Paulo, v. 2, n. 13, p. 49-50, Nov./dez. 1996.

FARIA, J. H. **Economia do poder- fundamentos.** Curitiba: Juruá, 2004.

FAVARELLI, C.; AMADEI, S. G.; ROTELA, F.; FAVARELLI, L.; PALLA, A.; CONSOLI, G.; RICCA, V.; BATINI, S.; LO SAURO, C.; SPITI, A.; CATENA DELL' OSSO, M. Childhood traumata, Dexamenthasone Suppression Test and psychiatric symptoms, a trans-diagnostic approach. **Psychological Medicine**. v. 40, n. 12, p. 2037-2048, 2010.

FERNÁNDEZ, R. M. L.; BAYLE, M. S. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. **Rev Esp Salud Pública**. v.3, n.73, p. 355- 364, 1999.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n.3, p. 310-15, 2006.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FIGLIE, N. B. et al. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? **Jornal Brasileiro de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v.46, n.11, p. 589-593, novembro/dezembro 1997. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/v2/master/ingAlbum/%7B2A7F722F-8AC0-4096-806F-9E5A22BF82FB%7D>AUDIT% 20identifica%20a%20necessidade.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FISCHER, F. M. et al. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 245-253, 2005.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a13.pdf>>. Acesso em: 16 agosto. 2009.

FONSECA, A. F. **Psiquiatria e Psicopatologia**. Lisboa: Fundação Calouste, 1985.

FONSECA, I. S. S., MOURA, S. B. **Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão**. Psicologia América Latina. v.15. 2008.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho**: Guia Básico com Abordagem Psicossomática. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

FUNDACENTRO. **Estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho**, 2007. Disponível em <em [http:// www.previdenciasocial.gov.br](http://www.previdenciasocial.gov.br)>. Acesso em 29 de novembro, 2007.

GEIGER-BROWN, J. et al. Nurses' perception of their work environment, health, and wellbeing. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, USA, v.52, n.1, p.16-22, January. 2004.

GIANNINI, S. P. P. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente**: um estudo caso-controle. 2010. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Acesso em: 30 set. 2011.

GHERARDI-DONATO, E. C. S.; [LUIS, M. A. V.](#); CORRADI-WEBSTER, C.M. The Relationship between Stress, Alcohol Use, and Work. In: Rossi, A.M.; Perrewé, P.L.; Meurs, J.A.. (Org.). **Coping and Prevention**. Coping and Prevention. 1ed.Chalotte: Information Age Publishing, 2012, v. 1, p. 43-52

GHERARDI-DONATO, E.C.S. et al. Caracterização de consumo e dependência de tabaco entre trabalhadores de uma instituição de nível superior. **SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog** (Edição em português), v. 7, p. 155, 2011.

GHERARDI-DONATO, E. C. S. **Estresse ocupacional, estresse precoce e estratégias de enfrentamento entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário**. 91f. Tese (Livre Docência – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica, sub-área: Promoção de Saúde Mental) - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013 (PRELO).

GORDIA, A. P. et al. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 50-61, Enero/ Febrero 2009.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE L. Inventário de depressão de Beck: Propriedades. psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 89-95.

GRECO, P. B. T. et al. Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 272-281, maio/agosto 2011.

GUIC, E.; BILBAO, M. A.; BERTIN, C. Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos. **Revista Médica de Chile**, v. 130, n. 10, p. 1101-1112, 2002.

GUIMARÃES, L. A. M. et al. **Projeto matrix**: saúde mental, qualidade de vida e trabalho, em instituições de ensino superior- diagnóstico, prevenção e treinamento. Campinas: Unicamp, 1998, mimeo.

HARBS, T. C.; RODRIGUES, S. T.; QUADROS, V. A. S. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p.41-56, janeiro/junho 2008. Disponível em: http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art4_estresse.pdf. Acesso em: 30 mar.2010.

HAZLETT-STEVENSON, H. Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: case report and clinical considerations. **J Nerv Ment Dis**, v. 200, n. 11, p. 999-1003, 2012.

HURRELL, J. R.; J. J.; SAUTER, S. L. Stress ocupacional: causas, consequências, prevenção e intervenção. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P.; MEURS, J. A. (orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social- enfrentamento e prevenção**. São Paulo: Atlas, 2011.

INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION - ISMA. Sobre stress. Disponível em: <<http://www.ismabrasil.com.br>> Acesso em 13 de maio de 2012.

INOCENTE, N. S., CAMARGO, D. A. Contribuições para o diagnóstico de depressão no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (org.). Série social mental e trabalho. São Paulo. **Casa do Psicólogo**. v.3, 2004.

JACQUES, M. G. C.; AMAZARRAY, M. R. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. **Boletim da Saúde. Porto Alegre**. v. 20, n.1, jan/jun. 2006.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C.M.; GUIMARAES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2003; 25 (suppl 2): 45-51.

KAIN, J. **The influence of goal orientation on Karasek's (1979) Job Demands-Control Model**. 96 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Bowling Green State University, Ohio, 2010.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Trad. D Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

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

LEVI, L. Psychosocial Factors, Stress and Health. In ILO - **Encyclopedia of Occupational Health and Safety**, v. 2, ed. cient. J. Stellman. Genève: ILO, 4th ed., 1998, 34.3-34.6.

LECRUBIER, Y. Depressive illness and disability. *European Neuropsychopharmacology*, **Netherlands**, v. 10, p. 439-443. 2000. Suplien

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. *Alcohol Alcohol*, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

LIN, J.; et al. Percepção e expressão de sintomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 2-8. 2008.

LIPP, M. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. N.; MALAGRIS, L. N. O manejo do stress In: RANGE, B. (org). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**: pesquisa prática, aplicações e problemas. Campinas: Fundo Editorial Psy, 1995.

LIPP, M. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da Justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicol: Reflex Crit.* v. 5, n.3, p. 537-48, 2002.

LOPES, M. J.; LEAL, S. M. C. **Cadernos Pagu**, v. 24, p. 105-125, jan-jun de 2005.

MABUCHI, A. S. et al . Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores do serviço de coleta de lixo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jul. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300013>

MADALOZZO, Regina. Occupational segregation and the gender wage gap in Brazil: an empirical analysis. *Econ. Apl.*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, June 2010 .

MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhador de enfermagem**. 2008. 200f (Tese), Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Dezembro, 2008.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, June 2010.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. P. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1,p.118-23, janeiro/março/2009.

MANETTI, M. L. **Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambientes hospitalar**. 2009. 234f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 111-119, janeiro/março 2008.

MANETTI, m. L., MARZIALE, M. H. P. Aspects associated to work-related depression on nursing staff. **Estudos de Psicologia**. Natal. V. 12, n. 1, p. 79-85. 2007.

MARTINS, R. A. et al. Utilização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Interamerican Journal of Psychology**, Austin, v. 42, n. 2, p. 307-316, 2008.

MASCI, C. **A Hora da Virada: enfrentando os desafios da vida com equilíbrio e serenidade**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MATARRA, F. P. et al. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p. 296-314,2010,

MELLO, O. O mal-estar da civilização. **Jornal Valor Econômico**, p. 20-21, 2008.

MENDES, A. M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. tese de doutorado não-publicada. Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, A. M.; ABRAHÃO, J. I. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Revista de Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 179-184, 1996.

MENDES, A. M., & LINHARES, N. J. A prática do enfermeiro com pacientes da uti: uma abordagem psicodinâmica. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 42, n. 2, p. 267-280, 1996.

MENESES-GAYA, C. et al. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. **Psychology & Neuroscience** (Online), Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 83-97, January/June 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-32882009000100012&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 17 ago. 2010.

MERLO, Á. R. C. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Revista de Psicologia e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.1, p. 117-136, 2003.

MIRANDA, G. et al. Adoecimento de Enfermeiros da Rede Hospitalar de Rio Branco Acre – Brasil. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 1, abr. 2005. Disponível em: <[HTTP://uff.br/nepae/objn401mirandaetal.htm](http://uff.br/nepae/objn401mirandaetal.htm)>. Acesso em: 16 ago. 2007.

MIRANDA, A. F. **Estresse ocupacional**: inimigo invisível do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, março 2011.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, p. 108-115. 2007.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.255-261, mar./abr. 2005.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. **The Global Burden of Disease**: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 Cambridge: Harvard University Press: 1996.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L; et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, janeiro 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/14.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

NEIGH, G. N.; GILLESPIE, C. F.; NEMEROFF, C. B. The neurobiological toll of child. **Trauma violence & abuse**, v.4, n. 10, p. 389- 410, 2009.

NIEDHAMMER, I. et al. Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, v.12, n.2, p.111-119. 2006.

NUNES, S. O. V. et al. Transtorno depressivo e fibromialgia: associação estresse de vida precoce. Relato de caso. **Rev. Dor**, São Paulo, v.13, n.3, p. 287-286, 2012.

OLIVEIRA, D.S. **Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adultos**. 158p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de stress. **Ensaio e Ciência**, v. 1, n. 1, p. 11-8, 2006.

OLIVEIRA, E. S. A. **Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004**. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Fevereiro 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponível em: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf. Acesso em: 02 jun. 2011

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Centro de informações**. Disponível em <<http://www.oitbrasil.org.br>> Acesso em 15 de maio 2009.

OSWALDO, Y. C. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho, coping, depressão e qualidade de vida: evidências de validade. Tese de doutorado. **Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia**, Universidade São Francisco, Itatiba .2009.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PORTER, R. **Uma historia social da loucura**. Jorge Zahar Editor. 2. ed. Rio de Janeiro; 1990.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1/2, p. 294-302, 2007. Suplemento 4. Disponível em: [http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/Revista Médica de Minas Gerais.pdf#page=66](http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/Revista_Médica_de_Minas_Gerais.pdf#page=66). Acesso em: 03 out. 2011.

RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA, A. S. S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1025-1032, julho/agosto 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf. Acesso em: 25 out. 2011

ROSA FILHO, L. A. **Determinantes e efeitos da continuidade na atenção à saúde**: estudo de base populacional em Pelotas, RS. 2006. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Social, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, novembro 2006.

RUBIATTI, A. M. M. **Alcoolismo: estudo epidemiológico no município de Araraquara (SP)**. 2008. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2008. Disponível em [http://www.fcfar.unesp.br/posgraduacao/alimentosenutricao/Dissertacao/2008/angeli camanco-completo.pdf](http://www.fcfar.unesp.br/posgraduacao/alimentosenutricao/Dissertacao/2008/angeli_camanco-completo.pdf). Acesso em: 07 abr. 2010.

SADOCK, B. I.; SADOK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANNE, B. et. al. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health study. **Occupational Medicine** (London), v.55 n.6, p.463-473, 2005.

SCHAEFER, J. A.; MOOS, R. H. Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. **Research in Nursing & Health**, v. 19, 63-73, 1996.

SCHER, C. D. et al. The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. **Journal of Traumatic Stress**, v. 14, n. 4, p. 843-57, 2001.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem no bloco cirúrgico**. 242f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2009.

SCHMIDT, D. R. C., et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 330-7, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: **Patologia do Trabalho** (R. Mendes, ed.), Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, p. 287-310, 1995.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá**, v. 7, n. 1, p. 98-105, janeiro/março 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/4912>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; ALIANE, P. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em Gestantes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de Ansiedade Traço- Estado – IDATE**. Tradução e Adaptação de Angela Biaggio e Luiz Natalício. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPa, 2003.

STANSFELD, S. A. et al. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. **International Journal of Epidemiology**, v.31, n.1, p.248-55. feb. 2002.

TAMAYO, A. Valores organizacionais. In: A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade e W. Codo (Orgs.). **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados, 1996.

TAMAYO, A.; LIMA, D.; SILVA, A. V. Clima organizacional e estresse no trabalho. In TAMAYO, A. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 77-101.

TAVARES, D. S. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um Tribunal Judiciário Federal**. 2003. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-20032004-083408/publico/Disserta_oCompleta.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2005.

TEIXEIRA, S. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Revista LTr: legislação do trabalho**, Belo Horizonte v. 73, n. 5, p.527-536, maio, 2007.

THEORELL, T. Working conditions and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press; p. 95-118, 2000.

TOFOLI, S. M. de C. **Depressão, Estresse Precoce, Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal e a Resposta Terapêutica: avaliações Psicométricas e psiconeuroendócrinas**. 2012.180f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

TWENGE, J. M. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. **Journal of Personality and Social Psychology**, n.79, p.1007-1021. 2000.

URBANETTO, Janete de Souza et al . Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, out. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jul. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500009>.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500008&lng=pt&nrm=iso. acessos em 06 jul. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500008>.

VOCHIKOVSKI, M. T.; MUNHOZ, D. E. N. Stress no trabalho do assistente social: natureza, fases, sintomas e fontes de stress. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE STRESS, 2.; CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA, 5., 2005, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas/FAPESP/Hospital Daniel Lipp, 2005. P. 297-298.

WHO - World Health Organization - **The ICD-10: classification of mental and behavioural disorders**. Genebra, 1982.

ANEXOS

A – Job Stress Scale

Este questionário consiste em questões e afirmações que variam de A a Q. Depois de ler cuidadosamente cada questão/afirmação, faça um círculo em torno do número (1, 2, 3 ou 4) diante da afirmação que descreva melhor como você se sente perante ao seu ambiente de trabalho. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

ESCALA DE DEMANDA

a) Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
b) Com que freqüência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
c) Seu trabalho exige demais de você?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca ou quase nunca
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca

ESCALA DE CONTROLE

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca ou quase nunca
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca

ESCALA DE APOIO SOCIAL

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente

ANEXO B

Agora vamos falar algumas questões sobre ansiedade. Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favos, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
SINTOMAS	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO C

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentindo na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1. 0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste.</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>
<p>2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto futuro.</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 Eu acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>	<p>5. 0 Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 Eu me sinto culpado em grande parte do tempo.</p> <p>2 Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado.</p>
<p>3. 0 Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso é um monte de fracassos.</p> <p>3 Acho que, como uma pessoa, sou um completo fracasso.</p>	<p>6. 0 Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 Acho que posso ser punido.</p> <p>2 Eu creio que vou ser punido.</p> <p>3 Acho que estou sendo punido.</p>
<p>7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 Estou enojado de mim.</p> <p>3 Eu me odeio.</p>	<p>11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 Fico aborrecida e irritada mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.</p>
<p>8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erro.</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>	<p>12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p>
<p>9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>	<p>13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>

<p>10. 0 Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava.</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar mas agora não consigo mesmo que queira.</p>	<p>14. 0 Não acho que de qualquer modo vai ser pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado com meu estado parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que não há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p>
<p>15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p>	<p>19. 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder o peso de propósito, comendo menos:</p> <p>Sim _____ Não _____</p>
<p>16. 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo de 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>	<p>20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com os problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com os problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
<p>17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>	<p>21. 0 Não notei mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessada por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	

D - ANEXO A – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

As perguntas abaixo se referem ao consumo de bebidas alcoólicas. Responda estas perguntas pensando sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses. Lembre-se: 1 dose = uma lata de cerveja; ou meia garrafa de cerveja de 600 ml; ou uma taça de vinho ou uma dose de destilado.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca ☐ 0	Uma vez por mês ou menos ☐ 1	2-4 vezes por mês ☐ 2	2-3 vezes por semana ☐ 3	4 ou mais vezes por semana ☐ 4
1. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 ☐ 0	2 ou 3 ☐ 1	4 ou 5 ☐ 2	6 ou 7 ☐ 3	8 ou mais ☐ 4
1. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
1. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
1. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
1. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
1. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
1. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
1. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não ☐ 0	Sim, mas não no último ano ☐ 2			Sim, durante o último ano ☐ 4
1. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não ☐ 0	Sim, mas não no último ano ☐ 2			Sim, durante o último ano ☐ 4

E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 039/2008

Ribeirão Preto, 29 de fevereiro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de fevereiro de 2008.

Protocolo: nº 0846/2007

Projeto: DROGAS LÍCITAS E ESTRESSE LABORAL ENTRE SERVIDORES NÃO DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA.

Pesquisador: Edilaine Cristina da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Edilaine Cristina da Silva

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

F – Autorização para uso da JSS

From: Marcia Guimarães <marciagmalves@gmail.com>
To: Edilaine C Silva Gherardi-Donato <nane@eerp.usp.br>
Sent: Fri, 9 Apr 2010 14:56:12 -0300
Subject: Re: Pesquisa-Job Stress Scale

Prezada Edilaine

Entendo perfeitamente seu pedido e a parabeno pelo cuidado. Fizemos o mesmo com o Dr. Theorell por ocasião da publicação do primeiro artigo, o qual por e-mail concordou com a publicação da escala adaptada.

Confirmo, pois, o recebimento de sua mensagem onde você informa sobre seu interesse em usar a escala reduzida de estresse no trabalho em sua pesquisa e solicita nossa concordância.

Informo-lhe que, após consulta e concordância da Coordenação do Estudo Pró-Saúde que encaminhou o processo de adaptação, estamos cientes de seu interesse e concordamos em sua utilização.

Coloco-me ainda, à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Um abraço

Márcia Guimarães de Mello Alves
Professora Adjunta
Departamento de Planejamento em Saúde
Instituto de Saúde da Comunidade
Universidade Federal Fluminense

APÊNDICES

A - Questionário de Dados Sociodemográficos, Econômicos e Características do Trabalho

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

Idade: _____ anos

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Reside:

☐ Sozinho ☐ Família de origem ☐ Família atual ☐ Amigos

Estado civil:

☐ Solteiro ☐ Casado/amasiado ☐ Separado ☐ Viúvo

Filhos:

- ☐ Sim, moram comigo
☐ Sim, não moram comigo
☐ Não

Renda Familiar: _____ reais

Número de pessoas que vivem com este dinheiro: _____ pessoas

Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio Completo
☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Superior Completo

Religião: _____

Questões complementares sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Você acha que já teve algum problema devido ao consumo de bebidas alcoólicas?

1- Sim. Qual? _____

2- Não

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As informações abaixo se referem ao seu trabalho

Unidade em que trabalha: _____

Setor: _____

Função: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Informações para o (a) participante voluntário(a):

Você está convidado (a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa “Consumo de substâncias lícitas e estresse laboral entre trabalhadores de uma universidade pública” sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Edilaine Cristina da Silva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O principal objetivo dessa pesquisa é conhecer a quantidade de álcool e tabaco consumido, e se este consumo está relacionado ao estresse no trabalho entre os servidores não-docentes da universidade do campus de Ribeirão Preto. Após este levantamento, pretendemos propor um serviço de apoio ao servidor e a seus familiares caso tenham algum problema relacionado ao uso de álcool e tabaco e queiram participar do atendimento. Para que você não se sinta constrangido em responder o questionário no local de trabalho, poderá levá-lo para casa para responder. Os pesquisadores ao recolher os questionários nas unidades, passarão com uma urna para que você possa depositar o questionário respondido.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso;
- c) seu questionário não será identificado;
- d) os resultados estarão à disposição de qualquer servidor que se interessar em saber, independente de ter participado ou não.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessária.

Estando de acordo:

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Prof.Dra. Edilaine Cristina da Silva. (16) 3602-3447

Av. Bandeirantes 3900 – EERP/USP

Ribeirão Preto - São Paulo