MARIA DO SOCORRO DA SILVA VALENTE

Depressão e esgotamento profissional em bancários

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Cláudia de Souza
Lopes

São Paulo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Valente, Maria do Socorro da Silva

Depressão e esgotamento profissional em bancários / Maria do Socorro da Silva Valente. -- São Paulo, 2014.

Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Rossi Menezes.

Coorientadora: Cláudia de Souza Lopes.

Descritores: 1.Transtorno depressivo 2.Esgotamento profissional 3.Estresse psicológico 4.Saúde do trabalhador 5.Ambiente de trabalho 6.Condições de trabalho 7.Estudos transversais

USP/FM/DBD-232/14

AGRADECIMENTOS

Cada trabalho carrega em si, uma história nas entrelinhas, com personagens que, muitas vezes, nem sempre sabem quão grandes são em participação. Este não poderia ser diferente. Traz em seu bojo a solidariedade, a partilha do conhecimento, a cooperação, o apoio, a perseverança, entre tantas outras coisas boas, e que vieram de todos vocês, cada um ao seu modo, mas todos significativos. Com muito carinho e respeito, meus sinceros e profundos agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, orientador deste trabalho, pela oportunidade ímpar de aprendizagem nos percursos da epidemiologia;

À Prof^a Dra. Cláudia de Souza Lopes, coorientadora, que proporcionou valiosas contribuições a este trabalho;

À Prof^a Dra. Maria Pastor, pela atenção e importantes sugestões;

Aos meus queridos irmãos André, Alexandre, Assis, Belenilza e Aldo, que torcem pelas minhas conquistas;

Aos meus queridos colaboradores, Juliana, Everton, Luana, Goreth e Mariazinha, das equipes do Pará e Amapá, que não pouparam esforços para que este trabalho acontecesse;

À Universidade do Estado do Pará, pelo apoio à pesquisa;

Ao Ivaldo, pela importante colaboração nas análises estatísticas;

À Lilian, Maria Goreti, Miriam, Jorge, sempre disponíveis a ajudar da melhor forma;

Ao Sindicato dos Bancários do Pará e Amapá, pelo apoio operacional a este trabalho;

Aos bancários que participaram desta pesquisa, contribuindo para o conhecimento e pela busca da melhoria de suas condições de trabalho;

Aos que encontrei nesta caminhada e que, de alguma forma, me apoiaram.

DEDICATÓRIA

*À Ti, Pai Eterno, que sempre cumpres a
promessa de estar à frente e na
retaguarda dos que em Ti confiam
(Is. 52;12);*

*Aos meus amados pais, Petinha e Wado,
preciosos bens, pela paciência, carinho e
apoio permanente em cada conquista.*

“O prazer aperfeiçoa a obra”

(Aristóteles)

LISTA DE SIGLAS

CID 10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DCSQ/DCQ	<i>Swedish Demand Control Support Questionnaire</i>
DER	Desequilíbrio Esforço-Recompensa
DER-CE	Desequilíbrio Esforço-Recompensa-Comprometimento Excessivo
DIS	<i>Diagnostic Interview Schedule</i>
DM	Depressão Maior
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.3rd ed</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed.</i>
DP	Desvio Padrão
EDM	Episódio Depressivo Maior
ER	Esforço-Recompensa
ERI	<i>Effort-Reward Imbalance model at work</i>
ERI-Q	<i>Effort-Reward Imbalance Questionnaire</i>
EUA	Estados Unidos da América
EUROFOUND	<i>European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions</i>
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JDC	<i>Job Demands–Control Model</i>
JDCS	<i>Job Demands–Control–Support Model</i>
JSQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-ES	<i>MBI-Educators’ Survey</i>

MBI-GS	<i>MBI-General Survey</i>
MBI-HSS	<i>MBI- Human Service Survey</i>
MBI-SS	<i>MBI- Students Survey</i>
MDC	Modelo Demanda-Controle
MDC-AS	Modelo Demanda-Controle-Apoio Social
NAE	Nível Alto de Esgotamento
NBE	Nível Baixo de Esgotamento
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
NME	Nível Moderado de Esgotamento
OD	Outras Depressões
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratios</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire 9</i>
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
SB	Síndrome de Burnout
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SM	Salário Mínimo
TDM	Transtorno Depressivo Maior
WHO	<i>World Health Organization</i>
WMH	<i>World Mental Health</i>
YLDs	<i>Years lived with disability</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema do Modelo Demanda-Controle de Karasek	17
Figura 2	Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa original.....	20
Figura 3	Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa atual.....	21
Figura 4	Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa atual - nova representação esquemática.....	23
Figura 5	Diagrama dos participantes elegíveis e amostra do estudo ..	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes do estudo quanto às características socioeconômicas, demográficas e de saúde, Pará e Amapá, 2013 (n=1.046)	62
Tabela 2	Distribuição dos participantes quanto às características ocupacionais e aos modelos de estresse no trabalho, Pará e Amapá, 2013 (n=1.046).....	64
Tabela 3	Características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos participantes do estudo de acordo com a classificação de depressão, Pará e Amapá, 2013	66
Tabela 4	Aspectos Características ocupacionais dos participantes do estudo de acordo com a classificação de depressão, Pará e Amapá, 2013	67
Tabela 5	<i>Odds Ratios</i> não ajustados e ajustados para níveis de depressão de acordo com as categorias do modelo demanda-controle a apoio social no trabalho	69
Tabela 6	<i>Odds Ratios</i> não ajustados e ajustados para níveis de depressão de acordo com as categorias do modelo esforço-recompensa e comprometimento excessivo	70
Tabela 7	Características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos participantes do estudo de acordo com os níveis de esgotamento, Pará e Amapá, 2013	72
Tabela 8	Características ocupacionais dos participantes do estudo de acordo com os níveis de esgotamento, Pará e Amapá, 2013.....	73
Tabela 9	<i>Odds Ratios</i> não ajustados e ajustados para níveis de esgotamento de acordo com as categorias do modelo demanda-controle a apoio social no trabalho	75
Tabela 10	<i>Odds Ratios</i> não ajustados e ajustados para níveis de esgotamento de acordo com as categorias do modelo esforço-recompensa e comprometimento excessivo	76

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: A NOVA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR BANCÁRIO	5
2.2 ESTRESSE RELACIONADO AO TRABALHO	8
2.2.1 Aspectos conceituais e relação com a saúde	8
2.2.2 Fontes geradoras de estresse no trabalho e a atividade bancária.....	11
2.2.3 Modelos de estresse no trabalho	13
2.2.3.1 Modelo Demanda-Controle.....	15
2.2.3.2 Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa	19
2.3 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> OU ESGOTAMENTO PROFISSIONAL.....	24
2.3.1 Aspectos conceituais.....	24
2.3.2 Aspectos epidemiológicos.....	26
2.3.2 Causas do <i>burnout</i> e relação com o trabalho bancário	28
2.3.4 Manifestações sintomáticas e possíveis consequências do <i>burnout</i>	31
2.3.5 Burnout e depressão.....	33
2.4 DEPRESSÃO	35
2.4.1 Considerações gerais e epidemiológicas	35
2.4.2 Aspectos clínicos e critérios diagnósticos	39
2.4.3 A depressão, o trabalhador e o trabalho	42

3 OBJETIVOS	45
4 MATERIAL E MÉTODOS	46
4.1 DESENHO E AMOSTRA DO ESTUDO	46
4.2 MEDIDAS E INSTRUMENTOS	47
4.2.1 Variáveis de desfecho	47
4.2.1.1 Avaliação de Depressão: Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 – <i>Patient Health Questionnaire 9</i> (PHQ-9)	47
4.2.1.2 Avaliação de esgotamento profissional: <i>Maslach</i> <i>Burnout Inventory</i> (MBI)	49
4.2.2 Variáveis de exposição	51
4.2.2.1 Medidas de condições psicossociais no trabalho ...	51
4.2.3 Covariáveis e variáveis de confusão	54
4.3 PROCEDIMENTOS	54
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	55
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	58
5 RESULTADOS	59
5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	59
5.2 ANÁLISES RELACIONADAS À DEPRESSÃO	65
5.3 ANÁLISES RELACIONADAS AO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL	71
6 DISCUSSÃO	77
6.1 DEPRESSÃO	77
6.2 ESGOTAMENTO	80
6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	84
6.4 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E GESTÃO DO TRABALHO	85
7 CONCLUSÕES	86
8 ANEXOS	87
9 REFERÊNCIAS	98

RESUMO

Valente MSS. *Depressão e esgotamento profissional em bancários* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

INTRODUÇÃO: A depressão é uma doença crônica recorrente que pode levar à incapacidade. *Burnout* ou esgotamento profissional é uma síndrome psicológica caracterizada por exaustão emocional, cinismo e ineficácia. Estresse crônico no trabalho tem sido vinculado à depressão e ao esgotamento. **OBJETIVOS:** Este estudo tem o objetivo de investigar a associação entre exposição a estressores psicossociais do trabalho, quando avaliados pelos modelos Demanda-Controle-apoio social no trabalho e Desequilíbrio Esforço-Recompensa-comprometimento excessivo, com dois desfechos: depressão (depressão maior e outras depressões) e esgotamento (níveis moderado e alto), entre bancários. **METODOLOGIA:** Estudo de corte transversal com 1.046 bancários do estado do Pará e do Amapá. Foi utilizado um questionário autoaplicável contendo características sociodemográficas, de depressão (Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 ou PHQ-9), de esgotamento (*Maslach Burnout Inventory*) e de estresse no trabalho (*Demand-Control-Support Questionnaire* e *Effort-Reward Imbalance Questionnaire*). Como desfechos foram considerados dois níveis de depressão [depressão maior (DM) e outras depressões (OD)] e dois de esgotamento [nível alto de esgotamento (NAE) e nível moderado de esgotamento (NME)]. Modelos de regressão logística foram utilizados para estimar associações entre níveis de depressão e os dois modelos de estresse, controlando para as covariáveis relevantes, e para estimar as associações entre os níveis de esgotamento e os dois modelos de estresse, também controlando para as covariáveis relevantes. **RESULTADOS:** Em relação à depressão, a prevalência geral foi de 32,0%, sendo 17,6% de DM e 14,4% de OD, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Atividades de alta demanda e baixo controle, bem como baixo apoio social estiveram associados a OD e DM, mesmo após ajuste para sexo, idade e outras condições de trabalho. Risco de DM e OD também foi associado ao alto esforço/baixa recompensa, comprometimento excessivo e desequilíbrio esforço-recompensa após modelo ajustado. A prevalência geral de esgotamento foi de 71,8% (31,1% nível alto e 40,7% moderado), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Exposição a condições psicossociais adversas de trabalho como alto desgaste, baixo apoio social no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, e comprometimento excessivo, mostrou forte associação com NME e NAE. Estas associações foram independentes de idade, sexo e outras características ocupacionais. **CONCLUSÃO:** Este estudo identificou que condições psicossociais da atividade bancária que envolvam alto desgaste,

baixo apoio social no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, e comprometimento excessivo, podem representar possíveis fatores de risco para DM e OD, bem como para NAE e NME, entre os trabalhadores da atividade bancária.

Descritores: Transtorno Depressivo; Esgotamento Profissional; Estresse Psicológico; Saúde do Trabalhador; Ambiente de trabalho; Condições de trabalho; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Valente MSS. *Depression and burnout among bank employees* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2014.

BACKGROUND: Depression is a chronic, recurrent disease, which may lead to disability. Burnout is a psychological syndrome with emotional exhaustion, cynicism and inefficacy. Work-related chronic stress has been associated with depression and burnout. **AIM:** This study investigated the association between exposure to psychosocial stressors in the workplace, as assessed by the Job Demand-Control-Support and the Effort-Reward Imbalance–Overcommitment models, with two outcomes: depression (major depression and other forms of depression) and burnout (moderate and high levels). **METHODS:** This is a cross-sectional study with 1,063 bank employees in the states of Pará and Amapá, Brazil. A self-applied questionnaire was used containing characteristics on sociodemographic indicators, depression [(Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)], burnout (Maslach Burnout Inventory), and work-related stress (Demand-Control-Support Questionnaire and Effort-Reward Imbalance Questionnaire). As outcomes, two levels of depression [(major depression (MD) and other forms of depression (OD))] and burnout [moderate level (MLB) and high level (HLB)] were considered. Logistic regression models were used to estimate associations between the two levels of depression and the two stress models, controlling for relevant covariates, and to estimate associations between the two levels of burnout and the two stress models, also controlling for relevant covariates. **RESULTS:** The overall prevalence of depression was 32.0%, with 17.6% for MD and 14.4% for OD, with no statistically significant difference between genders. Highly demanding activities, low levels of control, and low social support at work were associated with MD and OD, even after adjusting for gender, age, and other work-related conditions. The risk of MD and OD also was associated with high effort/low reward, overcommitment and effort-reward imbalance after model adjustment. In relation to burnout, the overall prevalence was 71.8%, with 31.1% for HLB and 40.7% for MLB, with no statistically significant difference between genders. Exposure to adverse psychosocial conditions in the workplace, such as high strain, low social support at work, high effort/low reward, and overcommitment showed strong association with HLB and MLB. These associations were independent of age, gender and other occupational characteristics. **CONCLUSION:** The results identified that psychosocial conditions in banking activity involving high strain, low social support at work, high effort/low reward, and overcommitment may represent possible risk factors for MD and OD, as well as for HLB and MLB among bank employees.

Descriptors: Depressive Disorder; Burnout, Professional; Stress Psychological; Occupational Health; Working Environment; Working Conditions; Cross-Sectional Studies.

1 INTRODUÇÃO

A nova economia do mercado globalizado tem modificado as práticas organizacionais no mundo do trabalho. Competitividade, reestruturação produtiva e redução da força de trabalho (*downsizing*) contribuem para uma variedade de condições potencialmente estressoras, tais como perda da estabilidade no trabalho, aumento de demandas de cargas de trabalho, subcontratações, entre outras (Sauter et al., 2002). O setor financeiro foi um dos mais atingidos pelas mudanças imputadas pela globalização e, recentemente, também pela crise econômica sofrida por parte dos países desde 2007, resultando em aumento das pressões de tempo, demandas de trabalho excessivas, e aumento nos casos de violência e estresse (Giga, Hoel, 2003; Snorraddottir et al., 2013).

Estresse crônico no trabalho tem sido vinculado a resultados adversos à saúde física e mental (Siegrist, 1996), incluindo ansiedade, depressão (Murcia et al., 2013) e *burnout* (NIOSH, 1999; Anderson, Puluch, 2001; Maslach et al., 2001). Depressão é uma doença crônica recorrente que frequentemente leva a longos períodos de incapacidade para o trabalho (WHO, 2012), gerando custos diretos no campo do seguro de saúde, e indiretos pelas horas de trabalho perdidas, perda de renda vitalícia e aposentadoria antecipada (Sobocki, 2007), além de risco de suicídio (WHO, 2012). Estudo recente apontou a depressão como a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade (Ferrari et al., 2013), com expectativas de que, até 2030, se converta na principal causa de doenças no mundo (WHO, 2012). *Burnout*, também conhecido como esgotamento profissional, é uma síndrome psicológica caracterizada por exaustão emocional, cinismo e ineficácia, em resposta à prolongada exposição aos estressores emocionais e interpessoais crônicos do trabalho (Maslach et al., 2001). O esgotamento pode ser precursor de doenças clínicas (Mohren et al., 2003; Melamed et al., 2006), inclusive depressão (Brenninkmeyer et al., 2001; Ahola, et al., 2005;

Ahola, Hakanen, 2007), e está associado a elevado absenteísmo (Schaufeli, Buunk, 2003; Ahola et al., 2008), rotatividade (Schaufeli, Buunk, 2003; Shimizu et al., 2005) e incapacidade crônica para o trabalho (Ahola et al., 2008, 2009). Embora as duas construções sejam conceitualmente e empiricamente distintas (Schaufeli; Enzmann, 1998), *burnout* e depressão podem ser considerados como importantes problemas de saúde pública, e motivo de preocupação para os formuladores de políticas de saúde, bem como para os empregadores (Schaufeli, Enzmann, 1998; Melamed et al., 2006). Ambos os estados afetivos compartilham antecedentes de trabalho semelhantes (Schaufeli; Enzmann, 1998) e consequências à saúde semelhantes (Suls; Bunde, 2005).

Estudos epidemiológicos que investigam aspectos psicossociais no ambiente do trabalho têm sido orientado pelos dois mais influentes modelos teóricos (Murcia et al., 2013): *Job Demands–Control–Support Model* – JDCS (Karasek et al., 1998) ou Modelo Demanda-Controle-Apoio Social no trabalho (MDC-AS), e o *Model of Effort-Reward Imbalance at work* (ERI) ou Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER) (Siegrist, 1996; Siegrist et al., 2004). O MDC-AS (Karasek et al., 1998) pressupõe a interação entre as demandas psicológicas do trabalho e o controle do processo do trabalho, sendo que a dimensão apoio social no trabalho poderia atuar como protetor (moderador) dos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde. O modelo DER-CE (Siegrist, 1996; Siegrist et al., 2004), postula que o estresse ocupacional é uma resposta a um desequilíbrio entre alto esforço e baixa recompensa, causando um estado de sofrimento emocional e, a longo prazo, afetando a saúde física e mental. Quando combinado ao comprometimento excessivo (*overcommitment*) com o trabalho, contribui para um risco maior de danos à saúde. Ambos os modelos ajudam a capturar diferentes estressores do trabalho que ampliam o escopo psicossocial (Söderberg et al., 2012), melhorando a predição de variados desfechos (Söderberg et al., 2012; Ostry et al., 2003; Bosma et al., 1998), inclusive depressão (Chen et al., 2011; Dragano et al., 2008; Tsutsumi et al., 2001a; Yu et al., 2013; Wang

et al., 2012) e *burnout* (Tsai et al., 2009; Tsai, Chan, 2010; Klein et al., 2010; Wang et al., 2014).

O uso dos dois modelos já foi implementado em estudos para avaliar diferentes tipos de trabalhos como: serrarias (Ostry et al., 2003), produção de equipamentos elétricos (Tsutsumi et al., 2001a), diversos setores como saúde, transporte, indústria e trabalho de escritório, entre outros (de Jonge et al., 2000). Entretanto, a maioria dos estudos que utilizam esses dois modelos de estresse são realizados em países economicamente desenvolvidos (Chen et al., 2011; Dragano et al., 2008; Yu et al., 2013; Siegrist et al., 2012; Wang et al., 2012). Ademais, quando o desfecho é a depressão, somente um dos diagnósticos é estabelecido: sintomas depressivos (Chen et al., 2011; Dragano et al., 2008; Yu et al., 2013; Siegrist et al., 2012) ou depressão maior (Wang et al., 2012). No caso de esgotamento, os poucos estudos que têm sido conduzidos para discutir a complementaridade de efeitos dos dois modelos (Tsai et al., 2009; Tsai, Chan, 2010; Klein et al., 2010; Wang et al., 2014), em somente um (Wang et al., 2014) foram utilizadas as três dimensões (exaustão emocional, cinismo e ineficácia), porém com pesos diferenciados entre as mesmas.

O Brasil, maior país da América Latina, com cerca de 200 milhões de habitantes, sétima maior economia do mundo (Index of Economic Freedom, 2014), apresenta grandes diversidades demográficas e culturais, convive ainda com significantes desigualdades socioeconômicas. Nas regiões sudeste, sul e centro oeste se encontram os melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), em detrimento às regiões norte e nordeste (PNUD, 2013). Na área da saúde, uma crescente preocupação relacionada aos transtornos mentais vem se destacando. O país enfrenta a carga da depressão nas concessões de benefícios por doença (Barbosa-Branco et al., 2012), e o setor financeiro foi uma das três atividades mais atingidas (Barbosa-Branco et al., 2011). Pesquisas direcionadas à investigação de aspectos psicossociais no trabalho e sua relação com a depressão e o esgotamento, entre trabalhadores da atividade financeira, ainda são escassas. Tem-se conhecimento de uma investigação que utilizou os dois

modelos de estresse supracitados, porém se restringiu a somente uma instituição financeira e a um único desfecho, transtornos mentais comuns (Silva; Barreto, 2010a). Não foram identificadas investigações com os dois modelos tendo como desfecho o esgotamento.

A presente pesquisa pretende contribuir para o conhecimento existente ao investigar, em uma mesma amostra, a associação entre estresse no trabalho, através de dois modelos (MDC-AS e DER-CE), e os dois desfechos depressão (depressão maior e outras depressões) e esgotamento (moderado e alto), entre bancários de todas as instituições financeiras de região economicamente menos favorecida, o norte do Brasil (Pará e Amapá). Esta abordagem possibilitará avaliar se os modelos utilizados podem ser influenciados por diferentes culturas e condições socioeconômicas em variadas instituições financeiras. A investigação de tais fatores pode corroborar para a melhor compreensão do seu papel no adoecimento dos trabalhadores e fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção e prevenção em saúde mental no ambiente de trabalho.

Na revisão da literatura sobre o assunto, disposta a seguir, será apresentada uma contextualização do trabalho bancário e, na sequência, um percurso sobre o estresse no trabalho e suas implicações na saúde, discutindo posteriormente, o esgotamento profissional, até chegar à depressão no trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualização: a nova organização do trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador bancário

*“Qual é a sua arte?”
(Bernardino Ramazzini)*

Observações acerca das diversas formas de adoecimento influenciadas pela atividade laboral vem de longa data. De acordo com Mendes (1997), historiadores da medicina como Henry Sigerist e George Rosen relatam que é possível detectar alguma referência sobre a associação entre o trabalho e o binômio saúde/doença desde os papiros egípcios e, mais tarde, no mundo greco-romano. Entretanto, é somente nos anos de 1700, quando o médico Bernardino Ramazzini publica o seu livro *De Morbis Artificum Diatriba*, traduzido para o português como “As doenças dos Trabalhadores”, que o impacto do trabalho na saúde do trabalhador começa a ser melhor estudado. “Qual é a sua arte?” era o questionamento simples introduzido por este profissional às suas consultas, para investigar as possíveis relações entre doença e trabalho (Mendes, 1997).

A evolução do processo produtivo nas sociedades modernas influencia o cenário econômico mundial e tem grandes repercussões sobre a saúde dos trabalhadores (Antunes, 1995). A globalização, conjunto de transformações na ordem política e econômica mundial, visíveis desde o final do século XX, trouxe um novo modelo de organização do trabalho caracterizado pelo toyotismo ou modelo sistêmico-flexível, e por uma imperativa competitividade, introduzidos na prática organizacional das novas economias (Harvey, 1995; Sauter et al., 2002). O toyotismo, advindo da experiência japonesa, destaca-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros,

novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (Harvey, 1995). O espaço do processo produtivo tem novos elementos e técnicas de organização do trabalho, que atendem ao padrão de acumulação flexível do capital, como por exemplo: o trabalho em equipe (*team work*), no qual todos têm funções múltiplas; os estoques mínimos (*just in time*), que devem ser supridos no tempo certo e na quantidade exata, utilizando o *kanban* (senha ou cartão), procedimento pelo qual cada setor informa ao anterior a quantidade que deve ser produzida; a estratégia de controle da qualidade total (CQT) e os círculos de controle da qualidade (CCQs), que agregam à função do operário a responsabilidade pela qualidade requerida na produção e seu controle imediato, incorporando as atividades de manutenção, acompanhamento e inspeção do trabalho produtivo (Gounet, 2002).

Assim, o mundo do trabalho e das relações sociais passa a exigir, nessa nova forma de produção, um novo tipo de trabalhador, com desenvolvimento de competências cognitivas superiores e de relacionamento, tais como: análise, síntese, estabelecimento de relações, criação de soluções inovadoras, rapidez de resposta, comunicação clara e precisa, interpretação e uso de diferentes formas de linguagem, capacidade para trabalhar em grupo, gerenciar processos para atingir metas, trabalhar com prioridades, avaliar, lidar com as diferenças, enfrentar os desafios das mudanças permanentes, resistir a pressões, desenvolver o raciocínio lógico-formal aliado à intuição criadora, buscar aprender permanentemente, e assim por diante (Kuenzer, 1999).

O setor financeiro foi um dos mais afetados pelas intensas transformações resultantes da globalização e desregulamentação do mercado, o que resultou na reestruturação significativa, especialmente por meio de fusões e aquisição de atividades, tanto em países industrializados como em desenvolvimento (Giga; Hoel, 2003), e que se agravaram também pela crise econômica sofrida por parte dos países desde 2007 (Snorraddottir et al., 2013). Estas modificações são traduzidas em intensificação do trabalho, conflito de papéis, insuficiências ergonômicas, relações com

clientes problemáticos, flexibilização dos postos de trabalho, polivalência exigida para os trabalhadores (Giga; Hoel, 2003; Jacques; Amazarray, 2006). Flexibilidade implica não só na capacidade de realizar diferentes tarefas, mas na maleabilidade de horários e de mudanças, inclusive geográficas. A polivalência, por outro lado, exige uma qualificação crescente, e a pressão para tal qualificação passou a ser transferida individualmente para os trabalhadores e associada à empregabilidade (Bresciani, 1999).

No caso dos bancários, as exigências de qualificação incidem tanto sobre aspectos técnicos da ocupação (por exemplo, conhecimentos de informática, contabilidade financeira, aplicações, avaliação de riscos, etc.) como sobre aspectos comportamentais, associados à polivalência (Jacques; Amazarray, 2006). Um dos comportamentos esperados do bancário vendedor, que modulam determinadas formas de ser e de trabalhar, seria a disposição e habilidade para vender produtos e serviços, para competir, ser amável, comunicativo, equilibrado, responder às demandas dos clientes, saber fidelizar o cliente para o banco, ser capaz de adaptar-se ao intenso ritmo de trabalho e tolerar a pressão e o estresse (Segnini, 1999). A partir desse novo modelo econômico é que as políticas de gestão de pessoal passaram a demandar dos funcionários, além da qualificação técnica, a constante mobilização de afetos (Grisci; Bessi, 2004).

No Brasil, no bojo destas transformações, observou-se também uma significativa mudança no *status* da profissão de bancário, constantemente ameaçada pelo desemprego advindo de processos de automatização de serviços. Anteriormente à onda mais intensa de automação bancária, iniciada no Brasil nas décadas de 1980/1990, o trabalho bancário tinha uma conotação diferenciada da atual. A natureza do trabalho, o seu produto e o *status* da função de bancário proporcionavam a este trabalhador a percepção de que o seu trabalho tinha uma importância elevada para a sociedade (Grisci; Bessi, 2004). Do contador com conhecimento sobre todo o processo de trabalho no banco (Grisci; Bessi, 2004), as atuais tendências emergentes demandam, deste trabalhador, aumento de requisitos de

competência e maiores exigências de desempenho para assegurar seus postos de trabalho (Giga; Hoel, 2003).

Pesquisas realizadas com trabalhadores de instituições financeiras no Brasil identificaram, dentre os fatores relacionados à organização do trabalho, que o estresse, excesso de responsabilidade, insegurança no local de trabalho, assédio moral, pressão por metas (Jacques; Amazarray, 2006), exigência de esforço mental, volume de trabalho excessivo, inadequação numérica, prolongamento de jornada, desvalorização do trabalho, insegurança no emprego (Oliveira; Campello, 2006), vivenciados na rotina nos bancos, são apontados como os principais responsáveis pelos danos à saúde dos bancários. Estas condições são favorecedoras ao desencadeamento de quadros como esgotamento profissional e depressão (Jacques, Amazarray, 2006; Giga, Hoel, 2003). Neste sentido, reconhecer os grupos mais vulneráveis a estes agravos, favorecerá medidas de prevenção e promoção em saúde mental nestes trabalhadores.

2.2 Estresse relacionado ao trabalho

*“Se não quer pressão é melhor não jogar na seleção.
É melhor ir trabalhar no Banco do Brasil, num escritório.”
Luiz Felipe Scolari (em entrevista 29/11/2012)*

2.2.1 Aspectos conceituais e relação com a saúde

Faz parte do cotidiano se ouvir falar que alguém está estressado ou que o dia foi estressante. Entretanto, para compreender plenamente o uso moderno do termo *stress* ou estresse, na tradução para o português brasileiro (Dicionário Oxford Escolar, 2007), é necessário rever a evolução dos conceitos de estresse.

A palavra *stress* é derivada do Inglês médio *stress* (sofrimento, angústia), do Francês antigo *estresse* (estreitamento), do Latim vulgar *strictia*, a partir do Latin *strictus* (apertado, estreito) e *stringere* (para desenhar apertado, para apertar) (Levi; Levi, 2000). O termo foi originalmente utilizado na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a esforço ou tensão. Augustin Cauchy, por meio da teoria da elasticidade, cunhou o termo *stress* (estresse) e *strain* (tensão), definindo como *stress*, a pressão por unidade de área, e *strain*, como a razão entre o aumento ou diminuição do comprimento de um objeto ao seu comprimento original (Dato, 1978).

Somente no século XX o conceito de estresse entrou no campo das ciências biológicas (Dato, 1978). De acordo com Kudielka e Kirschbaum (2001), a primeira definição do termo estresse neste sentido foi proposta por Cannon, em 1935. Ele postulou que passar por um nível crítico de estresse, desencadeado por estímulos físicos e emocionais, põe em risco o controle homeostático de um organismo. No entanto, o nome que está mais intimamente associado com o estresse é o de Hans Selye, que definiu o estresse como uma resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda, caracterizada pela secreção de glicocorticóides. Selye desenvolveu o conceito de síndrome geral de adaptação (SGA), que engloba a reação de alarme, a fase de resistência e, finalmente, a fase de esgotamento. Selye utilizou o termo *stressor*, para descrever a força externa ou influência que age no indivíduo, e *stress*, para denotar a reação resultante.

Trazendo o termo estresse para o local de trabalho, várias definições têm sido apresentadas. Por exemplo, Folkman e colaboradores (1987) descreveram que o estresse no trabalho ocorre quando as demandas percebidas do trabalho ultrapassam os próprios recursos internos e externos para fazê-lo. Para o *National Institute for Occupational Safety and Health* - NIOSH (1999) o estresse no trabalho pode ser definido como as respostas físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as exigências do trabalho não correspondem às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. O estresse no trabalho pode levar ao prejuízo à saúde e até

mesmo lesões. Estas respostas ocorrem devido a estressores físicos (modificações tecnológicas, *downsizing*, sobrecarga de trabalho, sobrecarga de horas, traumas físicos, má postura) ou emocionais (competição, pressão do tempo, medos e conflitos) no local de trabalho (vonOnciul, 1996).

A Comissão Europeia - *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* - EUROFOUND (2007) define estresse relacionado ao trabalho como um padrão de reações que ocorre quando aos trabalhadores são apresentadas demandas de trabalho que não são compatíveis com os seus conhecimentos, competências ou habilidades, e que desafiam a sua capacidade de lidar com a situação. Estas demandas podem estar relacionadas à pressão do tempo ou à quantidade de trabalho (demandas quantitativas), ou podem se referir à dificuldade do trabalho (demandas cognitivas) ou à empatia necessária (demandas emocionais), ou mesmo à inability para demonstrar suas próprias emoções no trabalho. Quando o trabalhador percebe um desequilíbrio entre as demandas e os recursos pessoais ou ambientais, isto pode causar uma série de possíveis reações, incluindo respostas fisiológicas (hiperventilação, elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial), respostas emocionais (sentir-se nervoso ou irritado), respostas cognitivas (reduzida atenção, percepção e esquecimento) e reações comportamentais (comportamento agressivo, impulsivo, cometer erros).

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, o estresse relacionado ao trabalho é a resposta que as pessoas podem ter quando são submetidas a exigências e pressões do trabalho que não são compatíveis com os seus conhecimentos e habilidades, e que desafiam a sua capacidade de lidar com os mesmos. O estresse ocorre em uma ampla gama de circunstâncias do trabalho, mas muitas vezes é agravada quando os funcionários sentem que têm pouco apoio de supervisores e colegas, bem como pouco controle sobre o processo laboral (WHO, 2014).

Embora com muitas definições, para alguns autores, o estresse no trabalho pode ser visto como uma relação particular entre o trabalhador e o seu ambiente de trabalho (Lazarus, Folkman, 1984; Kahn, Boysiere, 1994).

Fatores ambientais que são envolvidos no processo de estresse são chamados estressores do trabalho, e reações individuais a estes estressores são referidos como reações ao estresse ou *strain* (tensão ou exigências). Comumente existem três distintos tipos de reações: fisiológicas (por exemplo, palpitações e pressão alta); psicológicas (por exemplo, insatisfação no trabalho, ansiedade e *burnout*); e comportamentais (por exemplo rotatividade, absenteísmo, abuso de álcool e drogas). Em suma, o estresse no trabalho é uma experiência subjetiva que resulta da interação entre o ambiente de trabalho e os recursos de enfrentamento do empregado (Schaufeli; Peeters, 2000).

Com efeito, estudos têm demonstrado que a exposição de empregados ao estresse crônico no trabalho tem sido vinculada ao desenvolvimento de pressão arterial instável, aumento dos níveis de colesterol, tensão muscular, diabetes, hipertensão, úlceras, dores de cabeça, abuso de substâncias e depressão clínica, bem como dificuldade de concentração e de reter informação (Colligan; Higgins, 2005). Também pode surgir ansiedade significativa, raiva e irritabilidade (Israel et al., 1989), afetando a capacidade do trabalhador de manter relações interpessoais fora da organização. O estresse no trabalho pode reduzir a produtividade, aumentar o absenteísmo, criar padrões universais de disfunção no local de trabalho, levar a mudanças nos hábitos de trabalho e no comportamento social, e também ao *burnout* (NIOSH, 1999; Anderson, Puluch, 2001).

2.2.2 Fontes geradoras de estresse no trabalho e a atividade bancária

De forma geral, a literatura reconhece como fatores relacionados ao estresse no trabalho os referentes ao conteúdo e ao contexto do trabalho (Leka et al., 2004), como abaixo discriminado:

a) no conteúdo do trabalho:

- conteúdo das tarefas: monotonia, repetitividade, subutilização de habilidades, tarefas sem sentido, tarefas desagradáveis ou repugnantes;
- carga e ritmo de trabalho: sobrecarga ou pouca carga de trabalho, trabalhar sob pressão de tempo;
- horário de trabalho: pouca flexibilidade nos horários, longas jornadas, trabalho em horários nos quais não há convívio social, horários imprevisíveis, esquema de turnos mal concebidos;
- participação e controle: baixa participação na tomada de decisões, pouco controle em relação aos métodos de trabalho, ritmo de trabalho, horário e ambiente de trabalho.

b) no contexto do trabalho:

- desenvolvimento da carreira, *status* e salário: insegurança no trabalho, reduzidas perspectivas ou pouca possibilidade de promoção, trabalho de baixo valor social, pagamento por produtividade, sistemas de avaliação de desempenho pouco claros ou injustos, ser mais qualificados ou ter baixo nível de qualificação para o trabalho;
- papel na organização: ambiguidade de papéis, papéis conflitantes dentro do mesmo trabalho, responsabilidade por pessoas, lidar continuamente com outras pessoas e seus problemas;
- relações interpessoais: precariedade nas relações com supervisores, baixo apoio social dos colegas, *bullying*, assédio e violência no trabalho, isolamento físico ou social, não existir procedimentos estabelecidos para lidar com problemas ou queixas;
- cultura organizacional: má comunicação, liderança “pobre”, falta de clareza sobre os objetivos organizacionais e estrutura organizacional;

- interface do trabalho-casa: demandas conflitantes entre trabalho e vida pessoal, pouco apoio no trabalho aos problemas domésticos, pouco apoio em casa aos problemas do trabalho.

Outras condições de trabalho também consideradas geradoras de estresse são: ruído, vibração, temperaturas extremas (incluindo a umidade e a ventilação inadequadas), ar poluído, odor forte, condições perigosas e inseguras, falta de iluminação, fatores higiênicos, manipulação de produtos químicos tóxicos ou radiações (Luthans, 2003).

Fatores relacionados ao estresse particularmente comuns na atividade de serviços financeiros incluem pressões de tempo, demandas excessivas, conflitos de papéis, deficiências ergonômicas, segurança no trabalho e relacionamento com os clientes (Giga; Hoel, 2003). Falhas de computadores, lentidão do computador e monitoramento eletrônico de desempenho, também têm sido associados ao estresse (Smith et al., 1999). Alguns estudos identificaram que salário inadequado, tempo para família e trabalho em casa (Khattak et al., 2011; Kang, Sandhu, 2012), medo de assaltos (Seifert et al., 1997), complexidade do trabalho, formação insuficiente e as incertezas de carreira, crítica indesejada, viagens e transferências (Kang; Sandhu, 2012) são importantes fontes de estresse entre trabalhadores do setor financeiro. Esta realidade vivenciada pelos bancários não condiz com os supracitados comentários de Felipe Scolari.

2.2.3 Modelos de estresse no trabalho

Pesquisas direcionadas ao estresse no local de trabalho se destacaram após a revolução industrial e a administração científica do trabalho, cujo principal foco recaía sobre a produtividade, o que levou os empregados a apresentarem uma espécie de esforço e esgotamento total do corpo. Tal efeito fora semelhante ao observado durante a Segunda Guerra Mundial e a Guerra do Vietnã, quando os soldados exibiram sinais de esgotamento total

do corpo após trabalharem muitos dias no campo de batalha (Kazi et al., 2013).

Nas últimas décadas, a investigação em estresse no trabalho tem sido orientada por modelos teóricos (Cooper, 1998). Tais modelos têm contribuído para a identificação de características do trabalho particularmente importantes para o bem-estar dos empregados (de Jonge et al., 2000). Os principais modelos utilizados em estudos epidemiológicos são: *Person-environment fit model* ou Modelo Pessoa Ambiente (Edwards et al., 1998), *Job Demands Resources model* ou Modelo Recursos Demanda no Trabalho (Demerouti et al., 2001), *Job Demand-Control Model* ou Modelo Demanda-Controle (Karasek, 1979; Karasek, Theorell, 1990), *Model of Effort-Reward Imbalance at work* ou Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (Siegrist, 1996).

O *Job Demand-Control Model* (Karasek, 1979; Karasek, Theorell, 1990) e o *Model of Effort-Reward Imbalance at work* (Siegrist, 1996) têm sido os mais influentes no estudo da saúde do trabalhador (de Jonge et al., 2000). Ambos os modelos têm dimensões complementares e capturam diferentes estressores do trabalho que ampliam o escopo psicossocial (Söderberg et al., 2012). O uso combinado dos dois modelos vem sendo recomendado por demonstrar uma melhor predição, quando comparado ao uso isolado de cada um, em relação a um dado desfecho, tais como saúde autorreferida (Ostry et al., 2003), doença cardiovascular (Bosma et al., 1998; Söderberg et al., 2012), mortalidade cardiovascular (Kivimäki et al., 2002), infarto agudo do miocárdio (Peter et al., 2002), percepção de bem estar (de Jonge et al., 2000), absenteísmo por doença (Griep et al., 2010), depressão (Tsutsumi et al., 2001a; Chen et al., 2011; Yu et al., 2013) e *burnout* (Tsai et al., 2009; Tsai, Chan, 2010; Klein et al., 2010; Wang et al., 2014). Esta forma combinada foi utilizada na atual pesquisa.

2.2.3.1 Modelo Demanda-Controle

Um dos mais prestigiados modelos utilizados em pesquisas empíricas sobre estresse no trabalho é o *Job Demand–Control Model* (JDC) ou Modelo Demanda-Controle (MDC), desenvolvido por Karasek (1979). Este modelo é baseado nas características psicológicas do trabalho e propõe duas dimensões como principais fontes geradoras de estresse no trabalho: as demandas psicológicas do trabalho e uma medida combinada do controle das tarefas e do uso das habilidades (controle do trabalho ou latitude de decisão). Demandas do trabalho foram definidas como estressores psicológicos presentes no ambiente de trabalho, tais como: elevado ritmo de trabalho, elevada pressão de tempo, um trabalho difícil e mentalmente exigente de realizar. Controle do trabalho (ou latitude de decisão) refere-se à capacidade do indivíduo de controlar suas atividades do trabalho. A latitude de decisão envolve dois aspectos: controle do trabalhador sobre a utilização de suas habilidades para a realização do trabalho (critério da habilidade) e a autoridade que ele tem para tomar suas próprias decisões sobre o seu trabalho (autoridade de decisão) (Karasek; Theorell, 1990).

O MDC assume quatro possíveis combinações entre os níveis das demandas e os graus de controle do processo do trabalho, dispostos em quadrantes (Figura 1), representando os tipos básicos de experiências do trabalhador no ambiente psicossocial do trabalho (Karasek, 1979). O sentido das setas diagonais, na Figura 1, indica a repercussão das prováveis interações entre demanda e controle nos indivíduos. De acordo com Karasek (1979, 2011), os pressupostos deste modelo são os seguintes:

- a) hipótese do alto desgaste / alta exigência no trabalho: condição na qual as demandas psicológicas do trabalho são elevadas e o controle do trabalhador na realização da tarefa é baixo (Figura 1, célula inferior direita). Neste contexto ocorrem as reações mais adversas de tensão psicológica (fadiga, ansiedade, depressão e doença física). O alto desgaste psicológico (*job strain*) acontece quando o indivíduo é submetido à situação de estresse e não reúne

condições para agir ou lidar adequadamente com o mesmo, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais que o envolve. Neste grupo parece existir maior risco de desenvolver problemas de saúde (Kivimäki et al., 2002; Belkic et al., 2004; Kivimäki et al., 2006), inclusive os relacionados à morbidade psiquiátrica (Stansfeld et al., 1997, 1999; Niedhammer et al., 1998; Paterniti et al., 2002);

- b) hipótese da aprendizagem ativa / trabalho ativo: ocorre quando o controle no trabalho é elevado e as demandas psicológicas também são elevadas, mas não esmagadoras (célula superior direita da Figura 1), e a aprendizagem e o crescimento são os resultados comportamentais previstos. O trabalho é denominado "trabalho ativo", em virtude de uma pesquisa realizada em populações suecas e americanas ter evidenciado que este é o grupo mais ativo fora do trabalho, no lazer e na atividade política, apesar das exigências de trabalho pesado. Prevê-se apenas tensão psicológica média para o trabalho ativo porque grande parte da energia despendida por muitos estressores do trabalho ("desafios") são traduzidas em ação direta - solução eficaz de problemas - com pequena tensão residual que possa causar perturbações. A predição do modelo é também de que o crescimento e a aprendizagem, quando ocorrem em um contexto de trabalho, são propícios para alta produtividade;
- c) hipótese do trabalho passivo: o MDC prediz que situações de baixa demanda e baixo controle (Figura 1, extremidade oposta da diagonal B) causam um trabalho muito "desmotivante", o que leva à "aprendizagem negativa" ou perda gradual de habilidades anteriormente adquiridas. A presunção do modelo é a de que o trabalho, nestas condições, pode conduzir ao declínio na atividade global do indivíduo e à redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados;
- d) hipótese de baixo desgaste / baixa exigência no trabalho: seria a conjunção de baixas demandas psicológicas e alto grau de controle ou de baixo desgaste, considerado o ideal de trabalho, no qual o

trabalhador teria melhores condições para planejar e para executar seu trabalho.

FONTE: Adaptado de Karasek, 1979.

Figura 1- Esquema do Modelo Demanda-Control de Karasek

A esse modelo bidimensional foi acrescentada uma terceira dimensão, o apoio social, proposto por Johnson, conformando o *Job Demands–Control–Support Model – JDCS*, ou Modelo Demanda-Control-Apoio Social (MDC-AS) (Johnson; Hall, 1988). Neste modelo é considerada a hipótese *isolated strain jobs (iso-strain)*, a qual prediz que trabalhos caracterizados por altas demandas, baixo controle e isolamento social conduzem a mais enfermidade, tanto física quanto psicológica. Esta nova dimensão também sugere que receber apoio social das chefias e dos colegas pode ser um fator

amortizador (*buffer*) da combinação entre altas demandas e baixo controle no trabalho. Neste sentido, o modelo assume que o apoio dos colegas e supervisores modifica o efeito do elevado desgaste na saúde. Com efeito, pesquisadores observaram que trabalhadores expostos ao elevado desgaste no trabalho e reduzido apoio social têm maior risco de desenvolver problemas de saúde, comparado àqueles com elevado apoio social (Johnson et al., 1989; Karasek, Theorell, 1990).

O MDC é o modelo de estresse que mais tem sido testado empiricamente na área de saúde ocupacional (Backé et al., 2012). Estudos sobre ocupações têm revelado que demandas do trabalho, controle do trabalho e apoio social foram preditivos para o bem estar (Chambel; Curral, 2005), risco para a saúde (Niedhammer et al., 2008), satisfação no trabalho (Macklin et al., 2006), níveis de bem estar psicológico (Rodriguez et al., 2001; Pelfrene et al., 2002), e fadiga (Van Yperen; Hagedoorn, 2003). O modelo também já foi aplicado para avaliar associação com transtornos mentais comuns (Stansfeld, Candy, 2006; Lopes et al., 2010; Sultan-Taïeb et al., 2011), distúrbios músculo-esqueléticos (Sultan-Taïeb et al., 2011), autoavaliação negativa do estado de saúde (Ibrahim et al., 2001), absenteísmo por doença (North et al., 1996; Lidwall, Marklund, 2006), doenças cardiovasculares (Wamala et al., 2000; Kuper et al., 2002), fatores de risco para doença coronariana (Stansfeld et al., 2002), depressão (Park et al., 2008; Iennaco et al., 2010; Lee et al., 2012), e *burnout* (Yeh, Cheng, Chen, 2009; Pisanti et al., 2011).

Recente revisão sistemática de estudos prospectivos também concluiu existir associação significativa de fatores psicológicos no trabalho relacionados às doenças cardiovasculares em sete de treze estudos de coorte que utilizaram o MDC (Backé et al., 2012). Outra revisão sistemática identificou associação de doenças cardiovasculares, transtornos mentais e distúrbios músculo-esqueléticos com trabalhos de alta exigência entre 24.486 trabalhadores franceses (Sultan-Taïeb et al., 2011).

2.2.3.2 Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa

O *Effort-Reward Imbalance model at work (ERI)*, de Johannes Siegrist (1996), traduzido para o português como modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER) no trabalho, postula que o estresse ocupacional é uma resposta a um desequilíbrio entre alto esforço e baixa recompensa. A predição do modelo é a de que o esforço no trabalho é gasto como parte de um processo de troca socialmente organizada para que a sociedade, em geral, contribua em termos de recompensas profissionais. O modelo afirma que a falta de reciprocidade entre “custos” e “ganhos”, como condições de alto esforço e baixa recompensa, pode causar um estado de sofrimento emocional afetando, a longo prazo, a saúde física e mental (Siegrist, 1996; 2000).

O modelo apresenta duas versões: a original (Figura 2) (Siegrist, 1996) e a atual (Figura 3) (Siegrist, 1999). A mudança mais profunda entre os dois diz respeito ao papel do comprometimento excessivo (van Vegchel et al., 2005). No modelo original são definidas duas fontes de alto esforço no trabalho: uma extrínseca (demandas do trabalho), e outra intrínseca (motivação individual do trabalhador diante de uma demanda). A dimensão recompensa se distingue em dinheiro, estima ou aprovação e estado de controle. O comprometimento excessivo (DER-CE) é visto como parte do esforço. Portanto, empregados altamente comprometidos subestimam situações desafiadoras e superestimam sua capacidade, tendendo a investir muito esforço. A quantidade de esforço investido depende tanto do esforço extrínseco como do intrínseco. Neste modelo, o principal pressuposto é o de que uma incompatibilidade entre altos esforços (intrínsecos ou extrínsecos) e baixa recompensa pode levar a um resultado adverso de saúde (Siegrist, 1996).

FONTE: Adaptado de Siegrist, 1996

Figura 2- Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa original

No atual modelo, conforme Siegrist (1999; 2000), o comprometimento com o trabalho se apresenta como uma dimensão independente, influenciando a percepção de alto esforço e baixa recompensa e, indiretamente, no estado de saúde. Por outro lado, é possível que, a longo prazo, tenha um efeito direto sobre a saúde de um empregado altamente comprometido. Dois componentes de esforço e recompensa são contemplados neste modelo: um extrínseco (situacional) e um intrínseco (pessoal). O componente extrínseco tem como foco as condições do trabalho indicativas do esforço (demandas físicas e psicológicas do trabalho, obrigações) e as recompensas (dinheiro, apoio, oportunidades na carreira e segurança). O componente intrínseco enfoca o estilo pessoal de ajustamento, denominado *overcommitment* ou comprometimento excessivo. Esta dimensão pode ser definida como o componente específico da pessoa, ao passo que os esforços e recompensas, como componentes específicos da situação.

Comprometimento excessivo é visto como uma característica de personalidade com base nos elementos cognitivos, emocionais e motivacionais de comportamento Tipo A, e que reflete uma ambição exorbitante em combinação com a necessidade de ser aprovado e estimado (Siegrist, 1998; Hanson et al., 2000). Este componente define um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que refletem esforço excessivo

combinado ao forte desejo de ser aprovado e estimado. Pessoas com este estilo pessoal tendem a exagerar seus esforços. Há evidências de que o excesso de esforços resulta de uma percepção distorcida (por exemplo, subestimação do desafio) que, por sua vez, pode ser desencadeada por uma motivação subjacente de experimentar estima e aprovação (Siegrist, 1999, 2000; van Vegchel et al., 2005).

FONTE: Adaptado de Siegrist, 1999.

Figura 3- Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa atual

Para o modelo atual existem três predições. A primeira faz referência à hipótese extrínseca, na qual um desequilíbrio entre esforço extrínseco (alto) e recompensa (baixa) aumenta o risco de problemas de saúde, além dos riscos associados individualmente de cada um dos componentes (ou seja, altos esforços e baixas recompensas). A segunda diz respeito à hipótese de comprometimento excessivo intrínseco, visto que um alto nível de comprometimento excessivo, possivelmente resulta em um exagerado e contínuo esforço que, combinado a decepcionantes recompensas, poderá também trazer danos à saúde, mesmo na ausência de desequilíbrio entre esforço extrínseco e recompensa. A terceira é favorável à hipótese de interação, cuja presunção é a de que um desequilíbrio entre esforço

extrínseco e recompensa, combinado ao alto nível de comprometimento, precipita um risco maior de danos à saúde (Siegrist, 2002).

Não há uma relação específica entre os efeitos nocivos para a saúde e os diferentes tipos de exigências e recompensas. O que mais importa é o descompasso entre o alto custo gasto e o baixo ganho recebido. A falta de reciprocidade entre esforço e recompensa ocorre frequentemente em três condições: (i) “dependência” (devido à falta de alternativas no mercado de trabalho); (ii) “escolha estratégica” (investimentos de antecipação a fim de aumentar as perspectivas de promoção no futuro); (iii) “excesso de compromisso” (padrão motivacional de desempenho relacionado ao trabalho excessivo e à realização, que podem fazer parte do perfil psicológico de uma pessoa ou resultado de um ambiente de trabalho competitivo) (Siegrist; Rödel, 2006).

O modelo ERI atual (Siegrist, 2012) apresenta uma nova representação esquemática (Figura 4). Neste formato, o desequilíbrio entre (alto) esforço e (baixa) recompensa é mantido sob as seguintes condições: 1) os contratos de trabalho são mal definidos ou os empregados têm poucas alternativas nos locais de trabalho (por exemplo, devido ao baixo nível de habilidade, falta de mobilidade, mercado de trabalho precário); 2) os funcionários podem aceitar este desequilíbrio por razões estratégicas (esta estratégia é escolhida principalmente para melhorar as perspectivas de trabalho futuro por investimentos antecipados); 3) a experiência de “alto custo / baixo ganho” no trabalho é frequente em pessoas que apresentam um padrão cognitivo e motivacional específico de lidar com demandas caracterizadas pelo excessivo compromisso relacionado ao trabalho (comprometimento excessivo). Homens e mulheres com comprometimento excessivo têm percepções inadequadas das demandas e de seus próprios recursos de enfrentamento mais frequentemente do que os seus colegas menos envolvidos, porque esta percepção distorcida os impedem de avaliar, com precisão, as relações de custo-ganho.

FONTE: Adaptado de Siegrist, 2012.

Figura 4- Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa atual - nova representação esquemática

Estudos prospectivos têm evidenciado que o desequilíbrio esforço-recompensa aumenta o risco de vários resultados de doenças e agravos à saúde (Tsutsumi, Kawakami, 2004; van Vegchel et al., 2005), incluindo doença cardiovascular (Kuper et al., 2002; Kivimäki et al., 2006; Rugulies, Siegrist, 2006), dependência de álcool (Head et al., 2004), desordens psiquiátricas (Godin et al., 2005), transtornos mentais comuns (Stansfeld; Candy, 2006), e depressão (Bonde, 2008; Netterstrom et al., 2008; Rugulies, 2013). Outros estudos revelaram associação entre desequilíbrio esforço-recompensa com queixas psicossomáticas e sintomas físicos, além de risco elevado de exaustão emocional, que é um componente do *burnout* (Bakker et al., 2000; de Jonge et al., 2000; van Vegchel et al., 2001; 2002). No Brasil, o modelo desequilíbrio esforço-recompensa já foi utilizado para investigar transtornos mentais comuns (Martins, Lopes, 2012; Silva, Barreto, 2010a), autopercepção de saúde oral (Scalco et al., 2013) e pior autoavaliação de saúde (Silva; Barreto, 2012).

2.3 Síndrome de *burnout* ou Esgotamento profissional

2.3.1 Aspectos conceituais

*“Este trabalho está me sugando....
Minhas baterias estão descarregadas...
Cheguei a um ponto que não agüento mais...”*

Quem já não ouviu comentários semelhantes a esses, produtos de nossa sociedade moderna? Essas expressões podem fazer parte de uma rotina ou corresponder a sintomas da Síndrome de *Burnout* (SB). O termo *burnout* ou *burn out* vem do inglês, e significa “queimar até a exaustão”, “falhar, desgastar-se para fora ou sentir-se exausto devido às demandas excessivas de energia, força ou recursos”. Indica o colapso que sobrevém após a utilização de toda a energia disponível. Este termo foi alcunhado pela primeira vez em 1974, por um psiquiatra clínico familiar, Herbert Freudenberger, quando trabalhava em uma representação comunitária que focava no abuso de drogas, em Nova Iorque, Estados Unidos da América (EUA). O pesquisador detectou a síndrome de exaustão e de desilusão em trabalhadores voluntários da Saúde Mental, inclusive nele próprio, devido à desadequação nas recompensas esperadas, após alguns meses de trabalho. Os profissionais compartilhavam alguns sintomas que consistiam, principalmente, em uma redução gradual de energia e uma perda da motivação e do comprometimento, usualmente acompanhados de queixas de caráter psicossomático (Freudenberger, 1974).

Atualmente, a definição de *burnout* mais amplamente aceita (Schaufeli; Buunk, 2003) é a baseada na perspectiva psicossocial (Maslach; Jackson, 1981), que busca identificar condições no ambiente de trabalho que conduzem ao *burnout*, os fatores que ajudam a atenuá-lo (especialmente o apoio social), e os sintomas específicos que caracterizam a síndrome (fundamentalmente os do tipo emocional) através das distintas profissões. Esta perspectiva considera o *burnout* como uma resposta prolongada a

estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, e é definida por três dimensões: exaustão emocional, cinismo e ineficácia (Maslach et al., 2001).

A exaustão emocional é considerada a dimensão fundamental na SB. Refere-se à sensação de esgotamento físico e mental, ao sentimento de não dispor mais de energia para absolutamente nada, de haver chegado ao limite das possibilidades. O trabalhador se sente como se os seus recursos físicos e emocionais estivessem esgotados, não dispondo de nenhum resquício de energia para levar adiante suas necessidades laborais. O cotidiano do trabalho passa a ser penoso e doloroso. Embora necessária, a exaustão, de forma isolada, não é suficiente para caracterizar a síndrome, pois reflete, principalmente, a dimensão de estresse do *burnout*, mas não é capaz de captar aspectos críticos do relacionamento interpessoal no contexto laboral (Maslach et al., 2001).

A despersonalização (Maslach; Jackson, 1986), posteriormente denominada de cinismo (Maslach et al., 1996), é marcada por atitudes e sentimentos negativos e cinismo em relação aos clientes. São atitudes de distanciamento emocional em relação às pessoas às quais deve-se prestar serviços, e aos colegas de trabalho. Os contatos tornam-se impessoais, desprovidos de afetividade, desumanos. Por vezes, estes profissionais passam a apresentar comportamentos ríspidos, cínicos, irônicos. Esta dimensão é considerada como o elemento defensivo da síndrome. Esta percepção insensível e desumanizada dos outros, pode levar os funcionários a ver seus clientes como merecedores de seus problemas (Ryan, 1971). O desenvolvimento da despersonalização parece estar relacionado com a experiência de exaustão emocional, e assim estes dois aspectos devem ser correlacionados (Maslach et al., 2001).

A reduzida realização profissional, ou ineficácia, refere-se à tendência do trabalhador a se autoavaliar negativamente, particularmente com relação ao local de trabalho com os clientes. O trabalhador pode se sentir infeliz em relação a si mesmo e insatisfeito com suas realizações no trabalho. Evidencia um sentimento de descontentamento pessoal, de insuficiência,

baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho. O labor perde o sentido e passa a ser um fardo e, por vezes, o profissional apresenta ímpetos de abandonar o emprego (Maslach, Jackson, 1986; Maslach et al., 2001).

A importância desse modelo tridimensional se dá por evidenciar a experiência da tensão individual dentro do contexto social do local de trabalho, e envolve a concepção da pessoa de si mesma e dos outros. Neste sentido, o componente exaustão representa a dimensão de tensão básica individual do *burnout*, e se refere à sensação de estar sobrecarregado e esgotado de recursos emocionais e físicos; o componente cinismo corresponde à dimensão do contexto interpessoal do *burnout*, e traduz uma resposta negativa, insensível a vários aspectos do trabalho; o componente ineficácia constitui a dimensão da autoavaliação do *burnout*, e expressa sentimentos de incompetência e falta de realização e produtividade no trabalho (Maslach, 1993).

Do ponto de vista do reconhecimento da SB nas legislações disponíveis, na 10ª Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (OMS, 1997) o termo *burnout* foi descrito sob o código Z73.0 como “*Burnout - Sensação de Estar Acabado*”. Na legislação previdenciária, esta mesma denominação do CID 10 encontra-se no inciso XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da CID-10), lista B do Anexo II, que trata dos Agentes Patogênicos Causadores de Doenças Profissionais ou do Trabalho, do Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento da Previdência Social (Brasil, 1999).

2.3.2 Aspectos epidemiológicos

A prevalência da SB nas populações trabalhadoras é variável, possivelmente pelos diferentes instrumentos utilizados nos estudos (Stenlund et al., 2007). Na Holanda, Schaufeli e Enzmann (1998) identificaram forma grave de *burnout* em 3% a 16% dos profissionais de serviços humanos. Ainda neste país, resultados do *Permanent Quality of Life*

Survey realizado em 2006, baseado em uma amostra representativa da força de trabalho holandês, sugeriram que 11% dos trabalhadores apresentaram *burnout*, conforme divulgação da *European Agency for Safety and Health at Work* (2009).

Na Suécia, a prevalência de *burnout* na população trabalhadora, considerando as três dimensões em conjunto, foi de 18% para nível elevado, 19% para nível baixo e 63% para o grupo intermediário (Lindblom et al., 2006). Na Finlândia, pesquisas sugerem que 2,5% dos trabalhadores na faixa etária dos 30 a 60 anos sofreram da forma grave de *burnout* e outros 25% da forma leve (Ahola et al., 2005). A *Austrian Medical Association* (2010) estima que 1,5 milhões de australianos sofrem de *burnout* e um milhão de empregados têm risco de adquiri-lo. Pesquisa recente realizada com médicos da família em doze países europeus (*European General Practice Research Network-EGPRN Study*), dos 1.393 entrevistados, 43% foram classificados com níveis elevados de *burnout* (Soler et al., 2008). Nos EUA, investigação realizada com mais de 7.000 médicos, 45,8% registraram ter pelo menos um sintoma de *burnout* (alta exaustão emocional ou alta despersonalização) e, ao compará-los com outros trabalhadores adultos, identificou-se que os médicos eram mais propensos a ter sintomas de *burnout* (37,9% versus 27,8%), e esta diferença foi estatisticamente significativa (Shanafelt et al., 2012).

No Brasil, a maioria dos estudos sobre *burnout* foram realizados com professores e profissionais da saúde. Um estudo nacional entre trabalhadores da educação da rede pública estadual do Brasil revelou que 48,4% dos participantes apresentaram pelo menos uma das três dimensões do *burnout* alterada (Codo, 1999). Entre professores da Paraíba, taxas de 33,6%, 8,3% e 43,4% foram encontradas para altos níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de reduzida realização profissional, respectivamente (Batista et al., 2010). Na área da saúde, a SB foi investigada entre os seguintes profissionais: agentes comunitários de saúde, sendo observados níveis moderados ou altos de exaustão emocional em 70,9% dos entrevistados, de despersonalização em 34% e de decepção em

47,5% (Silva; Menezes, 2008); médicos cancerologistas, sendo encontrada prevalência de 68,6% em pelo menos uma dimensão (Glasberg et al., 2007); médicos de unidade de tratamento intensivo, com taxas de 63,3% para nível elevado em pelo menos uma dimensão, e de 7,4% nas três dimensões (Nascimento Sobrinho et al., 2010); e profissionais da enfermagem, com prevalência de 35,7% (Moreira et al., 2009).

Estudos sobre *burnout* entre trabalhadores do serviço financeiro são ainda muito insipientes. O único estudo de maior escala com estes trabalhadores foi recentemente desenvolvido na Espanha, entre 1.341 bancários, sendo identificado níveis elevados de exaustão emocional (63,16%) e cinismo (60,92%). Reduzida eficácia profissional esteve em 28,41%. Nível elevado nas três escalas, duas escalas e uma escala ocorreu em 18,94%, 55,78% e 77,78%, respectivamente (Amigo et al., 2014). Na República Dominicana, em estudo com 178 trabalhadores bancários, foi identificada prevalência de 18% nos níveis elevado e moderado de *burnout* (Sévez; Chico, 2007).

2.3.3 Causas do *burnout* e relação com o trabalho bancário

O *burnout* tem múltiplas causas ou fatores desencadeantes que podem ser representados pela confluência de quatro grupos de características (Benevides-Pereira, 2002; Firth, 1985; Gil-Monte, Peiró, 1997; Schaufeli, Ezmann, 1998; Maslash et al., 2001):

- a) pessoais: aspectos sociodemográficos (como idade, sexo, nível educacional, filhos), os relacionados à personalidade (nível de resiliência, *locus* de controle, padrão de personalidade tipo A, estratégias de enfrentamento, neuroticismo, perfeccionismo), sentido de coerência, motivação e idealismo;
- b) trabalho: tipo de ocupação, tempo de profissão, tempo na instituição, trabalho por turnos ou noturno, sobrecarga, relacionamento entre os colegas de trabalho, assédio moral, relação profissional-cliente, tipo de cliente, conflito de papel, ambiguidade

de papel, suporte organizacional, responsabilidade, precisão satisfação, autonomia, nível de controle;

c) organizacionais: ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima, burocracia, comunicação, autonomia, recompensas e segurança;

d) sociais: suporte social, suporte familiar, cultura e prestígio.

Dentre os fatores sociodemográficos, a idade tem sido o mais consistentemente relacionado ao *burnout* (Schaufeli, Enzmann, 1998; Maslach et al., 2001). Empregados mais jovens, com idade inferior a 30 anos (possivelmente estão no início da carreira), apresentam maior risco de desenvolver *burnout*. Entretanto, em estudo realizado na Finlândia com 3.424 empregados de diferentes setores, a identificação de *burnout* aumentou com a idade (Ahola et al., 2006a). Em relação ao gênero, esta característica não parece ser um preditor consistente para *burnout*, e pode refletir diferenças em funções ou profissões (Schaufeli, Enzmann, 1998; Maslach et al., 2001).

Trabalhadores solteiros têm risco aumentado de *burnout*, em comparação com aqueles que estão vivendo com um parceiro, em especial homens solteiros tendem a experimentar maiores níveis de *burnout* que os divorciados (Maslach et al., 2001; Ahola et al., 2005). Provavelmente, indivíduos casados tendem a receber um maior suporte socioemocional do parceiro, o que pode aliviar o estresse (Cordes; Dougherty, 1993). Elevados níveis de educação parecem estar relacionados à maior frequência de *burnout* (Schaufeli, Enzmann, 1998; Ahola et al., 2006a). Presume-se que pessoas com nível elevado de ensino venham a ter empregos com maiores responsabilidades, e sujeitos a frequentes situações estressantes (Maslach et al., 2001).

Em relação às características da personalidade, indivíduos que apresentam *burnout* são os inclinados a lidar com eventos estressantes de forma bastante passiva, defensiva, enquanto a forma ativa e confrontadora está associada com menos esgotamento (Schaufeli; Enzmann, 1998). Também tem sido argumentado que baixos níveis de resistência, baixa

autoestima, *locus* de controle externo e um estilo de *coping* evitativo normalmente constituem o perfil individual propenso ao estresse (Semmer, 1996), sendo este perfil de personalidade associado ao *burnout* (Maslach et al., 2001).

Estudos têm evidenciado que pouca experiência profissional, conflito de papel, pressão e sobrecarga de trabalho, contato direto com o cliente, além de falta de apoio social, são aspectos associados ao *burnout* (Lee, Ashforth, 1996; Maslach et al., 1996; Schaufeli, Enzmann, 1998). Atitudes no trabalho como criar expectativas elevadas, podem conduzir as pessoas a trabalhar muito, o que pode ocasionar exaustão e eventual cinismo quando os elevados esforços não produzem os resultados esperados (Maslach et al., 2001). Dentre as características organizacionais, a falta de participação na tomada de decisão e o próprio contexto de trabalho, especialmente na relação entre o trabalhador e o cliente, têm sido positivamente identificados como causas do *burnout* (Lee; Ashford, 1996).

A atividade bancária apresenta um contingente de situações que são favoráveis ao desencadeamento de quadros como os de *burnout*. O contexto do trabalho bancário, por exemplo, foi objeto de importantes e rápidas transformações organizacionais nas últimas décadas (Jaques; Amazarray, 2006). Estas modificações se refletem nas regras e regulamentos restritos, discriminação de salário e pagamentos, comunicação ineficaz, pressão dos pares, conflitos de metas e de objetivos, estrutura organizacional centralizada e formal, redução nas oportunidades de promoções, falta de participação de empregados na tomada de decisões, controle excessivo sobre os funcionários pelos gestores, insegurança (Shukla; Garg, 2013), sobrecarga de trabalho (Oliveira; Campello, 2006). Outro aspecto presente nesta profissão é a prestação de serviços ao público e, portanto, o envolvimento cotidiano com clientes expõe os bancários diariamente às problemáticas e dificuldades das pessoas atendidas (Jaques; Amazarray, 2006). Por outro lado, há várias expectativas que os membros da família, pares, superiores e subordinados têm do empregado. A falha em conhecer tais expectativas, ou para transmitir tais expectativas, pode levar ao conflito

de papel e ambiguidade de papel, e gerar estresse entre os funcionários (Shukla; Garg, 2013).

2.3.4 Manifestações sintomáticas e possíveis consequências do *burnout*

O *burnout* é uma experiência subjetiva que engloba sentimentos e atitudes com implicações nocivas para o indivíduo, para as relações interpessoais e para a organização (Farber, 1983; Schaufeli, Buunk, 2003). No nível individual, as manifestações do *burnout* podem ser de ordem afetiva, cognitiva, física, comportamental e motivacional, como seguem (Gil-Monte, Peiró, 1997; Schaufeli, Buunk, 2003):

- a) manifestações afetivas: geralmente um humor sombrio, choroso e deprimido é observado entre aqueles que sofrem de *burnout*. Embora o humor possa mudar rapidamente, prevalece um clima triste. Os recursos emocionais da pessoa estão exauridos pelo consumo de suas energias ao longo do tempo. Outro sintoma afetivo está relacionado à agressão e ansiedade (Kahill, 1988). A pessoa com *burnout* apresenta uma baixa tolerância à frustração, irritabilidade, sensibilidade elevada, comporta-se de maneira hostil e desconfiada, não só para com os destinatários, mas também para com seus colegas e superiores (Schaufeli; Buunk, 2003);
- b) manifestações cognitivas: sensação de impotência, desesperança e perda de controle. O trabalho perdeu seu sentido, e depois de ser mal sucedido em influenciar a própria situação do trabalho, a pessoa agora sente-se "aprisionada" (Kahill, 1988). Advém sentimentos de fracasso, insuficiência, impotência e baixa autoestima relacionada ao trabalho (Rosse et al., 1991). As habilidades cognitivas como memória e atenção podem estar prejudicadas, e o pensamento torna-se mais rígido, esquemático e distante. Há uma espécie de desorientação cognitiva, perda da criatividade, distração, criticismo generalizado, hostilidade,

percepção cínica e desumana dos destinatários, caracterizada por negativismo, pessimismo e diminuída empatia. O indivíduo apresenta uma frustração cognitiva, uma espécie de depressão cognitiva ao comprovar que os valores iniciais de referência aparecem como insolventes, incapazes de solucionar o problema laboral levantado (Gil-Monte, Peiró, 1997; Schaufeli, Buunk, 2003);

- c) manifestações físicas: alterações cardiovasculares (dor precordial, palpitações, hipertensão), problemas respiratórios (crises asmáticas, taquipnéia), problemas imunológicos (maior frequência de infecções, alergias, alterações da pele), cansaço frequente, dores musculares, problemas digestivos, enxaquecas, insônia, depressão, entre outras (Gil-Monte; Peiró, 1997);
- d) manifestações comportamentais: caracterizadas principalmente pelo aumento do nível de excitação das pessoas (Schaufeli; Buunk, 2003). Observa-se a perda da conduta pró-ativa da pessoa, de forma que o sujeito perde a capacidade de planejar, projetar e definir metas, especialmente as laborais e, nesta fase, é comum o aumento do consumo de estimulantes (Quattrochi-Tubin et al., 1982) e outros tipos de abuso de substâncias (Nowack; Pentkoswski, 1994);
- e) manifestações motivacionais: a motivação intrínseca do profissional com *burnout*, como zelo, entusiasmo, interesse e idealismo, são perdidos (Maslach, 1976), para dar lugar à desilusão e decepção (Maslach; Pines, 1977).

No nível interpessoal, a crise motivacional profundamente enraizada é expressa pela diminuição do envolvimento com destinatários, em contraste com a forma de tratamento inicialmente estabelecida, caracterizada por empatia, preocupação e entendimento (Pines; Kafry, 1978). Os conflitos interpessoais com os seus pares, usuários e supervisores são comuns, e prejudicam as tarefas do trabalho (Gil-Monte, Peiró, 1997; Maslach, 2005).

No nível organizacional, e que também se reflete na sociedade, as mais importantes manifestações do *burnout* são absenteísmo (Schaufeli, Buunk,

2003; Ahola et al., 2008), rotatividade (Schaufeli, Buunk, 2003; Shimizu et al., 2005) e desempenho prejudicado (Schaufeli, Buunk, 2003; Taris, 2006). Outrossim, tendência a abandonar o posto de trabalho e redução da qualidade de vida laboral dos trabalhadores (Gil-Monte; Peiró, 1997), incapacidade crônica para o trabalho (Ahola et al., 2008, 2009), também foram observados.

A literatura corrente sobre *burnout* apresenta evidência substancial de como esta síndrome pode afetar a saúde física da força de trabalho de um país. Em um estudo nacional de trabalhadores na Finlândia, Honkonen e colaboradores (2006) encontraram mais comumente enfermidades físicas entre trabalhadores com *burnout*, incluindo alterações musculoesqueléticas entre mulheres e doenças cardiovasculares entre homens. De fato, várias pesquisas têm demonstrado a associação do *burnout* com resultados adversos à saúde, como doença cardiovascular (Melamed et al., 2006), queixas somáticas (Soares et al., 2007), gripe, resfriado comum, gastroenterites (Mohren et al., 2003), autoavaliação negativa da saúde (Peterson et al., 2008), exaustão física (Maslach; Jackson, 1981), enfermidades relacionadas à ausência no trabalho (Burke; Mikkelsen, 2006), distúrbios do sono (Grossi et al., 2003; Söderström et al., 2004), internações hospitalares devido a distúrbios mental e cardiovascular (Toppinen-Tanner et al., 2009), transtornos relacionados ao uso de álcool (Ahola, et al., 2007) e depressão (Brenninkmeyer et al., 2001; Ahola, et al., 2005; Ahola, Hakanen, 2007).

2.3.5 *Burnout* e depressão

Faz parte da SB sintomas disfóricos como fadiga, cansaço e sentimentos de depressão emocional, que são considerados como os mais característicos da síndrome (Maslach et al., 2001). Estes aspectos têm despertado interesse de diversos autores a investigar a relação entre *burnout* e depressão (Brenninkmeyer et al., 2001; Ahola et al., 2005). Schaufeli e Enzmann (1998) identificaram correlações entre os sintomas

depressivos e as dimensões separadas de *burnout*, sendo que exaustão emocional e depressão compartilharam 12% a 38% da sua variância, despersonalização e depressão entre 2% a 29%, e realização pessoal e depressão, 3% a 20%. Pesquisas subsequentes forneceram evidências adicionais de que *burnout* e depressão são positivamente e moderadamente correlacionados (Iacovides et al., 1999; Bakker et al., 2000; Sears et al., 2000; Brenninkmeyer et al., 2001; Thomas, 2004), com correlações similares às encontradas por Schaufeli e Enzmann (1998).

Diversas evidências empíricas, como as acima descritas, conduzem à conclusão de que *burnout* e depressão são dois construtos distintos (Melamed et al., 2006). Conceitualmente, o *burnout* é diferente na medida em que depende da qualidade do ambiente social no trabalho (Schaufeli; Enzmann, 1998), enquanto que a depressão é um estado global que permeia praticamente todos os aspectos do ambiente de um indivíduo (Melamed et al., 2006). Falta de reciprocidade no domínio ocupacional foi relacionado ao *burnout*, enquanto que a falta de reciprocidade nas relações íntimas foi relacionada aos sintomas depressivos (Bakker et al., 2000). Além disso, diferenças qualitativas foram encontradas entre os processos de esgotamento e depressão em termos da autoimagem dos pacientes (Brenninkmeyer et al., 2001).

Uma questão ainda não estabelecida é a ordem causal entre ambos os estados mentais (Hakanen; Schaufeli, 2012). Tem-se assumido que *burnout* pode ser uma fase no desenvolvimento de um distúrbio depressivo (Iacovides et al., 2003; Ahola et al., 2005), aqui entendido que *burnout* precede depressão. Análises provenientes de dados transversais têm apoiado a visão de que o *burnout* leva a sintomas depressivos (Golembiewski et al., 1992; Leiter, Durup, 1994; Bakker et al., 2000; Iacovides et al., 2003). Um estudo prospectivo de três anos desenvolvido por Ahola e Hakanen (2007) mostrou que, entre dentistas com *burnout*, mas sem sintomas depressivos no início do estudo, 23% relataram sintomas depressivos no *follow-up*. Da mesma forma, aqueles com sintomas depressivos no início do estudo, mas sem sintomas de *burnout*, 63% haviam

desenvolvido sintomas de *burnout* três anos depois. Tais resultados parecem sugerir, inicialmente, que ambos os estados negativos podem favorecer o outro. Entretanto, em análise realizada após três anos, utilizando-se toda a amostra do estudo anterior, constatou-se que o *burnout* foi preditor de sintomas depressivos (Hakanen et al., 2008), e estes resultados foram confirmados em estudo recente (terceira onda do estudo) desta coorte de dentistas (Hakanen; Schaufeli, 2012). Nyklicek e Pop (2005), usando um desenho retrospectivo transversal, revelaram que ter sofrido um episódio depressivo no início da vida ou uma história de depressão em familiares próximos foi preditor, independentemente, de sintomas de esgotamento atual.

Estudos que investigam associação de *burnout* e depressão têm sido realizados principalmente entre profissionais da saúde, como dentistas (Ahola et al., 2005), enfermeiros (Iacovides et al., 2003), médicos anestesistas (de Oliveira et al., 2013), e também na área da educação, a exemplo, professores universitários (Zhong et al., 2009). No Brasil, estas pesquisas já foram desenvolvidas entre professores (Murcho et al., 2010) e médicos residentes (Bolzan, 2012). Não se tem conhecimento deste tipo de estudo entre trabalhadores de instituições financeiras.

2.4 Depressão

*“Estou com saudade de mim...Onde está eu?”
(Clarice Lispector)*

2.4.1 Considerações gerais e epidemiológicas

Considerada como um dos grandes desafios para a saúde pública no mundo (WHO, 2005), a depressão maior é uma forma grave de transtorno mental, de curso recorrente ou persistente ao longo do tempo, comum na população, associada à redução funcional e da qualidade de vida, a morbidades clínicas e à mortalidade (Spijker et al., 2004; Üstün et al., 2004),

gerando elevados custos econômicos, ocupacionais e sociais (Zanetti; Lafer, 2008).

O transtorno depressivo maior (TDM) é responsável por 4,3% do impacto de todas as doenças na saúde global, e corresponde à terceira principal causa de doenças, com estimativas para os países de baixa e média renda em 3,2% e 5,1%, respectivamente (WHO, 2011). Previsões atuais indicam que, até 2030, a depressão será a principal causa de doenças no mundo (WHO, 2011). A OMS (2012) estima que a depressão atinge cerca de 350 milhões de pessoas. Recente estudo resultante do último *Global Burden of Disease* 2010 identificou que somente o TDM respondeu por 8,2% de todos os anos vividos com incapacidade (*years lived with disability* - YLDs), tornando-se a segunda principal causa nesta particularidade, e os adultos na idade ativa de trabalho (15 a 64 anos) foram os mais atingidos (Ferrari et al., 2013). Além disto, foi observado que o TDM contribuiu para a carga alocada de suicídio e doença isquêmica do coração, sendo considerado fator de risco para estes agravos (Ferrari et al., 2013).

A depressão é, essencialmente, uma doença episódica recorrente, e cada episódio tem duração geralmente de alguns meses a alguns anos, com um período normal entre eles. Em cerca de 20% dos casos, no entanto, a depressão segue um curso crônico sem remissão (Thornicroft; Sartorius 1993), especialmente quando o tratamento adequado não estiver disponível. Geralmente, em meio às pessoas que se recuperam de um primeiro episódio de depressão, pelo menos 50% terão um ou mais episódios adicionais na sua vida, e das pessoas com história de dois episódios, em torno de 80% terão recorrência de um outro (Post, 1992; Kupfer et al., 1996; APA, 2000). Uma vez ocorrido o primeiro episódio, episódios recorrentes geralmente começam dentro de cinco anos do episódio inicial (Belsher, Costello, 1988; Lewinsohn et al., 1994) e, em média, os indivíduos com um histórico de depressão terão cinco (Kessler; Walters, 1998) a nove (Kessler et al., 1997) episódios depressivos separados em sua vida.

Os doentes com depressão também tendem a ter mais comorbidades, tanto de outras doenças mentais, como de doenças físicas crônicas,

comparados aos sem depressão (Bloom, 2004), e este fato eleva o risco de mortalidade global nestas pessoas, sendo 1,4 vezes maior do que o da população geral (WHO, 2011). Um dos resultados particularmente trágicos de um transtorno depressivo é o suicídio. Cerca de 15-20 % dos pacientes depressivos cometem suicídio (Goodwin; Jamison, 1990). A OMS (2012) estima que aproximadamente um milhão de vidas são perdidas anualmente por suicídio, o equivalente a 3.000 mortes por suicídio a cada dia.

Quase todos os estudos consideram que sexo, idade e estado civil são associados à depressão (Bromet et al., 2011). As mulheres têm um risco duas vezes maior, em comparação com os homens (Van de Velde et al., 2010). Indivíduos separados ou divorciados têm taxas significativamente mais elevadas de depressão do que os casados (Weissman et al., 1996; Andrade et al., 2003). Embora a depressão possa afetar pessoas em qualquer fase da vida (Lewinsohn et al., 1993), proporções significativas de casos começam no final da adolescência, no início de idade média adulta, e no final da vida adulta (Kessler; Bromet, 2013), e geralmente vai reduzindo com a idade (Weissman et al., 1996; Andrade et al., 2003). Esta evidência, no entanto, vem principalmente de estudos realizados em países ocidentais. Os escassos dados disponíveis de países de baixa e média renda sugerem que o padrão de idade ou não é monotônica ou que a associação é inversa, com a depressão aumentando com a idade (Kessler et al., 2010; Bromet et al., 2005).

Estudos epidemiológicos têm evidenciado ampla variabilidade da prevalência de depressão entre os países. Weissman e colaboradores (1996), utilizando o *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* em estudo baseado na população de dez países, encontraram prevalência de depressão maior (como definido pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition - DSM-III*) ao longo da vida de 1,5% no Taiwan e 2,9% na Korea a até 16% em Paris e 19% em Beirute, com pontos médios de 9,2% (Alemanha) e 9,6% (Edmonton, Canadá). A prevalência em doze meses variou de 0,8% (Taiwan) a 5,8% (Christchurch, Nova Zelândia), com pontos médios de 3,0% (EUA) e 4,5% (Paris).

Iniciativa da OMS (2000), o *International Consortium of Psychiatric Epidemiology* conduziu estudos sobre a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais utilizando o *World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* para a terceira e a quarta revisão do DSM-III-R e *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* (DSM-IV). Dez países foram incluídos: Brasil (N=1.464), Canadá (N=6.902), Chile (N=2.978), República Tcheca (N=1.534), Alemanha (N=3.021), Japão (N=1.029), México (N=1.734), Holanda (N=7.076), Turquia (N=6.095) e EUA (N=5.877). As maiores prevalências de episódio depressivo maior (EDM) em algum momento da vida foram observadas nos EUA (16,9%), na Holanda (15,7%) e no Brasil (12,6%), e a menor no Japão (3,0%). Prevalência estimada em doze meses e em trinta dias variou de 1,2% (Japão) a 10% (EUA) e de 0,9% (Japão) a 4,6% (EUA), respectivamente (Andrade et al., 2003).

Recentemente, Bromet e colaboradores (2011) apresentaram dados de prevalência de EDM de dezoito países participantes do *WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative*, no qual foi utilizado o CIDI para DSM-IV. Segundo o relatório, aproximadamente 14,6% da população dos países com alta renda já teve depressão em algum momento da vida, com média de 5,5% nos últimos doze meses. Já entre o grupo de renda baixa e média, 11,1% das pessoas apresentou o distúrbio em algum momento da vida e 5,9% nos últimos 12 meses. A maior prevalência no período recordatório de um ano anterior à pesquisa foi registrada no Brasil, com 10,4%, e a menor no Japão, com 2,2%. As maiores taxas de prevalência de depressão estimada ao longo da vida foram evidenciadas na França (21,0%), EUA (19,2%) e Brasil (18,4%), e as menores na China (6,5%) e Japão (6,6%).

No Brasil, estudos de base populacional têm evidenciado variação na prevalência de depressão. Além do anteriormente citado, cujos dados foram coletados na população de São Paulo, há registro de um estudo multicêntrico nacional de comunidade, em 1991, cuja prevalência de “Estados Depressivos” no último ano foi de 1,5%, 1,3% e 6,7%, respectivamente para Brasília, São Paulo e Porto Alegre, para uma

prevalência geral de transtornos mentais de 34,1%, 19,0% e 33,7%, sequencialmente (Almeida-Filho et al., 1997). Em outro estudo realizado em dois bairros da cidade de São Paulo, a prevalência de um ano para EDM foi de 7,1% (com 3,5% para homens e 6,7% para mulheres) (Andrade et al., 2002). Na comunidade de Bambuí-Minas Gerais, Vorcaro e colaboradores (2001) observaram prevalência de depressão ao longo da vida, em um ano e em um mês de 15,6%, 10,0% e 8,2%, respectivamente.

Na população trabalhadora, a prevalência de depressão tem oscilado entre 2,5% e 33,0% (Bonde, 2008). Siegrist e colaboradores (2012), analisando dados de quatro coortes de trabalhadores a partir de 50 anos de 17 países da Europa, EUA e Ásia, com 14.236 participantes, identificou prevalência dos sintomas depressivos com taxas inferiores a 14%, sendo mais elevada na Bélgica (19,2%), Itália (23,0%), França (26,1%) e Polônia (33,9%). No Brasil, dados de prevalência de depressão na população trabalhadora são escassos, sendo identificada em 13,6% entre motoristas de caminhão (Silva-Junior et al., 2004).

2.4.2 Aspectos clínicos e critérios diagnósticos

A síndrome depressiva manifesta-se por alterações duradouras de humor, cognição, psicomotricidade, biorritmicidade e volição (Zanetti; Lafer, 2008), como será descrito a seguir. O humor é geralmente polarizado para a depressão (sentimentos expressos e observação de sinais de tristeza na maior parte do tempo), anedonia (perda da capacidade de sentir prazer, com consequente perda de interesse pelas atividades habituais) e choro fácil. O pensamento é tomado por preocupações frequentes e por vezes exageradas, pessimismo e desesperança, podendo ocorrer ideias de ruína, baixa autoestima e ideias de desvalia, sentimento de culpa por vezes inapropriado, e hipocondria. Alucinações, principalmente auditivas, podem estar presentes em depressões psicóticas, porém são fenômenos raros, menos de 10% nos casos de TDM. Alterações cognitivas como dificuldade de concentração, *déficit* de atenção e mesmo, prejuízos de memória, são

descritos. As alterações da psicomotricidade são observadas pela lentificação e retardo (tanto de pensamentos como dos movimentos), sensação de fadiga e diminuição de energia, ou inquietação (principalmente com sintomas ansiosos). Os sintomas neurovegetativos são representados pela modificação do peso (tanto perda de peso como aumento de peso), alterações do sono (dificuldade para iniciar o sono, mantê-lo e despertar precoce) e disfunção erétil. Em relação à volição, frequentemente ocorre diminuição da vontade e perda de interesse por atividades habituais anteriormente praticadas. Pode-se observar vontade de morrer (ideação suicida) ou mesmo tentativa de autoagressão (Zanetti; Lafer, 2008).

Duas classificações são utilizadas como critérios de diagnóstico para transtornos mentais (Paykel, 2008): a CID-10, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), e o DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994), sendo esta última a mais empregada em pesquisas epidemiológicas.

Os critérios para Episódio Depressivo Maior, segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), são assim discriminados:

- a) cinco (ou mais) sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento prévio. No mínimo, um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Nota: não se incluem sintomas que sejam causados claramente por condições médicas gerais, ou delírios e alucinações incongruentes com o humor. Quais sejam:
 - humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pela própria pessoa (por exemplo, aparenta tristeza) ou observação feita pelos outros;
 - notável diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades diárias, quase todos os dias (como indicado pela própria pessoa ou observações feitas por outros);
 - perda significativa de peso quando não estiver de dieta, ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do

- peso do corpo em um mês), aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias;
- insônia ou excesso de sono quase todos os dias;
 - agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis pelos outros, não apenas sentimentos pessoais de impaciência e diminuição do ritmo);
 - fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
 - sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva sem razão (que pode ser um delírio) quase todos os dias (não apenas autoprovação ou culpa por estar doente);
 - diminuição na habilidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias;
 - pensamentos recorrentes sobre a morte (não apenas medo de morrer), idealização recorrente de suicídio sem um plano específico, tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.
- b) os sintomas não preenchem os critérios de um episódio misto;
- c) os sintomas causam angústia clinicamente significativa ou prejuízo nas atividades sociais, ocupacionais e outras importantes funções;
- d) os sintomas não se devem a efeitos psicológicos diretos de alguma substância (como abuso de drogas ou medicamentos) ou uma condição médica geral (como hipotireoidismo);
- e) os sintomas não se explicam melhor por luto, isto é, após a perda de um ser amado, a menos que os sintomas persistam por mais de dois meses ou sejam caracterizados por prejuízo significativo das funções, preocupação mórbida com inutilidade, idealização de suicídio, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

2.4.3 A depressão, o trabalhador e o trabalho

A importância da depressão na área da saúde mental no trabalho se dá tanto por causar impacto no local do trabalho, como pelo impacto do trabalho

sobre a depressão (Kahn; Lasser, 2011). Embora existam muitas escolas de pensamento sobre a etiologia da depressão, incluindo a biológica, genética e psicossocial, é na esfera psicossocial que muitos fatores relacionados ao local de trabalho podem ser encontrados (Kendler et al., 2002; Kahn, Lasser, 2011). Aspectos como decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho (Ahola et al., 2005), exigências excessivas de desempenho cada vez maior no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando em ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda do posto de trabalho e demissão (Giga; Hoel, 2003), podem representar fatores de estresse para o trabalhador, e favorecer a ocorrência de depressão (Netterstrom et al., 2008; Kahn, Lasser, 2011). Outras situações, decorrentes da economia globalizada, são as resultantes das fusões e modificações tecnológicas no trabalho, e que levam a frequentes mudanças de funções pela introdução de novas tecnologias, sentindo-se o trabalhador incompetente ou inadequado para a realização da tarefa. Segundo a teoria psicodinâmica, é como se existisse uma lacuna entre a própria imagem atual do trabalhador e o seu "eu ideal", propiciando a depressão (Kahn; Lasser, 2011). Estas transformações dos processos produtivos de trabalho também fazem parte da atividade bancária (Jaques; Amazarray, 2006).

Para Dejours (1987), essa vivência de sofrimento psíquico no trabalho se materializa pelos sentimentos de indignidade, inutilidade, desqualificação e vivência depressiva. Indignidade é traduzida pelos sentimentos de robotização, despersonalização, privação da inteligência. Inutilidade resulta do contato do trabalhador com uma atividade desprovida de sentido, fragmentada. A desqualificação tem relação com a atividade na qual o trabalhador percebe-se subutilizado. Associados, estes sentimentos caracterizam a vivência depressiva, representação máxima do sofrimento no trabalho. Manifesta-se, geralmente, pela sensação de cansaço, alimenta-se da vivência de adormecimento intelectual, de anquilose mental no contexto de trabalho; representa o triunfo do condicionamento do trabalhador à lógica

do sistema produtivo. Quando a sintomatologia é branda, pode ser confundida com desmotivação ou despreparo.

Por outro lado, do ponto de vista econômico, o elevado ônus atribuído à depressão advém tanto de seus custos diretos, relacionados ao tratamento em si e de suas comorbidades, como os indiretos, concernentes à perda de produtividade no trabalho (afastamento do trabalho e redução da produtividade no local de trabalho) e suicídio (Thomas, Morris, 2003; Kind, Sorensen, 1993; Greenberg et al., 1993). Nos EUA, a estimativa dos custos sociais anuais por depressão clínica foi de 83,1 bilhões dólares americanos em 2000 (Greenberg et al., 2003). No Reino Unido, estes custos chegaram a 7 bilhões de libras em 2000 (Thomas; Morris, 2003). Estudos comparativos de relação custo-doença também relataram que os transtornos de humor e suas comorbidades associadas são as condições mais onerosas para os empregadores (Druss et al., 2001, McIntyre et al., 2008).

A maioria dos custos associados com o TDM são os indiretos, refletindo comprometimento psicossocial e diminuição da produtividade da força de trabalho (Birnbaum et al., 2010). Estes custos também são favorecidos pela grande lacuna existente, em todo o mundo, entre a necessidade de tratamento para os transtornos mentais e a prestação do atendimento. Entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento para o seu problema de saúde mental em países de baixa e média renda; a faixa correspondente para os países de alta renda também é elevada, entre 35% e 50% (WHO, 2011). Subdetecção, atraso no diagnóstico, erros de diagnóstico, orientação discordante para o cuidado e intervenções de tratamento insuficientemente aplicadas, permanecem deficiências modificáveis que são responsáveis por um número desproporcional de dias perdidos de trabalho devido ao presenteísmo (ou baixo desempenho no trabalho) e/ou absenteísmo (Wang et al., 2007). Kessler e colaboradores (2006), por exemplo, demonstraram que o TDM resultou em 27,2 dias de trabalho perdidos por cada trabalhador doente ao ano, representando uma perda individual anual de US\$4.400. A nível nacional, esta perda representa US\$36.6 bilhões por ano nos EUA (Kessler

et al., 2006). O presenteísmo é o "custo escondido da depressão", e tem sido consistentemente identificado como responsável pela maior parte do custo econômico devido à perda de produtividade por depressão (McIntyre et al., 2011). Estudos preliminares indicam que o presenteísmo pode estar correlacionado mais fortemente à depressão e ansiedade do que o absenteísmo (Aronsson; Gustafsson, 2005).

Além das consequências econômicas, a deficiência da força de trabalho relacionada à depressão tem um efeito deletério sobre a identidade, a participação social, enquanto medidas de bem estar físico e mental (Lauber; Bowen, 2010). Este "efeito cascata" é também evidente em termos do impacto da depressão no *status* socioeconômico da família, aumentando a vulnerabilidade a outras doenças (McIntyre et al., 2011).

Ante o exposto nesta revisão, considerando-se que o estresse crônico no trabalho pode conduzir a resultados adversos à saúde, como *burnout* e depressão, e que estes agravos contribuem para elevar os índices de incapacidade, e até suicídio, no caso de depressão, é relevante investigar a associação entre as condições psicossociais adversas presentes na atividade bancária, com *burnout* e depressão, com fins de instituir medidas de proteção à saúde mental do trabalhador do setor financeiro.

3 OBJETIVOS

1. Investigar a associação entre exposição a estressores psicossociais do trabalho, quando avaliados pelos modelos Demanda-Controle-apoio social no trabalho e Desequilíbrio Esforço-Recompensa-comprometimento excessivo, com depressão maior e outras depressões, entre bancários.
2. Investigar a associação entre exposição a estressores psicossociais do trabalho, quando avaliados pelos modelos Demanda-Controle-apoio social no trabalho e Desequilíbrio Esforço-Recompensa-comprometimento excessivo, com níveis moderado e alto de esgotamento profissional, entre bancários.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho e amostra do estudo

Este estudo é de corte transversal e foi realizado no período de 2012 a 2013 com bancários dos estados do Pará e Amapá, região norte do Brasil.

De acordo com o Sindicato dos Bancários do Pará e Amapá (dados não publicados), existem 7.697 bancários nos estados do Pará e Amapá distribuídos em quinze redes bancárias, sendo quatro públicas e onze privadas. As atividades bancárias podem ser executadas dentro de agências bancárias e em setores administrativos que servem como suporte para o desenvolvimento da estrutura funcional das empresas. Um total de 3.848 empregados com *e-mails* ativos estavam cadastrados no sindicato. Destes, foram considerados elegíveis os empregados ativos a partir de 18 anos de idade, contratados há pelo menos um ano antes da data de início do estudo, sendo excluídos os afastados por interesse particular ou por problemas de saúde, e os aposentados e/ou próximo a se aposentar: homem (≥ 67 anos idade e/ou ≥ 31 anos de serviço); mulher (≥ 62 anos idade e/ou ≥ 26 anos de serviço). Desta forma, 2.806 sujeitos preencheram os critérios de elegibilidade.

Uma amostra de 2.000 indivíduos foi calculada para estimar a prevalência de depressão e de esgotamento, da ordem de 25% e 20%, respectivamente, com precisão de mais ou menos 2% e 95% de intervalo de confiança. A taxa de prevalência de depressão foi baseada em estudos com trabalhadores de “colarinho branco” (Godin et al., 2005), representando tipos de trabalhadores como os bancários, e da prevalência de esgotamento, baseada em estudos de população trabalhadora na ocorrência de nível elevado de *burnout* nas três escalas (Lindblom et al., 2006), e de um estudo com bancários (Sévez; Chico, 2007).

4.2 Medidas e Instrumentos

Os dados foram obtidos por meio de um questionário autoaplicável contendo informações sobre características socioeconômicas, demográficas, ocupacionais, de depressão e de estresse no trabalho.

4.2.1 Variáveis de desfecho

4.2.1.1 Avaliação de Depressão: Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 - *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*

Diversos instrumentos têm sido utilizados para rastreamento de depressão: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scales* (Radloff, 1977), *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961), *Geriatric Depression Scale* (Sheikh; Yesavage, 1986), *Hospital Anxiety And Depression Scale* (Zigmond; Snaith, 1983), até escalas maiores como o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders - PRIME-MD* (Spitzer et al., 1994). Entretanto, devido à brevidade e capacidade de informar ao médico em termos de critérios diagnósticos, bem como da gravidade da depressão, o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) tem sido apontado como a melhor ferramenta disponível para triagem de depressão em cuidados primários (Nease; Maloin, 2003).

O PHQ-9 é uma versão autoaplicável do PRIME-MD, instrumento utilizado para diagnóstico de transtornos mentais comuns (Spitzer et al., 1994), desenvolvido para serviços de cuidados primários à saúde, validado por Spitzer e colaboradores (1999) e por Kroenke e colaboradores (2001). Consiste em nove questões correspondentes aos sintomas considerados pelo critério diagnóstico para transtorno depressivo maior de acordo com o DSM-IV (First et al., 1995), possibilitando tanto o rastreamento de sinais e sintomas da depressão bem como a classificação de níveis de gravidade. Tais sintomas são: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou

falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. Para cada uma das nove questões são oferecidas quatro opções de respostas, cujo escore vai de 0 (nenhuma vez), 1 (vários dias), 2 (mais da metade dos dias) a 3 (quase todos os dias). Além das nove questões, o instrumento apresenta um item sobre o grau de dificuldade relacionado aos sintomas, o qual pode ser útil nas decisões sobre o início ou ajustes do tratamento.

O PHQ-9 tem sido considerado excelente em termos de seus indicadores psicométricos (Adewuya et al., 2006; Cameron et al., 2008). Kroenke e colaboradores (2001) originalmente validaram este instrumento em estudo que mostrou consistência interna entre 0,86 e 0,89, sensibilidade de 88% e especificidade de 88% para ponto de corte no escore de dez ou mais para diagnóstico de depressão maior. Além de serviços de saúde, o PHQ-9 foi avaliado em estudantes universitários na Nigéria (Adewuya et al., 2006) sendo identificada sensibilidade de 84,6% e especificidade de 99,4% para o ponto de corte maior ou igual a dez para rastreamento de TDM. Uma meta-análise que incluiu avaliações do PHQ-9 comparativamente ao CID-10 ou ao DSM para diagnóstico de TDM, identificou, em 18 estudos, que a especificidade variou de 0,73 (para um ponto de corte de 7) a 0,96 (para um ponto de corte de 15) e houve grande variabilidade na sensibilidade para pontos de corte entre 7 e 15 (Manea et al., 2012). No Brasil, o PHQ-9 foi traduzido para o português por psiquiatras brasileiros e a *back translation* por um dos autores do instrumento original em estudo prévio (Fraguas et al., 2006). A versão traduzida é conhecida como “Questionário sobre a Saúde do Paciente-9”, e já foi utilizada na população geral, obtendo-se máxima sensibilidade de 77,5% e especificidade de 86,7% para ponto de corte maior que nove (Santos et al., 2013). Esta versão traduzida do PHQ-9 foi a utilizada na atual pesquisa.

4.2.1.2 Avaliação de esgotamento profissional: *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

Vários instrumentos foram elaborados para mensurar o *burnout*: *Burnout Measure* (Pines; Aronson, 1988), *Oldenburg Burnout Inventory* (Demerouti et al., 2002), *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen et al., 2005) e *Utrecht Burnout Scale* (Schaufeli; Van Dierendonck, 2000). Entretanto, o instrumento mais utilizado para avaliação de esgotamento profissional (Melamed et al., 2006) é o *Maslach Burnout Inventory* – MBI e seus sucessores, construído por Maslach e colaboradores (Maslach, Jackson, 1981; 1986; Maslach et al., 1996), com base na visão de que o *burnout* representa uma síndrome que consiste de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional.

O MBI teve sua primeira edição em 1981 (Maslach; Jackson, 1981), e sua construção partiu de duas dimensões, exaustão emocional e despersonalização. A terceira dimensão, reduzida realização profissional, foi identificada após estudo desenvolvido com centenas de profissionais de diversas áreas (Maslach, 1993). Inicialmente o inventário possuía 47 itens que foram administrados em uma amostra de 605 sujeitos de várias atividades profissionais. Após estudos que culminaram na diminuição do número de itens e supressão da escala de intensidade, foi editada a segunda versão, em 1986 (Maslach; Jackson, 1986). O instrumento foi desenvolvido para mensurar o *burnout* em profissionais de prestações de cuidados de saúde, entretanto, foi aplicado a outros grupos profissionais dentro dos serviços humanos, incluindo professores, trabalhadores do setor social, policiais (Schaufeli; Enzmann, 1998). Análise subsequente indicou que a estrutura fatorial não foi mantida em outros grupos ocupacionais (Leiter; Schaufeli, 1996). Consequentemente, a versão original foi adaptada de forma a garantir a sua aplicabilidade a profissões com contato próximo com pessoas, profissões com contato ocasional e profissões sem contato direto (Worley et al., 2008). Desta forma, a medida original passou a ser designada de *MBI- Human Service Survey* (MBI-HSS), outra foi adequada

aos profissionais da área educativa, o *MBI-Educators' Survey* (MBI-ES) (Maslach; Jackson, 1986). Posteriormente, foi desenvolvida o *MBI-General Survey* (MBI-GS), uma versão reduzida de 16 itens para medir *burnout* em qualquer profissão (Maslach et al., 1996). Em 2002, Schaufeli e colaboradores adaptaram o MBI-GS para ser utilizado com estudantes, recebendo a denominação de *MBI- Students Survey* (MBI-SS).

Desde a publicação do questionário, foram encontrados níveis de valores alfa de *Cronbach* que oscilam entre 0,81 e 0,92 (0,89 na validação original) para a dimensão exaustão emocional, de 0,50 a 0,86 para a realização pessoal, e de 0,57 a 0,82 para a despersonalização, sendo os valores propostos inicialmente pelos autores do MBI nestas duas dimensões de 0,74 e 0,77, respectivamente (Maslach, Jackson, 1981; Kantas, Vassilaki, 1997; Gil-Monte, Peiró, 1999; Aluja et al., 2005; Richardsen, Martinussen, 2005; Kim, Ji, 2009).

No Brasil, o MBI foi traduzido e adaptado por Lautert (1997) e Tamayo (1997). Lautert (1997) conduziu estudo em uma amostra de 341 enfermeiras de dois hospitais universitários, tendo obtido alfa de *Cronbach* de 0,86 para Desgaste Emocional, 0,69 para Despersonalização e 0,76 para Incompetência. Lautert mudou a denominação de dois dos fatores do MBI: Desgaste Emocional em lugar de Exaustão Emocional e Incompetência em vez de Realização Pessoal (escala invertida). Tamayo (1997) adaptou e validou o MBI para o português em uma amostra de 277 auxiliares de enfermagem e enfermeiros de dois hospitais públicos do Distrito Federal, obtendo alfa de *Cronbach* de 0,82 para a dimensão Exaustão Emocional, 0,67 para Diminuição da Realização Pessoal e 0,69 para Despersonalização. Posteriormente, Tamayo e colaboradores (2005) revalidaram o instrumento em amostra de profissionais de saúde de várias instituições de Natal (hospitais e unidades básicas de saúde). Na atual pesquisa foi aplicado o MBI segundo a tradução semântica para o português realizada por Tamayo (1997).

O MBI é composto de 22 questões autoaplicáveis, desenvolvidas em torno de três eixos: exaustão emocional, com nove itens; despersonalização

ou cinismo, com cinco itens; e reduzida realização pessoal ou ineficácia, com oito itens. As respostas são representadas pela frequência com que o entrevistado percebe ou vivencia o sentimento ou atitude, com os seguintes escores: nunca (0), algumas vezes ao ano (1), no máximo uma vez ao mês (2), algumas vezes ao mês (3), uma vez por semana (4), poucas vezes por semana (5) até todos os dias (6). A pontuação total do questionário é o resultado da soma de todos os pontos das frequências respondidas nos três eixos ou dimensões do construto. Pontos de corte são utilizados para classificar presença de esgotamento em níveis alto, médio e baixo. A combinação dos níveis encontrados de exaustão, cinismo e ineficácia definem o grau geral de esgotamento. Assim, o grau de esgotamento alto corresponde a altos escores obtidos nas três dimensões, simultaneamente; grau moderado reflete os níveis moderados; por fim, grau baixo indica a obtenção de escores baixos nos três aspectos.

4.2.2 Variáveis de exposição

4.2.2.1 Medidas de condições psicossociais no trabalho

Dois questionários foram utilizados para mensurar as condições psicossociais do ambiente de trabalho: a versão resumida da *Job Stress Scale* adaptada para o português, para avaliar o MDC-AS, e a versão brasileira do *Effort-Reward Imbalance Questionnaire*, para avaliar o Modelo DER-CE.

a) Versão resumida da “*Job Stress Scale*”

Para compor o modelo demanda-controle, Karasek (1985) elaborou um instrumento metodológico, o *Job Content Questionnaire* – JCQ, com 49 questões, posteriormente reduzida para 17 itens por Theorell e colaboradores (1988), o *Swedish Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ ou DCQ). Este questionário aborda, além de controle e demanda

psicológica, suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego. Por meio deste, são avaliados quatro tipos básicos de experiências no trabalho: alta exigência do trabalho (caracterizado como alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (combinando baixa demanda e alto controle). Presume-se, assim, que a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo.

A validade e confiabilidade das escalas do JCQ foram examinados em estudos transnacionais de populações amplamente representativas da sociedade industrial, incluindo oito populações da União Europeia (Karasek et al., 1998; Karasek et al., 2007). Também foi validado e traduzido para várias línguas em diversos países: Japão (Kawakami et al., 1995; Kawakami, Fujigaki, 1996; Mase et al., 2012), Bélgica (línguas francesa e holandesa) (Pelfrene et al., 2001), Itália (Ferrario et al., 2005), Canadá (Brisson et al., 1998), México (Cedillo, 1999), China (Li et al., 2004), Taiwan (Cheng et al., 2003).

No Brasil, o JCQ foi validado por Araújo e Karasek (2005) recebendo a denominação de Questionário sobre Conteúdo do Trabalho, em estudo realizado com trabalhadores formais e informais. A versão reduzida, o DCSQ, foi validada e adaptada para o português brasileiro por Alves e colaboradores (2004) por meio de pesquisa realizada com funcionários de uma universidade pública, recebendo a denominação de versão resumida da “*Job Stress Scale*”. Ambos os estudos relataram bons indicadores de validade e confiabilidade. Nesta versão resumida da “*Job Stress Scale*” os coeficientes de correlação intraclasse encontrados para as dimensões demanda, controle e apoio social no trabalho foram de 0,88, 0,87 e 0,85, respectivamente. Alfa de *Cronbach* estimado para essas mesmas dimensões foram de 0,79, 0,67 e 0,85, respectivamente. Dezessete itens são distribuídos nas três dimensões: demandas psicológicas (5 itens),

controle (6 itens) e apoio social no trabalho (6 itens). Para as duas primeiras dimensões são atribuídas quatro opções de resposta que variam de frequentemente (4) a nunca ou quase nunca (1). Para a dimensão apoio social no trabalho, as respostas variam de concordo totalmente (4) a discordo totalmente (1).

b) Versão brasileira do *Effort-Reward Imbalance Questionnaire* (ERI-Q)

Para avaliar as três dimensões incluídas no modelo ERI - "esforço" (*effort*), "recompensa" (*reward*), e "comprometimento excessivo" (*overcommitment*) - foi desenvolvido um questionário autopreenchível denominado *Effort-Reward Imbalance Questionnaire* - ERI-Q (Siegrist, 1996), composto por 46 itens, sendo 17 itens para esforço e recompensa, e 29 itens para comprometimento excessivo. Posteriormente, para facilitar a aplicação em estudos epidemiológicos, uma versão mais curta do ERI-Q foi elaborada (Siegrist et al., 2004), contendo 23 itens.

Estudos com a utilização desse instrumento indicam a grande utilidade do mesmo para medir o estresse psicossocial no trabalho. O ERI-Q já foi adaptado para várias línguas e teve suas propriedades psicométricas investigadas na Alemanha (Siegrist et al., 2004), França (Niedhammer et al., 2000), Japão (Tsutsumi et al., 2001b), Espanha (Macías-Robles et al., 2003), Países Baixos (Hanson et al., 2000) e China (Li et al., 2005), sendo documentada uma consistência interna satisfatória baseada no alfa de *Cronbach*, variando entre 0,63 e 0,88 para o componente esforço, de 0,79 a 0,91 para a dimensão recompensa e de 0,74 a 0,78 para o comprometimento excessivo (Niedhammer et al., 2000; Tsutsumi et al., 2001b; Macías et al., 2003; Li et al., 2005).

No Brasil, duas versões do ERI-Q foram adaptadas para o português brasileiro, com diferentes populações: a versão brasileira do ERI-Q, empregada entre servidores públicos de uma universidade brasileira (Chor et al., 2008), e uma adaptação transcultural aplicada em bancários (Silva; Barreto, 2010b). Os resultados da avaliação de ambas as escalas são

parecidos no que concerne às propriedades psicométricas (validade, consistência interna e construto), sendo que qualquer uma das escalas pode ser usada para estudar situações laborais em português brasileiro. Na versão brasileira do ERI-Q foi identificada consistência interna (alfa de *Cronbach*) igual a 0,68, 0,78 e 0,78 para as dimensões esforço, recompensa e comprometimento excessivo, respectivamente. Um total de 23 itens são distribuídos em três subescalas: esforço (seis itens), recompensa (onze itens) e comprometimento excessivo (seis itens). Nas escalas de esforço e recompensa as respostas variam no grau de concordância ou discordância, com escores que vão de 1 a 5. Na escala de comprometimento excessivo, as respostas variam entre discordar fortemente e concordar fortemente, com escores entre 1 e 4.

4.2.3 Covariáveis e variáveis de confusão

O questionário incluiu as seguintes covariáveis: aspectos socioeconômicos e demográficos como sexo, idade, cor autorreferida, estado civil, anos de estudo, estado participante do estudo, habitação, renda familiar mensal em salários no momento do estudo; aspectos ocupacionais como classificação do banco (público ou privado), tempo de trabalho em anos, função, tempo na função em anos, local de trabalho (agência/área administrativa), relação do trabalho com a formação acadêmica (sim/não); aspectos relacionados à saúde como falta ao trabalho e uso de serviço de saúde nos últimos trinta dias (sim/não), e uso de medicamento para transtorno mental ou para dormir (sim/não).

4.3 Procedimentos

Campanhas de esclarecimento à pesquisa foram realizadas por meio de mensagens via celular, *tweeter*, página e revista eletrônica do sindicato. A adequacidade do questionário e os procedimentos de coleta de dados foram averiguados por meio de um pré-teste com 16 sujeitos, que foram excluídos

do estudo. Um convite contendo informações sobre a pesquisa com um *link* de acesso ao questionário foi encaminhado aos empregados elegíveis. Aos que não respondiam, a cada semana um novo convite era reencaminhado. Pela baixa adesão ao estudo (24%), uma lista de não respondentes foi preparada, e os questionários passaram a ser entregues pessoalmente, àqueles lotados nos serviços bancários das capitais e municípios mais próximos das mesmas. Uma equipe em cada estado (3 pessoas no Pará e 2 no Amapá) ficou responsável pela entrega e recepção dos questionários. Foi prestado esclarecimento ao bancário sobre o estudo, sempre perguntando ao mesmo se já havia recebido e respondido à pesquisa por *e-mail*.

4.4 Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o software *Stata* 11.0 (StataCorp, 2009). Foi feita, inicialmente, a checagem de consistência e limpeza do banco de dados. Dados correspondentes à data de nascimento, nome do banco, data de admissão e sexo permitiram verificar duplicidade de dados, com exclusão de todos os casos em que isto ocorreu.

Para avaliação do desfecho “depressão”, foi adotada a classificação de acordo com as instruções de Kroenke e colaboradores (Kroenke et al., 2001) para o PHQ-9. Deste modo, foi criado um algoritmo que identificasse as seguintes condições: a) depressão maior (DM), se cinco ou mais dos nove critérios de sintomas depressivos estivessem presentes pelo menos em “mais da metade dos dias”, nas duas últimas semanas, e um dos sintomas sendo humor deprimido ou anedonia; um dos nove itens “pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto” conta se estiver presente, independente da duração; b) outras depressões (OD), se dois, três ou quatro dos nove critérios de sintomas depressivos estivessem presentes pelo menos em “mais da metade dos dias”, nas duas últimas semanas, e um dos sintomas sendo humor deprimido ou anedonia.; c) sem depressão, os casos não enquadrados nos itens “a” e “b”.

Para o desfecho “esgotamento profissional”, também foi elaborado um algoritmo para reconhecer os seguintes níveis de esgotamento, de acordo com as dimensões exaustão, cinismo e ineficácia: a) nível alto de esgotamento (NAE), se presente nível alto nas três dimensões ou em duas dimensões, com uma terceira em nível moderado; b) nível baixo de esgotamento (NBE), se presente nível baixo nas três dimensões, ou dois níveis moderados e um baixo na terceira, ou ainda, dois níveis baixos e um terceiro moderado; c) nível moderado de esgotamento (NME), em todos os demais casos não incluídos nos itens “a” e “b”.

Para dar forma ao MDC-AS, empregando-se o DCSQ (versão adaptada para o português brasileiro) (Alves et al., 2004). As dimensões demanda, controle e apoio social no trabalho foram obtidas pela soma de seus escores individuais: demanda (5 a 20), controle e apoio social no trabalho (6 a 24). Nas dimensões demanda psicológica e controle houve uma questão com direção reversa. Para compor os quadrantes de Karasek, os escores da demanda e controle foram dicotomizados na mediana da amostra (demanda=12 e controle=16) para definir baixo e alto nível de exposição, seguindo as recomendações do instrumento original (Karasek et al., 1998). Formam-se quatro categorias independentes: 1) baixo desgaste (baixa demanda e alto controle) - categoria de referência; 2) trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); 3) trabalho ativo (alta demanda e alto controle); 4) alto desgaste (alta demanda e baixo controle) - grupo mais exposto ou de risco. O escore da dimensão apoio social no trabalho foi dicotomizado na mediana da amostra (apoio social=18), estabelecendo-se duas categorias: alto (categoria de referência) e baixo apoio social no trabalho.

Para conformar o Modelo DER-CE, utilizando-se o ERI-Q (versão brasileira) (Chor et al., 2008), os escores das dimensões esforço, recompensa e comprometimento excessivo foram somadas individualmente: esforço (6 a 30), recompensa (11 a 55) e comprometimento excessivo (6 a 24). Para elaborar as quatro categorias do modelo DER-CE, escores de cada dimensão de esforço e recompensa foram categorizados em tercís e dicotomizados, utilizando-se os tercís mais adversos para identificar alto

esforço e baixa recompensa (de Jonge et al., 2000). Formaram-se assim, quatro possibilidades: baixo esforço e alta recompensa (referência), alto esforço e alta recompensa, baixo esforço e baixa recompensa e alto esforço e baixa recompensa (alto risco). Escores da dimensão comprometimento excessivo foram categorizados em tercís e dicotomizados: os dois tercís mais inferiores foram codificados como 0 (referência), e o mais superior, como 1 (alto). Uma razão esforço-recompensa (razão ER) foi elaborada através da fórmula: $e/(r*c)$, onde “e” é a soma do escore obtido pelas perguntas de esforço, “r” é o escore obtido pela soma das perguntas de recompensa e “c” é um fator de correção (0,545454), considerando o número de itens do numerador comparado ao denominador (6/11) (Siegrist et al., 2004). A razão esforço-recompensa (ER) foi inicialmente categorizada em tercís e dicotomizada. Assim, os dois tercís mais inferiores foram codificados como 0, indicando equilíbrio esforço-recompensa, e o tercil superior, codificado como 1, indicando desequilíbrio esforço-recompensa.

As análises iniciais constituíram da descrição das características da amostra e da distribuição da frequência das categorias de outras depressões e depressão maior (OD-DM), das categorias de nível moderado de esgotamento e nível alto de esgotamento (NME-NAE), das condições psicossociais do trabalho e demais variáveis. A seguir, foram conduzidas análises bivariadas para determinar a associação entre as características da amostra com cada variável de desfecho (OD-DM e NME-NAE), utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson (Tabelas 3, 4, 7 e 8). As associações entre as condições psicossociais no trabalho e cada variável de desfecho (OD-DM e NME-NAE) foram estimadas através de regressão logística polinomial, sendo realizadas duas análises separadas para cada variável de desfecho (OD-DM e NME-NAE): uma para os componentes do DCSQ (OD-DM/DCSQ e NME-NAE/DCSQ) e outra para os componentes do ERI-Q (OD-DM/ERI-Q e NME-NAE/ERI-Q). Na primeira rodada, foram obtidos *Odds Ratios* (OR) simples com intervalos de 95% de confiança (95% IC), calculando-se o p-valor pelo teste da razão de verossimilhanças. Posteriormente, cada modelo foi ajustado para idade, sexo e aspectos ocupacionais, sendo considerado

para inclusão no modelo as variáveis cuja associação com OD-DM tivessem apresentado na análise bivariada p -valor $\leq 0,25$ (Tabelas 5, 6, 9 e 10).

4.5 Aspectos éticos

O Termo de Consentimento informado foi obtido de todos os participantes (Anexo A). Os procedimentos deste estudo estão de acordo com os padrões de pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Declaração de Helsinki. Deste Comitê de Ética supracitado obteve-se aprovação nº 288/11.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição da população de estudo

Dos 2.806 sujeitos elegíveis, 670 responderam aos questionários via *e-mail* e 775 por distribuição manual, perfazendo um total de 1.445 respondentes (taxa de resposta total=51,5%) (Figura 5). Destes, 1.053 respostas completas foram obtidas, sete declararam cor autorreferida indígena e que, por ser um número tão pequeno, foram excluídos, permanecendo finalmente, 1.046 para efeito de análise. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os participantes e a população elegível, em relação à faixa etária e sexo.

Figura 5- Diagrama dos participantes elegíveis e amostra do estudo

Características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos participantes são exibidas na Tabela 1. Dentre eles, 789 (75,4%) eram do estado do Pará e 257 (24,6%) do Amapá, 579 (55,4%) eram do gênero masculino e 467 (44,6%) feminino, com média de idade de 36,7 anos [desvio padrão (DP) = 9,6, variação de 19-66]. A maioria dos integrantes referiram ser pardos (56,3%), casados (50,7%), com habitação própria (55,8%), com 12 a 16 anos de estudo (65,0%) e renda mensal domiciliar acima de três até sete salários mínimos (SM) (52,9%). Nos últimos trinta dias anteriores à entrevista, 34,6% dos partícipes relataram que utilizaram algum tipo de serviço de saúde e o absenteísmo foi de 20,8%. Entre os respondentes, 9,4% alegaram fazer uso de medicamento para algum tipo de transtorno mental ou para dormir no último mês.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo quanto às características socioeconômicas, demográficas e de saúde, Pará e Amapá, 2013 (n=1.046)

Variável	n (%)
Sociodemográfica	
Sexo	
Masculino	579 (55,4)
Feminino	467 (44,6)
Grupo etário	
19-30	320 (30,6)
31-40	400 (38,3)
41-50	201 (19,2)
51-66	125 (11,9)
Cor	
Branca	337 (32,2)
Parda	589 (56,3)
Preta	93 (8,9)
Amarela	27 (2,6)
Estados participantes	
Pará	789 (75,4)
Amapá	257 (24,6)
Estado civil	
Casado	530 (50,7)
Solteiro	371 (35,5)
Separado/viúvo/divorciado	145 (13,8)
Tipo de habitação	
Própria	584 (55,8)
Não própria	462 (44,2)
Escolaridade (anos)	
≤11	123 (11,8)
12--16	680 (65,0)
≥17	243 (23,2)
Renda domiciliar (salários) ¹	
>=10	158 (15,1)
>7-9	186 (17,8)
>5-7	290 (27,7)
>3-5	264 (25,2)
<=3	148 (14,2)
Saúde	
Falta nos últimos 30 dias	
Não	828 (79,2)
Sim	218 (20,8)
Uso medicamento transtorno mental/dormir	
Não	948 (90,6)
Sim	98 (9,4)
Uso serviço saúde nos últimos 30 dias	
Não	684 (65,4)
Sim	362 (34,6)

¹1 salário mínimo=R\$678,00

Na Tabela 2 estão dispostas informações correspondentes à distribuição dos participantes em relação às características ocupacionais e aos modelos de estresse no trabalho. A maior parte dos respondentes pertencia à rede bancária pública (74,1%), trabalhava na atividade bancária há sete ou mais anos (46,4%), em agência bancária (84,3%), em algum tipo de função diversa a de técnico bancário (72,1%), com permanência no cargo entre dois a quatro anos (38,9%), e a atividade realizada não tinha relação com a formação acadêmica (63,5%). A investigação de estresse no trabalho por meio do MDC-AS identificou alto desgaste em 10,6% e baixo apoio social em 37,8% dos indivíduos da amostra. No Modelo DER-CE, 5,0% dos entrevistados apresentaram alto esforço e baixa recompensa, 33% desequilíbrio esforço recompensa e 29% comprometimento excessivo.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo quanto às características ocupacionais e aos modelos de estresse no trabalho, Pará e Amapá, 2013 (n=1.046)

Variável		n (%)
Ocupacional		
Classificação do banco	Público	775 (74,1)
	Privado	271 (25,9)
Tempo de trabalho no banco (anos)	1--2	256 (24,5)
	3--6	304 (29,1)
	7-->=16	486 (46,4)
Função	Gerente	212 (20,3)
	Caixa	230 (22,0)
	Outras funções	312 (29,8)
	Técnico bancário	292 (27,9)
Tempo na função (anos)	≤1 ano	28 (27,5)
	2--4	407 (38,9)
	5->=10	352 (33,6)
Local de trabalho	Setor administrativo	164 (15,7)
	Agência	882 (84,3)
Trabalho e formação acadêmica	Sim	382 (36,5)
	Não	664 (63,5)
Modelos de estresse no trabalho		
Modelo demanda-controle	Baixo desgaste	463 (44,3)
	Passivo	310 (29,6)
	Ativo	162 (15,5)
	Alto desgaste	111 (10,6)
Apoio social no trabalho	Alto	651 (62,2)
	Baixo	395 (37,8)
Modelo esforço-recompensa	Baixo esforço e alta recompensa	454 (43,4)
	Alto esforço e alta recompensa	232 (22,2)
	Baixo esforço e baixa recompensa	308 (29,4)
	Alto esforço e baixa recompensa	52 (5,0)
Razão ER ¹	Equilíbrio	700 (66,9)
	Desequilíbrio	346 (33,1)
Comprometimento excessivo	Baixo	743 (71,0)
	Alto	303 (29,0)

¹Razão Esforço-Recompensa

5.2 Análises relacionadas à Depressão

A prevalência geral de depressão foi de 32,0%, sendo 17,6% para depressão maior (16,4% entre os homens e 19,1% entre as mulheres) e de 14,4% para outras depressões (12,6% entre os homens e 16,7% entre as mulheres; $p=0,05$).

Na Tabela 3 são apresentadas as características socioeconômicas, demográficas e de saúde da população estudada, de acordo com as categorias de depressão. A faixa etária, cor autorreferida da pele, estado civil, habitação, escolaridade e renda mensal familiar não estiveram associados à DM e OD. Em relação às condições de saúde, aspectos como uso de medicação para transtorno mental ou para dormir, absenteísmo e utilização de serviços de saúde nos últimos trinta dias anteriores à entrevista, estiveram associados a ambas categorias de depressão ($p<0,001$). Características relacionadas às atividades laborais como trabalhar em banco privado, em agência, tempo na atividade e tempo na função, foram associadas à DM e OD ($p<0,05$) (Tabela 4).

Tabela 3 – Características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos participantes do estudo de acordo com a classificação de depressão, Pará e Amapá, 2013

		Sem	Outras Depressões	Depressão Maior	
Variável	n	n (%)	n (%)	n (%)	p-valor ¹
Sociodemográfica					
Sexo					
Masculino	579	411 (70,1)	73 (12,6)	96 (16,4)	0,05
Feminino	467	300 (64,2)	78 (16,7)	89 (19,1)	
Grupo etário					
19-30	320	218 (68,1)	46 (14,4)	56 (17,5)	0,42
31-40	400	260 (65,0)	64 (16,0)	76 (19,0)	
41-50	201	138 (68,7)	26 (12,9)	37 (18,4)	
51-66	125	95 (76,0)	15 (12,0)	15 (12,0)	
Cor autorreferida					
Branca	337	234 (69,4)	44 (13,1)	59 (17,5)	0,45
Parda	589	398 (67,6)	92 (15,6)	99 (16,8)	
Preta	93	64 (68,8)	9 (9,7)	20 (21,5)	
Amarela	27	15 (55,6)	6 (22,2)	6 (22,2)	
Estado civil					
Casado	530	372 (70,2)	72 (13,6)	86 (16,2)	0,46
Solteiro	371	246 (66,3)	53 (14,3)	72 (19,4)	
Separado/viúvo/divorciado	145	93 (64,2)	26 (17,9)	26 (17,9)	
Tipo de habitação					
Própria	584	405 (69,4)	82 (14,0)	97 (16,6)	0,53
Não própria	462	306 (66,2)	69 (15,0)	87 (18,8)	
Escolaridade (anos)					
≤11	123	84 (68,3)	19 (15,4)	20 (16,3)	0,97
12--16	680	461 (67,8)	96 (14,1)	123 (18,1)	
≥17	243	166 (68,3)	36 (14,8)	41 (16,9)	
Renda domiciliar (salários) ²					
≥10	158	115 (72,8)	18 (11,4)	25 (15,8)	0,07
>7-9	186	111 (59,7)	38 (20,4)	37 (16,9)	
>5-7	290	198 (68,3)	43 (14,8)	49 (16,9)	
>3-5	264	175 (66,3)	36 (13,6)	53 (20,1)	
≤3	148	112 (75,7)	16 (10,8)	20 (13,5)	
Saúde					
Falta nos últimos 30 dias					
Não	828	587 (70,9)	119 (14,4)	122 (14,7)	<0,001
Sim	218	124 (56,9)	32 (14,7)	62 (28,4)	
Uso medicamento transtorno mental/dormir					
Não	948	677 (71,4)	130 (13,7)	141 (14,9)	<0,001
Sim	98	34 (34,7)	21 (21,4)	43 (43,9)	
Uso serviço saúde nos últimos 30 dias					
Não	684	499 (72,9)	96 (14,1)	89 (13,0)	<0,001
Sim	362	212 (58,6)	55 (15,2)	95 (26,2)	

¹Teste do Qui-Quadrado

²Salário mínimo em Real= R\$678,00

Tabela 4 – Características ocupacionais dos participantes do estudo de acordo com a classificação de depressão, Pará e Amapá, 2013

		Sem sintomas depressivos	Outras depressões	Depressão Maior	
Variável	n	n (%)	n (%)	n (%)	p-valor ¹
Classificação do banco					
Público	775	546 (70,4)	96 (12,4)	133 (17,2)	0,003
Privado	271	165 (60,9)	55 (20,3)	51 (18,8)	
Tempo de trabalho no banco (anos)					
1--2	256	192 (75,0)	32 (12,5)	32 (12,5)	0,02
3--6	304	209 (68,7)	45 (14,8)	50 (16,5)	
7-->=16	486	310 (63,8)	74 (15,2)	102 (21,0)	
Função					
Gerente	212	139 (65,6)	30 (14,1)	43 (20,3)	0,38
Caixa	230	157 (68,3)	40 (17,4)	33 (14,3)	
Outras funções	312	209 (67,0)	48 (15,4)	55 (17,6)	
Técnico bancário	292	206 (70,6)	33 (11,3)	53 (18,1)	
Tempo na função (anos)					
≤1 ano	287	214 (74,5)	24 (8,4)	49 (17,1)	0,004
2--4	407	274 (67,3)	60 (14,8)	73 (17,9)	
5->=10	352	223 (63,4)	67 (19,0)	62 (17,6)	
Local de trabalho					
Setor administrativo	164	128 (78,0)	15 (9,2)	21 (12,8)	0,01
Agência	882	583 (66,1)	136 (15,4)	163 (18,5)	
Trabalho e formação acadêmica					
Sim	382	267 (69,9)	57 (14,9)	58 (15,2)	0,3
Não	664	444 (66,9)	94 (14,1)	126 (19,0)	

¹Teste do Qui-Quadrado

As condições psicossociais adversas no trabalho, mensuradas tanto pelo MDC-AS como pelo DER-CE, estiveram fortemente associadas à DM e OD (Tabela 3 e 4). No MDC-AS, considerando-se como referência atividades com baixa demanda e alto controle, condições de elevada demanda e baixo controle foram associadas a OD (OR=1,95, 95%IC 1,09-3,48) e à DM (OR=4,45, 95%IC 2,69-7,38). Esta associação se manteve após ajuste do modelo para gênero, faixa etária e outras características do trabalho, OR=1,68 (95%IC 0,90-3,15) e OR=2,67 (95%IC 1,54-4,63), para OD e DM, respectivamente. Por outro lado, baixo apoio social no trabalho aumentou em aproximadamente duas vezes a chance de OD, e acima de três vezes a chance de DM ($p<0,001$), e estas associações não se modificaram mesmo

após ajuste para gênero, faixa etária e outras condições do trabalho ($p<0,001$). Associações mais fortes foram observadas para as duas categorias de depressão, à medida da piora dos níveis de exposição evidenciados pelo MDC-AS (Tabela 5).

Na análise das categorias do DER-CE, tendo como referência atividades de baixo esforço e elevada recompensa, situações que exigem elevado esforço com baixa recompensa apresentaram notável associação com OD e DM, tanto no modelo não ajustado ($p<0,001$) como no ajustado para sexo, faixa etária e outras condições de trabalho ($p=0,004$), apresentando no modelo final $OR=5,13$ (95%IC 2,01-13,05) para OD e $OR=2,33$ (95%IC 0,98-5,51) para DM. De igual forma, o desequilíbrio esforço-recompensa (razão) e o comprometimento excessivo estiveram associados a OD e à DM (ambos $p<0,001$ no modelo não justado) o que foi sustentado no modelo ajustado para sexo, faixa etária e outras condições de trabalho ($p=0,0006$ e $p<0,001$, respectivamente). No modelo ajustado, comprometimento excessivo evidenciou aumento da magnitude dos *Odds Ratios* para OD ($OR=3,07$ 95%IC 2,02-4,66) e DM ($OR=6,24$ 95%IC 4,23-9,21) (Tabela 6).

Tabela 5 – Odds Ratios não ajustados e ajustados para níveis de depressão de acordo com as categorias do modelo demanda-controle a apoio social no trabalho

		Sem	Outras depressões		Depressão Maior			Outras Depressões	Depressão Maior	
	n	n (%)	n (%)	OR (IC95%) ¹	n (%)	OR (IC95%) ¹	p-valor ²	OR (IC95%) ³	OR (IC95%) ³	p-valor ²
Modelo demanda-controle										
Baixo desgaste	463	342 (73,9)	66 (14,2)	1	55 (11,9)	1	<0,001	1	1	0,0001
Passivo	310	221 (71,3)	31 (10,0)	0,72 (0,45-1,15)	58 (18,7)	1,63 (1,08-2,44)		0,59 (0,36-0,97)	1,22 (0,79-1,88)	
Ativo	162	95 (58,6)	34 (21,0)	1,85 (1,15-2,97)	33 (20,4)	2,16 (1,32-3,51)		1,67 (1,02-2,73)	1,67 (1,00-2,78)	
Alto desgaste	111	53 (47,8)	20 (18,0)	1,95 (1,09-3,48)	38 (34,2)	4,45 (2,69-7,38)		1,68 (0,90-3,15)	2,67 (1,54-4,63)	
Apoio social no trabalho										
Alto	651	498 (76,5)	85 (13,1)	1	68 (10,4)	1	<0,001	1	1	<0,001
Baixo	395	213 (53,9)	66 (16,7)	1,81 (1,26-2,60)	116 (29,4)	3,98 (2,83-5,60)		1,70 (1,15-2,52)	3,19 (2,21-4,60)	

¹Odds Ratios (OR) não ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial bivariada multinomial

²P valor baseado no Teste da Razão de Verossimilhanças

³Odds Ratios (OR) ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial multivariada

Tabela 6 – Odds Ratios não ajustados e ajustados para níveis de depressão de acordo com as categorias do modelo esforço-recompensa e comprometimento excessivo

	n	Sem n (%)	Outras depressões n (%)	OR (IC95%) ¹	Depressão Maior n (%)	OR (IC95%) ¹	odds LR p-valor ²	Outras Depressões OR (IC95%) ³	Depressão Maior OR (IC95%) ³	p-valor ²
Modelo esforço-recompensa										
Baixo esforço e alta recompensa	454	346 (76,2)	53 (11,7)	1	55 (12,1)	1	<0,001	1	1	0,004
Baixo esforço e baixa recompensa	308	205 (66,5)	39 (12,7)	1,24 (0,79-1,94)	64 (20,8)	1,96 (1,31-2,92)		1,47 (0,89-2,43)	1,54 (0,93-2,53)	
Alto esforço e alta recompensa	232	136 (58,6)	48 (20,7)	2,30 (1,48-3,57)	48 (20,7)	2,22 (1,43-3,43)		1,56 (0,92-2,64)	0,85 (0,48-1,48)	
Alto esforço e baixa recompensa	52	24 (46,2)	11 (21,1)	2,99 (1,38-6,46)	17 (32,7)	4,45 (2,24-8,82)		5,13 (2,01-13,05)	2,33 (0,98-5,51)	
Razão ER ⁴										
Equilíbrio	700	507 (72,4)	105 (15,0)	1	88 (12,6)	1	<0,001	1	1	0,0006
Desequilíbrio	346	204 (58,9)	46 (13,3)	1,08 (0,74-1,59)	96 (27,8)	2,71 (1,94-3,77)		0,58 (0,35-0,94)	1,75 (1,12-1,76)	
Comprometimento excessivo										
Baixo	743	584 (78,6)	82 (11,0)	1	77 (10,4)	1	<0,001	1	1	
Alto	303	127 (41,9)	69 (22,8)	3,86 (2,66-5,62)	107 (35,3)	6,39 (4,50-9,06)		3,07 (2,02-4,66)	6,24 (4,23-9,21)	<0,001

¹Odds Ratios (OR) não ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial bivariada multinomial

²P valor baseado no Teste da Razão de Verossimilhanças

³Odds Ratios (OR) ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial multivariada

⁴Razão Esforço-Recompensa

5.3 Análises relacionadas ao Esgotamento Profissional ou *Burnout*

A prevalência geral de esgotamento foi de 71,8%, sendo 31,1% para nível alto (31,8% entre os homens e 30,2% entre as mulheres) e 40,7% para nível moderado (38,2% entre os homens e 43,9% entre as mulheres), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,14$).

Na Tabela 7 são apresentadas as características gerais da população estudada de acordo com as categorias de esgotamento. Na análise bivariada, cor autorreferida da pele, estado civil, habitação e escolaridade não estiveram associados ao NME e ao NAE. Indivíduos com idade menor ou igual a 40 anos ($p<0,001$) e renda domiciliar maior que três até nove SM foram os mais associados ao NME e ao NAE ($p=0,001$). Em relação às condições de saúde, uso de medicação para transtorno mental ou para dormir ($p<0,001$), utilização de serviços de saúde ($p<0,001$) e absenteísmo ($p=0,01$) nos últimos trinta dias anteriores à entrevista, estiveram associados ao NME e ao NAE.

Tabela 7- Características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos participantes do estudo de acordo com os níveis de esgotamento, Pará e Amapá, 2013

		Baixo	Moderado	Alto	
Variável	n	n (%)	n (%)	n (%)	p-valor ¹
Socioeconômica e demográfica					
Sexo					
Masculino	579	174 (30,0)	221 (38,2)	184 (31,8)	0,14
Feminino	467	121 (25,9)	205 (43,9)	141 (30,2)	
Grupo etário					
19-30	320	77 (24,1)	132 (41,2)	111 (34,7)	<0,001
31-40	400	102 (25,5)	160 (40,0)	138 (34,5)	
41-50	201	63 (31,3)	82 (40,8)	56 (27,9)	
51-66	125	53 (42,4)	52 (41,6)	20 (16,0)	
Cor					
Branca	337	101 (29,9)	131 (38,9)	105 (31,2)	0,72
Parda	589	162 (27,5)	245 (41,6)	182 (30,9)	
Preta	93	28 (30,1)	36 (38,7)	29 (31,2)	
Amarela	27	4 (14,8)	14 (51,9)	9 (33,3)	
Estado civil					
Casado	530	155 (29,3)	210 (39,6)	165 (31,1)	0,49
Solteiro	371	95 (25,6)	154 (41,5)	122 (32,9)	
Separado/viúvo/divorciado	145	45 (31,0)	62 (42,8)	38 (26,2)	
Tipo de habitação					
Própria	584	176 (30,1)	242 (41,5)	166 (28,4)	0,08
Não própria	462	119 (25,8)	184 (39,8)	159 (34,4)	
Escolaridade (anos)					
≤11	123	44 (35,8)	42 (34,1)	37 (30,1)	0,13
12--16	680	175 (25,7)	289 (42,5)	216 (31,8)	
≥17	243	76 (31,3)	95 (39,1)	72 (29,6)	
Renda domiciliar (salários)					
≥10	158	55 (34,8)	56 (35,4)	47 (29,8)	0,001
>7-9	186	47 (25,3)	88 (47,3)	51 (27,4)	
>5-7	290	79 (27,2)	117 (40,3)	94 (32,4)	
>3-5	264	60 (22,7)	101 (38,3)	103 (39,0)	
≤3	148	54 (36,5)	64 (43,2)	30 (20,3)	
Saúde					
Falta nos últimos 30 dias					
Não	828	249 (30,1)	334 (40,3)	245 (29,6)	0,01
Sim	218	46 (21,1)	92 (42,2)	80 (36,7)	
Uso medicamento transtorno mental/dormir					
Não	948	280 (29,5)	395 (41,7)	273 (28,8)	<0,001
Sim	98	15 (15,3)	31 (31,6)	52 (53,1)	
Uso serviço saúde nos últimos 30 dias					
Não	684	213 (31,1)	286 (41,8)	185 (27,1)	<0,001
Sim	362	82 (22,6)	140 (38,7)	140 (38,7)	

¹Teste do Qui-Quadrado

²Salário mínimo em Real= R\$678,00

Características relacionadas às atividades laborais como classificação do banco, função, tempo na atividade e na função, não estiveram associados ao NME e ao NAE. Contudo, foram identificadas associações com NME e NAE aspectos como trabalhar em agência ($p<0,001$) e não ter formação acadêmica ($p=0,007$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Características ocupacionais dos participantes do estudo de acordo com os níveis de esgotamento, Pará e Amapá, 2013

Variável	n	Baixo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)	p-valor ¹
Trabalho					
Classificação do banco					
Público	775	227 (29,3)	318 (41,0)	230 (29,7)	0,2
Privado	271	68 (25,1)	108 (39,8)	95 (35,1)	
Tempo de trabalho no banco (anos)					
1--2	256	82 (32,0)	110 (43,0)	64 (25,0)	0,12
3--6	304	76 (25,0)	126 (41,5)	102 (33,5)	
7-->=16	486	137 (28,2)	190 (39,1)	159 (32,7)	
Função					
Gerente	212	47 (22,2)	90 (42,4)	75 (35,4)	0,34
Caixa	230	66 (28,7)	89 (38,7)	75 (32,6)	
Outras funções	312	98 (31,4)	125 (40,1)	89 (28,5)	
Técnico bancário	292	84 (28,8)	122 (41,8)	86 (29,4)	
Tempo na função (anos)					
≤1 ano	287	88 (30,7)	119 (41,5)	80 (27,9)	0,23
2--4	407	120 (29,5)	153 (37,6)	134 (32,9)	
5->=10	352	87 (24,7)	154 (43,8)	111 (31,5)	
Local de trabalho					
Setor administrativo	164	64 (39,0)	73 (44,5)	27 (16,5)	<0,001
Agência	882	231 (26,2)	353 (40,0)	298 (33,8)	
Trabalho e formação acadêmica					
Sim	382	117 (30,6)	169 (44,3)	96 (25,1)	0,007
Não	664	178 (26,8)	257 (38,7)	229 (34,5)	

¹Teste do Qui-Quadrado

As condições psicossociais adversas no trabalho, mensuradas tanto pelo MDC-AS como pelo DER-CE, estiveram fortemente associadas ao NME e ao NAE (Tabelas 9 e 10). No MDC-AS, tomando-se como referência atividades de baixo desgaste, condições de alto desgaste, trabalho passivo e ativo apresentaram maiores chances para esgotamento com a piora dos níveis de exposição (Tabela 9). Associações mais fortes foram observadas

no grupo de alto desgaste para os dois níveis de esgotamento, NME (OR=3,65, 95%IC 1,82-7,34) e NAE (OR=11,65, 95%IC 5,83-23,25). Estas associações mantiveram-se após ajuste para gênero, faixa etária e outras características do trabalho, tanto para NME (OR=3,05, 95%IC 1,45-6,40) como para NAE (OR=6,32, 95%IC 2,86-13,96). Baixo apoio social no trabalho aumentou acima de quatro vezes e de dezoito vezes a chance de apresentar NME e NAE, respectivamente ($p<0,001$), e estas associações não se modificaram mesmo após ajuste para gênero, faixa etária e outras condições do trabalho, persistindo elevada magnitude tanto para NME (OR=3,56, 95%IC 2,29-5,51) como para NAE (OR=13,19, 95%IC 8,31-20,94).

Ao analisar as categorias do DER-CE, tendo como referência atividades de baixo esforço e elevada recompensa, situações que exigem alto esforço com baixa recompensa e baixo esforço com baixa recompensa apresentaram associação com NME e NAE, tanto no modelo não ajustado ($p<0,001$) como no ajustado para sexo, faixa etária e outras condições de trabalho ($p<0,001$). No modelo final, na condição de elevado esforço com baixa recompensa, identificou-se OR=0,94 (95%IC 0,35-2,51) e OR=1,25 (95%IC 0,45-3,49) para NME e NAE, respectivamente. Para a categoria de baixo esforço e baixa recompensa os ORs mantiveram-se elevados, tanto para NME (OR=2,25, 95%IC 1,47-3,46), como para NAE (OR=3,04, 95%IC 1,83-5,05). Quanto ao desequilíbrio esforço-recompensa (razão) e ao comprometimento excessivo, ambos estiveram associados ao NME e ao NAE (ambos $p<0,001$ no modelo não justado), e estas associações foram mantidas no modelo ajustado para sexo, faixa etária e outras condições de trabalho (ambos $p<0,001$). Ainda no modelo ajustado, comprometimento excessivo evidenciou elevados *Odds Ratios* para NME (OR=7,26, 95%IC 4,21-12,54) e NAE (OR=13,23, 95%IC 7,42-23,56) (Tabela 10).

Tabela 9 – Odds Ratios não ajustados e ajustados para níveis de esgotamento de acordo com as categorias do modelo demanda-controle a apoio social no trabalho

Variável	n	Baixo			Moderado		Alto		Moderado		Alto	
		n (%)	n (%)	OR (IC95%) ¹	n (%)	OR (IC95%) ¹	p-valor ²	OR (IC95%) ³	OR (IC95%) ³	p-valor ²		
Modelo demanda-controle												
Baixo desgaste	463	188 (40,6)	187 (40,4)	1	88 (19,0)	1	<0,001	1	1	<0,001		
Passivo	310	66 (21,3)	125 (40,3)	1,90 (1,32-1,73)	119 (38,4)	3,85 (2,59-5,70)		1.85 (1,25-2,73)	2.95 (1,85-4,71)			
Ativo	162	30 (18,5)	74 (45,7)	2,47 (1,54-3,96)	58 (35,8)	4,13 (2,48-6,86)		2.21 (1,35-3,59)	3.03 (1,71-5,35)			
Alto desgaste	111	11 (9,9)	40 (36,0)	3,65 (1,82-7,34)	60 (54,1)	11,65 (5,83-23,25)		3.05 (1,45-6,40)	6.32 (2,86-13,96)			
Apoio social no trabalho												
Alto	651	264 (40,5)	285 (43,8)	1	102 (15,7)	1	<0,001	1	1	<0,001		
Baixo	395	31 (7,8)	141 (35,7)	4,21 (2,75-6,43)	223 (56,5)	18,61 (11,99-28,90)		3.56 (2,29-5,51)	13.19 (8,31-20,94)			

¹Odds Ratios (OR) não ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial bivariada multinomial

²P valor baseado no Teste da Razão de Verossimilhanças

³Odds Ratios (OR) ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial multivariada

Tabela 10 – Odds Ratios não ajustados e ajustados para níveis de esgotamento de acordo com as categorias do modelo esforço-recompensa e comprometimento excessivo

Variável	n	Baixo		Moderado		Alto		p-valor ²	Moderado		Alto	
		n (%)	n (%)	OR (IC95%) ¹	n (%)	OR (IC95%) ¹	OR (IC95%) ³		OR (IC95%) ³	p-valor ²		
Modelo esforço-recompensa												
Baixo esforço e alta recompensa	454	180 (39,7)	189 (41,6)	1	85 (18,7)	1	<0,001	1	1	<0,001		
Alto esforço e alta recompensa	232	55 (23,7)	95 (40,9)	1,64 (1,11-2,42)	82 (35,4)	3,15 (2,05-4,84)		0.80 (0,49-1,29)	0.57 (0,32-1,02)			
Alto esforço e baixa recompensa	52	10 (19,2)	15 (28,9)	1,42 (0,62-3,26)	27 (51,9)	5,71 (2,64-12,34)		0.94 (0,35-2,51)	1.25 (0,45-3,49)			
Baixo esforço e baixa recompensa	308	50 (16,2)	127 (41,2)	2,41 (1,64-3,55)	131 (42,6)	5,54 (3,66-8,40)		2.25 (1,47-3,46)	3.04 (1,83-5,05)			
Razão ER ⁴												
Equilíbrio	700	248 (35,4)	311 (44,4)	1	141 (20,2)	1	<0,001	1	1	<0,001		
Desequilíbrio	346	47 (13,6)	115 (33,2)	1,95 (1,33-2,84)	184 (53,2)	6,88 (4,70-10,08)		1.79 (1,08-2,95)	6.51 (3,79-11,17)			
Comprometimento excessivo												
Baixo	743	277 (37,3)	295 (39,7)	1	171 (23,0)	1	<0,001	1	1	<0,001		
Alto	303	18 (5,9)	131 (43,3)	6,83 (4,06-11,48)	154 (50,8)	13,85 (8,20-23,40)		7.26 (4,21-12,54)	13.23 (7,42-23,56)			

¹Odds Ratios (OR) não ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial bivariada multinomial

²P valor baseado no Teste da Razão de Verossimilhanças

³Odds Ratios (OR) ajustados e intervalo de confiança (IC) de 95% obtido por regressão logística multinomial multivariada

⁴Razão Esforço-Recompensa

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, a discussão será realizada em dois módulos separados: um concernente à depressão e outro ao esgotamento.

6.1 Depressão

O presente estudo identificou uma prevalência geral de depressão de 32,0%, sendo 17,6% de DM e 14,4% de OD, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Foi observada associação de OD e DM ao uso de medicação para transtorno mental ou para dormir, à utilização de serviço de saúde e ao absenteísmo nos últimos trinta dias. Trabalhar em banco privado, em agência, tempo na atividade e tempo na atual função foram associados à DM e OD. Condições psicossociais adversas da atividade bancária, tais como alto desgaste, baixo apoio social no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, e comprometimento excessivo, mostraram-se fortemente associadas à DM e OD. Estas associações foram independentes de idade, sexo e outras características ocupacionais.

Revisão recente (Bonde, 2008) sobre depressão na população trabalhadora evidenciou ampla variação nas taxas de prevalência, entre 2,5 e 33,0%, a maioria 13% ou menos, sendo que taxas mais elevadas, de 25% ou mais, foram observadas em trabalhadores de “colarinho branco”, empregados de companhia elétrica e servidores civis. Esta variabilidade pode ser explicada pelos diferentes instrumentos e algoritmos utilizados para o diagnóstico de depressão (Bonde, 2008). Também o risco de depressão no trabalho, para ambos os gêneros, foi similar (Bonde, 2008), o que torna os resultados da atual pesquisa aproximados aos da literatura. Em análise de quatro coortes de trabalhadores a partir de 50 anos, de 17 países da Europa, EUA e Ásia, pesquisadores observaram que a prevalência dos sintomas

depressivos variou consideravelmente entre os países, e a maioria dos países exibiu taxas inferiores a 14%, sendo mais elevada na Bélgica (19,2%), Itália (23,0%), na França (26,1%) e Polônia (33,9%) (Siegrist et al., 2012). No Brasil, estimativas de depressão em base populacional têm variado, tendo sido encontradas taxas de 8,2% em recordatório de um mês (Vorcaro et al., 2001), e de 10,4% e 18,4% em um ano e ao longo da vida, respectivamente (Bromet et al., 2011). Em população trabalhadora, os dados são escassos, sendo encontrada prevalência de 13,6% entre motoristas de caminhão (da Silva-Junior et al., 2004).

Alto desgaste e baixo apoio social no trabalho estiveram fortemente associados à DM e OD nesta pesquisa. Estes resultados são consistentes com outros já registrados. Por exemplo, vários estudos identificaram que trabalhadores submetidos a elevados níveis de demanda psicológica apresentaram maior probabilidade de desenvolver depressão maior, como na população de trabalhadores canadenses (Wang, 2005; Shields, 2006), e sintomas depressivos, como em trabalhadores de fábricas na China (Yu et al., 2013) e de diversas atividades da Europa, América do Norte e Ásia (Siegrist et al., 2012). Tsutsumi e colaboradores (2001) identificaram que baixo controle do trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa e comprometimento excessivo estiveram associados à depressão em trabalhadores. Em recente estudo prospectivo entre trabalhadores da Dinamarca foi observado que níveis elevados de desequilíbrio esforço recompensa foram preditores de sintomas depressivos graves (Rugulies et al., 2013). Outra pesquisa envolvendo mais de 4.000 trabalhadores do Canadá, na qual foi utilizado o PHQ-9 como instrumento para mensurar depressão nas últimas duas semanas, mostrou que condições de trabalho com alto desgaste, desequilíbrio esforço-recompensa e conflito familiar estiveram fortemente associados com a severidade da depressão e à possibilidade de apresentar depressão maior (Wang et al., 2012).

Recente revisão sistemática de 14 estudos realizada por Bonde (2008) aponta que a percepção de condições psicossociais adversas do trabalho está relacionada ao elevado risco de sintomas depressivos ou de episódio

de depressão maior. Em outra revisão de 12 estudos prospectivos realizada por Siegrist (2008), os achados sugerem evidências de que indivíduos sob condições de alta demanda e baixo controle no trabalho, ou que despendem elevados esforços em combinação com baixa recompensa recebida, apresentam risco elevado de depressão.

Receber apoio social das chefias e dos colegas pode funcionar como amortizador (*buffer*) da combinação entre altas demandas e baixo controle no trabalho, modificando o efeito do elevado desgaste na saúde (Johnson; Hall, 1988). Pesquisadores observaram que trabalhadores expostos ao elevado desgaste no trabalho e reduzido apoio social têm maior risco de desenvolver problemas de saúde comparado àqueles com elevado apoio social (Johnson; Hall, 1988). Na corrente pesquisa foi identificada forte associação entre baixo apoio social no trabalho com OD e DM, mesmo no modelo ajustado, com aumento do valor dos *ORs* na medida do agravamento da depressão. Estes achados se aproximam aos de outros estudos já realizados (Rugulies et al., 2006; Shields, 2006).

Esta investigação também constatou que a razão esforço-recompensa e o alto comprometimento estiveram associados a OD e DM, mantendo-se a associação no modelo ajustado, destacando-se o comprometimento excessivo pela magnitude na chance de apresentar OD (três vezes) e DM (acima de seis vezes). Estudos recentes também identificaram resultados semelhantes (Murcia et al., 2013; Sui et al., 2014).

Em relação às condições de saúde, a frequente utilização de serviço de saúde (34.6%), uso de medicação para transtorno mental ou para dormir e absenteísmo estiveram associados às duas categorias de depressão nesta pesquisa. Em estudo realizado nos EUA, pesquisadores constataram forte associação entre severidade de depressão maior e uso de serviço de saúde e de medicações antidepressivas (Birnbaum, 2010). Depressão também tem sido vinculada ao absenteísmo e à redução de produtividade, bem como aos custos decorrentes dos mesmos (Birnbaum, 2010).

Tempo de permanência na atividade bancária e na atual função foram associados à DM e OD no presente estudo. O trabalho bancário cursa com a

necessidade de atualizar continuamente as habilidades, a fim de incorporar novas formas de organização do trabalho, o que pode ser muito assustador para os funcionários, especialmente os trabalhadores mais velhos, que podem se sentir ameaçados por tais pressões devido à obsolescência de habilidades aprendidas ao longo da vida (Giga; Hoel, 2003). Estas situações podem contribuir para o descontentamento no trabalho (De Souza et al., 2002) e, de forma persistente, conduzir à perda do interesse na realização do mesmo e ao humor deprimido, uma das características da depressão (WHO, 2012). Trabalhar em banco privado também foi associado à uma maior chance de depressão, quando comparado ao banco público. Este resultado pode ser explicado pelo fato de que nos bancos privados a instabilidade no emprego é uma realidade mais observada em relação aos bancos públicos. De fato, redução de efetivos no banco é uma das preocupações prioritárias para o trabalhador, e resulta, para os que ficam, maiores pressões, sobrecarga de trabalho e estresse nos empregados do sistema financeiro (Giga; Hoel, 2003).

6.2 Esgotamento

No presente estudo, a prevalência geral de esgotamento foi de 71,8% (31,1% nível alto e 40,7% moderado), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Níveis moderado e alto de esgotamento estiveram associados a indivíduos com 40 anos ou menos, renda mensal familiar acima de três até nove SM, absenteísmo, uso de serviço de saúde nos últimos 30 dias e uso de medicamento para dormir. Trabalhar em agência e não ter formação acadêmica relacionada com a atividade desenvolvida foram associados ao esgotamento. Trabalhadores bancários expostos a condições psicossociais adversas de trabalho como alto desgaste, baixo apoio social no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, e comprometimento excessivo, estiveram fortemente associados ao NME e ao NAE. Estas associações foram independentes de idade, sexo e outras características ocupacionais.

A literatura registra ampla variabilidade na prevalência de esgotamento entre trabalhadores, provavelmente pela utilização de diferentes instrumentos para mensurar a síndrome (Stenlund et al., 2007) e diferentes critérios para estabelecer os níveis de *burnout* (Ahola et al., 2006a; Lindblom et al., 2006; Shanafelt et al., 2012). Os resultados de prevalência de esgotamento da atual pesquisa se aproximam aos identificados em estudo entre bancários na Espanha, no qual foram observados níveis elevados de esgotamento nas dimensões exaustão emocional (63,16%) e cinismo (60,92%), e 28,41% na dimensão reduzida eficácia profissional. A ocorrência de nível elevado nas três escalas foi de 18,94%, em duas escalas, 55,78% e 77,78% em uma escala (Amigo et al., 2014). Elevada prevalência de *burnout* também foi observada entre médicos na Europa, com índices de 43% (Soler et al., 2008), e de 45,8% nos EUA (Shanafelt et al., 2012). No Brasil, foram identificadas taxas elevadas de prevalência de *burnout*, com 48,4% entre professores (Codo, 1999), 63,3% entre médicos (Nascimento Sobrinho et al., 2010) e 70,9% entre agentes comunitários de saúde (Silva; Menezes, 2008).

Neste estudo não houve diferença significativa entre sexo na prevalência de NME e NAE. Na Espanha, estudo com bancários também não revelou diferença entre gêneros na dimensão cinismo, porém as mulheres apresentaram maior nível de exaustão emocional (Amigo et al., 2014). De forma geral, pesquisas sobre *burnout* têm apresentando variabilidade em relação ao sexo. Na Finlândia, estudo com trabalhadores de atividades diversas, os homens apresentaram níveis mais elevados de cinismo, e as mulheres, níveis elevados de exaustão (Ahola et al., 2006b). No Canadá, nível elevado de *burnout* esteve associado às mulheres, entretanto, quando ajustado para aspectos psicossociais do trabalho, o efeito relacionado ao gênero desapareceu (Lindblom et al., 2006). Nos EUA, em estudo com policiais, não houve diferença significativa entre gênero na associação com *burnout* (McCarty et al., 2007). O resultado encontrado na atual pesquisa pode refletir o ambiente no qual os bancários estão expostos: alta competitividade, ascensão na carreira, sobrecarga de trabalho, entre

outros (Giga; Hoel, 2003), que atinge indiscriminadamente o trabalhador, independente do sexo.

Ter renda mensal familiar acima de três e até nove SM, foi a que esteve mais fortemente associada ao NME e ao NAE nesta pesquisa. A associação entre *burnout* e níveis salariais é variável. Entre médicos de Shangai (Wang et al., 2014), baixos salários estiveram associados à alta prevalência de *burnout*, mas na Arábia Saudita, faixas salariais intermediárias foram as associadas a altos escores de exaustão emocional (Al-Sareai et al., 2013). Entre trabalhadores da Finlândia (Ahola et al., 2006a) e da Suécia (Norlund et al., 2010), mulheres com baixo nível socioeconômico foram as que mais apresentaram níveis elevados de *burnout*, o que não foi observado para homens. Os resultados encontrados na atual pesquisa podem estar relacionados à prática comum de ganhos adicionais ou comissões que recebem os bancários, na medida de seus esforços, inclusive prolongamento da jornada de trabalho, para atingirem as metas estabelecidas pelas instituições financeiras (Oliveira; Campello, 2006). Também pode refletir serem estas faixas salariais sujeitas a maior instabilidade de ganhos.

Ter idade inferior ou igual a 40 anos e ter formação acadêmica não relacionada à atividade desenvolvida foram associados ao NME e ao NAE na atual pesquisa. Associação de *burnout* com indivíduos mais jovens, observados nesta pesquisa, está em conformidade com estudos prévios na literatura (Schaufeli, Enzmann, 1998; Maslach et al., 2001; Wang et al., 2014). Ser mais jovem parece estar relacionado à falta de experiência profissional e aos recursos necessários para lidar com as várias facetas do estresse relacionado ao trabalho (Soares et al., 2007). Despreparo acadêmico para exercer a atividade bancária e sua associação com *burnout* pode refletir a necessidade das requisições de habilidades que envolvem este trabalho. Alta tecnologia, mudanças substanciais no tamanho, estrutura e atividade das organizações financeiras (Giga; Hoel, 2003) exigem um trabalhador com competências e qualificações distintas (Grisci; Bessi, 2004), e capaz de se adaptar ao intenso ritmo do trabalho (Segnini, 1999). Ter

conhecimento de matérias afins, pode colaborar neste processo de adaptação.

Características do trabalho como trabalhar em agência bancária, tendo por base trabalhar em área administrativa, foi associado ao NME e ao NAE. Resultado análogo a este também foi identificado em outro estudo (Amigo et al., 2014). Envolvimento cotidiano com clientes, obrigatoriedade de vender produtos financeiros para atingir metas, medo de assaltos, são aspectos presentes na atividade desenvolvida em agência bancária, e que podem representar fontes diferenciadas de estresse e adoecimento para os trabalhadores destes postos de trabalho (Giga; Hoel, 2003).

Alto desgaste e baixo apoio social no trabalho estiveram expressivamente associados ao NME e ao NAE nesta pesquisa, e estas associações se mantiveram após ajuste para sexo, idade e outras condições de trabalho. Estes resultados são consistentes com os encontrados por outros estudos. Elevadas demandas psicológicas e baixo controle do trabalho também apresentaram forte associação com *burnout* entre trabalhadores de atividades diversas na Suécia (Lindblom et al., 2006), empregados de diversos setores na Finlândia (Ahola et al., 2006b) e médicos em Shangai (Wang et al., 2014). Um estudo também entre bancários em Portugal constatou que altas demandas de trabalho foram associadas a níveis elevados de exaustão e cinismo (Castanheira; Chambel, 2013). Apoio social recebido de colegas e supervisores pode funcionar como amortizador da combinação de altas demandas e baixo controle no trabalho, modificando o efeito do elevado desgaste na saúde (Johnson; Hall, 1988). Neste estudo, observaram-se importantes associações entre baixo apoio social no trabalho com os níveis moderado e alto de esgotamento, mantidas mesmo após ajuste para sexo, idade e outras características do trabalho, com aumento dos ORs conforme o agravamento do nível de esgotamento. Estes achados também foram constatados em outras análises (Lindblom et al., 2006; Wang et al., 2014).

Na presente pesquisa, alto esforço e baixa recompensa, comprometimento excessivo e desequilíbrio esforço-recompensa também

apresentaram fortes associações com o NME e o NAE, mantidas após ajuste do modelo para idade, sexo e outras características ocupacionais. Ressalta-se, entretanto, o comprometimento excessivo, pela magnitude na chance de apresentar NME (acima de sete vezes) e NAE (acima de treze vezes). Estes achados corroboram com os encontrados por outros autores, em atividades diversas, como entre médicos em Shangai (Wang et al., 2014), professores na Alemanha (Unterbrink et al., 2007) e enfermeiros de sete países da Europa (Hasselhorn et al., 2003). O atual estudo também identificou que a condição de baixo esforço e baixa recompensa foi associada ao NME e ao NAE, e pode representar a fase do *burnout* em que o trabalho perdeu o seu sentido e o entusiasmo (Maslach, 1976), dando lugar à sensação de desesperança, desilusão e decepção (Maslach; Pines, 1977).

Quanto às condições de saúde, o uso frequente de serviços de saúde (34,6%), uso de medicação para transtorno mental ou para dormir e absenteísmo estiveram associados ao NME e ao NAE nesta investigação. Estes resultados são consoantes aos de outras pesquisas que têm vinculado *burnout* ao absenteísmo (Ahola et al., 2008) e à redução de produtividade e efetividade no trabalho (Maslach et al., 2001). Estudos prospectivos também têm demonstrado aumento do risco de hospitalização futura devido a transtornos mentais e cardiovasculares (Ahola et al., 2005; Toppinen-Tanner et al., 2009), bem como ao uso de medicação (Toppinen-Tanner et al., 2009), ambos relacionados à síndrome de *burnout*.

6.3 Limitações do estudo

Algumas limitações desta pesquisa devem ser mencionadas. Primeiro, o desenho do estudo é de corte transversal, não permitindo concluir a natureza causal das associações entre aspectos psicossociais do trabalho e depressão. Segundo, a taxa de participação foi de 51,5%, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa dos respondentes em relação ao sexo e faixa etária quando comparado à população elegível de bancários. Esta taxa de adesão ao estudo pode ser explicada por algumas razões:

embora os *e-mails* dos elegíveis ao estudo estivessem ativos, nem todos os sujeitos que receberam o convite por *e-mail* puderam acessar ao *link* da pesquisa por impedimento do sistema de segurança bancária; as características geográficas próprias da região norte (rios, estradas) dificultaram o acesso das equipes aos municípios mais distantes. Terceiro, é possível ter ocorrido viés de participação no estudo, e os trabalhadores com maior percepção de adoecimento tenham respondido à pesquisa (Lopes et al., 2010), o que pode ter influenciado na sobrestimação da prevalência de depressão e esgotamento. Apesar dessas limitações, é provável que as associações observadas entre estresse no trabalho, depressão e *burnout* reflitam as relações existentes na população de origem da presente amostra.

6.4 Implicações para a pesquisa e gestão do trabalho

Os resultados obtidos deste estudo podem não somente contribuir com as investigações que apontam complementaridade ao uso dos dois modelos de estresse no trabalho na associação de desfechos de saúde, neste caso com depressão e *burnout*, mas também servir como uma reflexão sobre este assunto no Brasil. Outrossim, esses resultados também podem ser utilizados como ferramenta de auxílio à gestão em saúde mental do trabalhador bancário, proporcionando ações determinantes na prevenção e controle desses agravos. Estas ações, além de promover um ambiente saudável na empresa, podem impactar na redução de incapacidade e de seus conhecidos custos diretos e indiretos que oneram a nossa sociedade, especialmente na região norte do Brasil, marcada por tantas diferenças socioeconômicas.

7 CONCLUSÕES

Este é o primeiro estudo realizado no Brasil a utilizar, em uma mesma amostra, os modelos MDC-AS e DER-CE para avaliar as condições psicossociais no trabalho, para dois desfechos de depressão (depressão maior e outras depressões) e de esgotamento (moderado e alto), entre trabalhadores de instituições financeiras.

Neste estudo, foi observada associação de OD e DM ao uso de medicação para transtorno mental ou para dormir, à utilização de serviço de saúde e ao absenteísmo nos últimos trinta dias. Trabalhar em banco privado, em agência, tempo na atividade e tempo na atual função foram associados à DM e OD. Condições psicossociais adversas da atividade bancária como alto desgaste, baixo apoio social no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, e comprometimento excessivo, mostraram-se fortemente associadas à DM e OD, e estas associações foram independentes de idade, sexo e outras características ocupacionais.

Níveis moderado e alto de esgotamento estiveram associados a indivíduos com 40 anos ou menos, renda mensal familiar acima de três até nove SM, absenteísmo, uso de serviço de saúde nos últimos trinta dias e uso de medicamento para dormir. Trabalhar em agência e não ter formação acadêmica relacionada com a atividade desenvolvida foram associados ao esgotamento. Trabalhadores da atividade financeira expostos a condições psicossociais adversas de trabalho como alto desgaste, baixo apoio social no trabalho, alto esforço e baixa recompensa, e comprometimento excessivo, estiveram fortemente associados ao NME e ao NAE. Estas associações foram independentes de idade, sexo e outras características ocupacionais.

8 ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FMUSP
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL
PROJETO: Depressão e síndrome do esgotamento profissional em bancários

NOME: SEXO: .M ☐ F ☐
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: DATA NASCIMENTO:/...../..... Idade:
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
DATA DE ADMISSÃO NO BANCO:/...../.....

Introdução

Este estudo tem o objetivo de identificar qual a proporção de empregados de uma instituição financeira que apresentam sintomas de depressão e de esgotamento profissional, e como estes sintomas interferem em suas vidas. Também queremos saber se o ambiente onde trabalham os participantes do estudo contribui para a ocorrência de sintomas de depressão e de esgotamento profissional.

Procedimentos

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo respondendo a um questionário eletrônico sobre a possível presença de sintomas de depressão e de esgotamento nas últimas semanas e sobre características do trabalho que você desenvolve na instituição. Este questionário será conduzido por uma pesquisa criada no sistema *Qualtrics online*.

Riscos/Desconfortos

Os riscos são mínimos para o envolvimento neste estudo. Entretanto, você pode sentir-se emocionalmente incomodado(a) ao responder os questionários sobre sintomas de depressão e sobre esgotamento profissional que podem evidenciar sentimentos de desânimo ou tristeza que não estavam claros.

Benefícios

É possível que alguns participantes identifiquem estar apresentando sintomas de depressão e de esgotamento que interferem em suas vidas e procurem atenção adequada nos serviços de saúde.

Confidencialidade

Todos os dados obtidos dos participantes serão confidenciais e serão analisados de forma agregada, em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Todos os questionários serão ocultados e somente o investigador primário e pesquisadores assistentes listados abaixo terão acesso aos mesmos. Os dados coletados serão armazenados no *HIPPA-compliant*, base de dados segura do *Qualtrics* até ser deletado pelo investigador primário. Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes (principal investigador), telefone 0-XX-11-3061-7093, email: pmenezes@usp.br
Dda. Maria do Socorro S. Valente (investigador assistente), email: bancarios@usp.br.

Despesas e Compensações

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Participação

A participação neste estudo é completamente voluntária. *É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento* e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao seu vínculo com a Instituição onde você trabalha. Se você desejar a sua retirada, por favor, feche seu *browser* e notifique ao principal investigador por este email: pmenezes@usp.br.

Questões sobre a pesquisa

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Se você tiver dúvidas em relação a este estudo, você pode contatar o Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes (principal investigador) pelo telefone 0-XX-11 -3061-7093, pmenezes@usp.br ou Dda. Maria do Socorro S. Valente (investigador assistente), pelo email bancarios@usp.br.

Questões sobre seus direitos como participante da pesquisa

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Eu li, entendi o termo de consentimento livre e esclarecido acima descrito, e concordo voluntariamente em participar deste estudo.

☐ Aceito

☐ Não aceito

Anexo B – Ficha de informações socioeconômicas, demográficas e ocupacionais

Ficha de informações socioeconômicas, demográficas e ocupacionais

1. IDENTIFICAÇÃO N° de ordem: _____ Data de admissão na pesquisa: ____/____/____

Cor: ☐ branca ☐ preta
 ☐ parda ☐ amarela
 ☐ indígena

Procedência: ☐ interior do Pará
 ☐ capital do Pará
 ☐ outro estado

Estado civil: ☐ solteiro(a) ☐ separado(o)/ divorciado (a)
 ☐ casado/a ☐ viúvo/a

Religião: () Católica () Evangélico
 () Espírita () Umbanda e Candomblé
 () Sem religião () Outras religiosidades

Condição de habitação: () própria () alugada
() cedida () em aquisição
() outras

Escolaridade: ☐ 2o grau completo
 ☐ Superior incompleto
 ☐ Superior completo. Qual? _____
 ☐ Pós graduação. Qual? _____

Renda domiciliar mensal: () até três salários
() entre três e cinco salários
() entre cinco e sete salários
() entre sete e nove salários
() dez ou mais salários

2. DADOS OCUPACIONAIS E DE SAÚDE

Banco que trabalha: () Banco do Brasil () Caixa
 () Banpará () HSBC
 () Banco da Amazônia () Itaú/Unibanco
 () Banco Rural () Real/Santander
 () Bradesco () Safra

Você trabalha em: () agência bancária
() área meio

Qual a sua atividade antes de ser admitido(a) neste BANCO? _____

Há quanto tempo trabalha neste BANCO: _____ ano(s) ou _____ mês(es)

Há quanto tempo trabalha na agência /área: _____ ano(s) ou _____ mês(es)

Indique a sua função / cargo atual:

() Técnico bancário / Escriturário

() Caixa

() Técnico de fomento

() Tesoureiro

() Avaliador executivo

() Gerente

() Outro (s). _____

Tempo de trabalho no cargo atual: _____ ano(s) ou _____ mês(es)

Existe algum aspecto de sua atividade relacionado ao esgotamento?

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não

A atividade que você executa tem relação com sua formação acadêmica? ☐ Sim ☐ Não

Você faltou ao trabalho nos últimos trinta dias anteriores à entrevista?

☐ Sim. Qual o motivo? _____

☐ Não

Você faz uso de algum tipo de medicação para dormir ou para algum tipo de transtorno mental?

☐ Sim. Há quanto tempo? _____

☐ Não

Você fez uso recente (nos últimos trinta dias) de algum serviço de saúde?

☐ Sim. Qual o motivo? _____

☐ Não

Anexo C – Versão resumida da *Job Stress Scale*

Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho no BANCO.

- a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- c) Seu trabalho exige demais de você?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ 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 lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ 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?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
1 ☐ Frequentemente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Raramente 4 ☐ Nunca ou quase nunca
- l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
1 ☐ Concordo totalmente 2 ☐ Concordo mais que discordo 3 ☐ Discordo mais que concordo 4 ☐ Discordo totalmente
- m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
1 ☐ Concordo totalmente 2 ☐ Concordo mais que discordo 3 ☐ Discordo mais que concordo 4 ☐ Discordo totalmente
- n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
1 ☐ Concordo totalmente 2 ☐ Concordo mais que discordo 3 ☐ Discordo mais que concordo 4 ☐ Discordo totalmente
- o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem.
1 ☐ Concordo totalmente 2 ☐ Concordo mais que discordo 3 ☐ Discordo mais que concordo 4 ☐ Discordo totalmente
- p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
1 ☐ Concordo totalmente 2 ☐ Concordo mais que discordo 3 ☐ Discordo mais que concordo 4 ☐ Discordo totalmente
- q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
1 ☐ Concordo totalmente 2 ☐ Concordo mais que discordo 3 ☐ Discordo mais que concordo 4 ☐ Discordo totalmente

Anexo D – Versão brasileira do *Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI-Q)*

Para cada afirmativa abaixo, assinale se você *concorda* e até que ponto você se sente estressado com tal situação. Do modo semelhante, em algumas questões você vai assinalar se discorda e até que ponto se sente estressado com tal situação. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO** fico estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO** fico estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO** fico estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

4. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO** fico estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

5. Meu trabalho exige muito esforço físico.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO** fico estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO** fico estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

13. Tenho pouca estabilidade no emprego.

- 1 ☐ Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Concordo e fico **MUITO estressado** com isso
- 5 ☐ Discordo

14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **MUITO estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **MUITO estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **MUITO estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

- 1 ☐ Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 ☐ Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 ☐ Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 ☐ Discordo e fico **MUITO estressado** com isso
- 5 ☐ Concordo

Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.

1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.

1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.

1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

1 ☐ Discordo Totalmente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo Totalmente

Anexo E – Maslach Burnout Inventory

MASLACH BURNOUT INVENTORY

	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes ao ANO	No máximo uma vez ao MÊS	Algumas vezes ao MÊS	Uma vez por SEMANA	Poucas vezes por SEMANA	Diariamente
1-Sinto-me emocionalmente sugado (a) pelo meu trabalho.							
2-Sinto-me exausto(a) ao final do dia.							
3-Sinto-me muito cansado(a) quando acordo de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho							
4-Consigo facilmente entender como as pessoas da agência/setor se sentem sobre as coisas.							
5-Percebo que trato as pessoas da agência/setor como se fossem objetos impessoais.							
6-Trabalhar com pessoas o dia todo é um grande esforço para mim.							
7-Consigo lidar de forma eficiente com os problemas das pessoas da agência/setor							
8-Sinto-me completamente esgotado (a) pelo meu trabalho.							
9-Sinto que influencio de forma positiva as vidas das pessoas através de meu trabalho.							
10-Tornei-me mais indiferente com relação às pessoas desde que assumi este trabalho.							
11-Sinto que este trabalho está me deixando muito menos emocional.							
12- Sinto-me cheio (a) de energia.							
13-Sinto-me frustrado (a) com meu emprego.							
14- Sinto que estou trabalhando muito duro neste trabalho.							
15-Na verdade, não me importo com o que acontece a algumas pessoas da agência/setor.							
16-Trabalhar diretamente com pessoas coloca muita pressão sobre mim.							
17- Consigo criar um ambiente relaxado com as pessoas da agência/setor.							
18- Sinto-me entusiasmado (a) após trabalhar diretamente com as pessoas da agência/setor.							
19- Consegui fazer várias coisas importantes neste trabalho.							
20- Sinto que não tenho mais um pinga de criatividade ou imaginação.							
21- Em meu trabalho, lido com os problemas emocionais de forma muito calma.							
22- Sinto que as pessoas da agência/setor às vezes me culpam por seus problemas.							

Anexo F - Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 –
Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
Nenhuma dificuldade ()	Alguma dificuldade ()	Muita dificuldade ()	Extrema dificuldade ()	

Anexo G – Aprovação do Projeto “Depressão e síndrome do esgotamento profissional em bancários” pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

APROVAÇÃO

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em **14.09.2011**, após atendimento a diligência encaminhada **APROVOU *ad-referendum*** o Protocolo de Pesquisa nº **288/11**, intitulado: **"Depressão e síndrome do esgotamento profissional em bancários"**, apresentado pelo Departamento de **Medicina Preventiva**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa .

Pesquisador (a) Responsável: Paulo Rossi Menezes

Pesquisador (a) Executante: Maria do Socorro da Silva Valente

CEP-FMUSP, 14 de setembro de 2011.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

9 REFERÊNCIAS

Adewuya AO, Ola BA, Afolabi OO. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *J Affect Disord.* 2006;96(1-2):89-93.

Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 study. *J Affect Disord.* 2005;88(1):55–62.

Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, et al. Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006a;41(1):11-7.

Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, et al. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: The health 2000 study. *J Occup Environ Med.* 2006b;48(10):1023-30.

Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res.* 2008;64(2):185-93.

Ahola K, Toppinen-Tanner S, Huuhtanen P, Koskinen A, Vaananen A. Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *J Affect Disorders.* 2009;115(1-2):150-9.

Ahola K., Hakonen JJ. Job strain, burnout and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disorders.* 2007;104:103–110.

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. *Br J Psychiatry.* 1997 Dec; 171:524-9.

Al-Sareai NS, Al-Khaldi YM, Mostafa OA, Abdel-Fattah MM. Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir Province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 2013;19(5):426-34.

Aluja A, Blanch A, Garcia LF. Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory in School Teachers: A study of several proposals. *Eur J Psychol Assess.* 2005;21(1):67-76.

Alves MG, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. [Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation]. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):164-71.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision - Fourth*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Amigo I, Asensio E, Menendez I, Redondo S, Antonio Ledesma J. Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. *Psicothema*. 2014;26(2):222-6.

Anderson P, Pulich M. Managing workplace stress in a dynamic environment. *Health Care Manag*. 2001 Mar;19(3):1-10.

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Dragomericka E, Kohn R, Keller MB, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Jul; 37(7): 316–25.

Antunes R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1995.

Araújo TM, Karasek RA. *Reliability and validity of the Job Content Questionnaire (JCQ): An empirical test in a developing country comparing formal and informal jobs*. Paper presented at the 4th International Conference on Work Environment and Cardiovascular Diseases; 2005; Newport Beach, CA.

Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med*. 2005;47(9):958–966.

Austrian Medical Association. *Burnout* [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 3]. Available from: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2010/oeaez-12-25012010/burnout-praeventionskampagne-der-aerztekammer-wien.html>.

Backé EM, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(1):67-79.

Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, Schaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs*. 2000;31(4):884-91.

Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav*. 2000;21:425-441.

Barbosa-Branco A, Bultmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2012;28(10):1854-66.

Barbosa-Branco A, Souza WR, Steenstra IA. Incidence of Work and Non-Work Related Disability Claims in Brazil. *Am J Ind Med*. 2011;54(11):858-71.

Batista JBV, Carlotto MS, Coutinho AS, Augusto LGS. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(3):502-512.

Beck AT, Erbaugh J, Ward CH, Mock J, Mendelsohn M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.

Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*. 2004;30(2):85-128.

Belsher G, Costello CG. Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychol Bull*. 1988;104(1):84-96.

Benevides-Pereira AMT. O processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizador. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. S.Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Birnbaum HG, Kessler RC, Kelley D, Ben-Hamadi R, Joish VN, Greenberg PE. Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. *Depress Anxiety*. 2010;27(1):78-89.

Bloom BS. Prevalence and economic effects of depression. *Manag Care*. 2004;13:9-16.

Bolzan MEO. *Estresse, coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness em residentes médicos* [dissertação de mestrado]. RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.

Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438-45.

Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health*. 1998;88(1):68-74.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. *Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Portaria SSST Nº 24, de 29 de dezembro de 1994. Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 1994 30 dezembro; Seção 1:21.278-21.280.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Decreto Nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 1999 07 maio; Seção 1:50.

Brenninkmeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers Indiv Differ*. 2001;30(5):873-80.

Bresciani LP. Panorama da reestruturação produtiva. *Cad Psicol Soc Trab*. 1999; 2(1):39-44.

Brisson C, Blanchette C, Guimont C, Dion G, Moisan J, Vezina M, et al. Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire. *Work Stress*. 1998;12(4):322-36.

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.

Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tintle NL, Zakhozha V, et al. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(9):681-690.

Burke RJ, Mikkelsen A. Burnout among Norwegian police officers: Potential antecedents and consequences. *Int J Stress Manage*. 2006;13:64–83.

Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2008 Jan;58(546):32-6

Castanheira F, Chambel MJ. JD-C model to explain burnout in frontline workers: the useful contribution of emotional demands. *Hum Factors Ergon in Manuf*. 2013;23(5):412-423.

Cedillo BL. *Psychosocial risk factors among women workers in the maquiladora industry in Mexico*. Lowell (MA): University of Massachusetts; 1999.

Chambel MJ, Curral L. Stress in academic life: Work characteristics as predictors of student well-being and performance. *Appl Psychol*. 2005;54(1):135-47.

Chen S-W, Wang P-C, Hsin P-L, Oates A, Sun IW, Liu S-I. Job stress models, depressive disorders and work performance of engineers in microelectronics industry. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(1):91-103.

Cheng YW, Luh WN, Guo YL. Reliability and validity of the Chinese Version of the Job Content Questionnaire in Taiwanese workers. *Int J Behav Med*. 2003;10(1):15-30.

Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MG, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):219-24.

Codo W. *Educação: Carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes; 1999.

Colligan TW, Higgins EM. Workplace Stress: Etiology and Consequences. *J Workplace Behav Health*. 2005;21(2):89-97.

Cooper CL. *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press. 1998.

Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev*. 1993;18(4):621-656.

da Silva-Junior FP, Pinho RSN, Mello MT, Bruin VMS, Bruin PFC. Risk factors for depression in truck drivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 44(2):125–129.

Dato R. *The Law of Stress* [Internet]. 1978 [cited 2014 Feb 10]. Available from: <http://www.aapb.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3356>.

de Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2000;50(9):1317-27.

de Oliveira GS, Jr., Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The Prevalence of Burnout and Depression and Their Association with Adherence to Safety and Practice Standards: A Survey of United States Anesthesiology Trainees. *Anesth Analg*. 2013;117(1):182-93.

De Souza MDM, Messing K, Menezes PR, Cho HJ. Chronic fatigue among bank workers in Brazil. *Occup Med*. 2002;52(4):187-94.

Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez; 1987.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Ebbinghaus M. From mental strain to burnout. *Eur J Work Organ Psy*. 2002;11(4):423-441.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli, WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499-512.

Dicionário Oxford Escolar para estudantes brasileiros de inglês. 2th ed. Oxford University Press; 2007.

Dragano N, He Y, Moebus S, Joeckel K-H, Erbel R, Siegrist J, et al. Two models of job stress and depressive symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(1):72-8.

Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Elinson L, Pincus HA. Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Aff*. 2001;20(6):233-41.

Edwards JR, Caplan RD, van Harrison R. Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press. 1998. p.28-67.

European Agency for Safety and Health at Work (EASHW). *OSH in figures: stress at work - facts and figures*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 14]. Available from: https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EUROFOUND). *Work-related stress* [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 14]. Available from: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.pdf>.

Farber B. *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press; 1983.

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013;10(11):e1001547.

Ferrario M, Fornari C, Borchini R, Merluzzi F, Cesana G. [Job stress in the service industry. Evaluation of the Italian version of the Job Content Questionnaire]. *Med Lav*. 2005;96(3):191-9.

First MB, Gibbson SR, Williams M. *Structured clinical interview for axis I DSM-IV disorders (Version 2.0) - patient edition*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1995.

Firth J. Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *J Occup Psychol*. 1985;58:139-148.

Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging*. 1987;2:171-84.

Fraguas R, Henriques SG, Gonsalves Henriques S, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*. 2006;91(1):11-7.

Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165.

Giga SI, Hoel H. *Violence and stress at work in financial services*. Geneva: International Labour Organization; 2003. (Working Paper, 210).

Gil-Monte PR, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis; 1997.

Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11: 679-689.

Glasberg J, Horiuti L, Novais M A B, Canavezzi A Z, Miranda V C, Chicoli FA, et al. Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53:85-9.

Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*. 2005;5:67.

Golembiewski RT, Munzenrider RF, Scherb K, Billingsley W. Burnout and psychiatric cases - early evidences of an association. *Anxiety Stress Coping*. 1992;5(1):69-78.

Goodwin FK, Jamison KR. *Suicide, in manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press; 1990. p. 227–244.

Gounet T. *Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel*. São Paulo: Boitempo, 2002.

Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, Corey-Lisle PK. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1465–1475.

Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:405–418.

Griep RH, Rotenberg L, Chor D, Toivanen S, Landsbergis P. Beyond simple approaches to studying the association between work characteristics and absenteeism: Combining the DCS and ERI models. *Work Stress*. 2010;24(2):179-95.

Grisci CLI, Bessi VG. Modos de trabalhar e de ser na reestruturação bancária. *Sociologias*. 2004;12:160-200.

Grossi G, Perski A, Evengard B, Blomkvist V, Orth-Gomer K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*. 2003;55: 309-316.

Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The job demands-resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress*. 2008;22:224–241.

Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):415-24.

Hanson EK, Schaufeli W, Vrijkotte T, Plomp NH, Godaert GL. The validity and reliability of the Dutch Effort-Reward Imbalance Questionnaire. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):142-55.

Harvey D. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1995.

Hasselhorn HM, Tackenberg P, Peter R, Group N-S. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int J Occup Environ Health*. 2004;10(4):401-8.

Head J, Stansfeld SA, Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med*. 2004;61(3):219-24.

Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. 2006;61:59–66.

Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis St, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout, and clinical depression. *J Affect Disorders*. 2003;75:209–221.

Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: Is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiat Med*. 1999; 29:421– 427.

Ibrahim SA, Scott FE, Cole DC, Shannon HS, Eyles J. Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women Health*. 2001;33(1-2):105-24.

Iennaco JD, Cullen MR, Cantley L, Slade MD, Fiellin M, Kasl SV. Effects of externally rated job demand and control on depression diagnosis claims in an industrial cohort. *Am J Epidemiology*. 2010;171(3):303-11.

Index of Economic Freedom. Brazil [Internet]. 2014 [cited 2014 May 14]. Available from: <http://www.heritage.org/index/country/brazil>.

Israel BA, House JS, Schurman SJ, Heaney CA, Mero RP. The relation of personal resources, participation, influence, interpersonal relationships and coping strategies to occupational stress, job strains and health - a multivariate-analysis. *Work Stress*. 1989;3(2):163-94.

Jaques MG, Amazarray MR. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. *Bol. Saude*. 2006; 20(1):93-105.

Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social-isolation on cardiovascular-disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health*. 1989;15(4):271-9.

Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular-disease - a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 1988;78(10):1336-42.

Kahill S. Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Can Psycholog-Psycho*. 1988;29:284–97.

Kahn JP, Lasser J. Depression. In: Stellman JM, editor. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. International Labor Organization, Geneva [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 3]. Available from: <http://www.ilo.org/oshenc/part-i/mental-health/mood-and-affect/item/265-depression>.

Kahn RL, Boysiere P. Stress in organizations. In: Dunette MD, Hough JM, Triandis HC, editors. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1994.v.4, p.573–650.

Kang LS, Sandhu RS. Impact of stress on health: a study of bank branch managers in India. *Global Business Review*. 2012;13(2) 285–296.

Kantas A, Vassilaki E. Burnout in Greek teachers: Main findings and validity of the Maslach burnout inventory. *Work Stress*. 1997;11(1):94-100.

Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(4):322-55.

Karasek R, Choi B, Ostergren P-O, Ferrario M, De Smet P. Testing two methods to create comparable scale scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-Like questionnaires in the European JACE study. *Int J Behav Med*. 2007;14(4):189-201.

Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. La Vergne, USA: Basic Books; 1990.

Karasek RA. Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ, Levi L, editors. *Theories of job stress*. In: *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (ed. Stellman JE): International Labour Organization: Geneva [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 14]. Available from: http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170416.

Karasek RA. *Job Content Questionnaire and user's guide (revision 1.1)*. Lowell: University of Massachusetts Lowell, the Job Content Questionnaire (JCQ) Center. 1985.

Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain - implications for job redesign. *Adm Sci Quarterly*. 1979;24(2):285-308.

Kawakami N, Fujigaki Y. Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees. *Ind Health*. 1996;34(4):295-306.

Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani T, Furui H. Assessment of job stress dimensions based on the job demands- control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of the Job Content Questionnaire. *Int J Behav Med*. 1995;2(4):358-75.

Kazi SS, Shah IM, Khan A. Occupational stress, performance and emotional intelligence: a critical review. *IRSSH*. 2013;5(1):185-191.

Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry*. 2002 Jan;163(1):115-24.

Kessler RC, Akiskal HS, Ames M et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1561–1568.

Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 2010;27(4):351-364.

Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Ann Rev Public Health*. 2013;34:119-38.

Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depress Anxiety*. 1998;7:3–14.

Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *J Affect Disorders*. 1997;45:19–30.

Khattak JK, Khan MA, Haq AU, Arif M, Minhas AA. Occupational stress and burnout in Pakistan's banking sector. *Afr J Bus Manage*. 2011;5(3):810-7.

Kim H, Ji J. Factor structure and longitudinal invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Res Soc Work Pract*. 2009;19:325-339.

Kind P, Sorensen J. The costs of depression. *Int Clin Psychopharmacol*. 1993;7(3-4):191-195.

Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 2002;325(7369):857.

Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):431-42.

Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J, dem Knesebeck O. [Effort-reward imbalance, job strain and burnout among clinicians in surgery]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2010;60(9-10):374-9.

Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192-207.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.

Kudielka BM, Kirschbaum C. Stress Health research. In: Smelser NJ, Baltes PB, editors. *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences*. England: Elsevier, Oxford; 2001.v.22. p.15170-15175.

Kuenzer AZ. *Educação Profissional: Categorias para uma Nova Pedagogia do Trabalho* [Internet]. 1999 [citado 17 out 2007]. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/252/boltec252b.htm>.

Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2002;59(11):777-84.

Kupfer DJ, Frank E, Wamhoff J. Mood disorders: Update on prevention of recurrence. In: Mundt C, Goldstein MJ, editors. *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. London, England: Gaskell/Royal College of Psychiatrists; 1996. p.289-302.

Lauber C, Bowen JL. Low mood and employment: When affective disorders are intertwined with the workplace - A UK perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(2):173-82.

Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gaúcha Enferm*. 1997;18(2):133-144.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.

- Lee H, Ahn H, Miller A, Park CG, Kim SJ. Acculturative stress, work-related psychosocial factors and depression in Korean-Chinese migrant workers in Korea. *J Occup Health*. 2012;54(3):206-14.
- Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol*. 1996;81:123-33.
- Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression - a confirmatory factor-analytic study. *Anxiety Stress Coping*. 1994;7(4):357-73.
- Leiter MP; Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping*. 1996;9:229-243.
- Leka S, Griffiths A, Cox T. *Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Levi L, Levi I. *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
- Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(6):809-818.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology. I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*. 1993;102: 133-144 (erratum, 102: 517).
- Li J, Yang W, Liu P, Xu Z, Cho SI. Psychometric evaluation of the Chinese (mainland) version of Job Content Questionnaire: a study in university hospitals. *Ind Health*. 2004;42(2):260-7.
- Li J, Yang WJ, Cheng YW, Siegrist J, Cho SI. Effort-reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: a validation study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2005;78(3):198-204.
- Lidwall U, Marklund S. What is healthy work for women and men? - A case-control study of gender- and sector-specific effects of psycho-social working conditions on long-term sickness absence. *Work*. 2006;27(2):153-63.
- Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: Relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med*. 2006;13(1):51-9.
- Lopes CS, Araya R, Werneck GL, Chor D, Faerstein E. Job strain and other work conditions: relationships with psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(3):345-54.

Luthans F. *Organizational Behavior*. 7th ed. New York: McGraw Hills, 2003.

Macías Robles MD, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Cueto-Espinar A, Rancaño I, Siegrist J. [Measuring psychosocial stress at work in Spanish hospital's personnel. Psychometric properties of the Spanish version of Effort-Reward Imbalance model]. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(17):652-7.

Macklin DS, Smith LA, Dollard MF. Public and private sector work stress: Workers compensation, levels of distress and job satisfaction, and the demand-control-support model. *Aust J Psychol*. 2006;58(3):130-43.

Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*. 2012;184(3):E191-6.

Martins LCX, Lopes CS. Military hierarchy, job stress and mental health in peacetime. *Occup Med (Lond)*. 2012;62(3):182-7.

Mase J, Ota A, Inoue K, Iida T, Tsutsumi A, Yatsuya H, et al. Reliability and validity of the Japanese translated version of the Swedish Demand-Control-Support Questionnaire. *Ind Health*. 2012;50(6):467-75.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.

Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory, Manual*. Palo Alto: University of California / Consulting Psychologists; 1986.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2(2):99-113.

Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*. 1977;6:100-13.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Psycho*. 2001;52:397-422.

Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis; 1993. p.19-32.

Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, orgs. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.

Maslach, C. Burn-out. *Human Behavior*. 1976;5:16-22.

McCarty WP, Zhao JS, Garland BE. Occupational stress and burnout between male and female police officers - Are there any gender differences? *Policing*. 2007;30(4):672-91.

McIntyre RS, Liauw S, Taylor VH. Depression in the workforce: the intermediary effect of medical comorbidity. *J Affect Disorders*. 2011;128:S29-S36.

McIntyre RS, Wilkins K, Gilmour H, Soczynska JK, Konarski JZ, Miranda A, et al. The effect of bipolar I disorder and major depressive disorder on workforce function. *Chronic Dis Can*. 2008; 28(3):84–91.

Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006;132(3):327-53.

Mendes R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

Mohren DCL, Swaen GMH, Kant I, van Amelsvoort L, Borm PJA, Galama JMD. Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *J Psychosom Res*. 2003 Sep;55(3):201-8.

Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1559-1568 .

Murcho NAC, Jesus SN, Pacheco JEP. A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psic Saúde & Doenças*. 2010;11(1):29-40.

Murcia M, Chastang JF, Niedhammer I. Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: results from the French national SIP study. *J Affect Disord*. 2013;146(3):319-27.

Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bra Educ Med*. 2010;34(1):106-115.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Stress . . . at work*. Publication No. 99–101. Cincinnati, OH: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health [Internet]. 1999 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>.

Nease DE, Malouin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract*. 2003 Feb;52(2):118-24.

Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*. 2008;30:118-32.

Niedhammer I, Chastang JF, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(1):15-24.

Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*. 1998;24(3):197-205.

Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. [Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2000;48(5):419-37.

Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Lindahl B, Janlert U, Birgander LS. Burnout, working conditions and gender--results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*. 2010;10:326.

North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *Am J Public Health*. 1996;86(3):332-40.

Nowack KM, Pentkowski AM. Lifestyle habits, substance use and prediction of job burnout in professional working women. *Work Stress*. 1994;8:19-35.

Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord*. 2005;88:63-68.

Oliveira PAB, Campello JC. Cargas de trabalho e seu impacto sobre a saúde: estudo de caso em quatro instituições financeiras em Porto Alegre. *Bol Saúde*. 2006;20(1):69-92.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v.1.

Ostry AS, Kelly S, Demers PA, Mustard C, Hertzman C. A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health*. 2003;3(10):1-9.

Park KC, Lee KJ, Park JB, Min KB, Lee KW. Association between occupational stress and depression, anxiety, and stress symptoms among white-collar male workers in an automotive company. *Korean J Occup Environ Med*. 2008;20:215-24.

Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry*. 2002;181:111-7.

Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(3):279-89.

Pelfrene E, Vlerick P, Kittel F, Mak RP, Kornitzer M, De Backer G. Psychosocial work environment and psychological well-being: assessment of the buffering effects in the job demand-control (-support) model in BELSTRESS. *Stress Health*. 2002;18(1):43-56.

Pelfrene E, Vlerick P, Mak RP, De Smet P, Kornitzer M, De Backer G. Scale reliability and validity of the Karasek 'Job Demand-Control-Support' model in the Belstress study. *Work Stress*. 2001;15(4):297-313.

Peter R, Siegrist J, Hallqvist J, Reuterwall C, Theorell T. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(4):294-300.

Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):84-95.

Pines A, Kafry D. Occupational tedium in the social services. *Soc Work*. 1978;23:499-507.

Pines AM, Aronson E. *Career burnout*. New York: Free Press; 1988.

Pisanti R, van der Doef M, Maes S, Lazzari D, Bertini M. Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(7):829-37.

Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1992;149(8):999-1010.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [Internet]. 2013 [citado 10 maio 2014]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013.

Quattrochi-Tubin S, Jones JW, Breedlove V. The burnout Syndrome in geriatric counselor and service workers. *Act Adapt Aging*. 1982;3:65-76.

Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas*. 1977;1:385-401.

Richardsen AM, Martinussen M. Factorial validity and consistency of the MBI-GS across occupational groups in Norway. *Int J Stress Manag*. 2005;12:289-297.

Rodriguez I, Bravo MJ, Peiro JM, Schaufeli W. The Demands-Control-Support model, locus of control and job dissatisfaction: a longitudinal study. *Work Stress*. 2001;15(2):97-114.

Rosse JG, Boss RW, Johnson AE, Crown DF. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group & Organization Studies*. 1991;16:428–51.

Rugulies R, Aust B, Madsen IE, Burr H, Siegrist J, Bültmann U. Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? *Eur J Public Health*. 2013;23(3):415-20.

Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol*. 2006;163(10):877-87.

Rugulies R, Siegrist J. Sociological aspects of the development and course of coronary heart disease: social inequality and chronic emotional distress in the workplace. In: Jordan J, Bardé B, Zeiher AM, editors. *Contributions Toward Evidence-Based Psychocardiology*. New York, NY: American Psychological Association; 2006.p.13–33.

Ryan W. *Blaming the Victim*. New York: Pantheon Books; 1971.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-1543.

Sauter S, Brightwell W, Colligan M, Hurrell J, Katz T, Le Grande D, et al. *The changing organization of work and the safety and health of working people*. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH); 2002.

Scalco GPdC, Abegg C, Celeste RK, Hökerberg YHM, Faerstein E. Occupational stress and self-perceived oral health in Brazilian adults: a Pro-Saude study. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):2069-74.

Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research in theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley; 2003. p.383-425.

Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis; 1998.

Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and engagement in university students. *J Cross-Cult Psychol*. 2002;33(5):464-481.

Schaufeli WB, Peeters MCW. Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *Int J Stress Manag*. 2000;7(1):19-48.

Schaufeli WB, Van Dierendonck A. *UBOS, Utrechtse Burnout Schaal, Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2000.

Sears SF, Urizar GG, Evans GD. Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):56-62.

Segnini LRP. Reestruturação nos bancos no Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Educ Soc*. 1999;20(67):183-209.

Seifert AM, Messing K, Dumais L. Star wars and strategic defense initiatives: Work activity and health symptoms of unionized bank tellers during work reorganization. *Intl J Health Serv*. 1997;27(3):455-77.

Semmer N. Individual differences, work stress, and health. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester, UK: Wiley; 1996. p.51-86.

Sévez LP, Chico RV. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en empleados de sucursales de un banco dominicano. *Cienc Soc*. 2007;32(4): 645-667.

Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recente evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-73.

Shields M. Stress and depression in the employed population. *Health Rep*. 2006;17(4):11-29.

Shimizu T, Feng QL, Nagata S. Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses. *J Occup Health*. 2005;47(4):334-6.

Shukla H, Garg R. A study on stress management among the employees of nationalised banks. *Stress Management*. 2013;2(3):2277-7733.

Siegrist J, Lunau T, Wahrendorf M, Dragano N. Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. *Global Health*. 2012;8:27.

Siegrist J, Rödel A. Work Stress Health risk behavior. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):473-81.

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1483-99.

Siegrist J. Adverse health effects of effort–reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for prevention. In: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p.190–204.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.

Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;258 Suppl 5:115-9.

Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and health. In: Perrewé PL, Ganster DC, editors. *Historical and current perspectives on Stress Health*. Amsterdam: JAI Elsevier; 2002.p.261–291.

Siegrist J. Occupational health and public health in Germany. In: Le Blanc PM, Peeters MCW, Büssing A, Schaufeli WB, editors. *Organizational psychology and healthcare: European contributions*. München: Rainer Hampp Verlag; 1999. p.35–44.

Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med*. 2000;51(9):1283-93.

Siegrist, Johannes. *Effort-reward imbalance at work-theory, measurement and evidence* [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 19]. Available from: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf.

Silva ATC, Menezes PM. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saude Publ*. 2008;42(5):921-9.

Silva LS, Barreto SM. [Transcultural adaptation into Brazilian Portuguese of the effort-reward imbalance scale: a study with bank workers]. *Rev Panam Salud Publica*. 2010b;27(1):32-6.

Silva LS, Barreto SM. Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers. *BMC Public Health*. 2010a;10.

Silva LS, Barreto SM. Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):407-16.

Silva-Junior FP, Pinho RSN, Mello MT, Bruin VMS, Bruin PFC. Risk factors for depression in truck drivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 44(2):125–129

Smith MJ, Conway FT, Karsh B. Occupational Stress in Human Computer Interaction. *Ind Health*. 1999;37:157-173.

Snorraddottir A, Vilhjalmsdottir R, Rafnsdottir GL, Tomasson K. Financial crisis and collapsed banks: psychological distress and work related factors among surviving employees - a nation-wide study. *Am J Ind Med*. 2013;56(9):1095-106.

Soares JJF, Grossi G, Sundin Ö. Burnout among women: Associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10:61–71.

Sobocki P, Lekander I, Borgström F, Ström O, Runeson B. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):146-52.

Söderberg M, Rosengren A, Hillström J, Lissner L, Torén K. A cross-sectional study of the relationship between job demand-control, effort-reward imbalance and cardiovascular heart disease risk factors. *BMC Public Health*. 2012;12:1102.

Söderström M, Ekstedt M, Åkerstedt T, Nilsson J, Axelsson J. Sleepiness in young individuals with high burnout scores. *Sleep*. 2004;27:1369-1377.

Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-65.

Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(3):208-214.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999;282(18):1737-44.

Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Degruy FV, Hahn SR, et al. Utility of new procedure for diagnosing mental-disorders in primary-care - The PRIME-MD-1000 Study. *JAMA*. 1994;272(22):1749-56.

Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62.

Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *J Psychosom Res*. 1997;43(1):73-81.

Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol*. 2002;31(1):248-55.

Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*. 1999;56(5):302-7.

StataCorp. *Stata: Release 11. Statistical Software*. College Station, TX: StataCorp LP. 2009.

Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Knutsson A, Stegmayr B, et al. Patients with burnout in relation to gender and a general population. *Scand J Public Health*. 2007;35(5):516-23.

Sui GY, Hu S, Sun W, Wang Y, Liu L, Yang XS, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among Chinese male correctional officers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014;87(4):387-95.

Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychol Bull*. 2005;131:260-300.

Sultan-Taïeb H, Lejeune C, Drummond A, Niedhammer I. Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(8):911-25.

Tamayo MR, Argolo JC, Borges LO. Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In: Borges LO, editor. *Profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Tamayo MR. *Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos* [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília;1997.

Taris TW. Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work Stress*. 2006;20(4):316-34.

Theorell T, Perski A, Akerstedt T, Sigala F, Ahlberg-Hultén G, Svensson J, et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state. A longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*. 1988;14(3):189-96.

Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry*. 2003;183:514–519.

Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880 –2889.

Thornicroft G, Sartorius N. The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychol Med*. 1993;23:1023–1032.

- Toppinen-Tanner S, Ahola K, Koskinen A, Väänänen A. Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress Health*. 2009;25(4):287-96.
- Tsai FJ, Chan CC. Occupational stress and burnout of judges and procurators. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(2):133-42.
- Tsai FJ, Huang WL, Chan CC. Occupational stress and burnout of lawyers. *J Occup Health*. 2009;51(5):443-50.
- Tsutsumi A, Ishitake T, Peter R, Siegrist J, Matoba T. The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. *Work Stress*. 2001b;15(1):86-96.
- Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med*. 2004;59(11):2335-59.
- Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scand J Work Environ Health*. 2001a;27(2):146-53.
- Unterbrink T, Hack A, Pfeifer R, Buhl-Griesshaber V, Mueller U, Wesche H, et al. Brnout and effort-reward-imbalance in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007;80(5):433-41.
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184:386-392.
- Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*. 2010;71(2):305-313.
- van Vegchel N, de Jonge J, Bakker AB, Schaufeli WB. Testing global and specific indicators of rewards in the Effort–Reward Imbalance Model: does it make any difference? *Eur J Work and Organ Psy*. 2002;11(4):403–421.
- van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 2005;60(5):1117-31.
- van Vegchel N, de Jonge J, Meijer T, Hamers JP. Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *J Adv Nurs*. 2001;34(1):128-36.
- Van Yperen NW, Hagedoorn M. Do high job demands increase intrinsic motivation or fatigue or both? The role of job control and job social support. *Acad Manage J*. 2003;46(3):339-48.

vonOnciul J. ABC of work related disorders - Stress at work. *BMJ*. 1996;313(7059):745-8.

Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:257–263.

Wamala SP, Mittleman MA, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomer K. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women - The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Soc Sci Med*. 2000;51(4):481-9.

Wang J, Smailes E, Sareen J, Schmitz N, Fick G, Patten S. Three job-related stress models and depression: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2012;47(2):185-93.

Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med*. 2005;35(6):865-71.

Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes - A randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(12):1401-11.

Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and Its Associated Factors: A Cross-sectional Study in Shanghai. *J Occup Health*. 2014;56(1):73-83.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276(4):293-299.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413-26.

World Health Organization (WHO). Executive Board. *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Geneva: World Health Organization; 2011.

World Health Organization (WHO). *Revised global burden of disease (GBD) 2002 estimates*. World Health Organization, Geneva; 2005.

World Health Organization (WHO). World Federation for Mental Health (WFMH). *DEPRESSION: A Global Crisis*. World Mental Health Day, October 10 2012 [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 03]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1.

World Health Organization. Stress at the workplace [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 19] Available from: http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/.

Worley JA, Vassar M, Wheeler DL, Barnes LLB. Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory - A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educ Psychol Meas*. 2008;68(5):797-823.

Yeh WY, Cheng Y, Chen CJ. Social patterns of pay systems and their associations with psychosocial job characteristics and burnout among paid employees in Taiwan. *Soc Sci Med*. 2009;68(8):1407-15.

Yu Shan F, Nakata A, Gu GZ, Swanson NG, Zhou Wen H, He Li H, et al. Co-effect of Demand-control-support Model and Effort-reward Imbalance Model on Depression Risk Estimation in Humans: Findings from Henan Province of China. *Biomed Environ Sci*. 2013;26(12):962-71.

Zanetti MC, Lafer B. Transtornos depressivos. In: Alvarenga PG, Andrade AG. *Fundamentos em Psiquiatria*. SP: Manole; 2008. p. 141-168.

Zhong J, You J, Gan Y, Zhang Y, Lu C, Wang H. Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers. *Psychological Reports*. 2009;105(3):1248-54.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.