

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS**  
**MESTRADO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS**  
**INFECCIOSAS**

**JOSÉ LUIZ MARTINS LESSA**

**MORBIDADE PSIQUIÁTRICA MENOR EM**  
**TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE**

Rio de Janeiro

2011

# MORBIDADE PSIQUIÁTRICA MENOR EM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE

JOSÉ LUIZ MARTINS LESSA

Dissertação apresentada ao Curso  
de Pós-Graduação em Pesquisa  
Clínica em Doenças Infecciosas do  
Instituto de Pesquisa Clínica  
Evandro Chagas para obtenção do  
grau de Mestre em Ciências  
Orientadores: Dra. Sonia Regina  
Lambert Passos e Dra. Yara Hahr  
Marques Hökerberg

Rio de Janeiro

2011

JOSÉ LUIZ MARTINS LESSA

# MORBIDADE PSIQUIÁTRICA MENOR EM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em  
Pesquisa Clínica em Doenças  
Infecciosas do Instituto de  
Pesquisa Clínica Evandro  
Chagas para obtenção do grau  
de grau de Mestre em Ciências

Orientadoras: Dra. Sonia Regina Lambert Passos.  
Dra. Yara Hahr Marques Hökerberg.

Aprovada em 04/04/2011

Banca Examinadora

---

**Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade (Presidente)**

Doutor em Ciências

IPEC/FIOCRUZ

---

**Dra. Rosane Härter Griep**

Doutora em Ciências

IOC/FIOCRUZ

---

**Dr. Luiz Augusto Brites Villano**

Doutor em Ciências

Serviço de Psiquiatria/UERJ

Esta dissertação é dedicada aos meus pais Francisco José e Maria de Lourdes (*in memoriam*). A todos os amigos e familiares que me acompanharam e ajudaram na sua compleição.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Sonia Regina Lambert Passos a minha profunda admiração. Agradeço por seu brilhantismo, pela amizade e paciência dedicadas ao ensino e formação, assim como pela disponibilidade integral que demonstrou durante todas as fases da constituição desta dissertação.

À minha coorientadora, Professora Dra. Yara Hahr Marques Hökerberg por sua dedicação, paciência e auxílio na redação do texto, análises estatísticas, conferências e revisões imprescindíveis para a formatação final da dissertação.

À Raquel Oliveira, estatística do Laboratório de Epidemiologia do IPEC, que contribuiu na realização das análises estatísticas, além de ter sido professora excepcional nas disciplinas de estatística realizadas durante o curso.

Aos queridos amigos Patrícia e Guilherme, por sua ajuda e incentivo durante o seguimento das disciplinas e confecção da dissertação.

À querida amiga Marcelle, que intermediou meu encontro com a Dra. Sonia Regina Lambert Passos, e que também contribui com sugestões valiosas.

A todos da secretaria de ensino do IPEC, por sua presteza, amabilidade e expediência na resolução das questões acadêmicas de sua atribuição.

Lessa, JLM. **Morbidade Psiquiátrica Menor em Trabalhadores da Área de Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. f Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

## RESUMO

Sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, comumente referidos como morbidade psiquiátrica menor (MPM), apresentam elevada prevalência na população geral adulta, além de serem diagnosticados em um terço ou mais das pessoas que procuram atendimentos em serviços primários de saúde. A distribuição dessa categoria de morbidade mostra-se iníqua na população geral, pois há fatores de risco já bem estabelecidos que influenciam a sua ocorrência e persistência.

O objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência da MPM nos trabalhadores da área de saúde de uma unidade hospitalar e sua associação com características sócio-demográficas, fatores estressores de vida e acidentes de trabalho. Trata-se de um estudo seccional em 404 trabalhadores de saúde, cuja variável dependente foi o instrumento de rastreamento epidemiológico *General Health Questionnaire* (GHQ-12). É um instrumento validado para a língua portuguesa do Brasil.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado e de autopreenchimento, aplicado com apoio de pessoal treinado. As variáveis associadas testadas foram: sócio-demográficas; Fatores Estressores de Vida listados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e a ocorrência de acidentes de trabalho. Adicionalmente, os hábitos sociais comumente associados à MPM: uso de álcool, tabagismo e trabalho em turnos de plantão.

Encontrou-se associações no nível de significância 5% na amostra entre MPM e as seguintes características no modelo de regressão logística múltipla: dificuldades financeiras graves OR 2,80 (IC95% 1,37-5,69) e mudança forçada de domicílio nos últimos 12 meses OR 3,32 (IC95% 1,18-9,39); e escolaridade igual ou maior que nível superior OR 3,95 (IC95% 1,48-10,59). Conclusão: A prevalência de morbidade psiquiátrica menor detectada neste estudo foi conservadora (13%), provavelmente devido ao ponto de corte mais específico. Consistente com outros estudos nacionais e internacionais, dificuldades financeiras estiveram associadas a morbidade psiquiátrica menor.

**Palavras chaves:** 1. Saúde do trabalhador; 2. Saúde Mental; 3. Eventos de Vida Produtores de Estresse; 4. Estudo seccional; 5. Epidemiologia/psiquiatria.

Lessa, JLM. **Minor Psychiatric Disorders in Health Workers.** Rio de Janeiro, 2011. f. Master [Science dissertation in Clinic Research in Infectious Diseases] - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

## ABSTRACT

Anxiety, depressive and somatoform symptoms commonly referred to as minor psychiatric disorders show high prevalence among general adult population, besides of being diagnosed in one third or more of the people seeking consultation in primary care units. The distribution of this category of morbidity in general population is skewed, once there are well established risk factors affecting their occurrence and persistence.

The objective was to investigate the prevalence of minor psychiatric disorders in health workers of a hospital unit, and test its association with socio-demographic variables, as well as with stressful life events and work accidents. The design was cross-sectional. The number of participants in the study was 404 individuals. The outcome variable was the General Health Questionnaire (GHQ-12). It is a validated screening tool in Brazilian Portuguese.

Data were gathered by means of a multi-dimensional self-administered questionnaire, with aid of trained personnel. The associated variables tested were: socio-demographics, stressful life events as listed in the Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorder *4<sup>th</sup> edition*, and the occurrence of work accidents in the preceding year. Additionally, social habits frequently associated with minor psychiatric disorders were assessed: alcohol and tobacco use, and shift work.

We found statistically significant associations (5%) in the sample between minor psychiatric disorders and the following independent variables in the final model of multiple logistic regression: financial difficulties OR 2,80 (IC95% 1,37-5,69), forced change of domicile in the preceding year OR 3,32 (IC95% 1,18-9,39), and college education or higher OR 3,95 (IC95% 1,48-10,59). Conclusion: The prevalence of minor psychiatric disorders detected in this study was conservative (13%), probably due to a more specific cutoff point. Consistent with other national and international studies, financial difficulties were associated with minor psychiatric disorders.

**Keywords:** 1. Worker's Health. 2. Mental Health. 3. Stressfull Life Events. 4. Cross-sectional study. 5. Epidemiology/psychiatry

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Problemas psicossociais e ambientais do Eixo IV do DSM-IV
- Tabela 2. Eixos do DSM-IV
- Tabela 3. Características sócio-demográficas associadas à MPM (GHQ  $\geq$  5) em trabalhadores de saúde, 2004-2005.
- Tabela 4. Associação entre eventos de vida produtores de estresse nos últimos 12 meses e MPM (GHQ  $\geq$  5) em trabalhadores de saúde, 2004-2005.
- Tabela 5. Associação entre variáveis relacionadas ao trabalho e MPM em trabalhadores (GHQ  $\geq$  5) de saúde, 2004-2005.
- Tabela 6. Fatores associados a MPM (GHQ  $\geq$  5) em trabalhadores de Saúde, 2004-2005. Resultados da Análise de Regressão Logística Múltipla.



## LISTA DE ABREVIATURAS

AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAGE	Teste para identificação de uso abusivo de álcool
CID-10	Classificação Internacional das Doenças 10 Edição
CIS-R	Revised Clinical Interview Schedule
DSM	Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais
EVPE	Eventos de Vida Produtores de Estresse
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FQT	Teste de Tolerância de Fagerström (tabagismo)
GHQ	General Health Questionnaire (qualquer versão)
GHQ-12	General Health Questionnaire (versão de 12 itens)
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
MPM	Morbidade Psiquiátrica Menor
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Reguladora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio (Razão de Chances)
PROSEC	Programa de Saúde dos Trabalhadores do IPEC
SAG	Síndrome Geral de Adaptação
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SRQ	Self Report Questionnaire

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1	Saúde do Trabalhador.....	1
1.2	Morbidade Psiquiátrica Menor: Conceito e Epidemiologia.....	3
1.3	Morbidade Psiquiátrica Menor: <i>O General Health Questionnaire (GHQ)</i> .....	4
1.4	Propriedades Psicométricas do GHQ-12 no Brasil.....	8
1.5	Estresse: Conceito.....	10
1.5.1	<b>Estresse: Perpectivas Teóricas</b> .....	10
1.5.2	<b>A Perspectiva Baseada na Resposta</b> .....	10
1.5.3	<b>A Perspectiva Baseada no Estímulo</b> .....	11
1.5.4	<b>A Perspectiva do Processo Interacional</b> .....	12
1.5.5	<b>O Eixo IV do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais</b> .....	15
1.5.6	Aferição dos Eventos de Vida Produtores de Estresse na Pesquisa....	20
1.6	Acidentes de Trabalho.....	21
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	24
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
3.1	Objetivo geral.....	25
3.2	Objetivos específicos.....	25
4	<b>MÉTODOS</b> .....	26
4.1	Delineamento do Estudo.....	26
4.2	Casuística.....	26
4.3	Instrumentos e Variáveis de Interesse.....	26
4.4	Considerações Éticas.....	29
4.5	Análise Estatística.....	29
5	<b>RESULTADOS</b> .....	31
5.1	Características da População do Estudo.....	31
5.2	Análises bivariadas.....	31
5.3	Análise da Regressão Logística Múltipla.....	35
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	36
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	45
8	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	46

ANEXO A - GHQ-12.....	57
ANEXO B - Tabagismo e Teste de tolerância de Fagerström.....	58
ANEXO C - Dependência de Álcool: CAGE.....	59
ANEXO D - Eventos Estressores do DSM-IV).....	60
ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC.....	62
ANEXO F - Termo de Sigilo.....	63

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Saúde do Trabalhador

A interface saúde mental e trabalho cada vez mais atrai a atenção de investigadores e cientistas de várias áreas do conhecimento. Há poucos anos a perspectiva de relacionar adoecimento com trabalho mantinha-se relativamente restrita ao âmbito clínico da assim chamada “saúde ocupacional” (LAUREL, 1985), mas hoje ela é cada vez mais objeto da epidemiologia e da saúde pública (LIMA, 1999).

Esta mudança de abordagem origina-se de previsões que instituições governamentais de vários países estimam para as primeiras décadas do século XXI: a evolução dos problemas de saúde mental acelera-se continuamente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, levando a sociedade como um todo a pagar por esse ônus (MURRAY & LOPEZ, 1996).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) dentro de alguns anos os problemas causados por transtornos psíquicos e dificuldades psicológicas serão a segunda causa de incapacitação no mundo (MURRAY & LOPEZ, 1996). A OMS também estima que hoje os transtornos mentais já constituam 12% de toda morbididade mundial na população adulta (OMS, 1996). Os transtornos depressivos são a principal causa de anos vividos com incapacidade (doença) entre 15 e 44 anos de idade (ÜSTÜN et al., 2004).

Organismos internacionais de várias instâncias tentam traçar orientações que ajudem a superar os desafios da saúde mental (WHO, 1996) No âmbito da Saúde do Trabalhador, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) enfatiza a necessidade de se instituir políticas nacionais de saúde e de segurança no trabalho com enfoque na promoção da saúde e na construção de ambientes de trabalho saudáveis (OIT, 1981).

No Brasil, alguns centros de estudo já se preocupam em avaliar tais questões. Em pesquisa realizada pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador da Universidade de Brasília (BARBOSA-BRANCO, 2004), demonstrou-se que no

país o número de trabalhadores que se afasta do seu trabalho por problemas mentais vem aumentando progressivamente.

No que concerne a questões jurídicas, também há avanços favoráveis na legislação. O estresse, a depressão e o alcoolismo foram reconhecidos como doenças que podem estar relacionadas ao trabalho pela Lei 3.048, de 06/05/1999 (BRASIL, 1999). A Norma Regulamentadora NR-07 do trabalho urbano estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implantação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) por parte de todos os empregadores e instituições, para monitorar individualmente os trabalhadores expostos a agentes químicos, físicos e biológicos definidos por ela (MTE, 1992). Mais recentemente a norma reguladora NR-32 representa um grande avanço jurídico, pois é a primeira norma criada para estabelecer diretrizes para a implementação de medidas visando a proteção e segurança à saúde dos trabalhadores especificamente da área de saúde (MTE, 2005).

Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997), numa reflexão sobre a Saúde do Trabalhador enquanto disciplina, consideram que esta consistiria em todo o esforço intelectual que captasse a relação entre saúde e trabalhadores. Como campo de práxis ela defronta-se de forma contínua com questões emergentes, contemplando sempre novas demandas. A saúde mental do trabalhador é uma destas novas demandas.

Dentro deste contexto se desenvolveu no IPEC, hospital de assistência e pesquisa em Doenças Infecciosas, o Programa de Saúde do IPEC (PROSEC), ligado ao Laboratório de Epidemiologia Clínica. Este programa tem como proposta a elaboração de um estudo longitudinal para o levantamento de dados sobre riscos e agravos aos quais seus trabalhadores estão submetidos. Seu propósito último é aprimorar as ações de saúde junto aos trabalhadores. A presente dissertação afilia-se a ele no que tange à saúde mental dos trabalhadores, e sua possível relação com características do processo laboral, eventos estressores de vida e acidentes de trabalho.

## 1.2 Morbidade Psiquiátrica Menor: Conceito e Epidemiologia

Estudos populacionais evidenciam que 90% da morbidade psiquiátrica se compõe de transtornos não-psicóticos (ALMEIDA-FILHO et al., 1997). Este grupo de transtornos constitui-se de uma série de entidades nosológicas que compartilham entre si inúmeros sintomas depressivo-ansiosos, somáticos e algumas queixas inespecíficas, mas cuja identificação é de difícil obtenção na ausência de um exame psicopatológico direto (GOLDBERG & HUXLEY, 1980).

Com o intuito de realizar estudos epidemiológicos de grande escala, foi então desenvolvida uma categoria diagnóstica ampla referida como morbidade psiquiátrica menor (MPM). É a partir deste conceito que se tem estudado a doença mental nas populações gerais em todo o mundo (COUTINHO et al., 1999).

No Brasil, estudos indicam que as prevalências de transtornos mentais menores, não-psicóticos, na população geral variam de 7% a 26%, com uma média de 17% (COUTINHO, 1995). Estudos feitos em clientela de serviços básicos de saúde chegam a mostrar que cerca de 50% dos pacientes atendidos em ambulatórios gerais apresentam alguma morbidade psiquiátrica menor (MARI, 1987).

O método de eleição deste estudo para a sua mensuração é o General Health Questionnaire (GHQ) (GOLDBERG & WILLIAMS, 1978). Este questionário foi desenvolvido como ferramenta de rastreamento para detectar pessoas com transtornos psiquiátricos menores, ou que estejam em risco de desenvolvê-los. Sua medida abrange quatro esferas da psicopatologia: depressão, ansiedade, sintomas somáticos e retraimento social. O seu desenvolvimento enquanto instrumento de mensuração confunde-se com o próprio desenvolvimento da definição de morbidade psiquiátrica menor. O GHQ não avalia e detecta um diagnóstico psiquiátrico estabelecido nas atuais classificações diagnósticas, mas um construto da epidemiologia psiquiátrica que compreende sintomatologia geral, comum a maior parte dos transtornos ansiosos, depressivos e neuróticos (GOLDBERG, 1992).

A morbidade psiquiátrica menor é muito prevalente em serviços de saúde do Brasil e de todo o mundo, e causa prejuízos e incapacidades funcionais importantes, que são comparáveis, ou mesmo mais graves que transtornos crônicos já bem estabelecidos (MARAGNO et al., 2006).

São quadros clínicos considerados sub-sindrômicos, que na assistência cotidiana são sub-diagnosticados, por não se inserirem em nenhum transtorno específico da Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e do Comportamento (CID-10) vigente. Os indivíduos que dela padecem apresentam comprometimento de sua qualidade de vida, e o fato de não serem reconhecidos como portadores de algum diagnóstico por parte dos profissionais de saúde não diminui seu grau de sofrimento (Fonseca et al., 2008).

Smit et al. (2006) calcularam o custo de nove transtornos mentais mais prevalentes na Holanda, tanto no nível individual (*per capita*) como no populacional (por milhão de habitantes). Concluem que, ainda que o gasto *per capita* com os transtornos do humor seja maior do que com os transtornos de ansiedade, a maior prevalência dos últimos torna seus gastos maiores no nível populacional. Grande parte dos transtornos do humor e todos os transtornos de ansiedade subsumem-se na categoria morbidade psiquiátrica menor.

### 1.3 Morbidade Psiquiátrica Menor: O *General Health Questionnaire* (GHQ)

Questionários são freqüentemente utilizados para coletar dados com o propósito de realizar pesquisas. Os dados podem ser coletados através de uma grande variedade de técnicas que incluem observações, entrevistas em profundidade, análise de conteúdo e perguntas objetivas (De Vaus, 1991). A técnica mais utilizada é o uso de questionário com perguntas objetivas, uma vez que possibilita uma coleta de dados estruturada, na qual cada indivíduo responde ao mesmo conjunto de questões. O questionário pode ter sua

confiabilidade investigada. Isso permite a criação de bancos de dados de forma eficiente utilizando grandes amostras (DE VAUS, 1991).

O uso de questionários para coletar dados é, assim, um método estável, consistente e uniforme, que oferece uma boa relação custo-efetividade para grandes inquéritos epidemiológicos e outras pesquisas sociais com base populacional extensa (SARANTAKOS, 1998).

Após a reunião dos dados, estes são analisados de forma a buscar-se por tendências, padrões e relações (associações e correlações) que sejam relevantes para a interrogação da pesquisa em curso (SARANTAKOS, 1998).

Nas ciências sociais, nas ciências da saúde e em inúmeras outras áreas do conhecimento, os pesquisadores lidam com relações entre numerosos construtos teóricos e hipotéticos que não são diretamente observáveis ou mensuráveis (DE VAUS, 1991). Tais construtos são tipicamente medidos empregando-se um grande número de escalas. Um dos propósitos iniciais ao se analisar dados de um questionário é determinar se o modelo ou indicadores constituintes de seus itens capturam de forma válida e confiável o construto em hipótese na pesquisa (DE VAUS, 1991).

O GHQ está disponível em uma grande variedade de versões, compostas de 12, 28, 30 ou 60 itens. Este questionário é simples de se aplicar e de fácil preenchimento. Pode ser usado com diferentes escores, o que é útil para o provimento de várias medidas de desfecho. Este instrumento tem sido utilizado em estudos sobre saúde mental relacionados a diversas medidas de trabalho, tais como: ambiente, tipo e carga de trabalho (NICKEL et al., 2004; Feyer et al., 2000). É também muito empregado na avaliação de pacientes com doenças somáticas crônicas de inúmeras causas; como doenças cardiovasculares, doenças inflamatórias crônicas, doenças infecciosas e doenças neurológicas, entre outras (SIM et al., 2001). O GHQ é freqüentemente utilizado em estudos para a compreensão de estresse profissional em diferentes culturas (SUDA et al., 2007). Sua grande utilização se dá em inquéritos epidemiológicos para estimar prevalências de morbidade psiquiátrica menor em ambulatórios de atenção primária, na população geral, e em populações específicas.

O General Health Questionnaire é considerado como o instrumento mais usado para a avaliação de morbidade psiquiátrica menor na população geral



(FURUKAWA et al., 2001). É válido para qualquer estudo inicial em populações que posteriormente podem ser avaliadas com instrumentos mais específicos. Ele apresenta um período de referência de duas semanas segundo a constituição de suas perguntas.

O instrumento foi desenvolvido por Goldberg e Blackwell na década de 70 e foi concebido para ser um teste de auto-preenchimento para o rastreio de transtornos psiquiátricos em âmbitos comunitários ou âmbitos clínicos não-psiquiátricos (GOLDBERG & WILLIAMS, 1978). Desde o seu desenvolvimento o GHQ tem sido utilizado para mensurar a MPM sob as mais diversas rubricas: desconforto psicológico, transtornos mentais comuns, sofrimento psicológico difuso e transtornos psiquiátricos menores (GOLDBERG & GOODYER, 2005).

O GHQ foi inicialmente desenvolvido como um instrumento de 60 itens que coleta informação a respeito do bem-estar mental atual de pacientes de cuidados primários, avaliando o funcionamento dito normal ou saudável (“*healthy*”) do respondente, assim como o aparecimento recente (surgidos nas duas últimas semanas antes do preenchimento do questionário) de sintomas de desconforto psíquico (GOLDBERG & WILLIAMS, 1978).

Desde a sua introdução o GHQ foi traduzido e validado em cerca de 38 diferentes idiomas, e a OMS o considera parte de seu instrumental em seu projeto sobre Doença Mental em Países Desenvolvidos e em Desenvolvimento (GOLDBERG et al., 1997).

Baseado no número de itens usados no instrumento, diversas versões surgiram com redução progressiva do número de itens. Dessa forma, ao GHQ original de sessenta itens (GHQ-60), seguiram-se respectivamente as versões de trinta (GHQ-30), de vinte e oito (GHQ-28) e finalmente de doze itens (GHQ-12). Devido a sua brevidade e conseqüente facilidade de aplicação, o GHQ-12 é a versão da família GHQ mais comumente usada em pesquisa (KALLIATH et al., 2004).

O General Health Questionnaire em sua versão de 12 itens é o instrumento de mensuração de seu gênero mais utilizado em inquéritos epidemiológicos, especialmente quando é parcela de um questionário de investigação social multidimensional (Banks & Jackson, 1982; Winefield et al., 1989).

Os itens que compõem o GHQ-12 referem-se à gravidade de queixas psicológicas relativas à situação dita normal da pessoa inquirida, e incluem um número igual de questões formuladas positiva e negativamente. Os respondentes são requeridos a indicar sobre uma escala de quatro pontos ordinais se o respectivo sintoma está presente “não inteiramente”, “da mesma forma que de costume”, “mais que de costume” e “muito mais que de costume”. As categorias ordinais são computadas com escala de quatro pontos do tipo *likert* 0-1-2-3 ou 1-2-3-4. Isto resulta num escore possível entre zero e 36 ou quatro e 48 respectivamente. Escores maiores representam maiores níveis de desconforto psíquico (GOLDBERG & WILLIAMS, 1978). Métodos alternativos de pontuação também são previstos pelos autores do instrumento e, na verdade, sugeridos como preferenciais em certos casos na literatura sobre o GHQ-12 (GOLDBERG, 1992).

Por exemplo, o método binário de pontuação é caracterizado como método em que as respostas recebem os números 0-0-1-1 e resulta em escores variando entre zero e 12. Ele é denominado método de pontuação GHQ e sua utilização é fomentada pelos autores do questionário.

Desenvolveu-se também a maneira de pontuação denominada método da pontuação corrigida do GHQ-12 (*corrected method*) (C-GHQ). Este método superaria uma possível baixa sensibilidade a transtornos crônicos, que a pontuação binária poderia gerar. O C-GHQ pontua os itens positivos usando a contagem do método binário acima descrito (0-0-1-1), porém pontua os itens negativos segundo o critério 0-1-1-1, (DONATH, 2001).

Para propósitos estatísticos, a pontuação em quatro categorias ordinais é considerada a mais conveniente (WINEFIELD et al., 1989), pois gera distribuições normais e conseqüentemente apropriadas para manipulação estatística paramétrica.

O questionário é empregado com diferentes pontos de corte dependendo da população e do objetivo do estudo. O próprio Manual do Usuário para o GHQ preconiza que o melhor escore limite para a definição de caso seja determinado em cada país ou localidade em que se pretende empregar o questionário (GOLDBERG & WILLIAMS, 1978). Essa orientação traz em si a noção de que as chamadas respostas brutas ao GHQ variam em relação a outras medidas empregadas de forma concorrente.

Na América Latina, por exemplo, questionários de auto-preenchimento mostraram a tendência a superestimar casos de transtorno psiquiátrico em comparação com entrevistas padronizadas mais extensas (LEWIS & ARAYA, 1995). Dessa forma, estudos usando o GHQ-12 em países latino americanos, incluindo o Brasil, deveriam empregar limites maiores para definição de caso em comparação, por exemplo, com estudos no Reino Unido (MARI & WILLIAMS, 1985). Tais diferenças podem ser devidas a várias características das populações em questão, assim como também podem relacionar-se a prevalências diferentes da morbidade psiquiátrica menor em diferentes populações (GOLDBERG et al., 1998).

#### 1.4 Propriedades Psicométricas do GHQ-12 no Brasil

No Brasil o GHQ-12 foi validado por Mari e Williams em 1985. A versão brasileira do instrumento, empregando-se o ponto de corte 2/3 exibe sensibilidade de 91% e especificidade de 71%. Utilizando-se o ponto de corte 4/5 (para uma população com até quatro anos de escolaridade, segundo o estudo) a sensibilidade foi de 76% e a especificidade foi de 82% (MARI & WILLIAMS, 1985).

Dependendo do ponto de corte adotado sugere-se que o GHQ-12 identifique ou rastreie casos possíveis de um *espectro de alterações* que abrange o que se poderia denominar, em seu extremo de menor gravidade, de *desconforto psicológico*, e em seu extremo oposto de maior gravidade, caso potencial de transtorno psiquiátrico comum (MCDOWELL, 2006). De forma a determinar transtornos mais graves e intensos, o ponto de corte 4/5 é recomendado pela OMS (FORTES et al., 2008).

Como construto da epidemiologia de modo geral e da epidemiologia psiquiátrica de modo particular, o GHQ tem provado ser um inestimável método de avaliação breve da MPM no mundo e no Brasil. Tende a continuar a ser empregado com vistas ao provimento de dados de pesquisa.

É admissível que diferentes métodos de avaliação de transtornos psiquiátricos distingam grupos de indivíduos diferentes que padeçam de transtornos psiquiátricos. A ausência de um padrão-ouro ou padrão isento de erro para mensuração dos transtornos psiquiátricos é um fato da nossa disciplina de estudo. Desse modo é fundamental que a comunidade científica mantenha-se vigilante e consciente de tais variações em seus métodos de mensuração (BELL et al., 2005).

No Brasil o GHQ em suas diferentes versões tem sido empregado em diversos tipos de estudos: ambulatoriais (MARI & WILLIAMNS, 1985), com pacientes hospitalizados (BOTEGA et al., 1995), em programas de saúde da família (FORTES et al., 2008), com trabalhadores universitários (LOPES et al., 2003), com bancários (SILVA & BARRETO, 2010), com professores (GASPARINI et al., 2006), com estudantes (CERCHIARI et al., 2005) e com médicos (Gouveia et al., 2010).

O GHQ-12 constitui uma escolha pertinente como instrumento de mensuração de MPM devido à adequação à pesquisa em questionário multidimensional, brevidade e facilidade de computação de resultados, comodidade de preenchimento, e elevadas validade e confiabilidade.

## 1.5 Estresse: Conceito

### 1.5.1 Estresse: Perspectivas Teóricas

Não há concordância entre os pesquisadores a respeito da própria definição de estresse. Nas ciências biomédicas o vocábulo *estresse* é fundamentalmente entendido como a resposta de um organismo a estímulo adverso. Na psicologia estresse é normalmente entendido como o processo pelo qual um indivíduo e o seu ambiente interagem. Nela são comumente estudados os efeitos conjuntos oriundos do indivíduo e do ambiente na formação da psicopatologia, de forma que uma série não pouco numerosa de fatores mediadores, tais como enfrentamento e suporte social, entram em jogo

na gênese do desfecho estudado; normalmente, transtorno mental ou desconforto psicológico (HOBFOLL & JACKSON, 1991).

A pesquisa sobre o tema aponta para três abordagens fundamentais: a perspectiva baseada na resposta, a perspectiva baseada no estímulo e a perspectiva do processo interacional.

### **1.5.2 A Perspectiva Baseada na Resposta**

Quando um indivíduo exclama que se sente estressado, se refere ao efeito a alguma situação adversa. O foco aqui é claramente na maneira como o organismo reage. Selye (1978) traçou a distinção entre estressor (o estímulo) e o estresse (a resposta ao estímulo). Ele não se interessou pela natureza do estressor, mas sim na *resposta fisiológica* e no ulterior desenvolvimento da patologia. Essa resposta a um estímulo segue, segundo o autor, o mesmo padrão de três etapas, no homem e nos animais, denominada síndrome de adaptação geral (SAG). Segundo a síndrome de adaptação geral, o organismo inicialmente defende-se contra a situação adversa através da ativação do sistema simpático. Esta fase denomina-se reação de alarme. Nela o corpo é mobilizado no sentido da resposta de “luta ou fuga” (*fight or flight*). Ela pode ser interpretada filogeneticamente como uma reação breve de adaptação a situações de emergência. Em muitos casos, o episódio de estresse é dominado ou contornado durante o estágio de reação de alarme.

Frequentemente, contudo, o estresse é duradouro, e o organismo passa ao estágio de resistência. Opera-se uma adaptação mais ou menos bem sucedida ao estressor. Ainda que o indivíduo ou organismo não indique ou sinalize que está sob estresse, o mesmo esgota-se paulatinamente no estágio de resistência, até que finalmente torna-se enfermo. Segundo Selye (1978), o sistema imune compromete-se e algumas das doenças típicas de “adaptação” desencadeiam-se sob tal estresse persistente. Exemplos típicos seriam as úlceras gastro-duodenais e as doenças cardiovasculares.

Finalmente, sobrevém o estágio de exaustão. Aqui os recursos do organismo estão depletados e ocorre um colapso (*breakdown*). Este estágio

está associado a uma ativação parassimpática que, segundo Selye, leva à doença, esgotamento, depressão e morte. Esta perspectiva baseada na resposta ao estresse possui méritos e ainda é a dominante nas ciências biomédicas, mas não mais na psicologia. A razão disso é o fato de Selye ter negligenciado o papel das emoções e das cognições, ao focar somente reações em animais, incluindo os seres humanos. O autor advoga que todos os organismos mostrariam respostas do tipo inespecíficas aos estímulos adversos, não importando interferentes. Selye supervaloriza o imediato em detrimento ao mediato. Assim agindo ele simplifica e uniformiza. As teorias psicológicas modernas, em contraste, enfatizam as interpretações individuais das situações vitais como determinantes maiores do encontro com o estressor (RAHE et al., 1964)

### **1.5.3 A Perspectiva Baseada no Estímulo**

Esta linha de pesquisa emergiu com Holmes e Rahe em 1967. Nela a ênfase é oposta àquela da abordagem anteriormente descrita. O sujeito não se diz “estressado,” outrossim exclama: “tenho ou passo por uma situação estressante.” A referência recai sobre a situação que testa o sujeito, que o põe à prova. A perspectiva baseada no estímulo dedica maior atenção às características particulares do fator estressor. O argumento consiste no fato de que um episódio crítico traz em si demandas únicas, sejam elas físicas, sociais ou de desempenho, que especificamente exigem do indivíduo recursos de enfrentamento (*coping*), desencadeando uma resposta de estresse específica. A pesquisa que se utiliza desta perspectiva estabelece relações entre uma variedade de estressores e desfechos específicos, incluindo doença ou outra variável.

Holmes e Rahe listaram 43 eventos de vida padronizados. Postularam que a quantidade média de esforço adaptativo necessário para enfrentar determinado evento seria um indicador útil da gravidade do respectivo evento. A pesquisa dentro dessa tradição continua, mas é frequentemente contestada. O problema básico é o uso de pesos médios para mensurar eventos

estressores, negligenciando o fato de que indivíduos diferentes possuem diferentes percepções em relação a uma mesma vivência. Outro problema desta abordagem também se refere ao fato de que os processos de enfrentamento e outros moderadores, como o suporte social, são insuficientemente examinados.

#### **1.5.4 A Perspectiva do Processo Interacional**

Nessa aproximação a tentativa é balancear o grau com que a natureza objetiva do estressor é considerada, com o grau de reação a esse estressor (LAZARUS, 2000). A teoria interacional (também denominada cognitivo-transacional) define o estresse como uma *relação* particular entre o indivíduo e o ambiente, na qual o indivíduo considera a situação de estresse como uma provação ou exigência (“*taxing situation*”) que excede seus recursos adaptativos ou que ameaça seu bem-estar. Dentro desta perspectiva há três pressupostos teóricos: interação, processo e contexto. A premissa fundamental consiste no fato que o estresse ocorre como um encontro ou interação específica entre o indivíduo e o ambiente e que ambos exercem uma influência recíproca sobre si. O estresse estaria continuamente sujeito à transformação e o significado particular de uma reação específica deriva-se do contexto subjacente à situação (LAZARUS, 2000).

A pesquisa tem negligenciado essas considerações teóricas em favor de delineamentos unidirecionais, transversais e livres de contexto. Haveria um motivo prático para tal. Dentro de pesquisas metodologicamente robustas, é praticamente impossível estudar a interação de fenômenos de caráter complexo, tais como emoções e enfrentamento, sem impor-se restrições e simplificações. Assim, devido ao caráter interacional ser de imensurável complexidade, levando a se entrever interdependências múltiplas entre as variáveis envolvidas na investigação, sua fundamentação teórica não pode ou não é passível de ser investigada e empiricamente testada como um modelo unitário. Assim sendo, essa perspectiva representa tão-só um arcabouço heurístico que pode servir para que sejam formuladas e mesmo testadas

hipóteses em certas sub-áreas selecionadas do referido sistema teórico, mas não testadas *pro toto* (LAZARUS, 1993).

Em termos de um paradigma de pesquisa ideal, o pesquisador deve fazer concessões. Investigadores, mormente aqueles envolvidos em pesquisas epidemiológicas, focalizam-se em estruturas em lugar de processos, mensurando estados singulares ou agregados de estados limitados. Idealmente, contudo, o fenômeno do estresse deve ser analisado e investigado como um processo ativo e em contínuo desdobramento.

Lazarus (2000) concebe o estresse como processo ativo em contínuo desdobramento, que é composto de antecedentes causais, processos mediadores e finalmente efeitos. Antecedentes seriam as variáveis relacionadas aos indivíduos, tais como compromissos e crenças, e variáveis ambientais, tais como demandas ou restrições situacionais. Processos mediadores referem-se ao enfrentamento e a como o sujeito valoriza a exigência da situação e capacidade de seus próprios recursos. Experimentar estresse e enfrentá-lo resulta tanto em efeitos imediatos tal como reação afetiva ou fisiológica, como também em efeitos de longo prazo: transformações psicológicas duradouras, transformações físicas duradouras e metamorfoses no funcionamento social do indivíduo.

A apreciação cognitiva compreende dois componentes de processo: um primário, que é a apreciação da demanda a que o indivíduo está sendo exposto, e outro secundário, que é a apreciação dos recursos do indivíduo vistos por ele próprio.

Segundo Lazarus (1993), esta apreciação levará o indivíduo a considerar a situação estressora de três maneiras: desafio, ameaça e dano ou perda.

A situação será avaliada como desafiadora quando ela mobiliza atividade física e mental e gera um certo envolvimento. O indivíduo pode entrever uma oportunidade de testar a si próprio, antecipando algum ganho ou crescimento pessoal na situação. A situação é experienciada como agradável, excitante e interessante, e o indivíduo nela envolvido sente-se confiante e apto a cumprir suas exigências. A situação será considerada ameaçadora quando o indivíduo percebe perigo e espera ataques físicos ou ofensas a sua auto-estima. Na experiência de dano ou perda, algum dano já ocorreu. Pode ser



uma ofensa ou perda de pessoas importantes, valores financeiros, valores morais ou posição social.

Hobfoll (1988) expande a teoria do estresse e do enfrentamento com respeito à conservação de recursos. Para o autor a conservação de recursos é a motivação central no combate a qualquer tipo de estresse. Recursos referem-se a estratégias de enfrentamento disponíveis pelos sujeitos para lidarem com as exigências da situação estressora. O indivíduo avalia suas competências, seu suporte social sua base material e outros recursos que podem ajudá-lo a readaptar-se a possíveis novas circunstâncias e restabelecer-se em equilíbrio frente ao ambiente.

Hobfoll e sua teoria da conservação de recursos abre uma perspectiva de estudo que dá novo fôlego ao estudo do estresse. Ela considera processos ambientais e internos do sujeito igualmente. Tenta abranger desde a motivação básica que os indivíduos lutam por obter, manter, proteger e fomentar aquilo que valorizam ou que serve como meio de obter o que é valorizado.

De acordo com o autor, os recursos seriam objetos (por exemplo: propriedades e veículos); condições/relações (por exemplo: amizades, casamento, segurança laboral e apoio social); características pessoais (por exemplo: auto-estima e habilidades) ou energias (dinheiro ou conhecimentos prévios).

O estresse ocorre em quaisquer dos três contextos seguintes: quando os recursos do indivíduo são ameaçados de perda; quando os recursos do indivíduo são factualmente perdidos ou quando o indivíduo falha em obter recursos. Essa dicotomia entre perda e ganho, e particularmente, espirais de ganho e perda de recursos, conferiram um novo entendimento ao estudo do estresse e do enfrentamento. Aqui, a modificação ou troca de recursos (mais a perda do que o ganho) surge como particularmente estressora, ao passo que a mera falta dos mesmos ou sua disponibilidade seria menos influente (Hobfoll et al., 2007)

Acredita-se que as teorias de Lazarus e Hobfoll, antes de serem concorrentes entre si, são complementares. Os recursos são parcela importante de ambas. Lazarus confere maior ênfase aos subjetivos, ao passo que Hobfoll dá mais atenção aos objetivos. Ambas contribuíram para o desenvolvimento dos estudos sobre o estresse.

### 1.5.5 O Eixo IV do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

A incorporação de um sistema de diagnóstico multi-axial pela Associação Psiquiátrica Americana inicia-se em 1980, a partir desta data começa-se a codificar a existência de estressores psicossociais como parte da avaliação clínica habitual dos pacientes. A introdução deste eixo IV na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) cria a oportunidade de retratar-se os estresses psicossociais do paciente como parte integrante de seu diagnóstico. Eles passam a ser considerados como aspectos válidos para uma melhor compreensão do estado do paciente, assim como mais um elemento para direcionar as decisões terapêuticas do clínico (APA, 1980) (Tabela 1).

**Tabela 1. Categorias de Problemas Psico-sociais e Ambientais do Eixo IV**

---

.Família
.Situação Social
.Educacional
.Trabalho
.Habitação
.Financeiro
.Acesso ao Cuidado Médico
.Processo legal/criminal
.Outro

---

Fonte: Associação Psiquiátrica Americana (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 4ed. APA Washington DC (DSM-IV)

Desde a sua introdução, este quarto eixo diagnóstico sofreu algumas críticas e reformas e, ainda que persistam muitas discussões, ele ainda constitui-se em um importante instrumento de auxílio para o diagnóstico, manuseio e prognóstico das doenças psiquiátricas (APA, 2000).

Anteriormente ao advento do formato multi-axial adotado pelos autores da DSM-III e publicado em 1980, o modelo existente para o diagnóstico psiquiátrico era comparativamente simples e envolvia tão-somente uma transposição de sinais e sintomas do paciente em um diagnóstico específico. Nas décadas de 60 e 70, contudo, alguns clínicos começaram a apontar as deficiências desse sistema de diagnóstico uni-axial. Especificamente, as

críticas dirigiam-se ao fato de que a abordagem meramente tipológica (categorial diagnóstica) não capturaria a experiência integral de cada paciente. O questionamento era que sintomas dos pacientes estariam sendo incluídos em diagnósticos categoriais sem a devida consideração a potenciais fatores etiológicos (STRAUSS, 1975). Ainda que pacientes diferentes pudessem apresentar concordância nos sinais clínicos e a confiabilidade inter-avaliador dentro do sistema uni-axial pudesse ser elevada, ele falhava em diferenciar dois pacientes com o mesmo diagnóstico, porém com etiologias e prognósticos diversos (STRAUSS,1975).

A resposta a tais críticas foi a reformulação de todo o formato do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais então vigente, no sentido de incorporar cinco eixos: eles incluem os diagnósticos clínicos primários (eixo I), os transtornos de personalidade e os diversos graus de retardo mental (eixo II), os diagnósticos médicos (clínicos) associados aos transtornos mentais (eixo III), os fatores estressores associados (eixo IV), e a mensuração do funcionamento global do paciente no ano prévio à avaliação em escala numérica (eixo V).

O eixo IV do novo modelo foi criado para se comunicar os estressores psicossociais enfrentados pelos pacientes no momento do diagnóstico ou algum tempo antes do mesmo. O racional nessa situação consiste no fato de que tais descrições seriam de ajuda na identificação de potenciais fatores etiológicos que afetariam cada paciente em separado, ajudando a prever o prognóstico. Os autores da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais chegaram a avançar a hipótese de que quanto maior fosse o estresse psicossocial que afligisse determinado paciente, melhor seria o desfecho, dada a concepção de que tais estressores seriam temporários ou remissíveis (APA,1980). Tal concepção foi posteriormente abandonada, pois logo se observou que maior carga de estresse associava-se a prognósticos mais reservados (ZIMMERMAN et al.,1987).

Em sua forma primeira, o título do eixo IV do DSM-III foi denominado “severidade de estressores psicossociais” (APA, 1980). Os clínicos passaram a ser responsáveis pela identificação e mensuração da gravidade do estresse geral sofrido pelo paciente. O avaliador era instruído para assinalar o maior estressor relacionado ao transtorno diagnosticado e a assinalar seu impacto

num gráfico de linha contínua entre 1 (nenhum impacto) e 7 (impacto catastrófico). Era atribuição dos avaliadores julgar a qualidade e a intensidade do estresse sofrido pelo paciente a partir do suposto impacto que o referido estressor teria sobre um indivíduo sem transtorno mental ou psicológico. A opção por esse método tinha uma dupla intenção: primeiramente, evitar que se atribuísse alto teor de estresse aos pacientes com disposição ansiosa elevada (evitando assim que suas próprias vulnerabilidades exagerassem a magnitude de suas percepções sobre o estresse sofrido); e em segundo lugar, avaliar o mais objetivamente possível eventos que seriam universalmente aflitivos para qualquer indivíduo, com ou sem doença psiquiátrica (SKODOL et al. 1989)

Este modelo de avaliação sofreu críticas importantes devido à dificuldade de se atingir tanto confiabilidade como validade de construto. Primeiramente, em relação à confiabilidade inter-avaliador, o sistema falhou em dar instruções integrais ao clínico que o empregava, sobre como o estressor seria avaliado e de que forma era considerado pelo indivíduo avaliado (desejável ou indesejável). Além disso, o DSM-III não oferecia instruções sobre como julgar a diferença entre estressor crônico ou estressor agudo e sobre como considerar pequenos estressores em oposição a grandes estressores menos frequentes (ZIMMERMAN et al, 1987). Devido a tal ambiguidade era difícil para avaliadores independentes inicialmente concordar com o “maior estressor” de um determinado paciente e depois mensurá-lo dentro do esquema anteriormente descrito. Estudos que mensuravam a confiabilidade inter-avaliador demonstraram coeficientes de até 0.25 (REY et al., 1988)

A validade do eixo IV também foi contestada, ainda que de forma menos consistente do que a confiabilidade. Poucos clínicos passaram a ignorar a perspectiva de que fatores estressores de vida possuíam valor genuíno no desencadeamento e na determinação do surgimento e da progressão dos transtornos mentais. Contudo, passou-se a observar com certa frequência que, principalmente entre os clínicos mais jovens e menos experientes, havia confusão em se distinguir quando um estressor era causa de fato ou se constituía uma consequência ou epifenômeno do próprio quadro clínico do paciente (MONCUR & LUTHRA, 2009).

Apesar desses achados, foi logo verificado que a gravidade do escore de estresse correlacionava-se de fato com o prognóstico. Ao contrário do que se acreditava inicialmente, maiores escores de estresse prediziam curso mais prolongado de hospitalizações e pior prognóstico global de pacientes deprimidos (ZIMMERMAN et al., 1987).

Também se verificou, na mesma época, que a gravidade de estressores correlacionava-se com maior probabilidade de encontrar-se alterações no teste de supressão da dexametasona em pacientes deprimidos. Tal achado foi recebido de forma entusiástica, pois sugeria que o eixo IV e sua codificação prediziam anormalidades no eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, o que classicamente (conforme Selye) seria um dos componentes da resposta fisiológica ao estresse (MONCUR & LUTHRA, 2009).

De qualquer forma, com a confiabilidade geral considerada pobre e a validade ainda sujeita a várias dúvidas, a aceitação do eixo IV foi lenta. Na sua introdução, apenas 38% dos avaliadores relataram empregar suas diretrizes sem restrições e, anos depois de sua introdução, apenas 14% dos psiquiatras havia de fato integrado este eixo diagnóstico em sua prática diária (MONCUR & LUTHRA, 2009).

No caminho para o DSM-IV ficou claro que uma profunda revisão do DSM-III era necessária para que sua aceitação e emprego fossem aumentados. Dessa forma no DSM-III revisado (DSM-IV-R) houve a inclusão da recomendação de listar até quatro estressores significativos em cada caso e de classificá-los em agudos ou crônicos (APA, 1987).

Em 1994, ocorre então a publicação do DSM-IV com grandes modificações do eixo IV. Os autores atualmente aboliram a escala de mensuração do estressor psicossocial em favor de uma *Listagem de Problemas Psico-sociais e Ambientais* agregados ao diagnóstico dos outros eixos (APA, 1994). Avaliadores não eram mais orientados a identificar quatro ou outro número qualquer de estressores presentes na avaliação dos pacientes, porém eram encorajados a listar todos os fatores estressores que estiveram presentes e afetaram o paciente de alguma forma durante o ano anterior a avaliação. Surgiu também uma classificação desses estressores em grandes categorias como ilustrado anteriormente (tabela 1).

Assim, o DSM-IV e sua sequência, o DSM-IV-TR, renovam a orientação para que os clínicos assinalem a maioria dos estressores que estariam presentes a cada diagnóstico no ano anterior do mesmo. Solicitam também que não seja mais dada ênfase à diferenciação do estressor em agudo ou crônico. Importante é o fato do manual agora eliminar o requisito de que os estressores sejam considerados de uma perspectiva alheia ao paciente. Os estressores que eventualmente tenham contribuído para a eclosão da doença assim como aqueles que podem ter se originado do próprio transtorno, são codificados. (APA, 1994). A classificação psiquiátrica em vigor, subdividida em quatro eixos e seus respectivos modos de aferição, está descrita na tabela 2 (APA, 2000).

**Tabela 2. Eixos do DSM-IV e Respective Modos de Aferição**

Eixo I	Transtornos Clínicos	Diagnóstico Categorial do DSM-IV
Eixo II	Personalidade e Retardo Mental	Diagnóstico Categorial do DSM-IV
Eixo III	Comorbidades Clínicas	Diagnóstico Categorial da CID-10
Eixo IV	Fatores Estressores de Vida	Lista Estruturada em Temas
Eixo V	Funcionamento Social	Escala Estruturada*

\*GAF: Global Assessment Functioning: pontuada de 0 a 100.

Ainda há reduzido número de trabalhos e de discussão na literatura médica especializada sobre o eixo IV do DSM-IV. Possivelmente este fato ocorre devido à subjetividade inerente que existe nesse eixo. É interessante que, apesar desse abandono, as doenças psiquiátricas hoje em dia são consideradas sob a ótica de um modelo de causação bio-psico-social. O modelo estresse-diátese correlaciona-se integralmente com um modelo de disregulação psicofisiológica e dá lugar para investigações futuras sobre o real papel do estresse na eclosão dos transtornos mentais. De qualquer forma, a oportunidade de se identificar tais variáveis em um diagnóstico individual multi-axial encoraja os psiquiatras a fazer (ou tentar) uma investigação mais profunda sobre as circunstâncias sociais e psicológicas em que um transtorno mental ocorre.

Hoje há algumas assunções interessantes que envolvem a presença de variáveis estressoras na identificação ou confecção de um diagnóstico clínico psiquiátrico. Por exemplo, uma carga de estresse importante imediatamente antes do surgimento de um transtorno, faz o clínico pensar em uma etiologia

não-endógena da doença em questão, pois o mesmo clínico tende a pensar que a doença é *reativa* (SCHRADER et al., 1986).

Seguindo essa linha de pensamento, Fujikawa et al. (1997) compararam pacientes com depressão maior tardia (idade de início acima de 60 anos) com e sem infartos cerebrais, associando-os a fatores estressores do eixo IV do DSM-IV e verificaram que indivíduos sem infartos apresentaram maiores escores de estresse, corroborando esta concepção clínica tradicional.

O conhecimento dos fatores estressores de vida ajudam o clínico no manuseio do paciente no dia a dia da sua prática psiquiátrica. A identificação de estressores auxilia os profissionais da equipe de saúde a identificar soluções direcionadas para certos problemas encontrados. A indicação de terapias não farmacológicas pode ser subsidiada pela descrição dos fatores estressores da listagem do DSM-IV (ZIMMERMAN et al. 1987).

#### **1.5.6 Aferição dos Eventos de Vida Produtores de Estresse na Pesquisa**

Dohrenwend (2006) numa revisão extensa estuda os eventos de vida produtores de estresse com a preocupação a respeito de sua validade. Sua reflexão identifica grande variação na confiabilidade dessas aferições, porém os autores não duvidam da utilidade dos fatores estressores como construtos válidos para a pesquisa. Outrossim fazem interrogações sobre moderadores (*buffers*) que devem ser estudados e que seriam, segundo sua consideração, responsáveis possíveis pelas variações existentes.

Pesquisas sobre os eventos de vida produtores de estresse têm sido conduzidas em estudos no Brasil e no mundo principalmente de duas formas: com o emprego de escalas estruturadas ou com o uso de perguntas simples, breves e diretas, que nos questionários multidimensionais são denominados comumente de eventos de vida produtores de estresse, tradução do inglês *stressful life events*. O período de referência utilizado para a ocorrência do evento é geralmente os 12 meses anteriores ao da coleta de informações (BRUGHA & CRAGG 1990; ROOHAFZA et al., 2011).

No Brasil foi conduzido estudo de confiabilidade teste-reteste em duas etapas para a lista de eventos de vida produtores de estresse adotada aqui, em uma população de trabalhadores de uma universidade no Rio de Janeiro, com resultados revelando uma confiabilidade de “substancial” a “quase perfeita” (kappa entre 0,62 e 1,00) nas questões referentes a: internação hospitalar, falecimento de pessoa próxima, dificuldades financeiras, rompimento de relação amorosa e ter sofrido assalto ou roubo. Para a maioria dos eventos houve diferenças importantes nos valores de kappa segundo o grau de escolaridade dos respondentes, sendo que o grupo de maior escolaridade foi aquele que apresentou melhores kappas (LOPES & FAERSTEIN, 2001).

Entre os fatores sociais identificados no país como os mais importantes na determinação dos transtornos mentais estão o gênero feminino, estado civil solteiro ou separado e menor nível sócio-econômico (ANDREOLI et al., 2000). Tais fatores se associam e funcionam como moduladores de eventos de vida produtores de estresse já estabelecidos, por influenciar incidência e curso de alguns transtornos mentais (KENDLER et al., 1999; KENDLER et al., 2004).

Com o aumento dos estudos epidemiológicos em saúde mental, confere-se progressivamente maior destaque na pesquisa ao papel de todas as variáveis sociais mensuráveis na produção e manutenção dos transtornos mentais (ZIMMERMAN et al., 1985). O estresse, sob a denominação de eventos de vida produtores de estresse (EVPE), passou a ser objeto de estudo em larga escala (HOROWITZ et al., 1977). Seu estudo acompanha o desenvolvimento da padronização de instrumentos confiáveis para o diagnóstico em saúde mental (ANDREOLI et al., 2000).

## 1.6 Acidentes de Trabalho

Segundo Guimarães et al. (2006), é a partir da revolução industrial, com o advento da utilização de novas fontes de energia e com a transformação das relações de trabalho, que os acidentes profissionais passam a ser objeto de preocupação social. Atualmente, mesmo com melhoras nas condições de



trabalho e produção, os acidentes permanecem sendo objeto de pesquisa da epidemiologia por serem de grande importância para saúde pública.

As estatísticas de acidentes de trabalho no mundo são alarmantes. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a cada ano, aproximadamente 240 milhões de acidentes de trabalho são registrados e 160 milhões de doenças ocupacionais notificadas. O custo econômico destas estatísticas chegaria a 4% do Produto Bruto mundial.

No Brasil, de acordo com as estatísticas do Ministério da Previdência Social, foram registrados, em 2005, 491.711 acidentes de trabalho, distribuídos entre acidentes típicos (393.921), de trajeto (67.456) e doenças do trabalho (30.334).

O impacto social e econômico dos acidentes de trabalho está estreitamente vinculado ao seu potencial de provocar mortes e incapacidades, particularmente por se concentrarem nas faixas etárias economicamente ativas. Na medida em que atingem a saúde física e mental do trabalhador e levam a perda do sustento familiar, os custos econômicos e sociais indiretos são difíceis de calcular (SANTANA et al., 2003).

Lima et al. (1999) ressaltam que para estudar a determinação dos acidentes de trabalho é necessário analisar os riscos ocupacionais, uma vez que eles favorecem o acontecimento de acidentes, sofrimentos e doenças que atingem a saúde dos trabalhadores.

É de particular interesse a adoção da classificação que, já em 1973, a OMS passa a empregar, incluindo entre os riscos associados ao trabalho aqueles de natureza física, química, mecânica e psicossocial (OIT, 1981).

Em relação aos riscos psicossociais ligados ao tipo de trabalho, vigoram principalmente o trabalho em turnos, os ritmos de trabalho exaustivos ou impróprios, a falta de apoio social no ambiente profissional e o tipo de trabalho em si, que pode envolver experiências difíceis ou traumáticas (TEIXEIRA & FREITAS, 2003).

Há poucos estudos que relacionam a morbidade psiquiátrica menor com acidentes ou agravos profissionais. No Brasil, Faria et al. (1999) identificaram a associação de MPM em agricultores da Serra Gaúcha com a ocorrência de intoxicação por agrotóxicos, porém os próprios autores consideram a

dificuldade em definir com exatidão a direção desta associação, uma vez que seu estudo é de delineamento seccional.

## 2. JUSTIFICATIVA

Uma intervenção adequada nos processos de trabalho em saúde, que tenha como objetivo a melhora da saúde do trabalhador, necessita de informações sistematizadas sobre a situação de seus profissionais, que ainda são escassas.

O estudo proposto pretende contribuir para o entendimento da existência e das relações entre a MPM e o trabalho em uma instituição de saúde. Seu resultado poderá contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e assistência a esta população específica (BOURDONNAIS et al., 2006).

Grande número de centros de pesquisa e empresas em todo o mundo está desenvolvendo pesquisas que avaliam a real situação dos seus trabalhadores a fim de que medidas de prevenção, assistência e reabilitação sejam implantadas, e com isso, sua produtividade e excelência.

Este estudo se insere na linha de pesquisa de “Epidemiologia Clínica” do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do IPEC/Fiocruz. A presente dissertação origina-se de um sub-projeto de projeto mais amplo, ambos aprovados pelo CEP/IPEC e cuja continuidade representa uma responsabilidade ética com estes trabalhadores da área de Doenças Infecciosas.

Permitirá gerar informações relevantes sobre o escopo de instrumentos habitualmente utilizados em *screening* de saúde mental, além de potenciais associações de fatores estressores de vida com MPM e aspectos laborais, como os acidentes de trabalho.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a morbidade psiquiátrica menor em trabalhadores da área de doenças infecciosas do IPEC.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Calcular a prevalência da morbidade psiquiátrica menor em trabalhadores da área de doenças infecciosas do IPEC.
2. Descrever o perfil sócio-demográfico e identificar fatores associados à morbidade psiquiátrica menor em trabalhadores na área de doenças infecciosas do IPEC.
3. Investigar a associação entre morbidade psiquiátrica menor e a exposição a eventos de vida produtores de estresse nos últimos 12 meses.
4. Investigar a associação entre morbidade psiquiátrica menor e algumas variáveis relacionadas ao trabalho.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Delineamento do Estudo

Estudo seccional. Realizado por meio de questionário estruturado e de auto-preenchimento, aplicado com apoio de pessoal treinado.

### 4.2 Casuística

A coleta de dados já foi realizada para este estudo, no ano de 2005, âmbito do projeto “Estudo Longitudinal em Trabalhadores do IPEC (PROSEC)” coordenado pelas orientadoras da presente dissertação de mestrado. Naquele projeto, todos os 497 trabalhadores que prestavam serviços no IPEC foram considerados elegíveis para o estudo, incluindo servidores, bolsistas, pesquisadores visitantes, terceirizados, cooperados e FENEIS (portadores de deficiência auditiva) foram listados pelo setor de Recursos Humanos (RH) do IPEC. A cada indivíduo foi associado um número de registro (código) aleatório. Foram excluídos do estudo os indivíduos com permanência prevista no IPEC menor do que dois anos. O questionário foi aplicado em 424 trabalhadores do IPEC que concordaram em participar do estudo, totalizando 85,3% da população alvo. Na ocasião, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 4.3 Instrumentos e Variáveis de Interesse

Foram avaliados os dados específicos ao objeto de investigação do presente projeto, que estão sub-contidos nas questões relativas à saúde do

trabalhador no questionário aplicado. Variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, cor (branca, negra, parda ou amarela), renda familiar líquida no último mês em reais (R\$), escolaridade (até segundo grau completo e universitário incompleto ou mais), situação conjugal (casado/mora junto e vive só) e religião com a qual se identifica (sim/não). Tabagismo (fumo atual e dependência de tabaco pelo teste de tolerância de Fargeström) e uso abusivo de álcool (utilizando o questionário CAGE). Variáveis laborais: ocupação segundo a classificação brasileira de ocupações – grandes grupos (MTE, 2002), tempo em anos de trabalho no IPEC, plantão noturno atual e licença médica relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses.

ACIDENTES DE TRABALHO – eventos sofridos nos últimos 12 meses durante atividade de trabalho no IPEC. Os seguintes tipos foram investigados, com opção de resposta dicotômica (SIM/NÃO): perfuração com agulha, corte, queimadura, choque elétrico, distensão muscular, envenenamento/intoxicação e fraturas, entorse ou luxação.

GHQ-12– General Health Questionnaire – Proposto por Goldberg em 1972 (GOLDBERG & WILLIAMS, 1978), foi traduzido e validado por Mari & Williams (1985). É um instrumento de auto-avaliação, constituído por 12 itens, desenvolvido para detectar transtornos psiquiátricos não psicóticos e identificar casos potenciais destes transtornos na população geral não clínica. Cada item da escala é respondido levando-se em conta o quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos nas últimas duas semanas, sendo suas respostas dadas em uma escala *likert* de quatro categorias, graduados da seguinte forma: na ausência de sintomas ou quando permanecem como de costume (escore=0) e na presença de sintomas (escore=1) (Anexo 1).

Vários estudos nacionais comprovaram os bons índices psicométricos deste instrumento. Destaca-se o estudo de Sarriera, Schwarcz e Câmara (1996) que identificou boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,80) para o conjunto total dos itens, o estudo de Borges e Argolo (2002) que confirmou a validade discriminante e convergente e o estudo de Gouveia et al (2003) que comprovou a validade convergente do instrumento para a avaliação de saúde mental.

Foi utilizado o ponto de corte igual ou superior a cinco ( $\geq 5$ ) para reduzir a proporção de falso-positivos, considerando a alta escolaridade da amostra estudada (Bell et al. 2005).

Tabagismo – Uso atual de tabaco e dependência avaliada pelo questionário de tolerância de Fagerström, que gradua sua intensidade. Este questionário é constituído por seis questões e escores iguais ou superiores a sete ( $\geq 7$ ) indicam dependência de tabaco (Malbergier, 2005) (ver anexo 2). Estudos demonstram associação entre tabagismo e prevalência aumentada da quase totalidade dos transtornos psiquiátricos.

CAGE – Questionário muito empregado para avaliar o consumo de álcool e desordens relacionadas ao álcool na população (AMARAL & MALBERGIER, 2004). É constituído por quatro questões referentes ao acrônimo *Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener* (*cut down* - alguma vez o (a) senhor (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?; *annoyed* – as pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?; *guilty* – o (a) senhor (a) se sente chateado (a) consigo mesmo (a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?; *eye-opener* – costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?) (ver anexo 3).

Este questionário é usado com um ponto de corte de duas perguntas afirmativas sugerindo *screening* positivo para abuso ou dependência de álcool. No Brasil sua validação foi feita em 1983 por Mansur e Monteiro, que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% (PAZ FILHO et al., 2001)

Eventos Estressores do DSM-IV - Lista de eventos estressores que o indivíduo possa ter sofrido nos últimos 12 meses antes da investigação. A correlação entre tais eventos, se presentes, e a morbidade psiquiátrica menor, é positiva. A confiabilidade em amostra semelhante àquela do presente estudo foi considerada excelente (LOPES CS et al., 2003). Utilizada rotineiramente na psiquiatria para a classificação multiaxial dos transtornos mentais pelo Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, DSM-IV (APA, 2000) (Anexo 4).

## 4.4 Considerações Éticas

Esta dissertação é um subprojeto do Projeto “Estudo Longitudinal em Trabalhadores do IPEC” aprovado no CEP/IPEC sob o número 0024.0.009.000-03. Este subprojeto foi aprovado no CEP/IPEC (CAE nº 0013.0.009.000-10) em abril de 2010 (Anexo 5) e foi assinado um termo de sigilo para as informações contidas no banco de dados (Anexo 6).

## 4.5 Análise Estatística

O banco de dados foi re-editado para cálculo dos escores e criação das seguintes variáveis: GHQ alterado, teste de tolerância de Fagerström e CAGE. Foram recodificadas algumas variáveis categóricas para dicotômicas, tais como: eventos estressores do DSM-IV-R, plantão atual e licença médica. A idade foi calculada a partir da data de nascimento e recodificada em faixas etárias a partir da distribuição em quartis.

A variável ocupação foi elaborada a partir da recodificação em três categorias dos grandes grupos da classificação brasileira de ocupações (MTE, 2002): a) nível superior – grandes grupos 1 e 2; b) técnico especializado – grande grupo 3; c) não especializados – grandes grupos 4 a 9.

Inicialmente foram descritas as freqüências simples com respectivos intervalos de confiança de 95% das características sócio-demográficas, laborais, eventos estressores do DSM-IV, uso de tabaco e dependência de álcool segundo o resultado do GHQ alterado (ponto de corte igual ou superior a cinco), isto é caso potencial de morbidade psiquiátrica menor (MPM). Mediana e intervalos interquartis foram apresentados para as seguintes variáveis relacionadas ao trabalho: idade que começou a trabalhar, tempo de trabalho no IPEC e carga horária semanal.

Distribuições percentuais entre grupos de interesse foram calculadas, e potenciais associações entre variáveis independentes (sócio-demográficas,



laborais, uso de tabaco, dependência de álcool e eventos estressores do DSM-IVR) segundo a presença de morbidade psiquiátrica menor nos últimos quinze dias foram avaliadas empregando as *odds-ratio* com respectivos IC de 95% (REICHENHEIM & COUTINHO, 2010).

Finalmente, a regressão logística múltipla foi realizada incluindo sexo e faixa etária, além das variáveis que estiveram associadas ao GHQ alterado (ponto de corte igual ou superior a cinco), na análise bivariada no nível de 10%. Utilizou-se o método *stepwise (backward)* de seleção, estatística Wald com nível de significância de 0,05 para a permanência no modelo final.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS WIN 17.0 (SPSS Inc, 2007).

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Características da População do Estudo

A amostra consistiu de 404 indivíduos que responderam o questionário GHQ completo, maioria de mulheres, com média de 37,5 anos de idade (26 - 35 anos), escolaridade superior incompleto ou maior, cor branca, que referiu identificação com alguma religião. Cerca de dois terços exerciam ocupação de nível superior ou técnico especializado e referiram renda familiar mensal acima de 1500 reais. A mediana da idade de início de trabalho foi de 18 anos (variando de 16 a 21 anos), com cerca de quatro anos de atividade atual (variando de dois a nove anos) e carga horária semanal de 40 horas.

A prevalência de GHQ alterado (ponto de corte igual ou superior a cinco) foi de 13%.

### 5.2 Análises bivariadas

Morbidade psiquiátrica menor esteve associada a sexo feminino e instrução superior incompleto ou maior. A pontuação do GHQ não diferiu segundo tabagismo e abuso de álcool, bem como foi independente de cor, renda, faixa etária, religião e situação conjugal (tabela 3).

Tabela 3: Características sócio-demográficas associadas à Morbidade Psiquiátrica Menor (GHQ  $\geq$  5) em trabalhadores da área de saúde, 2004-2005

Variáveis sociodemográficas	GHQ $\geq$ 5		GHQ < 5		OR Bruta	IC 95%
	n	%	n	%		
<i>Sexo</i>						
Masculino	10	18,5	115	33,1	1	
Feminino	44	81,5	232	66,9	2,18	1,06 - 4,49
<i>Faixa etária</i>						
$\geq$ 46 anos	11	20,8	89	26,3	1	
36 - 45 anos	12	22,6	88	26,0	1,10	0,46 - 2,63
26 - 35 anos	18	34,0	93	27,5	1,57	0,70 - 3,50
$\leq$ 25 anos	12	22,6	68	20,1	1,43	0,59 - 3,43
<i>Instrução</i>						
até ensino médio	8	15,7	113	32,7	1	
$\geq$ superior	43	84,3	233	67,3	2,61	1,19 - 5,73
<i>Cor</i>						
Branca	30	57,7	198	57,1	1	
não branca	22	42,3	149	42,9	0,97	0,54 - 1,76
<i>Situação Conjugal</i>						
Casado/mora junto	23	44,2	165	48,4	1	
Vive só	29	55,8	176	51,6	1,18	0,66 - 2,13
<i>Religião atual</i>						
Sim	44	84,6	298	86,1	1	
Não	8	15,4	48	13,9	1,13	0,50 - 2,54
<i>Renda</i>						
$\geq$ R\$ 3001,00	15	28,3	117	34,0	1	
R\$ 1501,00 a 3000,00	15	28,3	105	30,5	1,11	0,52 - 2,39
$\leq$ R\$ 1500,00	23	43,4	122	35,5	1,47	0,73 - 2,96
<i>Tabagismo</i>						
fumo atual e Fagerström >7	2	3,9	12	3,7	0,94	0,20 - 4,38
fumo atual e Fagerström $\leq$ 7	4	7,8	39	11,9	0,58	0,20 - 1,72
ex-fumante	8	15,7	67	20,5	0,67	0,30 - 1,52
nunca fumou	37	72,5	209	63,9	1	
<i>Álcool</i>						
CAGE negativo (< 2)	30	85,7	159	74,3	1	
CAGE positivo ( $\geq$ 2)	5	14,3	55	25,7	0,48	0,18 - 1,30

GHQ-12: General Health Questionnaire - 12 itens; OR: Odds Ratio; IC 95% Intervalo de confiança 95%

As chances de MPM foram maiores em indivíduos que referiram problemas financeiros mais graves do que os habituais ou mudança forçada de domicílio nos 12 meses que precederam a entrevista GHQ, assim como nos indivíduos que referiram discriminação de gênero (tabela 4).

Tabela 4: Associação entre eventos de vida estressores nos últimos 12 meses e morbidade psiquiátrica menor (GHQ  $\geq$  5), em trabalhadores de saúde, 2004-2005.

Eventos de vida estressores nos últimos 12 meses	GHQ $\geq$ 5		GHQ < 5		OR Bruta	IC 95%
	n	%	n	%		
Problemas de saúde	8	14,5	50	14,3	1,02	0,45 - 2,28
Internação Hospitalar	7	12,7	26	7,4	1,81	0,75 - 4,40
Falecimento pessoa próxima	9	16,7	44	12,6	1,39	0,63 - 3,03
Dificuldades financeiras	32	58,2	119	34,1	2,69	1,51 - 4,80
Mudança forçada de domicílio	8	14,5	18	5,2	3,13	1,29 - 7,60
Separação	12	21,8	46	13,2	1,84	0,90 - 3,74
Violência sofrida	8	14,5	30	8,6	1,81	0,78 - 4,18
Agressão física	1	1,8	14	4,0	0,44	0,06 - 3,44
Discriminação						
Raça	2	3,6	8	2,3	1,60	0,33 - 7,74
Gênero	5	9,3	11	3,2	3,13	1,04 - 9,38
Culto religioso	7	13,0	23	6,6	2,10	0,85 - 5,16
Preferência sexual	-	-	4	1,2	NA	
Doença	-	-	10	2,9	NA	
Idade	2	3,7	14	4,0	0,92	0,20 - 4,14
Condição sócio-econômica	3	5,6	23	6,6	0,83	0,24 - 2,86
Ferido por arma de fogo/branca	1	1,8	4	1,2	1,58	0,17 - 14,43
Presenciou ferimento arma fogo/branca	3	5,5	26	7,5	0,71	0,21 - 2,44

GHQ-12: General Health Questionnaire - 12 itens; OR: Odds Ratio; IC 95% Intervalo de confiança 95%; NA: Não Aplicável

O tipo de ocupação exercida não esteve associado à MPM, nem o trabalho em regime de plantão ao longo da vida. A solicitação de licença médica no ano anterior à pesquisa também não revelou associação. As chances de MPM foram cerca de duas a quatro vezes maiores naqueles indivíduos que sofreram distensão muscular ou queimaduras nos 12 meses anteriores à aplicação do GHQ. Os demais acidentes de trabalho não estiveram associados ao GHQ alterado (tabela 5).

Tabela 5: Associação entre variáveis relacionadas ao trabalho e morbidade psiquiátrica menor (GHQ  $\geq$  5) em trabalhadores de saúde, 2004-2005

Acidente/fatores do trabalho	GHQ $\geq$ 5		GHQ < 5		OR Bruta	IC 95%
	n	%	n	%		
<i>Acidente de trabalho</i>						
Perfuração por agulha	1	2,0	11	3,5	0,58	0,07 - 4,58
Perfuração por outro objeto	-	-	3	1,0	NA	
Corte	1	2	16	5,1	0,38	0,05 - 2,93
Queimadura	3	5,9	4	1,3	4,78	1,04 - 22,03
Choque elétrico	2	4,0	4	1,3	3,20	0,57 - 17,94
Distensão muscular	8	15,7	23	7,2	2,39	1,00 - 5,67
Fratura / entorse / luxação	1	2,0	10	3,2	0,62	0,08 - 4,94
Envenenamento/intoxicação	1	2,0	1	0,3	6,50	0,40 - 105,66
Outros	3	6,8	11	3,9	1,78	0,48 - 6,66
<i>Plantão ao longo da vida</i>						
Não	34	63,0	212	62,2	1	
Sim	20	37,0	129	37,8	0,97	0,53 - 1,75
<i>Licença de saúde</i>						
Não	44	81,5	313	90,2	1	
Sim	10	18,5	34	9,8	2,09	0,97 - 4,53
<i>Ocupação pelo CBO</i>						
dirigentes e profissionais técnicos nível médio e administrativos	24	48,0	127	40,7	1	
trabalhadores não especializados	20	40,0	133	42,6	0,80	0,42-1,51
	6	12,0	52	16,7	0,61	0,24- 1,58

GHQ-12: General Health Questionnaire - 12 itens; OR: Odds Ratio; IC 95% Intervalo de confiança 95%; NA: Não Aplicável.

### 5.3 Análise da Regressão Logística Múltipla

A variável idade ainda que não associada inicialmente, foi incluída no modelo logístico múltiplo devido à sua importância na distribuição da MPM, e para ajustar o desbalanceamento de sua distribuição na nossa amostra. Perderam significância estatística o sexo, os acidentes de trabalho e a discriminação de gênero.

Permaneceram no modelo associados à MPM as outras variáveis que eram significativas antes do ajuste, ou seja: grau de instrução superior incompleto ou maior, e os seguintes eventos estressores: dificuldades financeiras mais graves do que as habituais, e mudança forçada de domicílio nos últimos 12 meses (tabela 6).

Tabela 6. Fatores associados a morbidade psiquiátrica menor ( $\text{GHQ} \geq 5$ ) em trabalhadores de saúde (2004 - 2005): resultados da análise de regressão logística múltipla

Variáveis	OR Bruta	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
<i>Sexo</i>				
Masculino	1		1	
Feminino	2,18	1,06 - 4,49	1,54	0,70 - 3,36
<i>Faixa etária</i>				
$\geq 46$ anos	1		1	
36 - 45 anos	1,10	0,46 - 2,63	1,09	0,38 - 3,07
26 - 35 anos	1,57	0,70 - 3,50	1,21	0,46 - 3,14
$\leq 25$ anos	1,43	0,59 - 3,43	1,52	0,54 - 4,28
<i>Instrução</i>				
até ensino médio	1		1	
$\geq$ superior	2,61	1,19 - 5,73	3,95	1,48 - 10,59
<i>Evento estressor</i>				
Dificuldade financeira	2,69	1,51 - 4,80	2,80	1,37 - 5,69
Mudança forçada de domicílio	3,13	1,29 - 7,60	3,32	1,18 - 9,38
Discriminação de gênero	3,13	1,04 - 9,38	2,76	0,75 - 10,18
<i>Acidente de trabalho</i>				
Queimadura	4,78	1,04 - 22,03	2,35	0,38 - 14,61
Distensão muscular	2,39	1,00 - 5,67	1,70	0,61 - 4,73

GHQ-12: General Health Questionnaire - 12 itens; OR: Odds Ratio; IC 95% Intervalo de confiança 95%; NA: Não Aplicável

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho caracterizaram um perfil dos trabalhadores em uma instituição de saúde. Identificaram-se eventos estressores relativos à dificuldade financeira associados à MPM nessa população de trabalhadores da área de saúde.

Na nossa amostra os indicadores sócio-demográficos distinguem essa população de trabalhadores como sendo predominantemente do sexo feminino, de nível educacional elevado comparado à população de mesma faixa etária na região sudeste (IBGE, 2010). O tempo mediano de trabalho na instituição sendo de quatro anos poderia indicar uma população que em sua maioria apresenta estabilidade empregatícia. A prevalência de MPM de 13,0% foi menor do que as encontradas em outros estudos que utilizaram pontos de corte menos específicos (2/3 ou 3/4): 17% (COUTINHO, 1995); 24,1% (MARAGNO et al., 2006) e 17% (MARIN-LEÓN et al., 2007). Em nossa amostra, quando utilizamos o ponto de corte 3/4, a prevalência foi de 19,1 %.

A associação entre MPM e problemas financeiros tem sido estudada diretamente, devido à importância social crescente deste tema.

Anselmi et al. (2008), em um estudo seccional aninhado à coorte dos nascidos vivos em Pelotas em 1982, detectaram prevalência geral mais alta, de 28% de MPM (n=4297). O risco desta morbidade foi de 1,5 entre homens e mulheres pobres comparados aos que nunca foram pobres ( $p < 0,001$ ). Entre as mulheres, ter sido pobre na infância ( $p < 0,001$ ) e ter cor da pele preta ou parda ( $p = 0,002$ ) também elevou o risco de MPM.

Ainda em Pelotas, Lima et. al. (1996) verificaram uma prevalência de MPM (a que denominam transtornos mentais comuns) de 22,7%. Nessa população, a presença de todos os eventos de vida produtores de estresse estudados associou-se positivamente a MPM, à exceção de migração e acidentes. Também verificaram que a ocorrência de MPM aumentou linearmente com o número de eventos de vida produtores de estresse concorrentes.

Em consonância com nossos resultados Lopes et al. (2003) identificaram dois eventos estressores associados com MPM: problemas financeiros graves (OR 2,6 IC95% 2,2-3,0) e mudança forçada de moradia (OR=1,9 IC95% 1,5-2,4) (em nosso estudo: problemas financeiros graves OR 2,80 (IC95% 1,37-5,69) e mudança forçada de domicílio nos últimos 12 meses OR 3,32 (IC95% 1,18-9,39). Estas são informações relevantes considerando também a confiabilidade muito boa identificada em estudo anterior daquele grupo (Lopes & Faerstein, 2001). Por outro lado, um importante estressor comumente encontrado em estudos similares ao nosso, mas que não se mostrou associado à MPM no nosso estudo foi “ter sofrido ou presenciado violência”, muito provavelmente devido ao ponto de corte adotado.

Brown et al. (2005) relataram uma diferença estatisticamente significativa na proporção MPM avaliada segundo o GHQ-12, entre indivíduos com e sem problemas financeiros ( $p < 0,001$ ). O mesmo estudo também identificou que a presença de endividamento individual reduz a probabilidade de alcançar o escore máximo do GHQ-12 em 6% ( $p < 0,001$ ), e que a presença de endividamento domiciliar reduz tal probabilidade em 5% ( $p < 0,001$ ). Os autores, contudo, avaliam que o significado prático destes últimos achados, mas não do achado primário, é controverso.

Laaksonen et al. (2007), usando dados de duas amostras de funcionários públicos da Inglaterra e da Finlândia (o *British Whitehall Study II* e o *Helsinki Health Study* respectivamente), encontraram forte associação entre dificuldades financeiras presentes ou passadas e MPM segundo o GHQ-12: OR 3,29 (IC95% 2,60-4,17) mulheres/Finlândia; OR 2,65 (IC95% 1,47-4,78) homens/Finlândia; OR 1,73 (IC95% 0,95-3,16) mulheres/Inglaterra; e OR 2,48 (IC95% 1,63-3,76) homens/Inglaterra. Este estudo não encontrou associações entre MPM segundo o GHQ-12 e outros indicadores sócio-demográficos comumente associados a esta morbidade, como educação e renda.

Vinamäki et al. (1995) encontraram associação entre a existência de empréstimos domiciliares elevados e menor bem-estar psicológico avaliado também pelo GHQ-12. Hintikka et al. (1998) em inquérito populacional na Finlândia ( $n=4868$ ) também identificou que indivíduos com dificuldades financeiras nos últimos 12 meses prévios a avaliação eram mais propensos a apresentar morbidade psiquiátrica do que aqueles que não relataram tais



dificuldades (37% vs 16%). Este último estudo também utilizou-se do GHQ-12 para avaliar o seu desfecho.

Ainda em relação a fatores estressores de ordem financeira, Roberts et al. (2000) estudaram uma população de estudantes universitários ingleses visando associação entre tais estressores e a saúde física e mental. Utilizando como medida desta última o GHQ-12, indivíduos que consideraram abandonar os estudos devido a problemas financeiros exibiram piores escores no GHQ ( $\beta=0.26$   $p<0.00005$ ). E finalmente, Weich & Lewis (1998) identificaram em um estudo de coorte de base populacional na Inglaterra ( $n=7726$ ) que dificuldades financeiras graves estavam associadas tanto com a instalação da MPM (OR 1,57 IC95% 1,19-2,07), como com a sua manutenção (OR 1,86 IC95% 1,36-2,53) segundo o GHQ-12 também.

Chances maiores de caso potencial de MPM em nossa amostra ocorreram entre os funcionários com escolaridade superior, replicando achado de outro estudo (Clark, 2003). Este resultado permaneceu mesmo controlado para outras variáveis e utilizando um ponto de corte conservador para o GHQ.

A associação com eventos estressores tem sido investigada tanto para transtornos mentais no eixo I, utilizando-se outros instrumentos, quanto com “mal-estar psicológico”, utilizando-se escalas diversas.

Jenkins et al. (2009) em inquérito populacional na Inglaterra ( $n=8580$ ) utilizando instrumentos para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos definidos (o *revised Clinical Interview Schedule*, o *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* e o *Alcohol Use Disorder Identification Test*) identificaram que indivíduos de baixa renda tinham chances duas vezes maiores de sofrer um transtorno psiquiátrico (OR 2,09 IC95% 1,68-2,59). Esta relação, contudo, atenuou-se após ajuste para endividamento referido (OR 1,58 IC95% 1,25-1,97), e desapareceu inteiramente quando outras variáveis sócio-demográficas foram incluídas no modelo múltiplo (OR 1,075 IC95% 0,77-1,48). Daqueles com diagnóstico psiquiátrico, 23% apresentavam problemas financeiros, comparados com 8% dos indivíduos sem diagnóstico, e quanto mais dívidas os indivíduos relatavam, maior a chance de apresentarem algum transtorno psiquiátrico. Os autores sinalizaram na discussão do estudo, que apesar de muitos profissionais de saúde mental assumirem que problemas financeiros e dívidas sejam consequência do transtorno mental e da

incapacidade que geralmente o acompanha, o contrário pode também ser verdadeiro, ou seja, que problemas financeiros representem um fator estressor crônico associado ao desencadeamento e manutenção de transtornos mentais.

Castro Luna et al. (2003) estudaram a associação entre diagnósticos psiquiátricos segundo a CID-10 e fatores estressantes vitais segundo o capítulo Z da própria CID-10: 171 dentre 231 indivíduos que apresentaram algum diagnóstico psiquiátrico do eixo I exibiram codificação em pelo menos um diagnóstico do capítulo Z, perfazendo um total de 74%. Os mais frequentes foram conflitos conjugais ou de relacionamento (10,8%) e perda de membro da família (8,2%). O capítulo Z da CID-10 é comparável com o eixo IV do capítulo das doenças psiquiátricas.

Sparrenberger et al. (2004) examinaram a associação entre eventos de vida produtores de estresse e o construto mal-estar psicológico, que pode ser comparável a casos de MPM, utilizando para tal a escala de faces de Andrews (n=3942). Os autores encontram associações significativas entre mal estar psicológico e a maioria dos eventos de vida produtores de estresse avaliados: morte de pessoa importante (OR 1,27 IC95% 1,05-1,55), desemprego (OR 1,96 IC95% 1,49-2,58), separação conjugal (OR 2,34 IC95% 1,66-3,30), roubo (OR 1,47 IC95% 1,05-2,05) e doença na família (OR 1,84 IC95% 1,45-2,33). Calcularam ainda eventos acumulados, com resultados para pelo menos um evento (OR 1,52 IC95% 1,20-1,92) e dois ou mais eventos (OR 2,84 IC95% 2,21-3,64).

Arraya et al. (2003) avaliaram a MPM empregando o *Clinical Interview Schedule Revised* (CIS-R) no Chile na população adulta geral, e mostraram que, para a sua amostra, uma redução recente na renda (últimos seis meses) (OR 2,14 IC95% 1,70-2,70), mas não baixa renda *per se*, associou-se a MPM no modelo final de regressão após os ajustes ( $p < 0.05$ ).

Em nosso estudo, apenas os acidentes por distensão muscular e queimadura estiveram associados à morbidade psiquiátrica menor, sem, entretanto, permanecer na análise de regressão múltipla. Contudo, como o assunto é de especial interesse visto a população estudada ser a de um hospital de doenças infecciosas, verificamos a existência de estudos que associam morbidade psiquiátrica menor com acidentes por perfuração com agulha em enfermeiros. Smith et al. (2006) conduziram estudo seccional em

enfermeiros no Japão, relacionando a ocorrência de acidente por perfuração com agulha ou outro objeto cortante nos últimos 12 meses, com variáveis sócio-demográficas e variáveis do trabalho, além de desconforto psíquico. Em relação a este último, a ocorrência de acidente por perfuração associou-se a risco significativamente aumentado (OR 1,75 IC95% 1,07-3,71). Em outro estudo (SUZUKI et al., 2005) associaram sonolência diurna com acidentes por perfuração com agulha ou outro objeto cortante nos últimos 12 meses também, e encontrando associação estatisticamente significativa entre ambas (OR 1,9 IC95% 1,13-3,13).

Gärtner et al. (2010) publicaram uma revisão sistemática sobre o impacto dos transtornos mentais comuns sobre o funcionamento laboral de enfermeiros e outros profissionais de saúde relacionados. Os autores isolaram diversas áreas de funcionamento destes profissionais, como por exemplo, erros com medicação, perfurações, enfrentamento de emoções no trabalho etc., e apresentam um quadro sinóptico relacionando estas áreas com graus de evidência que obtiveram no estudo, variando de “inconsistente” até “forte” evidência de associação. Concluem como “fortes” associações entre MPM e: erros gerais, erros com medicação e equipamento, segurança do paciente e satisfação do paciente.

A associação entre acidentes de trabalho e MPM foi detectada em outras populações trabalhadoras que não de saúde. A associação entre acidentes de trabalho e MPM foi estudada entre trabalhadores rurais da serra gaúcha por Faria et al. (1999). Estes autores encontraram forte associação entre intoxicação por agrotóxicos e morbidade psiquiátrica menor OR 2,65 (IC95%1,83- 3,86), ainda que enfatizem que não se pode definir a direção daquela associação. No mesmo estudo houve associação entre intoxicação por agrotóxicos e uso de medicamentos psiquiátricos, o que parece reforçar a consistência do achado. Em relação a acidentes de trabalho ocorridos no último ano, os autores comentam que, embora não tenha sido encontrada associação entre sua ocorrência e morbidade psiquiátrica menor ( $p= 0,09$ ), o efeito foi em direção ao risco OR 1,39 (IC95% 0,95- 2,03).

Silva et al. (2006), estudando a morbidade psiquiátrica menor entre catadores de lixo, encontraram alta prevalência desta morbidade (44,7%) em comparação com controles vizinhos (33,6%  $p<0,001$ ). Em relação aos

acidentes de trabalho, indivíduos com MPM apresentaram probabilidade aumentada de ter sofrido algum acidente recente (RP 1,6 IC95% 1,4-1,9).

Enfatizamos um aspecto original do presente estudo. Embora o ponto de corte 4/5 seja validado em estudo nacional (MARI & WILLIAMS, 1985), nenhum dos estudos brasileiros recuperados em nossa revisão utilizou-se de tal ponto de corte. Ao empregarmos este ponto de corte conservador (4/5), diminuiu-se a sensibilidade do instrumento e elevou-se sua especificidade, reduzindo-se dessa forma a probabilidade de falsos positivos. Assim procedeu-se pois há evidências de que respostas positivas a certos itens do GHQ-12, assim como escores crescentes, sugerem a existência de um gradiente de gravidade bem definido do instrumento, com três componentes: uma forma comum de mal-estar psicológico ou de desconforto psíquico; uma forma de vulnerabilidade psiquiátrica bem definida, e finalmente um terceiro componente indicativo da presença de psicopatologia atual ou pretérita bem definida (CARAVEO-ANDUAGA et al., 1998). Usando-se o ponto de corte adotado, assim, estamos mais seguros da validade de nossos achados como casos *de fato* de morbidade psiquiátrica potencial. Este critério rigoroso para MPM otimiza a especificidade e o valor preditivo positivo da escala, mantendo-se sensibilidade aceitável (PICCINELLI, 1993).

Com relação às limitações do estudo, citamos o fato de ser um estudo seccional, realizado em uma população específica de trabalhadores de um hospital da Fiocruz no Rio de Janeiro, restringindo a generalizabilidade externa à trabalhadores da área de saúde com perfil semelhante.

O delineamento seccional impede, a rigor, de definirmos uma relação de causalidade entre os eventos de vida produtores de estresse avaliados e a morbidade psiquiátrica menor (GRIMES & SCHULZ, 2002). Contudo, sendo o período de referência do GHQ duas semanas, e a informação sobre os eventos de vida produtores de estresse relacionada aos últimos 12 meses, é lícito, a nosso ver, inferir uma causalidade, se não unívoca, ao menos bastante possível.

Esta conclusão é sustentada por recente publicação de Reichenheim e Coutinho (2010). Retomando discussão sobre o tipo de medida de efeito a ser utilizada em estudos seccionais, e mais ainda, sobre a possibilidade de se realizar algum tipo de inferência de causalidade usando este delineamento de

estudo, os autores concluem que, cumpridas certas premissas, estudos seccionais poderiam eliciar modelos de predição probabilísticos válidos. Dessa forma, se o desfecho avaliado não é raro (premissa básica), a população do estudo é estacionária, não há sobrevivência seletiva, a duração média no estudo é a mesma nos grupos de exposição e de não-exposição, a direcionalidade temporal entre exposição e desfecho é sustentável e não há causalidade reversa, o modelo logístico será adequado ao estudo. Os coeficientes obtidos na regressão logística nesse caso devem ser considerados como razão de produtos cruzados multivariados que equivalem (“*stand for*”) a estimativa de razão de densidade de incidência livre de viés, o que implica na possibilidade de se falar em risco, segundo os autores.

Dentre os possíveis vieses em que o estudo possa ter incorrido, citamos o viés de memória: é sabido que um indivíduo que padeça de um transtorno mental, mesmo que considerado menor, é mais propenso à lembrar ou mesmo interpretar certos eventos de vida como difíceis ou mesmo pejorativos. Contudo, o detalhamento das informações aferidas e a própria natureza psiquiátrica da morbidade avaliada reforçam a utilização da percepção dos respondentes como instrumento adequado de medida epidemiológica (FARIA et. al., 1999).

Em qualquer estudo epidemiológico conduzido em população de trabalhadores, também há a possibilidade de ocorrência de viés do trabalhador sadio. Uma medida que poderia minimizar tal viés seria a busca ativa por trabalhadores licenciados, o que, contudo, não foi passível de execução no presente estudo. Acreditamos, contudo, que como nossa amostra foi ampla (80% da população alvo) e representativa, tal limitação não configure ameaça a validade interna do estudo.

Este estudo sugere que medidas relacionadas à prevenção dos eventos estressores identificados poderiam beneficiar esta população trabalhadora com vistas à redução das chances de MPM. Também sugere que medidas de busca ativa de possíveis casos de MPM poderiam ser introduzidas, assim como a criação de instâncias de apoio poderiam ser disponibilizadas para os trabalhadores da instituição em questão.

Sanderson et al. (2006) realizaram um revisão sobre os transtornos mentais mais comuns em locais de trabalho. Relatam que depressão e fobias

simples são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes na população trabalhadora. Ambos, segundo os autores, mais associados ao presenteísmo do que ao absenteísmo propriamente dito. Nesta revisão, sete estudos longitudinais revelam forte associação entre aspectos de baixa qualidade laboral e a prevalência de depressão e ansiedade (diagnósticos inclusos na categoria epidemiológica de MPM). Concluem que medidas para redução de risco de transtornos mentais no local de trabalho são um complemento importante às intervenções clínicas propriamente ditas, e que elas concorrerão para a redução da carga futura de depressão e ansiedade nesta população de trabalhadores. Uma recente meta-análise conclui que medidas de promoção à saúde no ambiente de trabalho são efetivas em combater sintomas ansiosos e depressivos (MARTIN et al., 2009).

Nossos resultados indicam adicionalmente que são necessários outros estudos que investiguem os efeitos dos eventos de vida produtores de estresse em populações trabalhadoras e também na população em geral. Uma ênfase renovada também parece ser necessária em estudos que interroguem que outras variáveis sociais podem moderar os efeitos do estresse, de forma a se criar outras frentes de combate aos seus efeitos nocivos sobre a saúde de um modo geral e a saúde mental de modo particular.

Sobre os dois achados positivos que nosso estudo verificou, traçamos as seguintes considerações: Explicações possíveis para a associação entre morbidade psiquiátrica menor e dificuldades financeiras incluem a existência objetiva ou percebida de privações materiais, dificuldades físicas, insegurança psíquica vinculada ao financeiro e relacionamentos sociais comprometidos. Todas podendo atuar como estressores agudos, subagudos e crônicos.

No tocante à escolaridade, ainda que a grande maioria dos estudos sobre morbidade psiquiátrica menor apontem para um gradiente sócio-econômico correlato a ela, houve estudos que não encontraram essa associação (CLARK, 2003; LAAKSONEN, 2007). Mas esses foram estudos com amostras de indivíduos de países com realidades sociais muito diferentes da realidade brasileira, onde possivelmente as diferenças de escolaridade não foram suficientes para eliciar diferenças estatísticas significantes.

Uma explicação possível para este resultado consiste em que a alta escolaridade requer qualificações relacionadas a traços de personalidade no

nível do indivíduo, que poderiam torná-lo mais susceptível a morbidade psiquiátrica menor.

## 7. CONCLUSÃO

- O perfil dos trabalhadores de saúde foi: média de idade de 37,5 anos, maioria de mulheres, da cor branca, escolaridade igual ou maior do que nível superior, renda familiar mensal acima de 1500 reais, ocupação de nível superior ou técnico especializado, com cerca de quatro anos de atividade atual.
- A prevalência de morbidade psiquiátrica menor em trabalhadores da área de saúde foi de 13%, utilizando o GHQ-12 com ponto de corte maior ou igual a cinco.
- A prevalência de morbidade psiquiátrica menor desta amostra foi inferior às encontradas em alguns estudos prévios que utilizaram um ponto de corte menos específico.
- Morbidade psiquiátrica menor esteve associada a escolaridade igual ou maior do que nível superior.
- Os eventos de vida produtores de estresse associados à morbidade psiquiátrica menor foram: ter sofrido dificuldades financeiras e mudança forçada de domicílio nos últimos 12 meses.
- Não houve associação entre morbidade psiquiátrica menor e acidentes de trabalho ou outra característica laboral estudada.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral RA, Malbergier A. [Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of Sao Paulo]. *Rev Bras Psiquiatr* 2004 Sep;26(3):156-63.

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997 Dec;171:524-9.

Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cien Saude Colet*. 2004;9(4):865–884.

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

Andreoli SB, Almeida Filho N, Coutinho ESF, Mari JJ. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Revista de Saúde Pública* 2000;34:475-83.

Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2008 Dec;42(Suppl 2):26–33.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III*. 3th ed. American Psychiatric Association; 1980.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R*. 3th ed. American Psychiatric Association; 1987.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. 4th ed. American Psychiatric Association; 1994.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TRTM)*; 2000.

Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health*. 2003 Jul;57(7):501-505.

Banks MH, Jackson PR. Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people: cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychol Med*. 1982 Nov;12(4):789-798

Barbosa-Branco, A. Doença do Trabalho: Uma questão de risco ou de organização de classe. *Assessoria de Comunicação da UnB*. 2004 jun. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs.htm>>

Bell T, Watson M, Sharp D, Lyons I, Lewis G. Factors associated with being a false positive on the General Health Questionnaire. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2005 5;40(5):402-407.

Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. [Prevalence of mental health problems and their association with socioeconomic, work and health variables: Findings from the Spain National Health Survey]. *Psicothema*. 2010 Ago;22(3):389-395.

Botega NJ, Pereira WAB, Bio MR, Garcia C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using lay interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995;30(3):127-131.

Borges LO, Argolo JTC. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Aval. Psicol*. 2002.1:17-27.

Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Lower A. Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occup Environ Med* 2006 May;63(5):326-34.

Brasil. Decreto nº 3043, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 86 - Seção I PG. 50 a 108. Brasília: DO, 1999.

Brown S, Taylor K, Wheatley Price S. Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. *J Econ Psychol* 2005; 26: 642-663.

Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Jul;82(1):77-81.

Caraveo-Anduaga JJ, Martinez NA, Saldivar G, López J JL, Saltijeral, MT. *Salud Mental*. 1998 Aug 21;4 23-28

Castro Luna J, Ruz Rodríguez FJ, Gómez Reyes I. Factores ambientales y circunstanciales en la morbilidad psiquiátrica diagnosticada en un equipo de salud mental [Internet]. [cited 2011 Apr 5]; Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=649975>

Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários Prevalence of minor mental disorders in undergraduate students. *Estud. psicol. (Natal)*. 2005 12;10:413-420.

Clark AE. Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data. *Journal of Labor Economics*. 2003 Apr 1;21(2):323-351.

Corradi-Webster CM, Laprega MR, Furtado EF. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005;13:1213-8.

Coutinho ES, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clín.* 1999;26(5):246–56.

Coutinho, ESF. Fatores sócio-demográficos e morbidade psiquiátrica menor: homogeneidade e heterogeneidade de efeitos. Salvador. Tese de doutorado- Universidade Federal da Bahia; 1995.

da Silva MC, Fassa AG, Kriebel D. Minor psychiatric disorders among Brazilian ragpickers: a cross-sectional study. *Environ Health.* 2006;5:17-17.

De Vaus DA. *Surveys in social research* / D. A. de Vaus. North Sydney :: Allen & Unwin; 1991.

Dolan P, Peasgood T, White M. Do we really know what makes us happy A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology.* 2008;29(1):94-122.

Donath S. The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001 Apr;35(2):231-235.

Dohrenwend BP. Clues to the Role of Socioenvironmental Factors. *Schizophrenia Bulletin.* 1976 Jan 1;2(3):440 -444.

Dohrenwend BP. Inventorying Stressful Life Events as Risk Factors for Psychopathology: Toward Resolution of the Problem of Intracategory Variability. *Psychol Bull.* 2006 Maio;132(3):477-495.

Faria NM, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev. Saúde Pública [Internet].* 1999 8 [citado 2010 Nov 23];33(4).

Feyer AM, Herbison P, Williamson AM, de Silva I, Mandryk J, Hendrie L, et al. The role of physical and psychological factors in occupational low back pain: a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2000 Feb;57(2):116-20.

Fonseca ML, Guimarães MB, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS.* 2008;11(3).

Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Mar;30(1):32-37.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003 Maio;38(5):229-237.

Fujikawa T, Yanai I, Yamawaki S. Psychosocial Stressors in Patients With Major Depression and Silent Cerebral Infarction. *Stroke*. 1997 Jun 1;28(6):1123-1125.

Furukawa TA, Goldberg, Rabe-Hesketh S, Üstün TB. Stratum-Specific Likelihood Ratios of Two Versions of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 2001;31(03):519-529.

Gärtner FR, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJH, Sluiter JK. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2010 Ago;47(8):1047-1061.

Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil Prevalence of common mental disorders among schoolteachers in Belo Horizonte. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(12):2679–2691.

Goldberg D. Identifying psychiatric illness among general medical patients. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*. 1985 Jul 20;291(6489):161 - 162.

Goldberg D. A classification of psychological distress for use in primary care settings. *Social Science & Medicine*. 1992 Jul;35(2):189-193.

Goldberg DP, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Taylor & Francis; 1980.

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997;27(01):191–197.

Goldberg D, Goodyer I. *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. 1st ed. Routledge; 2005. 248 p.

Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ Threshold Varies from One Place to Another. *Psychological Medicine*. 1998;28(04):915-921.

Goldberg DP, Williams P. *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER; 1978.

Gouveia VV, Barbosa GA, de Oliveira Andrade E, Carneiro MB. Factorial validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Brazilian physician population. *Cad Saude Publica*. 2010 Jul;26(7):1439-1445.

Gouveia VV, Chaves SSS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2003;19:241-8.

Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. *The Lancet*. 2002;359(9302):248–252.

Guimarães LAM, Martins DA, Grubits S, Caetano D. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Ocupacional* 2006;31(113):07-18.

Hatch SL, Mishra G, Hotopf M, Jones PB, Kuh D. Appraisals of stressors and common mental disorder from early to mid-adulthood in the 1946 British birth cohort. *Journal of Affective Disorders*. 2009 Dez;119(1-3):66-75.

Hintikka J, Kontula O, Saarinen P, Tanskanen A, Koskela K, Viinamäki H. Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 Dec;98(6):493-496.

Hobfoll SE. *The Ecology Of Stress*. 1st ed. Taylor & Francis; 1988.

Hobfoll SE, Jackson AP. Conservation of resources in community intervention. *Am J Community Psychol*. 1991 Feb;19(1):111-121.

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-315; discussion 316-369.

Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967 Aug;11(2):213-218.

Horowitz M, Schaefer C, Hiroto D, Wilner N, Levin B. Life event questionnaires for measuring presumptive stress. *Psychosom Med*. 1977 Dec;39(6):413-431.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Indicadores. Senso, IBGE, 2010*.

Jenkins R. Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence. *British journal of industrial medicine*. 1985;42(3):147.

Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*. 2008 Oct;38(10):1485-1493.

Kalliath TJ, O'Driscoll MP, Brough P. A confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire-12. *Stress and Health*. 2004 2;20(1):11-20.

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999 Jun;156(6):837-41.

Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry* 2004 Apr;161(4):631-6.

Klein DN, Rubovits DR. The reliability of subjects' reports on stressful life events inventories: a longitudinal study. *J Behav Med.* 1987 Out;10(5):501-512.

Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E, Lallukka T, Rahkonen O, Head J, Marmot M. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol* 2007

Larsen A, Bøggild H, Mortensen JT, Foldager L, Hansen J, Christensen A, et al. Mental health in the workforce: an occupational psychiatric study. *Int J Soc Psychiatry.* 2010 Nov;56(6):578-592.

Laurell AC. Saúde e Trabalho: Os Enfoques Teóricos. In: Nunes ED. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas.* Brasília: OPAS; 1985. p. 255-76.

Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.* 1993;44:1-21.

Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med.* 1993 Jun;55(3):234-247.

Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. *Am Psychol.* 2000 Jun;55(6):665-673.

Lewis G, Araya RI. Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995 Jan;30(1):20-5.

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999;21:01-5.

Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med.* 1996;26(2):211-222.

Lima RC, Victora CG, Dall'Agnol M, Fassa A. [Association between individual and socioeconomic characteristics and work-related accidents in Pelotas, Southern Brazil]. *Cad Saude Publica.* 1999 Sep;15(3):569-580.

Lopes CS, Faerstein E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autoperenchido: Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2001;23(3):126-133.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(6):1713–1720.

Ludermir AB, Melo Filho DAD. [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saude Publica*. 2002 Apr;36(2):213-221.

Macedo LET, Chor D, Andreozzi V, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23:2327-36.

Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2005;32:276-82.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639–48.

Marín-León L, Oliveira HBD, Barros MBDA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Sep;29(3):250-253.

Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985 Aug;15(3):651-659.

Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry* 1987;22(3):129-38.

Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health*. 2009 Jan;35(1):7-18.

McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3rd ed. Oxford University Press, USA; 2006.

Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. 1991;25(5):341–349.

Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SM. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13(Supl 2):21–32.

Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual 71 de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.

Ministério do Trabalho e Emprego, Departamento Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, 1992. Normas reguladoras nr 7 e 9.

Ministério do Trabalho e Emprego, Departamento Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, 2005. Norma reguladora nr 32.

Moncur RA, Luthra AS. Axis IV of the DSM: Origins, Evolution and Utility. *Health Psychology*, 2009; (6)1:11-15.

Murray CJ, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank; 1996.

Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ* 2004 Mar 2;170(5):793-8.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 155, sobre a segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho. Genebra (67ª Seção da Conferência Internacional do Trabalho).1981.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID 10. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.

Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2001;47:65-9.

Piccinelli M, Bisoffi G, Bon MG, Cunico L, Tansella M. Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: a comparison between three scoring methods. *Compr Psychiatry*. 1993 Jun;34(3):198-205.

Rahe RH, Meyer M, Smith M, Kjaer G, Holmes TH. Social Stress and Illness Onset. *J Psychosom Res*. 1964 Jul;54:35-44.

Reichenheim ME, Coutinho ESF. Measures and models for causal inference in cross-sectional studies: arguments for the appropriateness of the prevalence odds ratio and related logistic regression. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:66.

Rey JM, Stewart GW, Plapp JM, Bashir MR, Richards IN. DSM-III axis IV revisited. *American Journal of Psychiatry*. 1988;145(3):286.

Roberts R, Golding J, Towell T, Reid S, Woodford S, Vetere A, Weinreb I. Mental and physical health in students: the role of economic circumstances. *Br J Health Psychol* 2000; 5: 289-97.



Roohafza H, Ramezani M, Sadeghi M, Shahn timer M, Zolfagari B, Sarafzadegan N. Development and validation of the stressful life event questionnaire. *Int J Public Health* [Internet]. 2011

Sánchez-López MDP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008 Nov;20(4):839-843.

Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*. 2006 Feb;51(2):63-75.

Sampaio, JJC. *Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro; Fundação Oswaldo Cruz; 1998. 133 p.

Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. [Non-fatal occupational injuries: gender and job contract differences]. *Cad Saude Publica*. 2003 Apr;19(2):481-493.

Sarantakos S,(Sarantakos S). *Social research / by Sotirios Sarantakos*. South Melbourne Macmillan Education Australia; 1998.

Sarriera JC, Schwarcz C, Câmara SG. Bem estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicol. Reflex. Crit*. 1996;9,2:293-306.

Schrader G, Gordon M, Harcourt R. The usefulness of DSM-III axis IV and axis V assessments. *American Journal of Psychiatry*. 1986;143(7):904.

Selye H. *The Stress of Life*. 2nd ed. McGraw-Hill; 1978

Silva LS, Barreto SM. Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers. *BMC Public Health*. 2010;10:686.

Sim K, Rajasoorya C, Lam KN, Chew LS, Chan YH. High prevalence of psychiatric morbidity in a medical intensive care unit. *Singapore Med J* 2001 Nov;42(11):522-5.

Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ*. 2006 Dec;9(4):193-200.

Skodol AE, Shrout PE. Use of DSM-III axis IV in clinical practice: rating etiologically significant stressors. *American Journal of Psychiatry*. 1989;146(1):61.

Skodol AE, Shrout PE. Use of DSM-III Axis IV in clinical practice: rating the severity of psychosocial stressors. *Psychiatry research*. 1989;30(2):201–211.

Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional; Association of stressful life events and psychological distress: a community-based study. *Cad. saúde pública*. 2004;20(1):249–258.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows [programa de computador]. Versão 16.0. Chicago (IL): SPSS Inc; 2007.

Strauss J. A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1975 Nov 1;132(11):1193-1197.

Suda, M..Relationship between Behavioral Lifestyle and Mental Health Status Evaluated Using the GHQ-28 and SDS Questionnaires in Japanese Factory Workers. *Industrial Health*, 2007 476-473.

Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2005 Nov;52(4):445-453.

Teixeira MLP, Freitas RMV. Acidentes do trabalho rural no interior paulista. *São Paulo em Perspectiva*. 2003; 17(2): 81-90.

Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004 May;184:386-92.

Viinamäki H, Kontula O, Niskanen L, Koskela K. The association between economic and social factors and mental health in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:208-213.

Whittaker W, Sutton M, Maxwell M, Munoz-Arroyo R, Macdonald S, Power A, et al. Predicting which people with psychosocial distress are at risk of becoming dependent on state benefits: analysis of routinely available data. *BMJ*. 2010;341:c3838.

WHO. World Health Organization. World development report investing in health: world development indicators. In: WHO. Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies. Geneva: WHO/MNH/MND/96.4, 1996.

Winefield HR, Goldney RD, Winefield AH, Tiggemann M. The General Health Questionnaire: reliability and validity for Australian youth. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989 Mar;23(1):53-58.

Wittchen H, Beesdo-Baum K, Gloster AT, Höfler M, Klotsche J, Lieb R, et al. The structure of mental disorders re-examined: is it developmentally stable and robust against additions? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2009 Dez;18(4):189-203.

Zimmerman M, Pfohl B, Stangl D, Coryell W. The validity of DSM-III axis IV (severity of psychosocial stressors). *American Journal of Psychiatry*. 1985;142(12):1437.

Zimmerman M, Pfohl B, Coryell W, Stangl D. The prognostic validity of DSM-III Axis IV in depressed inpatients. *American Journal of psychiatry*. 1987;144(1):102.

## ANEXOS

## ANEXO A – GHQ-12

**A7** Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, você tem...

**perdido muito sono por preocupação?**

1  De jeito nenhum      2  Não mais que de costume      3  Um pouco mais que de costume      4  Muito mais que de costume

**se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?**

1  De jeito nenhum      2  Não mais que de costume      3  Um pouco mais que de costume      4  Muito mais que de costume

**sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?**

1  Mais que de costume      2  O mesmo de sempre      3  Menos que de costume      4  Muito menos que de costume

**sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?**

1  Mais que de costume      2  O mesmo de sempre      3  Menos útil que de costume      4  Muito menos útil que de costume

**sido capaz de enfrentar seus problemas?**

1  Mais que de costume      2  O mesmo de sempre      3  Menos capaz que de costume      4  Muito menos capaz que de costume

**se sentido capaz de tomar decisões?**

1  Mais que de costume      2  O mesmo de sempre      3  Menos capaz que de costume      4  Muito menos capaz que de costume

**sentido que está difícil de superar suas dificuldades?**

1  De jeito nenhum      2  Não mais que de costume      3  Um pouco mais que de costume      4  Muito mais que de costume

**se sentido feliz de um modo geral?**

1  Mais que de costume      2  O mesmo de sempre      3  Menos que de costume      4  Muito menos que de costume

**tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?**

1  Mais que de costume      2  O mesmo de sempre      3  Menos que de costume      4  Muito menos que de costume

**se sentido triste e deprimido(a)?**

1  De jeito nenhum      2  Não mais que de costume      3  Um pouco mais que de costume      4  Muito mais que de costume

**perdido a confiança em você mesmo?**

1  De jeito nenhum      2  Não mais que de costume      3  Um pouco mais que de costume      4  Muito mais que de costume

**se achado um a pessoa sem valor?**

1  De jeito nenhum      2  Não mais que de costume      3  Um pouco mais que de costume      4  Muito mais que de costume

## ANEXO B – Tabagismo e Teste de tolerância de Fagerström

**B15. Você fuma cigarros atualmente?**1  Sim2  Não**B20. Escala de Fägerstrom**

Questões	Respostas	
1. Quanto tempo decorre entre levantar-se pela manhã e fumar o primeiro cigarro?	Menos de 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	após 60 minutos	0
2. Você acha difícil se manter sem fumar em lugares que proíbem o fumo?	Sim	1
	Não	0
3. Que cigarro seria mais difícil de evitar?	O primeiro da manhã	1
	Todos os outros	0
4. Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas após acordara do que no resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo quando está doente e passa a maior parte do seu dia na cama?	Sim	1
	Não	0

## ANEXO C – Dependência de Álcool: CAGE

B 24– Alguma vez você sentiu que deveria parar quando estava bebendo?

- 1  Sim  
 Não

B 25 – Alguma pessoa te incomoda criticando você por estar bebendo?

- Sim  
 Não

B 26 – Você já se sentiu mal ou culpado por estar bebendo?

- 1  Sim  
 Não

B 27 – Você alguma vez precisou dar um primeiro gole pela manhã para acalmar-se ou para ficar ligado?

- Sim  
 Não

## ANEXO D – Eventos Estressores do DSM-IV

B1. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?

- 1  Sim  
2  Não

B2. Nos últimos 12 meses, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?

- 1  Sim  
2  Sim, mais de uma vez  
3  Não

B3. Nos últimos 12 meses, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão)?

- 1  Sim  
2  Não

B4. Nos últimos 12 meses, você enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que as habituais?

- 1  Sim  
2  Não

B5. Nos últimos 12 meses, você foi forçado a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?

- 1  Sim  
2  Não

B6. Nos últimos 12 meses, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

- 1  Sim  
2  Não

B7. Nos últimos 12 meses, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- 1  Sim, uma vez  
2  Sim, mais de uma vez  
3  Não

B8. Nos últimos 12 meses, você foi vítima de alguma agressão física?

- 1  Sim, uma vez  
 2  Sim, mais de uma vez  
 3  Não

B9. Nos últimos 12 meses, você se sentiu discriminado por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo? (Marque SIM ou NÃO para cada item)

Sua cor ou raça	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Ser homem ou mulher	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua religião ou culto	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua opção ou preferência sexual	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Doença ou deficiência física	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua idade	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua condição social ou econômica	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
OUTRAS (especifique):		

B10. Quando foi a última vez que você sofreu, pelo menos, uma das situações desagradáveis mencionadas nas páginas 21 e 22 (perguntas D25 a D33)?

- 1  Não sofreu nenhuma dessas situações  
 2  Há menos de 1 mês  
 3  Entre 1 e 3 meses atrás  
 4  Entre 4 e 6 meses atrás  
 5  Entre 6 e 12 meses atrás

B11. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?

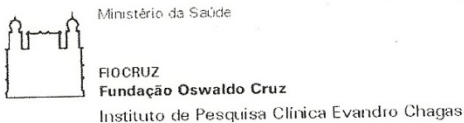
- 1  Sim, uma vez  
 2  Sim, mais de uma vez  
 3  Não

B12. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você presenciou alguém ser ferido com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?

- 1  Sim, uma vez  
 2  Sim, mais de uma vez  
 3  Não



# ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC



Comitê de Ética em Pesquisa

## PARECER CONSUBSTANCIADO – 026/2010

Protocolo 0013.0.009.000-10

### 1. Identificação:

**Título do Projeto:** "Morbidade Psiquiátrica Menor em Trabalhadores da Área de Saúde".  
**Pesquisadora Responsável:** Sônia Regina Lambert Passos.  
**Mestranda:** José Luiz Martins Lessa.  
**Instituição Responsável:** Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ.  
**Data de Apresentação ao CEP:** 19/03/2010.

### 2. Sumário:

Visa a descrever o perfil de morbidade mental menor e de consumo de substâncias psicoativas segundo práticas laborais e características sócio-demográficas entre os trabalhadores do IPEC. Trata-se de um estudo seccional, realizado por meio de questionário estruturado e de autopreenchimento, aplicado com apoio de pessoal treinado. A coleta de dados já foi realizada para este estudo, no ano de 2005, âmbito do projeto "Estudo Longitudinal em Trabalhadores do IPEC (PROSEC)", submetido ao CEP/IPEC, protocolado sob o CAAE 0024.0.009.000-03 e aprovado em 08/12/2003, coordenado pela orientadora do presente projeto de mestrado. Naquele projeto, todos os 508 trabalhadores que prestavam serviços no IPEC, incluindo servidores, bolsistas, pesquisadores visitantes, terceirizados, cooperados e FENEIS (portadores de deficiência auditiva) foram listados pelo setor de Recursos Humanos (RH) do IPEC. A cada indivíduo foi associado um número de registro (código) aleatório. O questionário foi aplicado em 424 trabalhadores do IPEC que concordaram em participar do estudo, totalizando 80% da população alvo. Todos assinaram o TCLE correspondente na ocasião; não haverá novas coletas de informações.

### 3. Observações Gerais: (Atendendo à Resolução CNS 196/96).

Projeto com delineamento adequado. Pela natureza do projeto, em substituição ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi elaborado um Termo de Sigilo e Compromisso, onde o pesquisador responsável compromete-se não revelar a identidade dos participantes do projeto em qualquer publicação resultante deste estudo, protegendo sua confidencialidade. Pela natureza do projeto não haverá necessidade de recursos.

### 4. Diligências:

Não houve.

### 5. Parecer: APROVADO.

Data: 13 de abril de 2010.

Assinatura do Coordenador:

*Lea Camillo-Coura*

Lea Camillo-Coura  
Coordenadora do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
IPEC / FIOCRUZ 0117

## ANEXO F – Termo de Sigilo

### TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE COM O SIGILO DE INFORMAÇÕES DE PESQUISA

Eu, José Luiz Martins Lessa, mestrando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do IPEC, e executor do projeto de pesquisa intitulado “Morbidade Psiquiátrica nos Trabalhadores do IPEC,” tendo como orientadora a Dra. Sonia Regina Lambert Passos, comprometo a manter a confidencialidade assim como a privacidade dos participantes do projeto.

Os dados serão analisados sem a identificação dos participantes, apenas codificados. Os resultados obtidos com este projeto, serão mantidos em um banco de dados sob a minha responsabilidade.

Os resultados obtidos com esta pesquisa serão divulgados em comunicações científicas mantendo o anonimato dos participantes e o material utilizado não será utilizado em outras pesquisas, a não ser quando abertos outros protocolos.

Rio de Janeiro, 22 de junho de 2009



---

José Luiz Martins Lessa CRM 52-54013-7