



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

DAVI BAASCH

**PREDITORES EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE  
TRANSTORNOS MENTAIS EM SERVIDORES PÚBLICOS DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

FLORIANÓPOLIS, SC

2016

DAVI BAASCH

**PREDITORES EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE  
TRANSTORNOS MENTAIS EM SERVIDORES PÚBLICOS DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Tese apresentada como requisito parcial  
à obtenção do grau de Doutor em  
Psicologia, Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia, Doutorado, Centro de  
Filosofia e Ciências Humanas,  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes  
Cruz.

FLORIANÓPOLIS

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Baasch, Davi

PREDITORES EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA / Davi Baasch ; orientador, Roberto Moraes Cruz - Florianópolis, SC, 2016.

164 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Transtornos mentais. 3. Prevalência. 4. Saúde Mental. 5. Medidas Psicológicas. I. Cruz, Roberto Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Davi Baasch

**PREDITORES EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE  
TRANSTORNOS MENTAIS EM SERVIDORES PÚBLICOS DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de Doutor em Psicologia, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Florianópolis, 04 de abril de 2016.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suzana da Rosa Tolfo  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marúcia Patta Bardagi  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. José Neander Silva Abreu  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof. Dr. Jamir João Sardá Júnior  
Universidade do Vale do Itajaí

---

Prof. Dr. Emil Kupek  
Universidade Federal de Santa Catarina

## Agradecimentos

Desafio tão grande quanto escrever esta tese é resumir em apenas duas páginas meus agradecimentos a todos que fizeram parte desta trajetória. Antes de tudo - e sobretudo - gostaria de agradecer a Deus por me guiar e fortalecer durante esses últimos anos. Sem Ele, eu não teria tido o discernimento e as habilidades necessárias sequer para ingressar, tampouco para concluir esta tese.

Quero também expressar minha gratidão ao meu orientador Dr. Roberto Moraes Cruz por toda a dedicação e atenção dispensadas, além da amizade cultivada ao longo do doutorado. Sua curiosidade e conhecimento científicos e o seu profissionalismo engendraram em mim uma profunda admiração.

À minha amada família, em especial à minha esposa Aline, aos meus filhos Rafael e Amanda, e aos meus Pais Luiz Otávio e Isoni, que têm me apoiado e acreditado em mim, cada um à sua maneira, sempre com muito carinho e compreensão. Onde eu estaria sem vocês?

Aos colegas do Laboratório Fator Humano – especialmente Rafaela, Maria Cristina (Cris), Diogo, Luciana, Taís, Mateus, Fabíola e Ana Carla, pelos momentos enriquecedores e descontraídos.

À colega Rafaela Luiza Trevisan, psicóloga perita do Estado de SC, pelo companheirismo, entusiasmo, pelas incontáveis “aulas” no âmbito da perícia em saúde ocupacional dos servidores de Santa Catarina e pelos incontáveis subsídios junto à Diretoria de Saúde do Servidor (participação em reuniões e cursos, contato com pessoas, busca por dados, etc.). Rafa, muitíssimo obrigado!

Às psicólogas peritas do Estado de SC, pela generosa participação nesta tese, utilizando nosso protocolo de pesquisa e enviando-nos dezenas de instrumentos respondidos por servidores periciados. Sem sua ajuda, boa parte dessa tese não existiria!

À GECOB (Gerência de Controle e Concessão de Benefícios), em especial à Jane Cleia Cardoso de Bittencourt Cunha, e à GAPES (Gerência de Acompanhamento e Normatização de Gestão de Pessoas), em especial ao Eduardo Moreira e ao Alexandre Cavalheiro, pelos dados referentes aos benefícios concedidos e aos servidores efetivos do estado. Mais do que fornecer tais dados, esses servidores prontamente atenderam aos nossos vários pedidos de esclarecimento e ajuste/atualização dos dados fornecidos. É muito bom contar com pessoas como vocês no serviço público!

À Nana (Maria da Conceição Alves Ferreira), pela divulgação de nossa coleta de dados através do *Portal do Servidor*. Graças a ela,

centenas de protocolos de pesquisa foram respondidos por servidores em todo o estado de SC.

Meus sinceros agradecimentos também à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e à FAPESC (Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina), pelo apoio financeiro desde 2013 e pelo interesse nesta pesquisa.

Por último, mas não menos importante: ao governo do Estado de SC e a todos os participantes da pesquisa, pela receptividade e interesse por investigações no âmbito da saúde mental, e a todos os demais: muito obrigado, mesmo!

“Pois virá o tempo em que não suportarão a sã doutrina; pelo contrário, sentindo coceira nos ouvidos, segundo os seus próprios desejos juntarão mestres para si mesmos. Eles se recusarão a dar ouvidos à verdade, voltando-se para os mitos.”

(Paulo de Tarso)



## Resumo

*Introdução:* Transtornos mentais e comportamentais (TMC) acometem significativa parcela dos trabalhadores no Brasil e no mundo. Duas perspectivas buscam compreender o adoecimento mental ligado ao trabalho: a epidemiologia, que por meio de estudos de prevalência, traça perfis de casos de agravos à saúde em populações, e a psicologia clínica, que se dedica ao estudo (avaliação, diagnóstico e tratamento) dos processos saúde-doença em indivíduos e grupos específicos. *Objetivo geral:* Analisar o impacto de variáveis clínicas e demográfico-ocupacionais na ocorrência de Transtornos Mentais em servidores públicos. *Método:* a pesquisa contemplou dois delineamentos: 1) epidemiológico: de caráter descritivo, tem como objetivo traçar um perfil das prevalências de TMC por período (2010-2014) das licenças para tratamento de saúde (LTS) por TMC em servidores públicos estaduais de Santa Catarina; e 2) psicométrico: de caráter correlacional, tem como objetivo encontrar preditores clínicos de TMC através de análises de regressão (linear e logística). Os preditores foram verificados por meio de escores de instrumentos de medida de sofrimento mental, resiliência e ansiedade/depressão em uma amostra de 822 servidores. *Resultados do delineamento epidemiológico* - considerando-se todas as patologias, foram registradas 79.306 LTS, dentre as quais, 40,14% decorrentes de TMC. Dos 8.765 servidores em LTS por TMC, foram verificadas diferenças significativas na prevalência de afastamentos entre sexo (mais mulheres, em geral, com exceção de TMC decorrentes do uso de substâncias psicoativas), grau de instrução, município da unidade organizacional, órgão de vínculo e cargo dos servidores. *Resultados do delineamento psicométrico* – coeficientes de determinação  $R^2$  revelaram que 15% da variância do tempo de afastamento (LTS) por TMC e quase 38% da variância da presença ou ausência de benefícios concedidos pelo estado de SC decorrentes de TMC são explicados pelos escores dos instrumentos utilizados na pesquisa. As prevalências de cada variável demográfica e ocupacional de cada um dos 822 servidores foram correlacionadas com os escores obtidos nos instrumentos clínicos, permitindo comparações de predições clínicas com predições epidemiológicas. Foi verificado que modelos de regressão envolvendo, ao mesmo tempo, dados clínicos e epidemiológicos explicam parcelas maiores da variância de TMC, tais como: tempo de afastamento, quantidade acumulada e tempo acumulado (2010-2014) de LTS decorrentes de TMC, chegando a explicar 60,7% da variância dos benefícios concedidos. *Conclusão:* a associação entre epidemiologia e psicologia é viável e predições epidemiológico-clínicas para a concessão de benefícios explicam mais variância que aquelas para determinação de outras variáveis dependentes, tais como tempo de afastamento ou repetição de LTS.

**Palavras-chave:** transtornos mentais, prevalência, saúde mental, medidas psicológicas, resiliência, ansiedade, depressão.

## Abstract

*Introduction:* Mental disorders (MD) affect a significant portion of workers in Brazil and worldwide. Two different approaches seek to understand work-related mental illness: epidemiology, which designs cases' profiles of population health problems through prevalence investigations, and clinical psychology, which is dedicated to the study (assessment, diagnosis and treatment) of health-illness processes among individuals and specific groups. *Main objective:* To analyze the impact of clinical and demographic-occupational variables in the occurrence of MD in public servants. *Method:* this research has contemplated two distinct designs: 1. epidemiological: descriptive, it aims to draw a profile of the prevalence rates by period (2010-2014) of sick leaves (SL) due to MD in public servants from Santa Catarina (SC); and 2. psychometric: correlational, it aims to find clinical predictors of MD using regression analyses (linear and logistic). Predictors were scores from measures of mental suffering, resilience and anxiety/depression. A sample of 822 servants has been used. *Results from the epidemiological design:* Considering all pathologies, 79,306 SL were registered, among which, 40.14% resulting from MD. Amidst the 8,765 servants in SL due to MD, significant differences have been found in the prevalence of SL between sex (more women, in general, with the exception of MD due to psychoactive substance use), levels of education, county of the organizational unit, state agency and servants' function. *Results from the psychometric design:* R<sup>2</sup> coefficients revealed that 15% of the variance of the time off (SL) due to MD and almost 38% of the variance of servants' status in terms of presence or absence of benefits granted by the state of SC resulting from MD could be explained by scores of the instruments used for research. Prevalences of each demographic and occupational variable from each one of the 822 servants were correlated with scores obtained from clinical measures used for this research. Such a procedure allowed comparisons of clinical predictions with epidemiological predictions, revealing that regression models involving, at the same time, clinical and epidemiological data always explained much larger portions of the variance of outcomes (MD) such as: time off, cumulative frequency of and accumulated time (2010-2014) of SL due to MD, explaining 60.7% of the variance of granted benefits. *Conclusion:* the association between epidemiology and psychology is feasible, and epidemiological-clinical predictions for sickness-absences granting explain more variance than those determining other dependent variables such as time off or sick-leave repetition.

**Key-Words:** mental disorders, prevalence, mental health, psychological measures, resilience, anxiety, depression.

## Riassunto

*Introduzione:* Disturbi Mentali (DM) influenzano una parte significativa dei lavoratori in Brasile ed in tutto il mondo. Due prospettive cercano di capire i disturbi mentali legati al lavoro: l'epidemiologia, che, attraverso studi di prevalenza, presenta profili di casi di danni alla salute delle popolazioni, e la psicologia clinica, che è dedicata allo studio (valutazione, diagnosi e trattamento) dei processi di salute-malattia in individui e gruppi specifici.

*Obiettivo principale:* analizzare l'impatto delle variabili cliniche e demografiche-occupazionali sulla presenza di disturbi mentali in funzionari pubblici.

*Metodo:* La ricerca ha incluso due disegni: 1) epidemiologico: di carattere descrittivo, si propone di tracciare un profilo di prevalenza per periodo (2010-2014) delle licenze di trattamento di salute (LTS) derivanti di DM nei funzionari pubblici dello stato di Santa Catarina (SC); 2) psicometrico: di carattere correlazionale, cerca di trovare i predittori clinici di DM mediante analisi di regressione (lineare e logistica). I predittori sono stati verificati da risultati di strumenti di misura di sofferenza mentale, ansia / depressione e resilienza in un campione di 822 funzionari pubblici.

*Risultati del disegno epidemiologico* - considerando tutte le patologie, sono stati registrati 79306 LTS, tra cui 40.14% derivante di DM. Tra i 8.765 funzionari in LTS generati da DM, sono state osservate differenze significative nelle prevalenze di LTS tra i sessi (più donne, in generale, fatta eccezione per DM dall'uso di sostanze psicoattive), i livelli di istruzione, le comuni dell'unità organizzativa, i consigli di stato nei quali i funzionari sono stati collegati e gli uffici dei funzionari.

*Risultati del disegno psicometrico* - coefficienti di determinazione  $r^2$  hanno dimostrato che il 15% della varianza del tempo di rimozione (LTS) per DM e quasi il 38% della varianza della presenza o assenza di benefici concessi dallo Stato di SC risultante da DM si spiegano con i risultati degli strumenti utilizzati nella ricerca. Le prevalenze di ciascuna variabile demografica ed occupazionale di ciascuno dei 822 funzionari sono stati correlati con il punteggio ottenuto dagli strumenti clinici, consentendo il confronto delle predizioni cliniche con le predizioni epidemiologiche. Si è constatato che i modelli di regressione che coinvolgono, allo stesso tempo, dati clinici ed dati epidemiologici spiegano porzioni più grandi di varianza di DM, come: il tempo di rimozione, il tempo cumulativo e la quantità cumulativa (2010-2014) di LTS derivate da DM, raggiungendo spiegare il 60,7% della varianza dei benefici concessi.

*Conclusione:* l'associazione tra epidemiologia e psicologia è fattibile, e predizioni epidemiologici-cliniche per la concessioni di benefici lavorativi spiegano più varianza di quelle per determinare altre variabili dipendenti, come il tempo in licenza di salute oppure la ripetizione di licenze di salute.

**Parole chiave:** disturbi mentali, prevalenza, salute mentale, misure psicologiche, resilienza, ansia, depressione.

## **Lista de Figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Delineamentos da pesquisa .....   | 25 |
| Figura 2. Relação entre prevalência e incidência (Pereira, 1995).....   | 30 |
| Figura 3. Tipos de estudos epidemiológicos (Menezes, 2001).....   | 31 |
| Figura 4. Em preto as oito maiores e em cinza as oito menores prevalências de LTS por TMC entre os municípios mais populosos do estado de SC. ... | 46 |

## Lista de Tabelas

|   |     |
|---|-----|
| Tabela 1 Distribuição dos afastamentos ordenados x ano de início do afastamento .....   | 37  |
| Tabela 2 Distribuição do perfil demográfico e epidemiológico dos afastamentos.....  | 39  |
| Tabela 3 Prevalências de LTS por TMC por faixas de idade, tempo de serviço e renda (2010-2014).....   | 41  |
| Tabela 4 Distribuição de TMC (CID-F) por sexo.....  | 43  |
| Tabela 5 Prevalência (2010-2014) de servidores em LTS por TMC nos municípios de vínculo.....  | 45  |
| Tabela 6 Distribuição dos índices de prevalência por órgão de lotação do servidor (2010-2014) .....   | 47  |
| Tabela 7 Prevalência acumulada por cargo do servidor que obteve LTS entre 2010 e 2014 .....   | 49  |
| Tabela 8 Dimensões da resiliência encontradas na literatura .....   | 57  |
| Tabela 9 Resumo das principais propriedades psicométricas das medidas da resiliência em adultos.....  | 67  |
| Tabela 10 Informações sobre os locais de coleta (Análise de Validade de Instrumentos Clínicos).....   | 92  |
| Tabela 11 Comparações entre variáveis contínuas da amostra e da população .....   | 92  |
| Tabela 12 Comparações entre frequências de variáveis categóricas da amostra e da população total .....  | 93  |
| Tabela 13 Correlações de Pearson entre os escores dos instrumentos .....  | 99  |
| Tabela 14 Estatística descritiva - variáveis independentes (N=759).....   | 100 |
| Tabela 15 Estatística descritiva - variáveis dependentes (desfecho) (N=791) .....   | 101 |
| Tabela 16 Correlações de Pearson entre os instrumentos e características demográfico-ocupacionais .....   | 101 |
| Tabela 17 Correlações de Pearson entre os instrumentos e variáveis de desfecho (TMC) .....  | 102 |
| Tabela 18 Testes t comparando servidores sem TMC e com TMC presente .....   | 103 |
| Tabela 19 Comparações entre as médias das variáveis de desfecho nos grupos acima e abaixo dos pontos de corte dos instrumentos (SRQ-20 e HADS)..... | 104 |
| Tabela 20 Comparações das médias dos escores dos instrumentos nos grupos de patologia (TMC).....  | 105 |
| Tabela 21 Testes t comparando as médias dos escores entre os sexos.....   | 105 |
| Tabela 22 Áreas sob a curva ROC - escores dos instrumentos como preditores de benefícios por CID-F .....  | 107 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 23 Áreas sob a curva ROC - escores dos instrumentos como preditores de benefício por TMC - CID grupos F30-F39 e F40-F48.....  | 108 |
| Tabela 24 Valores de R <sup>2</sup> ajustados - regressão linear simples entre os escores de cada instrumento e as variáveis (contínuas) de LTS dos servidores.....  | 109 |
| Tabela 25 Valores de R <sup>2</sup> ajustados - regressão linear simples entre os escores de cada instrumento e as variáveis (contínuas) de LTS dos servidores.....  | 110 |
| Tabela 26 Valores de R <sup>2</sup> ajustados - regressão linear simples entre os escores de cada instrumento e as variáveis de desfecho dos servidores - quantidade de LTS e tempo total em LTS desde Jan/2010.....               | 111 |
| Tabela 27 Coeficiente R <sup>2</sup> de Nagelkerke (Regressão Logística) – benefício concedido ao servidor em decorrência de TMC como variável dependente .....  | 112 |
| Tabela 28 Coeficiente R <sup>2</sup> de Nagelkerke (Regressão Logística) – benefício concedido ao servidor em decorrência apenas de Transtornos Depressivos e de Ansiedade (CIDs F30-39 e F40-48) como variáveis dependentes ..... | 113 |
| Tabela 29 Coeficientes de determinação R <sup>2</sup> ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos e prevalências (preditores) e tempo concedido à LTS por TMC gozada pelo servidor no momento da coleta .  | 128 |
| Tabela 30 Coeficientes de determinação R <sup>2</sup> ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos e prevalências (preditores) e tempo concedido à LTS por TMC gozada pelo servidor no momento da coleta .  | 129 |
| Tabela 31 Coeficientes de determinação R <sup>2</sup> ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos e prevalências (preditores) e tempo concedido à LTS por TMC gozada pelo servidor no momento da coleta .  | 130 |
| Tabela 32 Coeficiente R <sup>2</sup> de Nagelkerke (Regressão Logística) – benefício concedido ao servidor em decorrência de TMC como variável dependente .....  | 131 |

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

|         |  |
|---------|--|
| BRS     | Brief Resilience Scale (Escala Breve de Resiliência)                               |
| CPF     | Cadastro de Pessoa Física  |
| DEINFRA | Departamento Estadual de Infraestrutura  |
| DETER   | Departamento de Transportes e Terminais  |
| FATMA   | Fundação do Meio Ambiente (SC)   |
| GAPES   | Gerência de Acompanhamento e Normatização de Gestão de Pessoas                     |
| GECOB   | Gerência de Controle e Concessão de Benefícios                                     |
| GPEM    | Gerência de Perícia Médica   |
| HADS    | Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                    |
| IPREV   | Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina                               |
| LTS     | Licença para Tratamento de Saúde   |
| SEA     | Secretaria de Estado de Administração  |
| SST     | Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação                   |
| SED     | Secretaria de Estado de Educação   |
| SDR     | Secretaria de Desenvolvimento Regional   |
| SRQ-20  | Self-reporting Questionnaire – 20 items (Questionário de Autorrelato – 20 ítems).  |
| TMC     | Transtornos Mentais e Comportamentais  |
| UDESC   | Universidade do Estado de Santa Catarina   |

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| 1. Introdução.....  | 19 |
| 1.1 Objetivos Específicos.....  | 21 |
| 1.2 Inserção da Tese.....   | 22 |
| 1.3 Justificativa .....   | 22 |
| 1.4 Método (da Tese) .....  | 24 |
| 1.4.1 Classificação Geral da Pesquisa .....                                     | 24 |
| 1.4.2 Associação Entre Indicadores Epidemiológicos e Clínicos .....             | 25 |
| 1.4.3 Procedimentos Éticos .....  | 25 |
| 2. Perfil epidemiológico de TMC de servidores públicos do estado de SC .....    | 27 |
| 2.1 Epidemiologia .....   | 27 |
| 2.2 Transtornos Mentais e Comportamentais.....                                  | 33 |
| 2.3 Método (do Estudo Populacional).....  | 34 |
| 2.4 Resultados e Discussão .....  | 36 |
| 2.4.1 Dados Sociodemográficos x Desfecho .....                                  | 38 |
| 2.4.2 Dados Ocupacionais x Desfecho .....                                       | 44 |
| 2.5 Considerações Finais do Perfil Epidemiológico .....                         | 50 |
| 3. Análise de Validade de Instrumentos Clínicos para Afastamentos por TMC ..... | 53 |
| 3.1 Resiliência.....  | 53 |
| 3.1.1 Características.....  | 54 |
| 3.1.2 Dimensões da Resiliência .....  | 56 |
| 3.1.3 Instrumentos de Medida .....  | 60 |
| 3.1.4 Considerações Relevantes.....   | 68 |
| 3.2 Saúde do Trabalhador .....  | 69 |
| 3.2.1 Saúde do Trabalhador na Perícia Médica Brasileira .....                   | 71 |
| 3.2.2 Saúde do Servidor Público .....   | 72 |
| 3.2.3 Agravos à Saúde Mental .....  | 77 |
| 3.2.4 Ansiedade e Depressão .....   | 81 |
| 3.3 Psicometria.....  | 85 |
| 3.3.1 Validade dos Instrumentos .....   | 88 |
| 3.3.2 Fidedignidade dos Instrumentos .....                                      | 89 |
| 3.3.3 Importância da Medida .....   | 90 |
| 3.4 Método (da Análise de Validade de Instrumentos Clínicos) .....              | 90 |
| 3.4.1 Classificação do Delineamento Psicométrico .....                          | 91 |
| 3.4.2 Amostra do Delineamento Psicométrico .....                                | 91 |
| 3.4.3 Instrumentos de Coleta de Dados do Delineamento Psicométrico.....         | 94 |
| 3.4.4 Tratamento e Análise dos Dados Psicométricos .....                        | 95 |



|  |     |
|--|-----|
| 3.5 Resultados e Discussão .....   | 99  |
| 3.5.1 Curvas ROC .....   | 106 |
| 3.5.2 Análises de Regressão .....  | 109 |
| 3.6 Considerações Finais da Análise de Validade de Instrumentos<br>Clínicos .....                | 114 |
| 4. Associação entre Preditores Epidemiológicos e Clínicos de TMC<br>em Servidores Públicos ..... | 117 |
| 4.1 Separatistas e Interacionistas .....   | 117 |
| 4.2 Método (Associação de Preditores Epidemiológicos e<br>Clínicos).....                         | 126 |
| 4.3 Resultados (da Associação entre Preditores).....   | 127 |
| 5. Conclusão .....   | 133 |
| Referências .....  | 137 |
| Apêndice A – TCLE .....  | 155 |
| Anexo A - BRS – Brief Resilience Scale .....   | 157 |
| Anexo B - SRQ 20 - Self Reporting Questionnaire .....  | 158 |
| Anexo C - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)..                                    | 159 |
| Anexo D - Parecer consubstanciado do CEP .....   | 162 |



## 1. Introdução

Transtorno Mental pode ser amplamente definido como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre num indivíduo e que está associado com um sofrimento (*distress*) presente (ex.: sintoma doloroso) ou incapacidade (deficiência em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) ou com um aumento significativo do risco de morrer, experimentar dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade (American Psychiatric Association, 1994). Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) são morbidades que acometem significativa parcela dos trabalhadores no Brasil e no mundo. Seus antecedentes são diversos e a ciência - por uma série de razões - não tem estabelecido seus preditores demográficos, ocupacionais e/ou psicossociais com muita facilidade. Diante disso, pelo menos duas frentes de trabalho buscam compreender o adoecimento mental ligado ao trabalho: a epidemiologia, que com suas taxas de prevalência populacionais traça perfis de casos, e a psicologia clínica, que se dedica ao estudo (avaliação, diagnóstico e tratamento) dos indivíduos com TMC. Parece haver, portanto, certa relação da psicologia clínica com a epidemiologia, ainda que costumeiramente não haja diálogo entre tais áreas.

A epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas com o intuito de fornecer subsídios para a prevenção de doenças. É evidente que a análise de determinação causal das doenças em uma coletividade humana, dividida em classes sociais e/ou grupos específicos de populações, exige da epidemiologia uma interação interdisciplinar e estabelece sua dependência a outras ciências. A psicologia parece ser uma delas.

Os estudos psicométricos ligados à psicologia clínica dedicam-se à mensuração dos transtornos mentais e dos aspectos psíquicos de doenças não mentais. Para tanto, exigem dos fenômenos psicológicos uma relação com os números - da mesma forma como a epidemiologia atribui números à descrição de fenômenos populacionais de saúde/doença. Se, de um lado, a psicometria possibilita mensurar algumas características e prever a ocorrência de agravos em saúde mental, por outro lado a epidemiologia registra a ocorrência dos mesmos, buscando visualizar possibilidades de prevenção. Parece haver complementaridade entre a epidemiologia e a psicometria no âmbito da saúde mental, mas epistemologicamente ainda não se pode vislumbrar

uma ponte entre as duas áreas e empiricamente a literatura não tem demonstrado evidências de cooperação entre psicologia e epidemiologia.

A epidemiologia surgiu séculos antes da psicologia. É compreensível, por essa razão, que métodos epidemiológicos não alcancem facilmente fenômenos psicológicos. Métodos que tradicionalmente procuravam agentes etiológicos frequentemente bacterianos ou virais, que se relacionavam com quadros patológicos bem definidos, agora veem-se diante de novas configurações de agravos, mais complexas e muitas vezes não claramente definidas. Talvez a principal razão pela qual não tenha havido ainda um diálogo de cunho teórico-epistemológico entre a psicologia e a epidemiologia resida em algumas dificuldades - teóricas e operacionais - oriundas da psicologia e de seus objetos de estudo.

Algumas características da psicologia que podem comprometer a execução de estudos epidemiológicos são: a confiável separação de casos e não-casos, a consideração de populações e o conseqüente abandono do olhar individualizado - típico da psicologia, a definição precisa de início do agravo à saúde, as admissões repetidas e suas implicações à pesquisa epidemiológica, as alterações sociais que podem ocorrer ao longo do tempo (em estudos epidemiológicos longitudinais), a produção social de sintomas psicológicos, e a propagação caso-a-caso dos agravos à saúde. Essa pesquisa se propõe a contribuir - sobretudo empiricamente - com algumas dessas dificuldades.

Esta pesquisa tem como pano de fundo a saúde do trabalhador. Considerada um direito de todos os trabalhadores e um dever do Estado, a saúde do trabalhador tem, no Brasil, enfoque teórico-metodológico acentuadamente amparado no campo da saúde coletiva e busca conhecer o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho, de modo a traçar sobre ele estratégias de intervenção (Antonio & Lacaz, 2007; Mendes & Dias, 1991). Para a saúde do trabalhador, a explicação dos agravos à saúde dos trabalhadores extrapola os fatores presentes nos ambientes de trabalho e incorpora o significado cultural, político e econômico que a sociedade lhes atribui. Os fenômenos biológicos são observados na sua dimensão social, e o corpo do trabalhador não mais é visto como um agregado de células, que formam órgãos e sistemas, mas é considerado em suas relações com a natureza, na sua capacidade de criar-se e recriar-se por meio do trabalho (Codo, 1999).

Um dos aspectos da saúde que mais acometem trabalhadores no Brasil e no mundo são os transtornos mentais, entendidos como padrões psicológicos importantes que ocorrem em um indivíduo e são associados

a perdas. A vigilância epidemiológica em saúde mental tem revelado que suas prevalências não costumam diminuir de 20%, chegando em alguns casos – como nos servidores públicos do estado de SC (acima de 35%) - a percentuais muito mais elevados (Santa Catarina, 2012).

A literatura específica tem demonstrado que os transtornos mentais acometem também uma grande parcela (frequentemente acima de 30%) dos servidores públicos, população-alvo desta pesquisa (Nogueira, Maciel, Maciel, & Aquino, 2010; Santa Catarina, 2012; E. B. D. F. Silva, Tomé, Costa, & Santana, 2012). Os profissionais da administração pública detêm ampla variedade de funções e notória relevância social. Ao mesmo tempo, tais trabalhadores estão expostos a diferentes exigências, frequentemente decorrentes do modelo de gestão burocrático, típico das organizações públicas, a saber: aumento da carga de trabalho, limitações advindas da rigidez normativa existente, diminuição da autonomia, novos contratos temporários/terceirizados, etc.

Relacionada aos parágrafos anteriores, a pergunta de pesquisa que orienta este trabalho é: *Quais são os preditores epidemiológicos e clínicos de Transtornos Mentais em servidores públicos de SC?*

### 1.1 Objetivos Específicos

- a) Correlacionar dados demográficos com desfechos (LTS por TMC) da população;
- b) Correlacionar dados ocupacionais com desfechos da população;
- c) Analisar preditores de LTS por TMC;
- d) Verificar a validade convergente do sofrimento mental (score SRQ-20) com a concessão de benefícios por TMC em servidores públicos;
- e) Verificar a validade divergente da resiliência com concessão de benefícios por TMC em servidores públicos;
- f) Verificar se resiliência prediz saúde mental no trabalho;
- g) Verificar a validade convergente da Escala HAD com a concessão de benefícios por transtornos mentais relacionados à ansiedade e depressão em servidores públicos;
- h) Verificar a associação entre preditores epidemiológicos e preditores clínicos de transtornos mentais em servidores públicos.

## 1.2 Inserção da Tese

A área 1 de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFSC) congrega estudos sobre processos psicológicos e sociais nos contextos de trabalho e das organizações e contempla duas linhas de pesquisa distintas. Esta tese se insere na linha 1, a qual se propõe a investigar processos psicossociais e de saúde no trabalho e nas organizações (PPGP/UFSC). Não obstante, esta tese vai ao encontro do objetivo da linha de pesquisa do Laboratório Fator Humano “Modelos e Métodos de Diagnóstico e Avaliação em Saúde e Desenvolvimento Humano”, a saber: Desenvolver modelos teóricos e métodos de medida, diagnóstico e avaliação de capacidades e habilidades humanas relacionadas a saúde, desenvolvimento humano e trabalho (Laboratório Fator Humano/UFSC). Tais inserções revelaram-se muito profícuas, pois situaram institucionalmente o trabalho científico desenvolvido e o subsidiaram com expertise em sua área de conhecimento.

## 1.3 Justificativa

Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) são encontrados com frequência na sociedade - independente de sexo, raça ou idades - e geram alto custo social e econômico, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. Subestimados durante muito tempo, nas últimas décadas estudos têm relevado que os TMC possuem considerável peso na incapacidade funcional, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos. Este trabalho analisa os TMC em termos de suas características e seus determinantes, objetivando em última análise delinear maneiras de se prevenir o sofrimento mental engendrado pelo trabalho. Não obstante, seus resultados subsidiam a construção de protocolos de saúde mental.

O Brasil - país com elevada prevalência de TMC na população adulta - carece de políticas em saúde mental e programas nessa esfera, hiato esse que a presente pesquisa pretende dirimir, ainda que indiretamente. Além disso, o nexos causal entre o trabalho e o adoecimento mental é um importante nicho de atuação para os psicólogos brasileiros atualmente (M. D. G. Jacques, 2007). Esta tese busca, portanto, favorecer a inserção de psicólogos em ambientes de trabalho, explorando uma área até então pouco conhecida pelos psicólogos brasileiros.

A maioria dos transtornos é tratável e evitável. Quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos. Os estudos epidemiológicos são de significativa importância para determinar a magnitude dos TMC, sendo muito úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento. Este talvez seja o aspecto de maior relevância desta tese: a oferta de resultados empíricos (de caráter clínico-epidemiológico) que possibilitem, direta e/ou indiretamente, propor medidas para a diminuição do sofrimento psíquico no trabalho e a consequente redução dos afastamentos por TMC no trabalho.

O fato da epidemiologia, muitas vezes, estudar morbidade, mortalidade ou agravos à saúde, deve-se, simplesmente, às limitações metodológicas da definição de saúde (Menezes, 2001). A ênfase dada à saúde e aos seus fatores preditivos é ainda pequena. A resiliência se apresenta como um fator preditivo de saúde mental, abrindo espaço para novos estudos em cujos objetivos incluem-se análises de TMC à luz da resiliência. Entende-se que tal construto enquanto fator preditivo à saúde mental também abre portas à inserção de psicólogos em ambientes organizacionais, uma vez que a psicologia das organizações e do trabalho tem produzido um considerável volume de publicações sobre a resiliência e tem sugerido que ela pode ser desenvolvida (APA, 2002; Connor & Davidson, 2003; Job, 1999). A resiliência no trabalho (com adultos), todavia, tem sido pouco estudada no Brasil, especialmente pela psicologia do trabalho e das organizações. Suas medidas, especialmente no Brasil, também não têm apresentado boas propriedades psicométricas. Este trabalho busca dirimir essas fragilidades, avaliando as propriedades psicométricas das principais medidas existentes.

O principal fulcro de ineditismo pretendido por este trabalho é o fato de se propor a relacionar, sobretudo empiricamente, dados psicométricos, de natureza clínica, com dados epidemiológicos. O perfil epidemiológico de agravos à saúde mental de uma amostra de trabalhadores foi associado a construtos psicológicos (resiliência, ansiedade, depressão e sofrimento mental), medidos por instrumentos psicométricos. Ambas as áreas do conhecimento têm orientação quantitativa e utilizam pressupostos metodológicos da estatística para analisarem os dados. A expectativa é que tal interlocução (psicometria x epidemiologia) produza novas perspectivas de compreensão dos agravos à saúde mental, bem como de intervenções em saúde. De acordo com levantamento feito a partir das bases de dados Periódicos CAPES,

Scielo e Google Acadêmico (com descritores ligados aos termos: psychology, epidemiology, psicologia e epidemiologia), bem como buscas na internet por projetos e grupos de pesquisa (nacionais e internacionais), tal proposta é inédita no Brasil e, possivelmente, também nas pesquisas internacionais.

#### 1.4 Método (da Tese)

Esta pesquisa contempla dois delineamentos significativamente diferentes: um epidemiológico e outro clínico (psicométrico). Ainda que haja interação entre esses delineamentos, a cada um corresponde uma etapa distinta da pesquisa. Uma vez concluídas essas duas etapas, propõe-se uma associação de indicadores epidemiológicos com indicadores clínicos.

##### 1.4.1 Classificação Geral da Pesquisa

Em relação à sua natureza, esta pesquisa classifica-se como aplicada, uma vez que tem interesse na resolução de problemas reais através da aplicação dos resultados encontrados (Andrade, 2009; Bervian, Cerro, & Silva, 2007; Gil, 2002; Lakatos & Marconi, 2009). Com seus dois delineamentos, este trabalho se propõe a contribuir com a análise dos transtornos mentais e suas formas de prevenção em servidores públicos catarinenses.

Quanto à abordagem, pode-se classificar esta pesquisa - em seus dois delineamentos - como predominantemente quantitativa, uma vez que tais pesquisas são caracterizadas pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento destas por meio de técnicas estatísticas. O pressuposto é que os fenômenos estudados podem ser quantificáveis e traduzidos em números. A pesquisa quantitativa é mais utilizada em estudos descritivos e está preocupada em descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como a busca de relação de causalidade entre fenômenos. Tal abordagem objetiva a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretações, possibilitando margem de segurança quanto às inferências (Andrade, 2009; Gil, 2002; Lakatos & Marconi, 2009).



### 1.4.2 Associação Entre Indicadores Epidemiológicos e Clínicos

De modo a facilitar a compreensão dos delineamentos ora propostos (epidemiológico e psicométrico), a Figura 1. Delineamentos da pesquisa esquetiza-os.

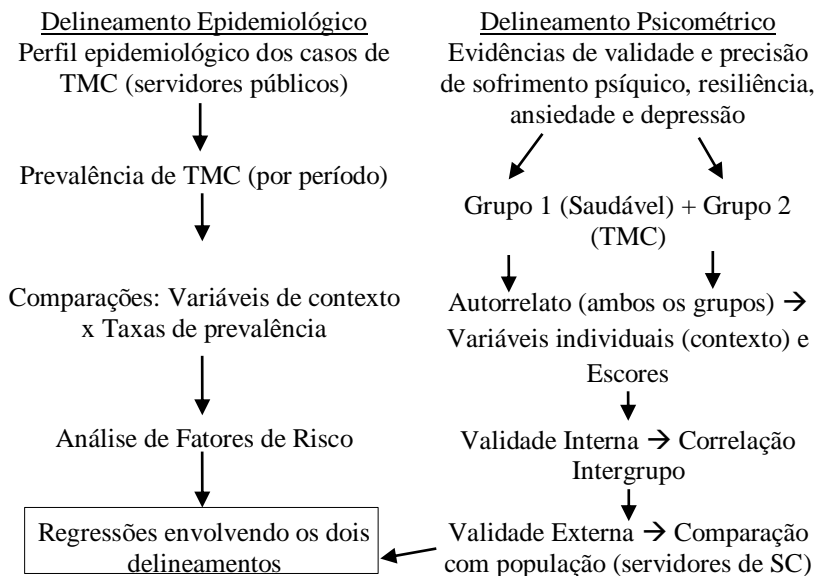


Figura 1. Delineamentos da pesquisa

Finalizadas as duas etapas da pesquisa (os delineamentos epidemiológico e psicométrico, respectivamente), demonstra-se uma associação entre os indicadores epidemiológicos e os indicadores clínicos, reforçando a importância de se incorporar instrumentos psicométricos aos protocolos de atendimento adotados pela perícia psicológica do estado de SC.

### 1.4.3 Procedimentos Éticos

Esta tese considerou todos os princípios éticos concernentes à sua execução (Resolução CNS nº 466/2012). Sua realização foi autorizada pela Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da

Saúde de Santa Catarina (CEPSES-SC), sob o nº CAAE  
36112214.5.0000.0115.

## 2. Perfil epidemiológico de TMC de servidores públicos do estado de SC

Este capítulo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico de Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) de servidores públicos do estado de Santa Catarina, afastados do trabalho por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) no período de 2010 a 2014. Para tanto, tece uma breve introdução acerca da epidemiologia e seus métodos de investigação e procura problematizar um pouco os TMC no mundo e no Brasil, especificamente entre os servidores públicos – população foco desta pesquisa.

### 2.1 Epidemiologia

O termo grego "epidemia" é atribuído a Hipócrates (século VI a.C), resultando do prefixo epi- ("sobre") e o radical -demos ("povo" ou "país"); assim, o termo "epidemia" teria a conotação de uma "calamidade que se abate sobre o povo". Epidemiologia refere-se a ciência ou discurso (*logos*) sobre as epidemias. O vocábulo foi empregado pela primeira vez no fim do Século XVI, como título de um tratado sobre as pestes que assolavam a Europa, escrito por Angelerio. Cerca de trezentos anos mais tarde, já no início do século XIX, Villalba escreve uma crônica histórica das epidemias na Espanha, à qual deu o título de *Epidemiología Española*, uma compilação de todas as epidemias conhecida até aquela data. A primeira instituição científica da disciplina, fundada em meados do século XIX na Inglaterra, fora denominada *London Epidemiological Society* (Almeida-Filho, 1992; Krieger, 2000; Oliveira, 2010).

A epidemiologia teve sua origem a partir das observações de Hipócrates feitas há mais de 2000 anos, as quais apontavam que fatores ambientais influenciam a ocorrência de doenças, mas foi somente no século XIX que a epidemiologia vislumbrou maior notoriedade, quando a distribuição das doenças em grupos humanos específicos passou a ser medida em larga escala. Isso determinou não somente o início formal da epidemiologia como também as suas mais espetaculares descobertas (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010).

Essencialmente, a epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas. É a ciência que estuda a distribuição das doenças em uma determinada comunidade (populações ou grupos de pessoas), levando em

consideração diversas características ligadas à pessoa, ao espaço físico e também ao tempo, possibilitando determinar medidas de prevenção e controle para a doença em análise. Enquanto a clínica aborda a doença em nível individual, a epidemiologia aborda o processo saúde-doença em grupos de pessoas, os quais podem ser pequenos ou muito grandes (populações inteiras) (Menezes, 2001).

Três momentos marcaram o determinismo epidemiológico. O primeiro, definidor do causalismo em geral, vincula-se à formalização da lógica indutiva, atribuída a Platão e sistematizada por Aristóteles, como produção de conhecimento em objetos das hoje chamadas ciências naturais e que procedem do particular para o universal, a partir de repetições de eventos em sua regularidade. O segundo momento, localizado em uma fase precoce de emergência da modernidade, terá sido a invenção pascalina do acaso enquanto categoria epistemológica, viabilizada pelo conceito de probabilidade. O terceiro momento pode ser identificado entre os anos 1920 e 1950, que resultou na construção da noção de risco como conceito fundamental da ciência epidemiológica (Almeida Filho, Coutinho, & Castiel, 2011).

Apesar de ter prevalecido por algum tempo a ideia da epidemiologia restringir-se ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis, hoje a epidemiologia é reconhecida por tratar de qualquer evento relacionado à saúde (ou doença) da população. Suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde da população, da investigação dos fatores determinantes de doenças, da avaliação do impacto das ações para alterar a situação de saúde até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência. Sendo assim, a epidemiologia contribui significativamente para o entendimento da saúde da população - partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídios para a prevenção de doenças (Menezes, 2001).

No âmbito da prevenção em saúde, no momento em que se estabelece uma relação de causa e efeito de caráter direto, tal relação articula duas dimensões: a definição de algo como perigoso e as medidas de proteção/prevenção a tal perigo. No entanto, o mundo não se rege apenas por esta modalidade de relações entre eventos. Nessas circunstâncias, as explicações sobre relações entre fenômenos podem deixar o terreno firme da causalidade e adentrar em domínios mais incertos. Aqui, os instrumentos de construção do conhecimento permitem adotar diferentes perspectivas para lidar com a incerteza (fenômenos multideterminados). A noção de probabilidade é um

dispositivo heurístico desenvolvido com esta finalidade (Almeida Filho et al., 2011).

A partir de então, pode-se perceber que a análise de determinação causal das doenças em uma coletividade humana, dividida em classes sociais e/ou grupos específicos de populações, exige da epidemiologia uma atuação interdisciplinar e estabelece sua dependência a outras ciências. A psicologia (e a psicometria, particularmente) inclui-se na lista.

A epidemiologia possui medidas de ocorrência de desfechos e medidas de associação ou efeito. As medidas de ocorrência revelam a magnitude do problema a ser estudado. Há duas formas básicas de medir a ocorrência de doença: examinando pessoas em um único momento (Medidas Transversais) e acompanhando pessoas durante um intervalo de tempo (Medidas Longitudinais) (Pereira, 1995).

As medidas transversais são obtidas quando os indivíduos são examinados apenas uma vez, como acontece em estudos de prevalência. A prevalência é uma medida estática, apenas informa o número de casos (novos e velhos) de uma determinada doença em uma população definida em um determinado ponto no tempo (Bonita et al., 2010; Pereira, 1995). Matematicamente, ela pode ser calculada pela fórmula abaixo:

|  |
|--|
| $\text{Taxa de Prevalência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos existentes}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas estudadas na população}}$ |
|--|

A prevalência tem como objetivo observar a presença ou ausência de doença. O período de tempo é arbitrário (pode ser um curto espaço de tempo) (Bonita et al., 2010).

A prevalência estima a probabilidade de um indivíduo estar doente no período do tempo em que o estudo (populacional) é realizado. Costuma se tratar de uma informação útil em estudos que visam determinar a carga de doenças crônicas em uma população e suas implicações para os serviços de saúde (Bonita et al., 2010). Nesse estudo, utilizaram-se prevalências por período (Jan/2010-Dez/2014) com o objetivo de descrever os afastamentos do trabalho decorrentes de transtornos mentais, uma vez que tais medidas se mostraram mais viáveis que medidas longitudinais e uma vez que descrições de afastamentos do trabalho por TMC em servidores públicos são pouco frequentes na literatura brasileira.

Medidas longitudinais são medidas obtidas quando os indivíduos são acompanhados durante certo período de tempo, como acontece nos

estudos de incidência. A incidência implica em uma dimensão de tempo, ou seja, reflete a velocidade com que os casos novos aparecem em certo período de tempo em uma população específica (Bonita et al., 2010; Pereira, 1995).

A medida da incidência pode ser calculada pela equação abaixo:

$$\text{Taxa de Incidência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de "novos" casos em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas expostas ao risco no mesmo período}}$$

A incidência expressa o risco de tornar-se doente. É a principal medida para doenças ou condições agudas, mas pode, também, ser utilizada para doenças crônicas. Revela-se bastante útil em estudos que objetivam determinar causalidade (Bonita et al., 2010).

A incidência influencia diretamente a prevalência. Para diminuir a prevalência de determinada doença, portanto, é preciso diminuir o aparecimento de novos casos (prevenção primária) ou encurtar a duração da doença (prevenção secundária) (Pereira, 1995). Numa analogia com uma espécie de caixa d'água, a Figura 2 ilustra a relação entre incidência e prevalência.

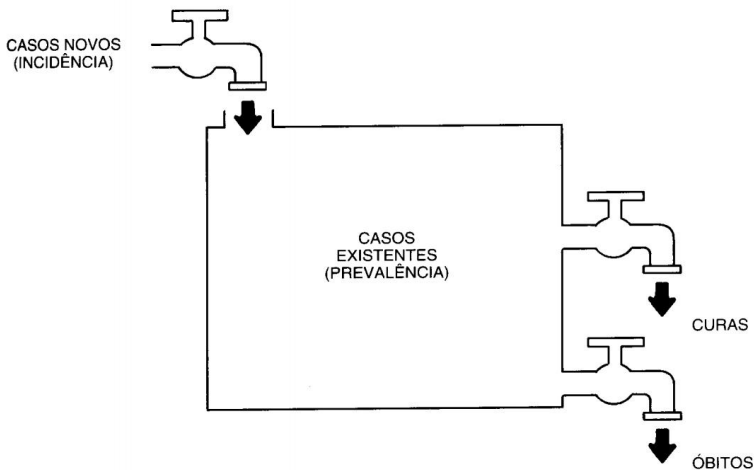


Figura 2. Relação entre prevalência e incidência (Pereira, 1995).

As medidas de associação expressam a relação entre a exposição e a consequência ou desfecho (transtorno mental, doença, óbito, etc.). Essas medidas são usadas para detectar quantitativamente essa relação. São medidas do tipo razão que comparam duas medidas de frequência e

medem a força da relação estatística entre uma variável e a frequência da doença (Pereira, 1995; Rocha, Carvalho, & Correia, [s.d.]).

As medidas de associação indicam a magnitude do efeito de um fator de risco sobre a ocorrência do desfecho. Tais medidas nos dizem o quanto um grupo está mais susceptível de desenvolver a consequência/desfecho do que outro grupo (Rocha et al., [s.d.]).

A classificação dos tipos de delineamentos a serem utilizados em estudos epidemiológicos costuma incluir os estudos descritivos e os estudos analíticos (experimentais e observacionais – transversal, coorte, caso-controle e ecológico), conforme ilustra a Figura 3.

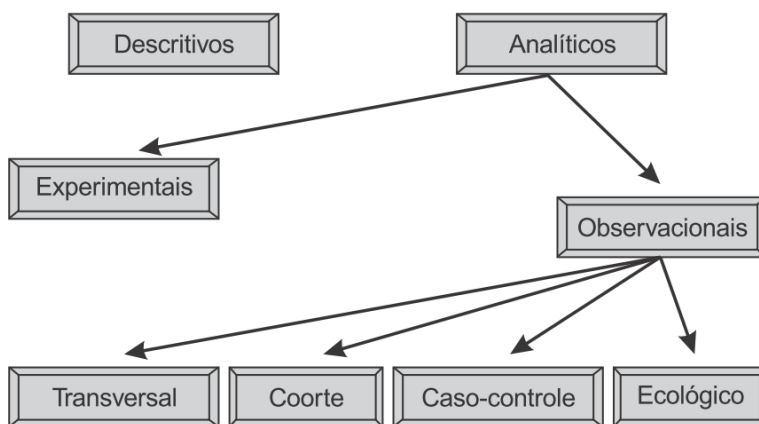


Figura 3. Tipos de estudos epidemiológicos (Menezes, 2001)

Em muitos países os estudos descritivos são realizados por um centro nacional de estatísticas em saúde. Como o próprio nome sugere, esses estudos têm por objetivo descrever o estado de saúde/doença de uma população ou comunidade - a partir de dados primários ou secundários - sem analisar possíveis associações entre exposição e efeito. Ou seja, sem comparar a descrição obtida com uma população de referência. (Bonita et al., 2010; Menezes, 2001). Esse tipo de estudo pode ser o primeiro passo de uma investigação. Servem também, muitas vezes, para identificar grupos de risco e apontar explicações para as variações de frequência a serem verificadas em outros estudos futuros como os analíticos (Pereira, 1995). O estudo descritivo tem a vantagem de ser rápido e de baixo custo. Por outro lado, sua desvantagem é o fato de não ter um grupo de comparação e não testar hipóteses (Menezes, 2001).

Os estudos analíticos pressupõem a existência de um grupo de referência, o que permite estabelecer comparações. De acordo com o papel do pesquisador, tais estudos podem ser observacionais ou experimentais (de intervenção) (Menezes, 2001).

Nos estudos observacionais o pesquisador não assume controle sobre a alocação de uma determinada exposição (Menezes, 2001). Tais estudos costumam ser classificados em: Estudo de Coorte (o investigador parte do fator de exposição - ou causa - para descrever a incidência e analisar associações entre causas e doenças), Estudo de Caso-Controlle (o investigador parte de indivíduos com e sem doença e busca no passado a presença/ausência do fator de exposição), Estudo Ecológico (as unidades de análise são grupos de pessoas - em diferentes lugares/períodos de tempo - ao invés de indivíduos) e Estudo Transversal (Bonita et al., 2010).

Diretamente relacionados com este projeto de tese, os *Estudos Transversais* são também chamados de *cross-sectional* ou estudos de prevalência, pois medem a prevalência das doenças (Bonita et al., 2010). A prevalência pode ser: pontual (número de pessoas com determinada doença em determinado momento do tempo), por período (número de pessoas com determinada doença por um período de tempo) e nasocomial (número de pessoas com determinada doença ocorrida dentro de uma instituição) (Oliveira, Cruz, & Matsui, 2011). Nesse tipo de estudo, as medidas de exposição e efeito (doença) são realizadas ao mesmo tempo. Portanto, não é fácil avaliar as associações encontradas nesses estudos, uma vez que subjaz sempre a questão: a exposição precede ou é consequência do efeito? (Bonita et al., 2010).

São estudos relativamente baratos, fáceis de conduzir e úteis na investigação das exposições que são características individuais fixas tais como grupo sexual ou étnico. Na investigação de surtos epidêmicos, a realização de um estudo transversal medindo diversas exposições é comumente o primeiro passo para determinar a sua causa. Dados obtidos através de estudos transversais são também úteis para avaliar as necessidades em saúde da população. Dados provenientes de pesquisas transversais repetidas, com amostragem aleatória e definições padronizadas, fornecem indicadores úteis de tendências e costumam ser intensamente utilizados por diversos países (Bonita et al., 2010).

Também chamados de Estudos de Intervenção, os Estudos Experimentais são aqueles em que o pesquisador manipula o fator de exposição (a variável de intervenção) em um ou mais grupos de pessoas. Os principais critérios de classificação dos estudos de intervenção são os seguintes: a) controle da variável independente; b) controle da



composição dos grupos; e c) controle do efeito de mensuração. (Bonita et al., 2010).

## 2.2 Transtornos Mentais e Comportamentais

Os TMC caracterizam-se por alterações clínicas e comportamentais significativas, funcionamento com prejuízo ou qualquer associação entre eles. São passíveis de acarretar sofrimento clinicamente relevante e danos em várias áreas do funcionamento mental, e podem advir de fatores orgânicos, sociais, genéticos, químicos ou psicológicos (VandenBos, 2010). A prevalência elevada desses transtornos, em diversas categorias de trabalhadores no Brasil (Cruz, Shirassu, Barbosa, & de Santana, 2011; Cunha, Blank, & Boing, 2009; Sala, Carro, Correa, & Seixas, 2009; Sarda, Ruiz, & Kirtschig, 2009) e no mundo (Arends, Bültmann, van Rhenen, Groen, & van der Klink, 2013; Roelen, Koopmans, Anema, & Van Der Beek, 2010; Roelen et al., 2009; Stansfeld, Fuhrer, & Head, 2011; van Beurden et al., 2013), consistem em uma das principais causas de afastamento do trabalho, repercutindo nos indivíduos e na sociedade.

Dada a sua prevalência e o risco de promoverem incapacidade para o trabalho os TMC consistem em um importante problema de saúde pública. Esses transtornos, especialmente a depressão (Koopmans et al., 2011), reduzem a capacidade para o trabalho e geram períodos de ausência de longo prazo, além do risco de aposentadoria precoce e mortalidade (Albertí et al., 2012; Brouwers, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2009; Roelen et al., 2010).

No Brasil, entre os trabalhadores da iniciativa privada, de 2004 a 2013 houve um crescimento de 28% nos benefícios concedidos em decorrência de TMC (Brasil, 2014a), sendo a terceira causa de incapacidade para o trabalho entre 2004 e 2006 (Siano, Ribeiro, Santiago, & Ribeiro, 2009), e a quarta causa para a concessão de benefícios de saúde, de janeiro a abril de 2014 (Brasil, 2014b).

Os TMC são a principal causa de afastamento entre servidores públicos em diferentes estudos de prevalência nacionais, com bases em dados coletados em bases de dados oficiais (Leão, Barbosa-Branco, Rassi Neto, Ribeiro, & Turchi, 2015). Nesse contexto, entre 2001 a 2005, 2004 a 2005 e 2008 a 2009, os índices de TMC mostram variações percentuais entre 30 e 39,59% (Campos & Cruz, 2007; Santa Catarina, 2012; Santos & Siqueira, 2010), tendo sido prevalentes no sexo feminino (Leão et al., 2015; Rodrigues, Freitas, Assunção, Bassi, & Medeiros, 2013; Schlindwein & Morais, 2014), exceto quando

associados ao uso de substâncias psicoativas, neste caso, prevalentes no sexo masculino (Schlindwein & Morais, 2014). Além disso, os TMC foram responsáveis pelo maior percentual de absenteísmo, pois são os que geram licenças mais prolongadas, com um custo direto de 23 milhões de reais (Sala et al., 2009).

Riscos mais altos de sofrer de TMC foram identificados entre os servidores que referiram perda de qualidade de vida, insatisfação com a capacidade de trabalho, que estavam expostos à alta demanda física e com condições razoáveis ou precárias de trabalho (Rodrigues et al., 2013) e, ainda, aqueles expostos à elevada demanda psicológica e com pouco controle sobre as atividades de trabalho (Rodrigues, Rodrigues, Oliveira, Laudano, & Sobrinho, 2014).

Sabe-se que quanto maior o tempo de afastamento do trabalho por motivo de doença, maiores são os níveis de incapacidade e menores as possibilidades de retorno ao trabalho (Kupek, Cruz, Bartilotti, & Cherem, 2009), outra justificativa relevante para estudos nesta área. O adoecimento em decorrência de TMC, que implica em elevado número de licenças para tratamento de saúde (LTS), significa amplos prejuízos pessoais, institucionais, econômicos e sociais como ausência(s) do trabalho, redução da capacidade laboral e perda da produtividade (Hjarsbech et al., 2013; Holmgren, Fjällström-Lundgren, & Hensing, 2013; Koopmans et al., 2011; Laaksonen & Pitkäniemi, 2013; Wedegaertner et al., 2013).

Compreender o complexo e multifacetado fenômeno do absenteísmo saúde-doença ou ausência por doença, em decorrência de TMC, os diagnósticos mais comumente relacionados às atividades laborativas, pode contribuir para a redução dos custos diretos e indiretos decorrentes da incapacidade para o trabalho (Glina, Rocha, Batista, & Mendonça, 2001), bem como favorecer o entendimento daquilo que gera satisfação e qualidade de vida no trabalho e desfechos mais exitosos em termos de saúde (Ferreira, Griep, Fonseca, & Rotenberg, 2012). Por isso, descrever o perfil epidemiológico de TMC é mister para qualquer análise sobre afastamentos do trabalho, haja vista que tal descrição possibilita intervenções ulteriores mais precisas e efetivas.

### 2.3 Método (do Estudo Populacional)

Esse foi um estudo com delineamento epidemiológico, descritivo, com corte transversal, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Administração (SEA) do Estado de Santa Catarina (SC), especificamente pela Diretoria de Saúde

do Servidor – Gerências de: Perícia Médica (GEPEM) e Controle e Concessão de Benefícios (GECOB) e pela Gerência de Acompanhamento e Normatização de Gestão de Pessoas (GAPES).

O delineamento epidemiológico caracteriza-se por analisar a distribuição de agravos, neste caso agravos à saúde mental, em um grupo populacional específico - servidores públicos catarinenses efetivos e ativos, da administração direta afastados por Transtorno Mental e Comportamental (TMC), por meio do estudo da prevalência por período (número de casos em um período de tempo específico) (Bonita et al., 2010).

Esta investigação teve como fonte uma base de dados dos servidores públicos catarinenses afastados por TMC (código F da CID-10), a qual dispõe de dados de servidores efetivos e ativos do estado de SC afastados do trabalho por Licença para Tratamento de Saúde (LTS). Considerou-se o período compreendido entre janeiro de 2010 até dezembro de 2014. A base de dados utilizada dispõe de 13 variáveis, sendo nove independentes e quatro dependentes: a) variáveis demográficas (independentes): (1) sexo, (2) idade, (3) raça, (4) estado civil, e (5) grau de instrução do servidor afastado; b) variáveis ocupacionais (independentes): (6) cargo, (7) local de trabalho (órgão do Estado de SC), (8) município de trabalho e (9) tempo de serviço (em anos) do servidor afastado; c) variáveis de desfecho (dependentes): (1) ano de início do afastamento, (2) valor pago, (3) número de dias concedidos e (4) código da CID-10 atribuído ao motivo principal do afastamento (LTS). A variável renda (valor pago) foi também utilizada como variável independente. O pressuposto que fundamentou seu uso foi o de que rendas mais elevadas permitem aos servidores disporem de mais recursos para promoção, prevenção e reabilitação de sua saúde (física e) mental.

Para os cálculos de prevalência, foram necessários dados da população total (a amostra de servidores efetivos ativos afastados mais os servidores efetivos ativos não afastados). A base dos servidores efetivos ativos dispõe de sete variáveis: (1) ano de observação (o mês de outubro foi escolhido como padrão, por apresentar menor variação entre os anos), (2) CPF do servidor, (3) órgão de vínculo, (4) raça, (5) grau de instrução, (6) cargo (relação de vínculo), e (7) município de lotação do servidor. Os CPFs repetidos foram excluídos, já que alguns servidores possuíam mais de um vínculo com o Estado de Santa Catarina. Foram mantidos os primeiros afastamentos (CPF's que apareciam pela primeira vez no banco - critério aleatório). Esta investigação utilizou essencialmente estatística descritiva (médias, desvios-padrão, medianas,

frequências das variáveis, e prevalências). As prevalências utilizadas foram: a) prevalência acumulada = servidores em LTS (2010-2014)/total de servidores x 100; b) prevalência de licenças = nº de LTS (2010-2014)/nº total de servidores x 100.

Além das prevalências, foram utilizados o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das distribuições, correlações simples (Tau-b de Kendall) e o Teste t de Student para verificar se as diferenças entre as médias por sexo eram estatisticamente significativas.

## 2.4 Resultados e Discussão

O arquivo original disponibilizado pela GECOB/SEA continha uma média de aproximadamente 9.650 servidores por ano recebendo LTS e 100.784 casos de LTS, 34,16% das quais decorrentes de TMC, o principal motivo de LTS no período analisado (2010-2014). Para as análises do presente estudo foram excluídos: os códigos CID-10 diferentes de F (Transtornos Mentais e Comportamentais), os códigos secundários (não principais). Graus de instrução foram agrupados para que as duas bases de dados (GECOB e GAPES) ficassem alinhadas. Por fim, uma vez que havia muitos cargos, alguns foram também agrupados para facilitar as análises.

Considerando-se os anos observados (2010 a 2014) e excluindo-se os CPFs repetidos, o total de servidores efetivos e ativos do estado de Santa Catarina foi, respectivamente, de 46.605, 45.433, 44.756, 44.756, e 46.445, resultando em uma média de 45.599 servidores. Os valores apresentados fundamentaram o cálculo das prevalências acumuladas (2010-2014), apresentadas nas tabelas desse capítulo.

Entre 1º de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2014, houve 10.528 servidores e 34.431 casos de LTS motivados por TMC no Estado de SC. Os afastamentos repetidos - servidores que se afastaram com LTS mais de uma vez entre 2010 e 2014 - foram ordenados na base de dados de 1 (1ª LTS por CID-F) a 50 (50ª LTS por CID-F). A quantidade de casos nos primeiros afastamentos corresponde, portanto, à quantidade de pessoas afastadas no período observado. A Tabela 1 resume os quantitativos a cada ano.

Tabela 1  
*Distribuição dos afastamentos ordenados x ano de início do afastamento*

| Ordem de casos                 | Ano de início LTS |              |              |              |              | Total         |
|--------------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|                                | 2010              | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         |               |
| 1º afastamento (pós 2010)      | 2.993             | 2.134        | 2.063        | 1.780        | 1.558        | 10.528        |
| 2º afastamento                 | 1.540             | 1.321        | 1.276        | 1.247        | 1.116        | 6.500         |
| 3º afastamento                 | 790               | 948          | 890          | 892          | 823          | 4.343         |
| 4º afastamento                 | 410               | 673          | 720          | 662          | 625          | 3.090         |
| 5º afastamento                 | 182               | 488          | 549          | 509          | 525          | 2.253         |
| 6º afastamento                 | 65                | 382          | 411          | 427          | 435          | 1.720         |
| 7º afastamento                 | 16                | 269          | 325          | 347          | 357          | 1.314         |
| 8º afastamento                 | 8                 | 180          | 252          | 294          | 295          | 1.029         |
| 9º afastamento                 | 3                 | 109          | 215          | 235          | 246          | 808           |
| 10º afastamento                | 2                 | 60           | 173          | 192          | 215          | 642           |
| 11º afastamento                | 1                 | 33           | 131          | 150          | 187          | 502           |
| 12º afastamento                | 1                 | 17           | 103          | 124          | 155          | 400           |
| 13º afastamento                | 0                 | 9            | 68           | 101          | 133          | 311           |
| 14º afastamento                | 0                 | 7            | 37           | 90           | 107          | 241           |
| 15º afastamento (ou posterior) | 0                 | 2            | 87           | 238          | 423          | 750           |
| <b>Total</b>                   | <b>6.011</b>      | <b>6.632</b> | <b>7.300</b> | <b>7.288</b> | <b>7.200</b> | <b>34.431</b> |

A Tabela 1 revela que, em média, mais de 60% dos servidores afastados, independente se pela primeira ou pela décima vez, voltaram a se afastar por TMC entre 2010 e 2014 (da 7ª LTS, com 1.314 servidores, para a 8ª LTS, com 1.029 servidores, por exemplo, temos uma recorrência de 78,31%; da 9ª para a 10ª temos 79,46%).

Tais dados ratificam achados da literatura. Episódios anteriores de absenteísmo ou ausência por doença aumentam o risco de eventos posteriores de ausência pelo mesmo motivo e a associação mostra-se mais forte quanto maior for o período dos eventos anteriores. Períodos curtos de afastamento também devem ser observados, pois são preditores de futuras crises (Laaksonen et al., 2013). Afastamentos por doença em um ano imediatamente anterior sugerem 25% de futuros episódios de afastamentos pelo mesmo motivo, e em dois anos anteriores uma probabilidade de 30% de novos afastamentos (Brouwers et al., 2009; Koopmans et al., 2011). Em mulheres, o estresse relacionado à organização de trabalho e a conflitos interpessoais é

preditor da ocorrência de faltas por doença em oito dias ou mais. A identificação precoce daquelas que estão em risco pode favorecer a implantação de medidas preventivas ao estresse que visem diminuir essas ausências (Holmgren et al., 2013).

A distribuição estatística das médias e desvios-padrão para cada uma das variáveis contínuas analisadas, a saber: idade (em anos), tempo de serviço (em anos), valor recebido durante a LTS (em reais) e quantidade de dias concedidos durante a LTS identificou valores relevantes. Apresentam-se os valores dos servidores e dos casos (69,42% das LTS são repetidas – ou seja, mesmos servidores que se afastaram mais de uma vez no período observado). Para os 10.528 servidores efetivos e ativos, a idade média até o início do afastamento foi de 45,58 anos (DP 8,75), o tempo de serviço de 14,9 anos (DP 9,32), o valor médio do pagamento atingiu R\$3.417,16 (DP R\$2.279,59) e o número de dias de LTS concedidos alcançou média de 32,48 dias (DP 21,81 dias). Para os 34.431 casos de LTS, a média de idade foi de 46,24 anos (DP 8,38 anos) e o tempo de serviço 15,32 anos (DP 9,03 anos). O valor do pagamento aumentou para R\$3.439,45 (DP R\$2.249,07) e o número de dias de LTS concedidos para 40,95 dias (DP 25,83 dias).

Tais valores demonstram desvios-padrão elevados, especialmente para as variáveis valor do pagamento e número de dias de LTS concedidos, o que sugere uma assimetria muito elevada. As variáveis contínuas acima (especialmente valor do pagamento e número de dias de LTS concedidos) não apresentaram distribuição normal (teste Kolmogorov-Smirnov). A assimetria e curtose de idade (-.168 e -.483) e tempo de serviço (.368 e -1.008) não se distanciaram tanto dos valores esperados em distribuições normais (assimetria = 0 e curtose = 0).

#### 2.4.1 Dados Sociodemográficos x Desfecho

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos dos casos de LTS e dos servidores efetivos e ativos em LTS (pelo menos uma vez) entre 2010 e 2014. Os graus de instrução dos servidores foram resumidos em cinco categorias: Pós-graduados (especialistas, mestres e doutores), Ensino Superior (graduação regular e graduação tecnológica), Ensino Médio (ensino médio regular, técnico, profissionalizante, curso superior sequencial, e ensino superior incompleto), Ensino Fundamental (fundamental completo e médio incompleto), Não Informado (grau de escolaridade ausente ou inferior a ensino fundamental completo). Os valores reportados na Tabela 2 são médias (entre 2010 e 2014).

Tabela 2

*Distribuição do perfil demográfico e epidemiológico dos afastamentos*

| <b>Características</b>  | <b>Casos<br/>LTS<br/>2010-14</b> | <b>%</b>   | <b>N 2010-<br/>14<br/>Servidor</b> | <b>%</b>   | <b>Pop.<br/>Total<br/>2010-14</b> | <b>Prev.<br/>2010-14</b> |
|-------------------------|----------------------------------|------------|------------------------------------|------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <i>Sexo</i>             |                                  |            |                                    |            |                                   |                          |
| Fem                     | 27.235                           | 79,10      | 8.418                              | 79,06      | 29.216                            | 28,81                    |
| Mas                     | 7.196                            | 20,90      | 2.110                              | 20,04      | 16.383                            | 12,88                    |
| <i>Raça</i>             |                                  |            |                                    |            |                                   |                          |
| Negra                   | 1.058                            | 3,07       | 304                                | 2,89       | 1.282                             | 23,71                    |
| Branca                  | 32.358                           | 93,98      | 9.892                              | 93,96      | 42.136                            | 23,48                    |
| Parda                   | 728                              | 2,11       | 218                                | 2,07       | 1.123                             | 19,41                    |
| Amarela                 | 50                               | 0,15       | 19                                 | 0,18       | 120                               | 15,83                    |
| Indígena                | 22                               | 0,06       | 14                                 | 0,13       | 118                               | 11,86                    |
| Não informado           | 215                              | 0,62       | 81                                 | 0,77       | 820                               | 9,88                     |
| <i>Estado civil</i>     |                                  |            |                                    |            |                                   |                          |
| Viúvo                   | 967                              | 2,81       | 264                                | 2,51       | 772                               | 34,21                    |
| Divorciado/<br>Separado | 5.048                            | 14,66      | 1.394                              | 13,24      | 4.812                             | 28,97                    |
| Casado/<br>Marital      | 19.335                           | 56,16      | 6.167                              | 58,58      | 27.695                            | 22,27                    |
| Solteiro                | 9.069                            | 26,34      | 2.695                              | 25,60      | 12.257                            | 21,99                    |
| Não<br>informado        | 12                               | 0,03       | 8                                  | 0,08       | 63                                | 12,78                    |
| <i>Instrução</i>        |                                  |            |                                    |            |                                   |                          |
| Pós-<br>Graduação       | 17.761                           | 51,58      | 5.740                              | 54,52      | 22.499                            | 25,51                    |
| Superior                | 8.315                            | 24,15      | 2.404                              | 22,83      | 9.646                             | 24,92                    |
| Médio                   | 6.329                            | 18,38      | 1.797                              | 17,07      | 9.600                             | 18,72                    |
| Fundamental             | 1.145                            | 3,33       | 319                                | 3,03       | 2.443                             | 13,06                    |
| Não<br>informado        | 881                              | 2,56       | 268                                | 2,55       | 1.410                             | 19,01                    |
| <b>Total</b>            | <b>34.431</b>                    | <b>100</b> | <b>10.528</b>                      | <b>100</b> | <b>45.599</b>                     | <b>23,09</b>             |

A Tabela 2 traça o perfil epidemiológico dos afastamentos, a partir de dados sociodemográficos. Com relação ao sexo, mesmo

levando em consideração que a população total de servidoras (mulheres) seja maior que a população de servidores (homens), havia 2,24 mulheres em LTS por CID-F para cada homem (2010-2014). A tendência de mais afastamentos por TMC entre as mulheres é frequentemente relatada pela literatura (Leão et al., 2015; Roelen et al., 2009; Sala et al., 2009; E. G. dos Santos & Siqueira, 2010; Silva et al., 2012).

Para a variável raça, verificou-se que 93,96% dos servidores afastados por TMC declararam-se brancos, o que corresponde a uma prevalência de 23,48 no período considerado. A raça negra apresentou a maior prevalência acumulada: 23,71. Quanto ao estado civil e à instrução, as maiores prevalências de afastamentos por TMC foram verificadas entre os servidores públicos estaduais viúvos (34,21) e entre os pós-graduados (25,51), respectivamente. São necessárias outras pesquisas que explorem qualitativamente questões raciais, de suporte social e familiar, bem como a influência da formação escolar no adoecimento por TMC e a natureza do trabalho de servidores públicos. É interessante, por exemplo, observar o fato de que mais anos de estudo estejam associados a prevalências mais elevadas (LTS por TMC).

A Tabela 3 apresenta as quantidades de licenças para tratamento de saúde e as prevalências de LTS por TMC por faixas de idade, tempo de serviço e renda dos servidores efetivos e ativos no período de Jan/2010 a Dez/2014.



Tabela 3

*Prevalências de LTS por TMC por faixas de idade, tempo de serviço e renda (2010-2014)*

| <b>Características</b>              | <b>Casos<br/>LTS<br/>2010-14</b> | <b>%</b> | <b>N<br/>Servidor<br/>2010-14</b> | <b>%</b> | <b>Pop.<br/>Total<br/>2010-14</b> | <b>Prev.<br/>2010-14</b> |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|--------------------------|
| <i>Idade* (anos)</i>                |                                  |          |                                   |          |                                   |                          |
| Até 25                              | 114                              | 0,33     | 56                                | 0,53     | 320                               | 17,50                    |
| De 25,01 a 35                       | 3.758                            | 10,91    | 1.464                             | 13,91    | 7.375                             | 19,85                    |
| De 35,01 a 45                       | 9.937                            | 28,86    | 3.021                             | 28,69    | 13.130                            | 23,01                    |
| De 45,01 a 55                       | 15.927                           | 46,26    | 4.595                             | 43,65    | 16.984                            | 27,05                    |
| De 55,01 a 65                       | 4.406                            | 12,80    | 1.304                             | 12,39    | 7.053                             | 18,49                    |
| > 65,01                             | 287                              | 0,83     | 87                                | 0,83     | 641                               | 13,57                    |
| <i>Tempo de<br/>Serviço (anos)*</i> |                                  |          |                                   |          |                                   |                          |
| Até 5                               | 3.453                            | 10,03    | 1.460                             | 13,87    | 7.656                             | 19,07                    |
| De 5,01 a 10                        | 9.615                            | 27,93    | 2.809                             | 26,68    | 11.348                            | 24,75                    |
| De 10,01 a 15                       | 5.751                            | 16,70    | 1.503                             | 14,28    | 8.749                             | 17,18                    |
| De 15,01 a 20                       | 4.194                            | 12,18    | 1.309                             | 12,43    | 4.294                             | 30,48                    |
| De 20,01 a 25                       | 4.522                            | 13,13    | 1.348                             | 12,80    | 3.571                             | 37,75                    |
| De 25,01 a 30                       | 4.924                            | 14,30    | 1.521                             | 14,45    | 5.753                             | 26,44                    |
| >30,01                              | 1.968                            | 5,72     | 578                               | 5,49     | 4.132                             | 13,99                    |

*Renda*

|                             |               |            |               |            |               |              |  |
|-----------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|--------------|--|
| Até                         |               |            |               |            |               |              |  |
| R\$1.000,00                 | 1.076         | 3,1        | 332           | 3,15       | 1.260         | 26,36        |  |
| R\$1.000,01-<br>R\$2.000,00 | 5.646         | 16,4       | 1.786         | 16,96      | 4.445         | 40,18        |  |
| R\$2.000,01<br>R\$3.000,00  | 9.569         | 27,8       | 3.218         | 30,57      | 10.481        | 30,70        |  |
| R\$3.000,01<br>R\$4.000,00  | 9.139         | 26,5       | 2.499         | 23,74      | 10.486        | 23,83        |  |
| R\$4.000,01<br>R\$5.000,00  | 4.917         | 14,3       | 1.370         | 13,01      | 6.985         | 19,61        |  |
| R\$5.000,01<br>R\$6.000,00  | 1.784         | 5,2        | 548           | 5,21       | 3.514         | 15,59        |  |
| R\$6.000,01<br>R\$7.000,00  | 715           | 2,1        | 261           | 2,48       | 2.086         | 12,51        |  |
| R\$7.000,01<br>R\$8.000,00  | 509           | 1,5        | 156           | 1,48       | 1.388         | 11,24        |  |
| R\$8.000,01<br>R\$9.000,00  | 287           | 0,8        | 104           | 0,99       | 1.025         | 10,15        |  |
| Mais de<br>R\$9.000,01      | 789           | 2,3        | 254           | 2,41       | 3.930         | 6,46         |  |
| <b>Total</b>                | <b>34.431</b> | <b>100</b> | <b>10.528</b> | <b>100</b> | <b>45.599</b> | <b>23,09</b> |  |

\* Por limitações técnicas, para idade e tempo de serviço utilizou-se apenas dados referentes à população de servidores efetivos e ativos de 2013.

A Tabela 3 mostra, em relação à idade dos servidores, tendência de aumento nas prevalências de TMC com o aumento da idade, o que converge com resultados publicados por outros autores (Leão et al., 2015; Santos & Siqueira, 2010; Schindwein & Moraes, 2014; Silva et al., 2012). Pode-se observar também uma tendência de diminuição nas prevalências em função do aumento da renda dos servidores, como verificada em outras investigações (Ludermir, 2008; Santos & Siqueira, 2010; Virtanen, Liukkonen, Vahtera, Kivimäki, & Koskenvuo, 2003; Weich & Lewis, 1998). A primeira faixa talvez não represente bem os servidores menos abonados, pois a faixa de renda até R\$1000,00 é composta, em sua maioria (97,5% de todos os efetivos e ativos de 2014), por professores, os quais quase sempre possuem outros vínculos e outras fontes de renda.

A distribuição de TMC por sexo pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4  
*Distribuição de TMC (CID-F) por sexo*

| Grupos da CID-F principal   | Sexo         |              |              |              | Total         |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|   | Mas          | %            | Fem          | %            |               |
| F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa           | 102          | 4.83         | 15           | 0.18         | <b>117</b>    |
| F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes                      | 44           | 2.09         | 39           | 0.46         | <b>83</b>     |
| F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]   | 989          | 46.87        | 4.972        | 59.06        | <b>5.961</b>  |
| F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes | 948          | 44.93        | 3.303        | 39.24        | <b>4.251</b>  |
| F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto                               | 10           | 0.47         | 29           | 0.34         | <b>39</b>     |
| Outros Grupos (F00-F09, F50-F59, F70-F79, F80-F89, F90-F98)                                     | 17           | 0.81         | 60           | 0.71         | <b>77</b>     |
| <b>Total</b>  | <b>2.110</b> | <b>100.0</b> | <b>8.418</b> | <b>100.0</b> | <b>10.528</b> |

Antes de se discutir diferenças entre os sexos, na Tabela 4 pode-se observar que os transtornos de humor constituem o principal grupo de TMC, para ambos os sexos. Sabe-se que o diagnóstico de depressão maior está associado a longos períodos de incapacidade para o trabalho e consequentemente de ausência por doença (120 dias, em média), o que sugere a necessidade de melhorias na avaliação da capacidade funcional, tratamento e encaminhamento de pacientes deprimidos (Catalina Romero et al., 2011).

Comparando-se os sexos e levando em consideração a proporção de servidores e servidoras do estado (35,93 e 64,07% do efetivo total, respectivamente), foram encontradas, com base no teste  $\chi^2$ , diferenças estatisticamente significativas para os diagnósticos CID nos grupos: F10-F19 ( $\chi^2 = 133.491$ , gl = 1 e  $p < .0001$ ), F20-F29 ( $\chi^2 = 10.521$ , gl = 1 e  $p < .01$ ) - esses 2 grupos com proporção observada de homens significativamente superior à esperada; F30-F39 ( $\chi^2 = 942.028$ , gl = 1 e  $p < .0001$ ), F40-F48 ( $\chi^2 = 343.029$ , gl = 1 e  $p < .0001$ ) - esses 2 grupos com proporção observada de mulheres significativamente superior à

esperada. A prevalência de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa é frequentemente relatada como sendo maior entre os homens (E. G. dos Santos & Siqueira, 2010; Schlindwein & Morais, 2014), assim como os transtornos do humor e os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes costumam ser mais prevalentes entre as mulheres (L. H. S. G. de Andrade, Viana, & Silveira, 2006; Leão et al., 2015; E. G. dos Santos & Siqueira, 2010; K. O. B. Santos, Araújo, & Oliveira, 2009; Schlindwein & Morais, 2014; Silva et al., 2012).

O teste t revelou diferenças significativas ( $p < 0.001$ ) entre homens e mulheres em: número médio de dias em LTS (respectivamente 35,96 e 31,61 dias), valores recebidos durante a LTS (média homens: R\$3.842,51; média mulheres: R\$3.310,55), idade (média homens: 46,49; média mulheres: 45,35) e tempo de serviço (média homens: 15,88; média mulheres: 14,66), mas todas as diferenças apresentaram efeitos pequenos ( $d$  de Cohen  $< 0.2$ ). Sabe-se que a duração dos afastamentos por TMC entre os homens, ainda que menos frequente, costuma ser mais elevada que entre as mulheres (Leão et al., 2015; Sala et al., 2009). Além disso, o risco de aposentadoria precoce e mortalidade para trabalhadores de ambos os sexos é maior entre aqueles que apresentam licenças para tratamento de saúde de quinze dias ou mais (por ano), como se verificou na população pesquisada. Esses dados têm sido utilizados como indicadores importantes de saúde pública (Roelen et al., 2010).

A variável idade foi correlacionada com valor mensal recebido durante a LTS e número de dias de LTS concedidos. Optou-se pela correlação não paramétrica de Kendal porque essas duas últimas variáveis distanciaram-se muito dos parâmetros de normalidade. Ainda que estatisticamente significativos ( $p < 0,01$ ), os valores encontrados apontaram correlações fracas entre as variáveis observadas (Tau-b sempre  $< ,175$ ).

#### 2.4.2 Dados Ocupacionais x Desfecho

A Tabela 5 ilustra as prevalências acumuladas (2010-2014) dos servidores que obtiveram LTS por TMC nos diferentes municípios do Estado de SC. Os municípios foram ordenados por prevalência (ordem decrescente). Para sintetizar as informações, foram considerados apenas os municípios com mais de 260 servidores lotados. Os demais municípios foram agrupados.

Tabela 5  
*Prevalência (2010-2014) de servidores em LTS por TMC nos municípios de vínculo.*

| <b>Município de Lotação</b> | <b>N Servidores 2010-2014</b> | <b>Pop. Média 2010-2014</b> | <b>Prevalência 2010-2014 (%)</b> |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Imbituba                    | 115                           | 262                         | 43,98                            |
| Laguna                      | 193                           | 448                         | 43,06                            |
| Palhoça                     | 245                           | 593                         | 41,33                            |
| Araranguá                   | 217                           | 536                         | 40,47                            |
| Biguaçu                     | 108                           | 277                         | 39,02                            |
| Tubarão                     | 358                           | 955                         | 37,49                            |
| Baln. Camboriú              | 98                            | 322                         | 30,43                            |
| Criciúma                    | 333                           | 1.105                       | 30,13                            |
| Lages                       | 606                           | 2.033                       | 29,80                            |
| São José                    | 883                           | 3.493                       | 25,28                            |
| Concórdia                   | 107                           | 424                         | 25,24                            |
| Brusque                     | 97                            | 386                         | 25,11                            |
| Itajaí                      | 180                           | 728                         | 24,72                            |
| Jaraguá do Sul              | 104                           | 454                         | 22,91                            |
| Curitibanos                 | 74                            | 371                         | 19,96                            |
| Caçador                     | 67                            | 337                         | 19,91                            |
| Blumenau                    | 212                           | 1.092                       | 19,41                            |
| Canoinhas                   | 81                            | 429                         | 18,89                            |
| Mafra                       | 117                           | 639                         | 18,31                            |
| Florianópolis               | 2.081                         | 11.370                      | 18,30                            |
| Joinville                   | 584                           | 3.258                       | 17,92                            |
| Chapecó                     | 217                           | 1.329                       | 16,33                            |
| Joaçaba                     | 59                            | 375                         | 15,74                            |
| Videira                     | 43                            | 273                         | 15,74                            |
| Xanxerê                     | 51                            | 332                         | 15,36                            |
| S. Miguel d'Oeste           | 61                            | 412                         | 14,81                            |
| Ibirama                     | 41                            | 346                         | 11,85                            |
| Outros Municípios           | 3.196                         | 13.022                      | 25,54                            |
| <b>Total</b>                | <b>10.528</b>                 | <b>45.599</b>               | <b>23,09</b>                     |

Considerando-se os dados epidemiológicos das LTS concedidas por município de vínculo do servidor público do Estado de SC, o que se pôde observar foram prevalências mais elevadas em municípios do litoral do estado (Imbituba, Laguna, Palhoça, Araranguá, Biguaçu, Tubarão, e Balneário Camboriú, por exemplo) e prevalências menores no interior de estado de SC (Rio do Sul, São Bento do Sul, Ibirama, São Miguel d'Oeste, Xanxerê, Videira, Joaçaba, e Chapecó, por exemplo), conforme a Figura 4.

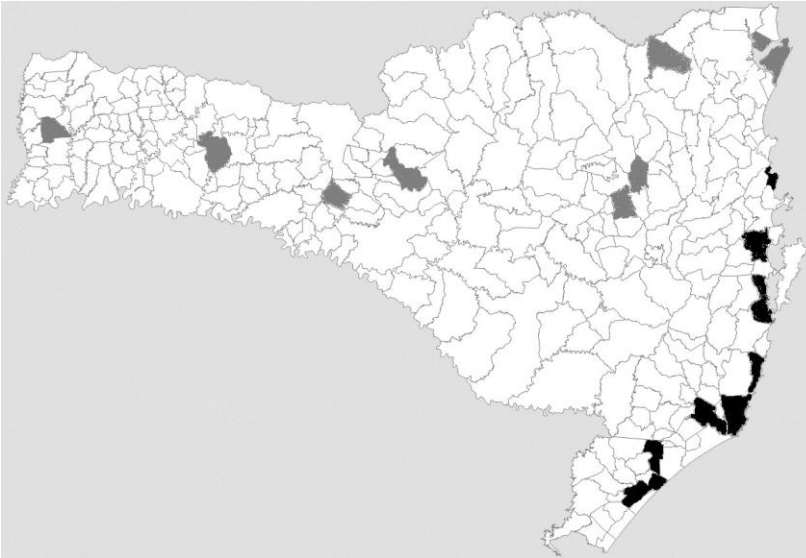


Figura 4. Em preto as oito maiores e em cinza as oito menores prevalências de LTS por TMC entre os municípios mais populosos do estado de SC.

Dos municípios destacados no mapa, observaram-se as seguintes posições no ranking estadual (SC) de índices de desenvolvimento municipal, segundo pesquisa realizada pelo Sistema FIRJAN: Imbituba – 119º no ranking, Laguna – 104º, Palhoça – 83º, Araranguá – 123º, Biguaçu – 107º, Tubarão – 18º, e Balneário Camboriú – 4º, entre as maiores prevalências de TMC nos municípios mais populosos; e Rio do Sul – 12º no ranking, São Bento do Sul – 2º, Ibirama – 64º, São Miguel d'Oeste – 17º, Xanxerê – 87º, Videira – 19º, Joaçaba – 34º, e Chapecó – 3º, entre as menores prevalências (Sistema FIRJAN, 2015).

A dicotomia litoral-interior no tocante aos afastamentos por TMC não foi encontrada na literatura. Além de outras diferenças em relação a

outros estados da federação, pode referir-se a uma peculiaridade do estado de Santa Catarina, onde há predomínio de colonizadores portugueses no litoral (ex. São Francisco do Sul, Florianópolis, Laguna) e italianos (ex. municípios do oeste e do sul do estado – como Urussanga, Nova Veneza, Criciúma) e germânicos (ex. municípios do Vale do Itajaí – como Blumenau) no interior, os quais possuem atitudes e condutas frente ao trabalho diferenciadas. Sabe-se que cidades com colonização italiana e germânica são frequentemente mais industrializadas, por exemplo.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos servidores (efetivos e ativos) que adquiriram LTS por TMC nos órgãos do estado de SC. Os órgãos foram ordenados pelo tamanho da população total (média 2010-2014) de servidores – da maior para a menor.

Tabela 6

*Distribuição dos índices de prevalência por órgão de lotação do servidor (2010-2014)*

| <b>Órgão</b>       | <b>Serv. 2010-14</b> | <b>Pop. Média 2010-14</b> | <b>Prev. 2010-14</b> |
|--------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Sec. Educação      | 6.870                | 20.872                    | 32,91                |
| F. C. Ed. Especial | 220                  | 932                       | 23,61                |
| SDR Gde. Fpolis    | 21                   | 102                       | 20,67                |
| Sec. Saúde         | 1.871                | 9.973                     | 18,76                |
| Sec. Administração | 98                   | 539                       | 18,19                |
| Inst. Previdência  | 39                   | 250                       | 15,6                 |
| FATMA              | 40                   | 291                       | 13,76                |
| F. C. Cultura      | 20                   | 161                       | 12,42                |
| SEASTH             | 33                   | 266                       | 12,39                |
| Sec. Just. e Cid.  | 272                  | 2.33                      | 11,67                |
| Sec. Seg. Pública  | 485                  | 4.368                     | 11,1                 |
| Porto S. Francisco | 17                   | 175                       | 9,74                 |
| Proc. Geral Estado | 31                   | 321                       | 9,66                 |
| Tribunal Contas SC | 7                    | 110                       | 6,39                 |
| Sec. Fazenda       | 70                   | 1.112                     | 6,29                 |
| Fund. UDESC        | 93                   | 1.518                     | 6,12                 |
| DEINFRA            | 47                   | 832                       | 5,65                 |

|               |               |               |              |
|---------------|---------------|---------------|--------------|
| DETER         | 1             | 191           | 0,52         |
| Demais Órgãos | 293           | 1.256         | 23,33        |
| <b>Total</b>  | <b>10.528</b> | <b>45.599</b> | <b>23,09</b> |

A alta prevalência de TMC em trabalhadores dos setores de educação (Secretaria de Estado da Educação e Fundação Catarinense de Educação Especial) e saúde (Secretaria de Estado da Saúde), primeira, segunda e quarta maiores prevalências (Tabela 6) corrobora outros estudos na área. Foram identificadas percentagens maiores de licença médica, em decorrência de TMC, nos setores da educação (39%), serviços financeiros (31%) e de saúde (30%) (Roelen et al, 2009). Entre servidores públicos, a categoria dos professores foi a que mais se afastou por problemas de saúde (Silva et al., 2012) e a Secretaria de Estado da Educação foi a responsável pelo maior número de LTS em decorrência de TMC, considerando-se o total de servidores - 15,9% (Cruz et al., 2011).

A Tabela 7 busca resumir as prevalências de LTS por cargo dos servidores com TMC. Das tabelas que apresentam prevalências, essa é provavelmente a que apresenta maior imprecisão, uma vez que a nomenclatura dos cargos carece de padronização nas bases de dados do estado de SC. Os nomes de cada cargo variam entre as bases de dados (base com os servidores afastados e base com o total de servidores) e dentro das mesmas bases ao longo dos anos observados, pois alguns cargos mudam de nome, outros deixam de existir, etc. Apesar das possíveis inferências criadas a partir dos resultados ora apresentados serem limitadas por essas questões, a variável cargo figura entre as principais variáveis ocupacionais desta pesquisa e a tabela que segue evidencia a importância de se analisar mais dados sobre cargos e funções de servidores públicos.



Tabela 7  
*Prevalência acumulada por função (cargo) do servidor que obteve LTS entre 2010 e 2014.*

| <b>Função</b>                 | <b>Serv. 2010-2014</b> | <b>Pop. Média 2010-2014</b> | <b>Prev. 2010-2014</b> |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Técnico em enfermagem         | 577                    | 1.066                       | 54,11                  |
| Agente de serviços gerais     | 306                    | 772                         | 39,62                  |
| Enfermeiro                    | 136                    | 392                         | 34,71                  |
| Professor                     | 5.715                  | 17.256                      | 33,12                  |
| Assistente de educação        | 341                    | 1.185                       | 28,77                  |
| Assistente técnico pedagógico | 540                    | 1.957                       | 27,59                  |
| Consultor educacional         | 76                     | 350                         | 21,73                  |
| Médico                        | 124                    | 623                         | 19,92                  |
| Agente Ativ. Adm.             | 52                     | 261                         | 19,89                  |
| Técnico Ativ. Adm.            | 281                    | 1.609                       | 17,47                  |
| Escrivão de polícia           | 92                     | 571                         | 16,11                  |
| Agente de polícia civil       | 265                    | 2.290                       | 11,57                  |
| Agente penitenciário          | 187                    | 1.828                       | 10,23                  |
| Demais Funções                | 1.836                  | 15.439                      | 11,89                  |
| <b>Total</b>                  | <b>10.528</b>          | <b>45.599</b>               | <b>23,09</b>           |

O serviço público catarinense reúne as mais diversas funções. Dentre as 181 funções identificadas na base de dados da GECOB, foram observadas as 13 que possuíam, em média (2010-2014), mais de 260 servidores. As demais funções, assim como aquelas que apresentaram problemas (tais como divergência de nomenclatura entre as bases GECOB e GAPES, alteração de nome entre 2010 e 2014, ou erros), foram agrupadas. Dentre as 13 analisadas, as menores prevalências acumuladas foram observadas nas seguintes funções: agente penitenciário, agente de polícia civil e escrivão de polícia civil.

Dentre as 13 funções analisadas, quatro reúnem servidores ligados ao setor de educação e gestão da educação (professor, assistente de educação, assistente técnico-pedagógico, consultor educacional). Dessas quatro, apenas uma – consultor educacional (21,73) - está abaixo

da média geral de afastamentos, que é 23,09. O cargo de consultor educacional não é exclusivo da Secretaria de Estado da Educação (SED), aparecendo principalmente nas Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR's), além de outras secretarias, como a de Administração (SEA), por exemplo. Ou seja, esse cargo não atua exclusivamente no ambiente escolar. O cargo de professor (SED) apresentou prevalência de 33,12. Professores universitários não foram incluídos nesse universo, pois são ligados à Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e, de acordo com os dados analisados, essa categoria apresentou prevalência acumulada muito abaixo da média geral (abaixo de 5%).

A função de agente de serviços gerais também apresentou prevalência elevada – 39,62. No entanto, de acordo com gestores da GEPEM e GECOB, esse cargo foi extinto no Estado com a contratação de trabalhadores terceirizados. Os servidores que ainda não se aposentaram e possuem seu cargo sob essa nomenclatura foram encaminhados para atividades diversas como telefonista, arquivista, recepcionista, dentre outras, o que restringe a discussão de hipóteses a respeito da influência do cargo no adoecimento dos servidores. Eles continuam agrupados em virtude da sua função, porém desempenham atividades as mais diversas, o que impede generalizações.

Por fim, a variável tempo de serviço foi correlacionada com valor mensal recebido durante a LTS e número de dias de LTS concedidos. Assim como em “idade”, os valores encontrados – embora significativos ( $p < 0,01$ ) - apontaram correlações fracas entre as variáveis (o maior coeficiente encontrado foi entre tempo de serviço e valor recebido - Tau-b de Kendal = .288).

## 2.5 Considerações Finais do Perfil Epidemiológico

A presente investigação demonstrou resultados significativos acerca do perfil epidemiológico dos servidores públicos estaduais catarinenses, acometidos por TMC e afastados em LTS, a começar pelo número de servidores afastados (mais de 10.500) e de LTS concedidas (mais de 34.000) durante os cinco anos analisados. Tendo em vista o total médio de servidores (cerca de 45.600 efetivos ativos), tais números são bastante elevados. Cerca de 23% do total de servidores esteve em LTS por apresentar TMC pelo menos uma vez nos cinco anos analisados (2010-2014). A recorrência de LTS por TMC também foi expressiva. Cerca de dois terços das LTS concedidas por TMC, em média, voltaram a ser concedidas, pelo mesmo motivo, no período observado, fato que engendra discussões e hipóteses para novas pesquisas, uma vez que os

motivos que expliquem tamanha recorrência ainda permaneçam incertos.

A média de valor pago por LTS gerada por TMC também levanta uma importante linha investigativa no que diz respeito aos custos diretos e indiretos para o governo. Em média, mais de R\$3.400,00 por servidor afastado foram gastos por mês apenas com os salários pagos durante as LTS concedidas por TMC. Considerando-se especialmente os professores, função mais numerosa do estado de SC, o afastamento de um implica a contratação de pelo menos mais um professor em caráter temporário (ACT).

Esse estudo revelou diferenças significativas em termos de prevalência entre os diferentes grupos comparados. Vale lembrar, por exemplo, a diferença entre a prevalência de homens e mulheres em LTS por TMC (prevalência nas mulheres 28,81 e nos homens 12,88). Alguns grupos de TMC também requerem especial atenção: CID- F30-39 (Transtornos do humor [afetivos]) e F40-48 (Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes), mais elevados entre as mulheres e F10-19 (TMC devidos ao uso de substância psicoativa) e F20-F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), mais elevados nos homens.

A presente investigação também encontrou resultados pouco significativos, alguns dos quais já esperados. Foi o caso da ocorrência de LTS por TMC nos diferentes grupos raciais. A principal hipótese que se levanta a partir disso é que o acometimento por TMC não “escolhe” raça.

Houve resultados aparentemente contrários àqueles esperados pelo senso comum, os quais incentivam novas pesquisas. A prevalência de TMC (LTS) nos servidores pós-graduados, por exemplo, foi maior que em todas as demais faixas de escolaridade. Destaca-se que as informações sobre escolaridade não estão totalmente atualizadas junto às bases de dados do governo de SC, pois tal atualização depende dos servidores, os quais muitas vezes não entregam seus registros escolares (diplomas, certificados) às autoridades competentes (RH dos órgãos) depois de ingressarem no serviço público. Ainda assim, tal resultado parece contrário ao senso-comum. Outro resultado curioso diz respeito às diferenças de prevalência de TMC (LTS) entre os municípios do estado de SC, particularmente a comparação litoral-interior do estado.

Por fim, futuras investigações poderiam buscar explicações para o elevado percentual de LTS por TMC (34,16%), que coloca essas patologias como a principal causa de afastamento dos servidores do estado de Santa Catarina. Futuras pesquisas poderiam também observar

a relação dos TMC com as demais patologias mais frequentes, que acometem os servidores públicos estaduais, ou ainda os TMC em relação aos demais benefícios concedidos pelo governo, como readaptação e remoção, principalmente. Além disso, o número limitado de variáveis observadas impossibilitou algumas inferências e diminuiu a precisão dos procedimentos estatísticos utilizados. Utilizar outras variáveis no futuro poderá dirimir tais limitações. Seria enriquecedor poder analisar, por exemplo, variáveis dos servidores tais como: suas cargas horárias, número de filhos, quantidade de vínculos, etc.

O que se espera é que as pesquisas sejam, cada vez mais, capazes de identificar preditores sociodemográficos e ocupacionais de TMC, visto que preditores relativamente precisos possibilitam intervenções mais efetivas e, sobretudo, a diminuição da ocorrência de TMC e/ou da intensidade do sofrimento mental entre servidores públicos.

### 3. Análise de Validade de Instrumentos Clínicos para Afastamentos por TMC

Este capítulo tem por objetivos verificar a sensibilidade e especificidade de três instrumentos psicométricos (SRQ-20, HADS e BRS) em relação aos benefícios decorrentes de TMC nos servidores públicos do estado de SC, assim como testar esses instrumentos enquanto preditores clínicos de benefícios concedidos em função de TMC nos servidores. Para tanto, inicia discorrendo acerca da variável resiliência para então discutir o funcionalismo público e a psicometria.

#### 3.1 Resiliência

O conceito resiliência teve sua origem nas Ciências Físicas. Os estudiosos dessas áreas utilizavam tal conceito para designar a capacidade de um material sofrer uma ação externa de energia (calor, tensão, compressão, umidade) podendo chegar a apresentar deformação. O material resiliente, todavia, ainda que se deformasse, após a retirada do agente externo, retornava ao seu estado anterior, sem demonstrar nenhuma alteração, uma vez que seu potencial máximo de resiliência (elasticidade, plasticidade) não havia sido ultrapassado (Knorst, 2012).

A resiliência só começou a ser utilizada pelas Ciências da Saúde a partir da década de 1970, com estudos sobre pessoas que não adoeciam como seria o esperado, apesar de terem sido submetidas a traumas agudos ou prolongados (fatores considerados de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas). Em razão disso, o termo invulnerabilidade costumava ser utilizado com bastante frequência nas pesquisas deste período (Souza & Cerveny, 2006). Mas invulnerabilidade passa somente a ideia de uma característica intrínseca do indivíduo, enquanto que pesquisas mais recentes têm indicado que a resiliência é relativa, tendo bases tanto constitucionais como ambientais, e que o grau de resistência varia de acordo com as circunstâncias (não possui, portanto, um valor fixo) (Rutter, 1993).

Gayton, Friedman, Tavormina, & Tucker (1977) são autores de uma das primeiras pesquisas que cita a resiliência, ao avaliarem o impacto emocional em pessoas da família de crianças portadoras de fibrose cística. Desde então, a quantidade de artigos publicados sobre resiliência tem crescido expressivamente, quase que triplicando a cada período de cinco anos (Souza & Cerveny, 2006).

Originária do latim, a palavra *resilio* é utilizada para definir a capacidade de um corpo físico voltar ao seu estado normal depois de

haver sofrido uma pressão sobre si. Em psicologia, descreve a capacidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos, mesmo num ambiente desfavorável, de se construir ou se reconstruir positivamente frente às adversidades (Barlach, Limongi-França, & Malvezzi, 2008).

Resiliência é um conceito amplo que caracteriza uma combinação de fatores que propiciam ao ser humano condições para enfrentar e superar problemas e obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas - choque, estresse etc. - sem entrar em surto psicológico. A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) define resiliência como o processo de se adaptar com sucesso diante de adversidade, trauma, tragédia, ameaças ou fontes de estresse significativas – tais como problemas familiares ou de relacionamento ou estressores financeiros e de trabalho.

No Brasil, os primeiros trabalhos relacionados à resiliência surgem entre 1996 e 1998, com estudos sobre crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial, redes de apoio social e afetivo de criança em situação de risco e na área ocupacional associando a resiliência ao perfil do executivo, mas as pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos ganharam ênfase a partir de 1999 (Souza & Cervený, 2006). Trata-se, portanto, de um assunto recente no Brasil. Por isso, apesar do conhecimento já produzido, não existe, ainda, uma definição de consenso acerca de resiliência e sua operacionalização constitui-se em um desafio com o qual os pesquisadores se deparam (Silva, Elsen, & Lacharité, 2003).

### 3.1.1 Características

A resiliência pode ser entendida como um fator que protege os indivíduos de transtornos mentais. Ela parece estar presente em função da autoestima, dos sentimentos de autoeficácia, e das habilidades de solução de problemas que o indivíduo dispõe (Rutter, 1985). A maior parte dos estudos sugere que as pessoas "resilientes" tendem a manifestar comportamentos adaptativos, especialmente em áreas de prática social, moral e nos casos de doenças somáticas, e não sucumbem a doenças (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, & Hjemdal, 2005; Job, 1999).

Três perspectivas distintas balizam os discursos vigentes sobre resiliência: em primeiro lugar, o discurso dominante de especialistas que buscam, através de estudos quantitativos (psicométricos), identificar nas “crianças/pessoas resilientes” um conjunto de características e traços

que as identifiquem. Os principais traços vistos como características fixas da resiliência foram os seguintes: sociabilidade, criatividade na resolução de problemas e um senso de autonomia e de propósito, tendo tais características do observável (mensuráveis) definido o que os autores convencionaram chamar de resiliência. Em segundo lugar, o discurso experiencial, menos valorizado e subordinado ao discurso dos especialistas, que teve como base estudos qualitativos, com dados oriundos de histórias de vida de adultos “resilientes” relatadas a psicoterapeutas, nas quais estão embutidas as idiossincrasias de memória, narrativa, identidade, interpretação e subjetividade - construídas e reconstruídas através das múltiplas interpretações do indivíduo. Em terceiro lugar, um discurso de defesa profissional, o qual inclui expertise e conhecimento empírico de educadores, psicólogos e assistentes sociais (Martineau, 1999). Com base nesses discursos, diferentes autores concluem que reificar/replicar as características de alguém como “resiliente” através da mensuração de determinados traços é negar que resiliência é contingente/provisória, imprevisível e dinâmica (Martineau, 1999; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012; Yunes, 2003).

A pesquisa sobre a resiliência tem apontado para as seguintes linhas de pesquisa: verificação e compreensão de características pessoais e processos de superação e enfrentamento; construção de instrumentos e metodologias para a avaliação da resiliência; compreensão dos significados atribuídos à resiliência; e projetos de intervenção visando desenvolver ou fortalecer a resiliência (Souza & Cerveny, 2006). A trajetória das pesquisas sobre a resiliência iniciou abordando a criança, o adolescente, o adulto e, por último, o idoso. De modo semelhante, a definição do conceito evoluiu do indivíduo (traços de personalidade), para a família (construção relacional) e redes sociais mais amplas (visão ecológica) (Souza & Cerveny, 2006; Yunes, 2003).

Numa interlocução com a saúde pública, por exemplo, os principais conceitos relacionados à resiliência são: resiliência da comunidade e resiliência de desastres (descrevem a capacidade intrínseca de uma comunidade resistir e se recuperar de uma perturbação) e resiliência socioecológica (salienta a importância de limites na capacidade de uma sociedade para se adaptar às crises). Numa perspectiva social, portanto, comunicação, aprendizagem, adaptação, consciência de risco e "capital social" seriam importantes elementos da resiliência. Com base nisso, subjaz a ideia de que comunidades resilientes possam ser menos dependentes de ajuda externa em ocasiões de desastre ou crise (Castleden, McKee, Murray, & Leonardi, 2011).

Na medida em que a pesquisa empírica sobre a resiliência tem florescido nos últimos anos, críticas ao trabalho nesta área têm surgido. Estas críticas têm geralmente focado quatro grandes categorias: ambiguidades nas definições e terminologia; heterogeneidade nos riscos vivenciados e nas competências alcançadas por indivíduos (crianças) tidos como resilientes; instabilidade do fenômeno da resiliência; e preocupações teóricas, incluindo questões acerca da utilidade da resiliência enquanto construto teórico (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Todas essas críticas são, em última análise, desentendimentos, solucionados ao se atribuir à resiliência um pouco de relatividade, defendendo seu caráter processual. O trabalho sobre a resiliência possui um significativo potencial para aumentar a compreensão dos processos que afetam indivíduos em situação de risco (Luthar et al., 2000).

A partir do que foi exposto, parece evidente que ser resiliente não significa que uma pessoa não vivencie dificuldade ou estresse. Dor emocional e tristeza são comuns em pessoas que sofrem considerável adversidade ou trauma em suas vidas. Na verdade, o caminho para a resiliência é suscetível de envolver considerável estresse emocional. A resiliência não é uma característica que as pessoas têm ou não. Envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidos e desenvolvidos em qualquer pessoa, como se verá num dos tópicos que seguem (APA, 2002).

### 3.1.2 Dimensões da Resiliência

Alguns autores salientam que a resiliência caracteriza-se por diferentes dimensões ou fatores, o que pode dificultar sobremaneira a mensuração do construto. A lista de dimensões, como se verá, é extensa. Muitos autores, todavia, não operacionalizam conceitualmente as dimensões sustentadas nem tampouco as testam empiricamente, possibilitando o surgimento de críticas a respeito da resiliência enquanto construto, visto como instável e heterogêneo. A Tabela 8 ilustra parte da ampla gama de dimensões da resiliência presentes na literatura. As dimensões não são apresentadas em ordem alfabética, pois procurou-se agrupar as dimensões que apresentavam semelhanças. A intenção é demonstrar que, apesar da diversidade encontrada na literatura, há sobreposição de algumas dimensões da resiliência – ou seja: autores diferentes adotam rótulos diferentes.



Tabela 8

*Dimensões da resiliência encontradas na literatura.*

| <b>Dimensões da Resiliência</b>                             | <b>Autor(es)</b>  |
|---|---|
| Comprometimento   | Kobasa, 1979; Maddi & Koshaba, 2005                                 |
| Reconhecimento dos limites para controle                    | Kobasa, 1979  |
| Senso realista de controle/ter escolhas                     | Rutter, 1985  |
| Autoeficácia  | Flach, 2004; Reivich & Shatté, 2008; Rutter, 1985                   |
| Autoconfiança   | Wagnild, 2009   |
| Autoafirmação   | Job, 2003   |
| Autoestima  | Flach, 2004; Job, 2003  |
| Amor-próprio  | Job, 2003   |
| Respeito próprio  | Job, 2003   |
| Tolerância a afeto negativo                                 | Lyons, 1991   |
| Controle de Emoções   | Maddi & Koshaba, 2005; Reivich & Shatté, 2008                       |
| Controle de Impulsos  | Reivich & Shatté, 2008  |
| Ego Resiliente (atributo de personalidade)                  | Skodol, 2010  |
| Meaningfulness (compreensão de que a vida tem propósito)    | Wagnild, 2009   |
| Busca de significado para a vida                            | Job, 2003   |
| Flexibilidade   | Hoopes & Keely, 2004  |
| Adaptação à mudança   | Rutter, 1985  |
| Orientação Positiva ao Futuro                               | Skodol, 2010  |
| Vontade de viver  | Job, 2003   |
| Olhar a mudança ou o estresse como um desafio/opportunidade | Kobasa, 1979  |
| Coping (uso de mudanças estressantes em benefício próprio)  | Maddi & Koshaba, 2005   |
| Efeito fortalecedor do estresse                             | Rutter, 1985  |
| Otimismo  | Connor & Davidson, 2003; Reivich & Shatté, 2008; Smith et al., 2008 |
| Positividade  | Hoopes & Keely, 2004; Ong et al., 2010                              |
| Senso de humor  | Flach, 2004; Rutter, 1985   |
| Fé, crença, esperança                                       | Connor & Davidson, 2003; Job, 2003                                  |
| Solidão existencial (cada pessoa é única)                   | Wagnild, 2009   |
| Perspectiva de vida balanceada                              | Wagnild, 2009   |
| Preservação da identidade                                   | Job, 2003   |
| Empatia   | Reivich & Shatté, 2008  |

---

|  |   |
|--|---|
| Inteligência Pessoal (compreensão de emoções, motivos, auto-conceito e outras experiências internas e modelos mentais) | Mayer & Faber, 2010   |
| Empenhar-se no apoio a outros  | Rutter, 1985  |
| Vínculo próximo, seguro com outros   | Rutter, 1985  |
| Generosidade e aptidão para dar e receber amor   | Flach, 2004   |
| Rede de amigos e familiares  | Flach, 2004   |
| Apoio Social (interações interpessoais que fornecem ajuda, afeto ou afirmação, no contexto formal ou informal)         | Maddi & Koshaba, 2005; Powley, 2009; Smith et al., 2008; Wallace et al., 2001 |
| Capacidade de estabelecer bons relacionamentos   | Job, 2003   |
| Aptidão para livrar-se de ressentimentos e perdoar outros, bem como a si mesmo   | Flach, 2004   |
| Metas pessoais ou coletivas  | Rutter, 1985  |
| Proatividade   | Hoopes & Keely, 2004  |
| Iniciativa pessoal   | Job, 2003   |
| Abordagem orientada à ação   | Connor & Davidson, 2003   |
| Autonomia  | Job, 2003   |
| Foco   | Hoopes & Keely, 2004  |
| Paciência  | Lyons, 1991   |
| Persistência   | Wagnild, 2009   |
| Autodeterminação   | Job, 2003   |
| Organização (capacidade de planejar soluções)  | Hoopes & Keely, 2004  |
| Análise Causal (capacidade de planejar soluções)   | Reivich & Shatté, 2008  |
| Criatividade   | Flach, 2004   |
| Curiosidade  | Job, 2003   |
| Sucessos no passado  | Rutter, 1985  |

---

Fonte: Job (2003) e adaptações de Connor & Davidson (2003) e Sabbag, Bernardi Jr., Goldszmidt, & Zambaldi (2010): autores citados no quadro e não referenciados são citações de citações.

Apesar da literatura identificar a resiliência como um conceito multidimensional, a mesma pode ser medida pela captura de um único traço referente à: autoeficácia (ou melhor: “à crença proativa na possibilidade de agir ou de ser eficaz”), que se associa a todas as dimensões teorizadas sobre o fenômeno (Sabbag et al., 2010, p.12) ou à capacidade de se recuperar do estresse (possivelmente a definição mais

próxima do significado original de resiliência, como já se argumentou) (Smith et al., 2008).

Não obstante, há quem entenda algumas das dimensões citadas anteriormente como como fatores de proteção à resiliência, os quais facilitam sua preservação. Os principais seriam: (1) Pessoais: sociabilidade, temperamento fácil, autoestima elevada, autonomia, autocontrole, autoconfiança, forte senso de identidade, flexibilidade, persistência, sensibilidade, criatividade, inteligência, estratégias de *coping*, busca por auxílio quando necessário, atenção, boa comunicação, demonstração de emoções, senso de humor mesmo em dificuldades, tolerância ao sofrimento, otimismo, fé, confiança no futuro, metas realistas; (2) Familiares: conexões com redes familiares ampliadas, comunicativas, competentes e apoiadoras; e (3) Ambientais: grupos que apresentem empatia, reconhecimento e aceitação, tolerância a conflitos, estruturas coerentes e flexíveis, respeito, reconhecimento, garantia de privacidade, tolerância às mudanças e aos conflitos, limites de comportamento definidos e realistas, comunicação aberta, busca de reconciliação, sentido de comunidade (Knorst, 2012).

As características comuns às pessoas resilientes podem ainda ser classificadas de acordo com padrões. Eis alguns padrões: Disposicional (atributos psicossociais - como competência pessoal e um senso de si mesmo - e físicos - como fatores constitucionais e genéticos - que contribuem para a manifestação da resiliência); Relacional (características de papéis e relações que influenciam a resiliência - como procurar um confidente, ter um profundo compromisso com os relacionamentos, ter múltiplos interesses e hobbies, compromisso com a educação, empregos e atividades sociais, ter interações sociais positivas com família, amigos e outros); Situacional (esse padrão revela a resiliência como uma abordagem diante de situações ou estressores, envolvendo habilidades cognitivas de avaliação, capacidade de resolução de problemas, e atributos que indicam a capacidade de agir diante de situações - flexibilidade, perseverança, engenhosidade e *locus* de controle interno contribuem sobremaneira para este padrão de resiliência); e Filosófico (manifesta-se por crenças pessoais - a crença de que o autoconhecimento tem valor, a reflexão sobre eventos e sobre si mesmo, a convicção de que tempos melhores virão, uma busca de significados positivos em experiências, e a crença de que a vida vale à pena e tem um propósito) (Polk, 1997).

### 3.1.3 Instrumentos de Medida

Algumas das principais preocupações que envolvem o estudo da resiliência são: 1) as medidas existentes são falíveis e incorporam uma boa dose de erro, o que significa que, para minimizar erros, a resiliência não pode ser avaliada por apenas uma medida em um momento específico. A principal solução para este problema de medição seria ter acesso a diferentes fontes de medição e, de preferência, dispor de medidas que se repetem ao longo do tempo; 2) precisamos lidar com a diversidade de resultados. Há muitos estudos de resiliência que consideram apenas um tipo de psicopatologia como critério e, em seguida, tiram conclusões sobre a resiliência a partir de indivíduos que não apresentam esse resultado particular. Parece uma maneira falaciosa de pensar sobre as coisas. Ao contrário, é necessário compreender que as pessoas podem sofrer de maneiras diferentes e que é importante possuir medidas capazes de acomodar essa diversidade; 3) a resiliência não deve ser pensada em termos de "química do momento", pois a evidência tem indicado claramente a importância de circunstâncias anteriores e posteriores. Para compreender o fenômeno da resiliência, é necessário adotar uma perspectiva que envolva mais tempo (Rutter, 1993).

Várias são as escalas de medida da resiliência disponíveis na literatura (Bartone, 2007; Block & Kremen, 1996; Connor & Davidson, 2003; Friborg et al., 2005; Sabbag, 2012; Smith et al., 2008; Wagnild & Young, 1993). Numa revisão metodológica (Windle, Bennett, & Noyes, 2011), algumas delas foram analisadas no que diz respeito a: validades de conteúdo, critério e construto, consistência interna, confiabilidade teste-reteste, responsividade, efeitos teto e chão, e interpretabilidade. Nenhuma das escalas analisadas apresentou as propriedades psicométricas para classificá-las como totalmente adequadas para a avaliação da resiliência – ou seja: não foram encontradas escalas suficientemente validadas. Elas também não encontraram “padrão ouro” (padrão de referência externo de resiliência, para comparação com os resultados obtidos pelas medidas). Mesmo assim, dentre as avaliadas, as melhores escalas de medida são a CD-RISC, Resilience Scale for Adults ou RSA, e a Brief Resilience Scale ou BRS (Windle et al., 2011), apresentadas a seguir.

#### *a) Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*

A CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) é um instrumento que teve sua origem a partir de um programa norte-americano de pesquisa

sobre transtorno de estresse pós-traumático. Seu objetivo original, portanto, era a avaliação de traumas (Reppold et al., 2012; Yu & Zhang, 2007). Trata-se de um instrumento formado por 25 itens autorrespondidos. Cada item é pontuado em uma escala ordinal de 5 pontos, que quantifica a resiliência no contexto da exposição ao trauma. Os itens engendram 5 fatores: (1) Competência pessoal, padrões elevados, e tenacidade; (2) Confiança nos próprios instintos, tolerância a afeto negativo e efeitos de fortalecimento do estresse; (3) Aceitação positiva da mudança, e as relações seguras; (4) Controle; e (5) Influências espirituais. Essa medida apresentou boas propriedades psicométricas (confiabilidade e indicadores de validade de conteúdo) e distinguiu indivíduos com resiliência elevada e baixa (Connor & Davidson, 2003; Reppold et al., 2012).

Internacionalmente reconhecida e amplamente utilizada, a CD-RISC despertou curiosidade por parte de diferentes pesquisadores ao redor do mundo. Os cientistas chineses Yu & Zhang (2007), por exemplo, examinaram as propriedades psicométricas da referida escala em sua versão chinesa. A análise fatorial confirmatória conduzida pelos autores não apresentou a estrutura de 5 fatores obtida por Connor e Davidson nos EUA. Ao contrário, uma análise fatorial exploratória proposta pelos autores resultou numa estrutura de 3 fatores de resiliência, rotuladas como tenacidade, força e otimismo. Os autores concluíram que o construto Resiliência e sua medida ocidental pode ser útil e aplicável no esforço de entender comportamentos adaptativos chineses, ainda que sua compreensão possa eventualmente precisar de adaptações à cultura chinesa. No Irã, Khoshouei (2009) avaliou as propriedades psicométricas da versão Persa (Iraniana) da CD-RISC. Uma amostra de 323 estudantes universitários permitiu ao pesquisador encontrar, através do método de máxima verossimilhança com rotação oblíqua, quatro (e não cinco) fatores, rotulados como motivação por realização, autoconfiança, tenacidade e adaptabilidade. Os coeficientes de confiabilidade (alfa e correlações teste-reteste) mostraram-se suficientemente elevados, fornecendo boas perspectivas de utilização desses 4 fatores (Khoshouei, 2009).

Existe uma versão reduzida da CD-RISC. Esta versão foi originalmente proposta por Campbell-Sills & Stein (2007). Os autores utilizaram amostras de universitários para conduzir análises fatoriais, duas exploratórias e uma confirmatória. A análise exploratória mostrou que a CD-RISC possuía uma estrutura fatorial instável entre duas amostras equivalentes. Por isso, os autores propuseram uma série de modificações empiricamente embasada, a qual resultou em uma escala

unidimensional de 10 itens. A CD-RISC-10, como foi chamada, demonstrou boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,85) e validade de construto (maus tratos na infância e sintomas psiquiátricos atuais). Mais do que isso, a CD-RISC-10 mostrou, segundo os autores (2007), ótimas propriedades psicométricas, permitindo medidas eficientes da resiliência.

A CD-RISC-10 foi traduzida para o português (brasileiro) por uma equipe de pesquisadores liderados por Lopes & Martins (2011), num estudo que tinha como objetivo traduzir os itens para a língua portuguesa, adaptar semanticamente e validar a estrutura fatorial da versão abreviada da CD-RISC-10 com uma amostra brasileira. Participaram deste estudo 463 pessoas (em sua maioria com ensino médio completo). A análise fatorial exploratória confirmou uma estrutura unifatorial (único fator, com cargas fatoriais variando entre 0,53 e 0,72), com os dez itens traduzidos da escala original e alfa de Cronbach de 0,82, sendo considerada psicometricamente adequada. Isso indica que a CD-RISC-10 é medida promissora para avaliar níveis de resiliência e ferramenta disponível para incrementar a investigação desse fenômeno. Não obstante, é relevante resgatar alguns resultados: 1. A resiliência avaliada com a CD-RISC-10 parece ter distribuição aproximadamente normal na população brasileira em geral (ainda que mais indivíduos se avaliem como mais resilientes do que menos resilientes); 2. Estruturas fatoriais idênticas foram encontradas para ambos os gêneros e nenhuma diferença nos níveis de resiliência foi detectada entre eles; 3. A resiliência aumenta com a idade, embora a correlação encontrada pelas autoras tenha sido de baixa magnitude. Quanto às limitações, embora o conjunto dos participantes investigado fosse bastante heterogêneo, não contemplou amostras clínicas, não sendo possível concluir sobre as propriedades psicométricas da CD-RISC-10 para essas populações no Brasil (Lopes & Martins, 2011). Além disso, a validade convergente e discriminante não foi avaliada nesse estudo, apesar de tê-lo sido nos estudos que deram origem a este estudo (Campbell-Sills & Stein, 2007; Connor & Davidson, 2003).

*b) Resilience Scale for Adults (RSA)*

A RSA busca mensurar recursos protetivos que promovem a resiliência em adultos. A escala foi validada e comparada com medidas de personalidade, capacidades cognitivas e inteligência social, com base em uma amostra de 482 candidatos ao colégio militar (Friborg et al., 2005). A RSA contém 37 perguntas (com sentidos positivos e negativos) em escala ordinal de cinco pontos ( $\alpha=0,80$ ) e revela cinco fatores:

competência pessoal, competência social, coerência da família, apoio social e estrutura pessoal (Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006; Friborg et al., 2005). O estudo de Friborg e seus colegas (2005) encontrou resultados que apoiaram a validade convergente e discriminante da RSA. A conclusão é de que a RSA é uma significativa preditora de saúde mental; indivíduos com elevada pontuação nesta escala são psicologicamente mais saudáveis (tolerantes ao estresse), melhor ajustados e, conseqüentemente, mais resilientes (Friborg et al., 2005).

*c) Brief Resilience Scale (BRS)*

Os instrumentos tradicionais para a mensuração da resiliência incluem apenas recursos de proteção que envolvem características pessoais e estilos de enfrentamento. Tais instrumentos podem ignorar o real processo envolvido em ser resiliente – e a habilidade dos indivíduos, especialmente os adoecidos, recuperarem-se do estresse é importante. Por isso, a *Brief Resilience Scale (BRS)* tenta medir a resiliência em termos de “livrar-se do estresse”, assim focando em uma única construção, bastante próxima do conceito original (Smith et al., 2008).

Ainda não traduzido no Brasil, trata-se de um instrumento curto, de rápida aplicação, originalmente criado para aplicação em adultos, constituído por 6 itens (3 invertidos, para dirimir viés de tendenciosidade) dispostos numa escala ordinal de 5 pontos (conforme ilustra o Anexo A). A BRS mostrou-se um instrumento confiável e medida como um único construto (unifatorial). Resultados de pesquisa exploratória apontaram ainda que o fator “livrar-se do estresse” (único) relacionou-se negativamente com resultados ligados à saúde (ansiedade e depressão) e positivamente com a presença de recursos de resiliência, tais como estilos de enfrentamento e suporte social. A BRS, em quatro amostras diferentes, obteve Coeficientes Alfa variando entre 0,80 e 0,91, indicando boa consistência interna. Sua confiabilidade teste-reteste, medida pelo Coeficiente Intra-Classe (ICC), foi satisfatória: 0,69 em uma amostra (n=48 – 1 mês de intervalo) e 0,62 em outra (n=61 – 3 meses de intervalo), sugerindo razoável estabilidade. A BRS apresentou também correlações com outras escalas de resiliência: 0,59 com a CD-RISC ( $p<0,01$ ) e 0,51 com a ER89 ( $p<0,01$ ) (Smith et al., 2008; Windle et al., 2011).

*d) Resilience Scale (RS)*

A escala RS (Wagnild & Young, 1993) é uma das mais antigas de mensuração da resiliência e, também, figura entre as mais aplicadas em

âmbito internacional. Contém 25 perguntas que resultam em 2 fatores: “competência pessoal” e “aceitação de si mesmo e da vida”, fatores estes que explicaram 44% da variância total dos fatores (Pesce et al., 2005; Wagnild & Young, 1993).

A RS foi adaptada para o português brasileiro por Pesce *et al.* (2005), que realizaram também estudos psicométricos (confiabilidade e validade) desse instrumento. Para o estudo de adaptação, foi composta uma amostra de 997 escolares dos ensinos fundamental e médio da rede pública municipal do Rio de Janeiro. A adaptação conservou os 25 itens originais da RS e apresentou bons indicadores de validade de conteúdo (equivalência semântica dos itens), de consistência interna (escala inteira  $\alpha=0,80$ ) e de confiabilidade intraobservador. O Kappa (medida de concordância) oscilou entre discreto e moderado, com intervalo de confiança de 95%. Três fatores foram encontrados e assim rotulados: (1) resolução de ações e valores (que dão sentido à vida, por exemplo, amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida, com 20,6% da variância total); (2) independência e determinação (com 6,7% da variância total); e (3) autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (explicando 5,5 % da variância total dos fatores) (Pesce et al., 2005).

Oliveira e Batista (2008) se propuseram a validar a RS para trabalhadores a fim de utilizar este instrumento em contexto organizacional. As autoras partiram da versão da RS previamente adaptada e validada para adolescentes brasileiros por Pesce et al. (2005). Os questionários foram respondidos por 295 trabalhadores de empresas públicas e privadas do interior de Minas Gerais. Os resultados da análise fatorial (componentes principais e *screeplot*) indicaram a existência de dois fatores (carga fatorial  $> 0,40$ , método de extração dos eixos principais). Após rotação oblíqua (oblimin), somente um fator com 15 itens apresentou confiabilidade satisfatória (Alfa de Cronbach = 0,90), explicando 28% da variância total do construto. O conteúdo revela a capacidade de lidar com problemas de forma proativa, autônoma e determinada, buscando alternativas, juntamente com autoconfiança. O instrumento representa uma contribuição importante por considerar um aspecto positivo das pessoas que pode impactar o desempenho e a relação do empregado com sua organização de trabalho (Oliveira & Batista, 2008).

#### e) Escala de Resiliência Sabbag

A Escala de Resiliência Sabbag (ERS) é um instrumento brasileiro, criado pelo pesquisador Paulo Y. Sabbag. Trata-se de um



questionário contendo 40 questões em escala ordinal, variando de 1 (máxima discordância) a 5 (máxima concordância), a maior parte delas adaptada de escalas e da literatura existente. Para reduzir o viés de deseabilidade social e de positividade de respostas, algumas questões negativas foram incluídas. As perguntas relacionam-se com 11 construtos escolhidos: Otimismo, Proatividade, Autoestima, Autoeficácia, Flexibilidade, Controle de Emoções, Controle de Impulsos, Empatia, Tenacidade, Improviso e Autonomia (os dois últimos não citados na literatura) (Sabbag, 2012).

A versão consolidada da enquete foi aplicada a alunos de 61 cidades diferentes. Foram obtidas 1436 observações completas. Para a validação da escala utilizou-se a TRI (Teoria de Resposta ao Item), cuja aplicação resultou na exclusão de 9 questões com baixo poder de discriminação. Com 31 questões, a escala resultante, denominada ERS, foi considerada robusta e consistente (valores dos coeficientes não encontrados), permitindo avaliar a resiliência em adultos profissionais brasileiros. Além disso, ao utilizar a TRI, essa escala permite observar, por exemplo, que dois indivíduos com escore semelhante possam ter atributos muito diferentes. Conhecer apenas o escore global não é tão importante quanto conhecer também os subescores, uma vez que, compreendendo-os, o indivíduo pode atuar sobre eles, visando ampliar o escore global de resiliência. Uma vez que o fenômeno da resiliência é sistêmico, não basta somar capacidades, porque elas se reforçam mutuamente indivíduo - um indivíduo pode ser tenaz e persistente sendo reativo, por exemplo. Mas, se fosse proativo, essa tenacidade ampliaria a efetividade de seus comportamentos. Tal indivíduo não poderia ser proativo sem ser autoconfiante e autoeficaz. O que importa, portanto, é a sinergia entre esses fatores, de tal modo que o resultado, em termos de resiliência, seja maior que a simples soma dos mesmos. Uma vez que a ERS utiliza nove fatores, diferentes estilos de resiliência configuram-se. Os nove fatores formam um sistema onde cada um fortalece ou prejudica os demais. Com essa premissa, é equivocado pensar em reduzir defasagens atuando apenas sobre um ou outro dos fatores. Ao contrário, parece mais prudente atuar sobre o conjunto deles, assumindo que qualquer incremento em um incrementa outros (Sabbag, 2012).

*f) Ego-Resilience Scale (ER89)*

Block e Kremen (1996) buscaram avaliar o que chamaram de “resiliência do ego”, ou resiliência psicológica individual, que seria a capacidade do indivíduo (ego) efetivamente adaptar-se face à adversidade, a qual deve manter-se estável ao longo da vida adulta –

ainda que as características da resiliência do ego possam ser adaptáveis, dependendo da situação. A *Ego-Resilience Scale* (ER89) consiste em 14 itens respondidos em escala ordinal de 4 pontos (1=Não se aplica; 4 = Aplica-se extremamente). Os itens incluem questões como: “Sou generoso com meus amigos” e “Sou mais curioso que a maioria das pessoas” (Block & Kremen, 1996).

A ER89 foi desenvolvida como uma versão de autorrelato de uma versão observacional da Resiliência do Ego (considerada critério). A ER89 apresentou confiabilidade relativamente elevada para uma escala curta ( $\alpha=0,76$ ,  $n=104$ ). As correlações teste-reteste foram de 0,67 e 0,51 (5 anos de intervalo, ajustando efeito de atenuação) para dois grupos (homens e mulheres, respectivamente) – resultados estatisticamente significativos, sobretudo considerando a idade dos participantes (18 e 23 anos) (Block & Kremen, 1996; Windle et al., 2011).

g) *Baruth Protective Factors Inventory (BPFI)*

A escala BPFI possui 16 itens em escala ordinal de 5 pontos. O BPFI mede a resiliência através da avaliação de quatro fatores de proteção primária: personalidade adaptável, ambientes de apoio, diminuição de agentes estressores e experiências de compensação. Os autores afirmam que a confiabilidade e a validade do BPFI necessitam de mais testes (Baruth & Carroll, 2002). Não existem relatos de aplicações do BPFI na literatura (Ahern et al., 2006).

h) *Dispositional Resilience Scale (DRS)*

A escala DRS se propõe a medir a resistência psicológica e tem sido bastante utilizada em âmbito militar, onde apresentou resultados expressivos (Bartone, Roland, Picano, & Williams, 2008). A DRS possui duas versões: uma com 30 itens – reduzida da escala original de 45 itens, e uma com apenas 15 itens (DRS-15), derivada da primeira. A versão com 30 itens apresentou boa consistência interna ( $\alpha = 0,82$ ) e boa validade de critério com amostras múltiplas – a versão de 15 itens adotou como critério a versão de 30 itens, mas o critério externo utilizado nessa versão não foi encontrado. Os escores da DRS-15 apresentaram correlação de 0,84 com a versão de 30 itens ( $n=1193$  homens militares) e também elevada confiabilidade (teste-reteste) com 3 semanas de intervalo ( $n=104$  acadêmicos militares, com 86,5% de homens), quer para a escala (correlação de Pearson = 0,78), quer para suas subescalas (comprometimento = 0,75, desafio = 0,81, e controle = 0,58) (Bartone et al., 2008; Bartone, 2007).

### 3.1.3.1 Propriedades Psicométricas dos Instrumentos

A Tabela 9 foi elaborada com o intuito de resumir as principais propriedades psicométricas contempladas pelos diferentes instrumentos de medida da resiliência encontrados. Foram utilizados os seguintes critérios na descrição dos instrumentos: “00” significa que nenhuma informação foi encontrada; “0-” significa resultados desfavoráveis (Alfa de Cronbach, Kappa, etc.), apesar de método e *design* adequados; “1?” significa argumentos pouco convincentes ou método e *design* duvidosos; “2+” significa a presença de argumentos convincentes acerca do rigor psicométrico de cada propriedade. Os instrumentos BPGI (de Baruth e Carroll) e ERS (de Sabbag) não foram incluídos na Tabela 9 por falta de evidências de validade e precisão.

Tabela 9

*Resumo das principais propriedades psicométricas das medidas da resiliência em adultos*

| <b>Instrum.</b>                        | <b>Validade conteúdo</b> | <b>Consist. interna</b> | <b>Validade critério</b> | <b>Validade construto</b> | <b>Teste-Retest</b> | <b>Score Total</b> |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>CD-RISC</b><br>(25 itens)           | 1?                       | 1?                      | 00                       | 2+                        | 1?                  | 5                  |
| <b>- CD-RISC-10</b> (versão em inglês) | 1?                       | 2+                      | 00                       | 2+                        | 00                  | 5                  |
| <b>RSA</b> (37 itens)                  | 1?                       | 1?                      | 00                       | 2+                        | 2+                  | 6                  |
| <b>BRS</b>                             | 1?                       | 2+                      | 0-                       | 2+                        | 1?                  | 6                  |
| <b>RS</b>                              | 2+                       | 1?                      | 00                       | 2+                        | 00                  | 5                  |
| <b>ER89</b>                            | 1?                       | 1?                      | 00                       | 2+                        | 1?                  | 5                  |
| <b>DRS</b> (30 itens)                  | 1?                       | 1?                      | 00                       | 00                        | 00                  | 2                  |
| <b>DRS</b> (15 itens)                  | 0-                       | 2+                      | 00                       | 1?                        | 1?                  | 4                  |

Fonte: adaptado de Windle et al. (2011).

Com base nas propriedades psicométricas analisadas, os instrumentos que relataram mais qualidade (evidências de validade e precisão), como se pôde observar, foram a RSA (com 37 itens) e a BRS (com 6 itens).

### 3.1.4 Considerações Relevantes

A principal crítica às escalas de resiliência diz respeito ao fato de que a resiliência não é absoluta, estática e/ou imutável, e o conteúdo das questões costuma ser muito simplista para abarcar o fenômeno em sua totalidade (Reppold et al., 2012; Windle et al., 2011). A pertinência da utilização de escalas de autorrelato para a mensuração da resiliência, considerando-se o caráter relacional, processual e contextual desse construto, também tem sido questionada (Reppold et al., 2012). A medição da resiliência deve, além disso, ser feita de forma cautelosa, pois seus resultados podem implicar a segregação entre pessoas resilientes e não resilientes (Yunes, 2001). Resultados de pesquisa têm indicado que uma pessoa não é resiliente, mas está resiliente. Há situações em que uma pessoa toma atitudes resilientes, ao passo que em outras pode não tomá-las. O comportamento resiliente é relativo ao ambiente, ao tempo e ao aspecto individual (Angst, 2013).

Uma vez que a resiliência não é absoluta, estática e/ou imutável, ela pode ser aprendida ou desenvolvida. (Connor & Davidson, 2003) argumentam que a escala por eles desenvolvida também demonstrou que a resiliência é modificável e pode melhorar com tratamento. Desse modo, é importante que as organizações tomem providências para que seus colaboradores olhem para as mudanças como um processo compreensível que pode ser gerenciado (Job, 1999).

Na perspectiva de se construir resiliência, a Associação Americana de Psicologia (APA, 2002) propôs 10 diretrizes, a saber: 1) Estabelecer relações: ter bons relacionamentos com familiares próximos e amigos; saber onde buscar ajuda e amparar quem precisa; participar de organizações sociais e religiosas; 2) Evitar encarar as crises como problemas intransponíveis. Pessoas resilientes tentam olhar para o futuro, quando as circunstâncias poderão estar um pouco melhores; 3) Aceitar que a mudança faz parte da vida; 4) Buscar os próprios objetivos: desenvolver metas realistas e regularmente fazer alguma coisa - ainda que pareça uma pequena conquista - em direção a essas metas; 5) Não ficar parado diante dos problemas e não achar que eles desaparecem da noite para o dia; 6) Aproveitar as oportunidades de autoconhecimento: aprender com as situações dolorosas; 7) Confiar em sua capacidade e instintos para resolver problemas; 8) Mesmo ao passar por um momento difícil, considerar a situação estressante num contexto mais amplo e manter perspectivas de longo prazo; 9) Ter esperança: tentar visualizar o que se quer, mais do que se preocupar com o que se

teme; 10) Cuidar de si mesmo: prestar atenção nos seus sentimentos e necessidades. Fazer atividades prazerosas e relaxantes.

As transformações econômicas e tecnológicas recentes inseriram novos contornos na forma do trabalho humano nas organizações e estas têm causado impacto sobre a identidade do profissional organizacional. A flexibilidade característica da resiliência é uma das competências requeridas pela dinâmica da modernidade do trabalho nas organizações, capaz de explicar a administração da própria subjetividade diante das inúmeras situações de tensão, pressão e ruptura presentes neste contexto (Barlach et al., 2008). Além disso, a resiliência contribuiu significativamente para explicar os resultados de socialização organizacional, independentemente da nacionalidade (Brasil ou Noruega) e da ocupação observada (Carvalho, Borges, Vikan, & Hjemdal, 2011).

Parece claro, dado o exposto, que a resiliência é um conceito amplo - especialmente considerando-se seus fatores de proteção - multifacetado (de natureza interdisciplinar), com considerável variedade de referenciais teóricos e instrumentos de mensuração, muitos dos quais considerados consistentes pela literatura internacional. Trata-se, portanto, de um construto da psicologia capaz de relacionar-se com a saúde mental ligada ao trabalho, conforme propõe este projeto.

### 3.2 Saúde do Trabalhador

Considerado o pai da medicina ocupacional, Bernardino Ramazzini, célebre médico e pesquisador italiano, no início do século XVII, efetuou a primeira classificação e sistematização de doenças do trabalho. Dentre outras constatações, Ramazzini percebeu que nem todas as doenças dos trabalhadores eram atribuídas ao ambiente de trabalho (agentes químicos ou físicos). Observou que uma variedade de doenças comuns entre os trabalhadores parecia ser causada por comportamentos relacionados ao trabalho – tais como posturas e/ou movimentos irregulares, violentos e prolongados. Ramazzini costumava a perguntar aos seus pacientes onde trabalhavam, algo extremamente raro àquela época, mas que se revelou fundamental para sua constatação de que profissões diferentes originavam enfermidades distintas (Ramazzini, 2011; Wright, 2001).

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, surge muito tempo depois, apenas na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, a partir da Revolução Industrial. A expectativa dos capitalistas fundadores dos serviços médicos nas empresas era que esses

serviços fossem centrados na figura do médico e conduzidos por pessoas de sua inteira confiança. Este modelo rapidamente se expandiu para outros países, concomitante ao processo de industrialização ora vigente. A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, sobretudo a partir da década de 1950 (Mendes & Dias, 1991).

A medicina do trabalho, há que se frisar, não é sinônimo do conceito de saúde ocupacional. A medicina do trabalho evoluiu para a saúde ocupacional com os desdobramentos da Segunda Guerra Mundial. O custo provocado pela perda de vidas por acidentes do trabalho ou por doenças do trabalho durante a guerra e no pós-guerra começou a ser também sentido por empregadores (ávidos de mão-de-obra produtiva) e por companhias de seguro (pelo pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho). Desvela-se a partir de então a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores (“objeto” das ações) e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados. A resposta “científica” e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente (com a finalidade de controlar riscos ambientais), com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Surge, assim, a “Saúde Ocupacional”, sobretudo dentro das grandes empresas, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na “higiene industrial”. (Mendes & Dias, 1991).

A partir da segunda metade da década de 1960, todavia, o modelo da saúde ocupacional mostra-se insuficiente, possibilitando o surgimento da saúde do trabalhador. Um movimento social renovado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental, que se espalha mundo afora. Novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador, tendo como pilares o reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores. A saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo. Apesar das dificuldades teórico-metodológicas enfrentadas, a saúde do trabalhador

busca a explicação sobre o adoecer e o morrer dos trabalhadores através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na atual civilização urbano-industrial (Mendes & Dias, 1991).

### 3.2.1 Saúde do Trabalhador na Perícia Médica Brasileira

A introdução da Saúde do Trabalhador no âmbito da Previdência Social Brasileira é uma evidente conquista, que possibilitou o entendimento e a intervenção sobre fatores extrabiológicos no processo saúde-doença, ao analisar as causas do adoecimento e de sua manutenção, assim como as possibilidades de promoção da saúde e prevenção de agravos a partir de situações sociais, culturais, trabalhistas, ambientais, econômicas e políticas. Tal conquista insere-se no contexto da Saúde Coletiva e ocupa o espaço criado pelo esgotamento dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, decorrente da dificuldade de diálogo com outras áreas afeitas ao processo saúde-doença, além da perda de credibilidade junto aos trabalhadores (Pinto Júnior, Braga, & Roselli-Cruz, 2012).

A saúde do trabalhador passou por um período de amadurecimento teórico que a qualificou como a melhor alternativa de intervenção, quando a Epidemiologia constatou o aumento de adoecimentos e mortes relacionadas ao trabalho. Entretanto, a dificuldade de articulação de ações entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, previstas na Constituição de 1988, impediram a efetivação de políticas públicas e sociais basilares para a efetiva implementação das ações de Saúde do Trabalhador. Não obstante, migrar dos paradigmas que norteavam a antiga Coordenação de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade - por definição centrada na doença e suas consequências - para uma práxis que privilegia a Saúde, importa em longo percurso, quase uma conversão. No âmbito da Perícia Previdenciária, tal situação é evidenciada pela insensibilidade para lidar com questões socioambientais, culturais, econômicas, políticas e trabalhistas interferentes no processo saúde-doença-incapacidade, além da dificuldade de apropriação de estudos epidemiológicos para a compreensão das causas de incapacidade (Pinto Júnior et al., 2012).

Dando tratamento epidemiológico à imensa gama de informações sobre adoecimento que é capaz de captar, órgãos governamentais, como o INSS, podem (e devem) contribuir de forma concreta para que políticas públicas sejam desenvolvidas, implementadas e avaliadas, de

forma a se buscar a reversão das tendências de adoecimento (Pinto Júnior et al., 2012). Talvez um salto importante nessa direção tenha sido a implementação da Lei nº 11.430/06 (Brasil, 2006), que provocou mudanças no perfil dos benefícios concedidos na medida em que estabeleceu o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), vigente a partir de abril de 2007, o qual estimulou novas investigações e discussões epidemiológicas (Brasil, 2006).

A dificuldade do estabelecimento de nexo dos agravos que afetam os trabalhadores formais com seus respectivos trabalhos está, todavia, entre os maiores problemas da área da saúde do trabalhador no Brasil, especialmente após a implementação da Lei nº 11.430/06. Por isso, um estudo transversal em base de dados da Previdência Social, dos segurados afastados por motivo de doença após perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (Blumenau/SC) analisou dados de 27.583 segurados pelo INSS afastados do trabalho entre 2005 e 2008 por acidentes ou doenças osteomusculares. Uma diminuição importante no número de beneficiários foi encontrada em quase todos os setores a partir de 2007. Uma considerável contribuição do NTEP fora observada em relação à alteração da classificação dos benefícios concedidos pelo INSS: entre 2007 e 2008, houve uma redução de 132,5% no grupo que recebeu auxílio-doença previdenciário (agravo sem nexo com o trabalho), com o conseqüente aumento nos grupos de auxílio-doença acidentário (agravo com causa laboral reconhecida pelo INSS), aposentadoria por invalidez e amparo ao portador de deficiência (L. R. da Silva, Galvan, Sakae, & Ricardo, 2011).

### 3.2.2 Saúde do Servidor Público

O conceito de serviço público pode ser compreendido como atividades dotadas de conteúdo econômico, as quais têm especial relevância social, sendo então a sua exploração delegada por lei a uma das esferas da federação, com a finalidade de garantir a todas as pessoas o seu acesso, permanentemente (Marques Neto, 2005; Soares Filho, 2002).

No Brasil, o então chamado “serviço público” desempenha historicamente um papel importante de formador de uma camada média, sobretudo nos grandes centros urbanos do país. O servidor público mantinha um estilo de vida mediano para as famílias que não eram nem da aristocracia, nem pertenciam às camadas pobres (ex-escravos e trabalhadores braçais). Num sentido preciso, ser “funcionário público” permitia ter um “emprego” e não um trabalho manual, numa sociedade



escravagista, marcada pela hierarquia. Dava também lugar à consolidação de laços pessoais, reafirmando amizades e simpatias pessoais (Damatta, 2002). São marcantes na história do serviço público brasileiro (visto historicamente como um grande empregador e patrão) as sucessivas reformas direcionadas à sua administração, dentre as quais: a burocrática Getulista dos anos 1930, a tentativa de desestatização de 1967, entre outras (Albrecht, 2010). Mas as reformas ocorridas no serviço público brasileiro acontecem num plano formal e externo, sem atingir a conduta e as atitudes dos servidores públicos para com as instituições e o público, o que acaba promovendo um tabu: a junção do Estado com a sociedade (Damatta, 2002).

A partir dessa breve contextualização histórica, é importante definir o que se entende por servidor público: “servidor público é quem trabalha para a administração pública em caráter profissional, não eventual, sob vínculo de subordinação e dependência, recebendo remuneração paga diretamente pelos cofres públicos” (Dallari, 1989, p.16). São considerados servidores públicos: 1) os ocupantes de cargos públicos providos por concurso público e regidos por um estatuto, o qual lhes imputa direitos e obrigações; 2) os ocupantes de emprego público (empregados ou funcionários) também providos por concurso público, mas contratados sob o regime da CLT; e, 3) os servidores temporários que exercem função pública despida de vinculação a cargo ou emprego público, contratados (por tempo determinado) para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, prescindindo de concurso público (Benetti & Araújo, 2008).

As atividades do servidor público abarcam uma gama variedade de funções administrativas e técnicas, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao interesse coletivo, o que configura uma significativa importância ao papel do servidor (Albrecht, 2010). Por outro lado, subjaz uma imagem, embora incorreta, muito difundida entre os brasileiros a respeito do funcionário público, considerado preguiçoso e incompetente, alguém que foi trabalhar no serviço público porque não conseguiu outro emprego, um derrotado na competição profissional do setor privado (Dallari, 1989). Pode-se considerar tal imagem incorreta uma vez que trabalhadores do setor público têm em média ocupações menos operacionais e nível de escolaridade e tempos médios de serviços maiores que seus pares do setor privado - para não mencionar remunerações mais elevadas entre trabalhadores com idênticas características, características essas que indicam que a força de trabalho no setor público é mais qualificada que a observada no setor privado (Marconi, 2003).

As atividades laborais dos servidores públicos variam em função dos diferentes objetivos organizacionais. Os objetivos das organizações da administração direta, autarquias e fundações (resumidamente: formulação e execução de políticas públicas) - onde há predominância de estatutários, são diferentes dos definidos para as empresas públicas (produção de bens e serviços), onde há predominância de celetistas (Marconi, 2003). Não obstante as diferenças observadas, há dificuldade em se considerar o serviço público como um setor homogêneo. Estabelecer um único perfil capaz de representar de modo fidedigno todos os servidores é muito difícil, uma vez que diferenças significativas se mostram presentes nas realidades de trabalho, na remuneração oferecida e até mesmo no *status* obtido por cada área de atuação (Albrecht, 2010).

A partir da adoção do modelo de gestão voltado para o desempenho e a produtividade, cada vez mais utilizado pela gestão pública, alguns elementos passam a ser verificados com mais frequência no cotidiano de trabalho dos servidores, a saber: o aumento da carga de trabalho, consequência da redução de pessoal; a diminuição da autonomia, em razão da implantação de novas tecnologias; o não reconhecimento do servidor, muitas vezes percebido como ineficiente e pouco produtivo; os novos contratos temporários/terceirizados, que promovem a fragmentação das equipes de trabalho e rompem com a segurança do emprego, característica fundamental do serviço público. Tais elementos evocam uma desmotivação geral por parte dos funcionários públicos (Chanlat, 2002).

A saúde é um dos produtos da indivisível dinâmica homem-realidade exterior e todas essas questões, anteriormente introduzidas, influenciam o servidor público, uma vez que o homem, enquanto unidade biopsicossocial, responde aos acontecimentos em sua vida de forma global. Estes acontecimentos dependem, fundamentalmente, do modo de vida numa determinada época, sociedade, grupo e comunidade. Os modos de vida são determinados socialmente e o homem se adapta por meio de mudanças nos processos biológicos e psíquicos. O trabalho, enquanto necessidade humana, aparece como um dos elementos mediadores da relação homem-sociedade (Tavares, 2004). A partir de então, emerge a questão: que implicações o ambiente do funcionalismo público impõe ao trabalhador? Quais as peculiaridades do serviço público frente aos demais ambientes de trabalho?

O serviço público adota características próprias do modo de gestão tecnoburocrático, dentre elas: normas (racionais e legais) que definem relações hierárquicas; as regras, normas e leis a serem

obedecidas devem ser escritas; os funcionários possuem funções rigorosamente fixadas, com responsabilidade apenas para os deveres objetivos do cargo; a pirâmide hierárquica é desenvolvida de forma que cada funcionário tem um único superior imediato e uma esfera de competência bem delimitada em relação a tarefas, direitos e deveres (liberdade de ação limitada pela posição hierárquica); é conferida grande importância ao saber dos especialistas (segredo profissional, muitas vezes adquirido no cotidiano); a qualificação profissional fundamenta os processos de nomeação dos cargos; há uma divisão do trabalho parcelada, segundo critérios objetivos (trabalho manual x trabalho intelectual); há impessoalidade de tratamento na organização; controles sofisticados impõem disciplina (para o aumento da produção e a diminuição dos custos) e garantem submissão; a autoridade é legal (deve-se ao conjunto de normas consideradas legítimas) e não tradicional ou carismática; há separação da propriedade e da administração (separação rígida de bens privados e bens públicos); os funcionários costumam ser retribuídos com salários fixos e não por produtividade (tendência à estabilidade dos cargos); o recrutamento do funcionário geralmente ocorre segundo critérios universalistas, geralmente através de um concurso público; há uma previsibilidade do comportamento de seus membros, os quais se comportam de acordo com as normas – como consequência, a organização informal surge como da impossibilidade de padronização total do ser humano (Amazarray, 2003).

A divisão técnica especializada no nível do cargo de trabalho revela um mundo de trabalho caracterizado pela produção de objetos e de relações que não remetem a um processo criador, na medida em que submetem o trabalhador ao “império da norma” e o tornam estranho a seus desejos, ficando impedido, muitas vezes, de responder às demandas ou situações inesperadas, que não foram previstas pela gestão. Não obstante, a rigidez normativa, as pressões e a desvalorização do funcionário público podem formar um conjunto propiciador de problemas de saúde nos funcionários (Amazarray, 2003; Tavares, 2004).

No estado do Alagoas, por exemplo, os problemas de saúde mental podem ser ilustrados pelo perfil dos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais. No ano de 2009, 20,2% do total de afastamentos de servidores públicos estaduais foi motivado por TMC (capítulo V ou código F da CID-10), sobressaindo-se os transtornos de humor-afetivos (61,0%), seguidos pelos transtornos neuróticos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (26,4%). Tais percentuais sugerem que há uma necessidade urgente de planejamento,

desenvolvimento e implantação de ações voltadas à melhoria das condições de trabalho, emprego e segurança para os servidores públicos (Silva et al., 2012). No Ceará, também em 2009, 30,1% de todos os casos de afastamentos motivados por doenças (licenças concedidas) naquele estado enquadravam-se no código F da CID-10 (transtornos mentais e comportamentais) (Nogueira et al., 2010). Na Região Metropolitana de São Paulo, entre população em geral atendida pelo Programa de Saúde da Família, localizado na zona norte da cidade, mostrou prevalência de transtornos mentais de 24,9% (Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes, & César, 2006). Em Santa Catarina, esse índice foi de 25,3%, sendo o principal motivo de afastamento (Cunha et al., 2009). Em relação aos transtornos mentais e comportamentais mais frequentes, destacam-se os transtornos depressivos moderados e episódios depressivos (Cruz et al., 2011; Cunha et al., 2009; Nogueira et al., 2010; Silva et al., 2012).

O Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2002) revelou que a depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as principais doenças que acometem a população global. Se as projeções estiverem corretas, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, assumir a segunda posição nesse *ranking*. Segundo o relatório, entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais. Uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em dada fase da vida. A carga social e econômica da doença mental é, portanto, muito significativa (OMS, 2002).

No Estado de Santa Catarina, diferentes benefícios relacionados à saúde dos servidores públicos são concedidos todos os anos: Licença para tratamento de saúde (LTS), licença decorrente de doença profissional, licença para tratamento de saúde de pessoa da família, licença à gestante, readaptação funcional, remoção, aposentadoria por invalidez, isenção de imposto de renda, isenção da contribuição previdenciária, reversão de aposentadoria, integralização de proventos, salário triplo, inscrição junto ao IPREV/pensão previdenciária. No âmbito da presente pesquisa, os benefícios considerados – por serem mais frequentes e pertinentes - foram: LTS, readaptação e remoção. Desses três benefícios, o único que implica necessariamente em afastamento (interrupção) do trabalho é a LTS.

A Licença para Tratamento de Saúde é concedida ao servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para sua concessão, é indispensável o exame médico-pericial (subsidiado pela perícia

psicológica, em se tratando de licenças decorrentes de TMC), que determinará o prazo do afastamento do trabalho. A Readaptação Funcional é concedida quando há redução da capacidade física ou psíquica do servidor efetivo e quando há fatores agravantes à sua doença no exercício da sua função, não se justificando LTS ou aposentadoria por invalidez - ao servidor efetivo é assegurado o exercício de atividades compatíveis com sua limitação física ou psíquica. A Remoção, por sua vez, é o deslocamento do funcionário de um para outro órgão do serviço público estadual, independentemente da mudança da sede funcional. (Estado de Santa Catarina, 2010).

### 3.2.3 Agravos à Saúde Mental

De acordo com a lei nº 8.080 (Brasil, 1990), a saúde é um direito fundamental do ser humano e cabe ao Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício. A mesma lei estabelece que a saúde do trabalhador pode ser definida como: [...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (art. 6º, §3º)

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento, os TMC se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de alguma disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Tratam-se, pois, de alterações do modo de pensar e/ou humor associados a uma angústia expressiva que produzem prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993).

O Relatório Mundial da Saúde identificou a importância fundamental de comportamentos saudáveis e fatores de risco sob controle comportamental como causas de grande parte do adoecimento mundial. Os 10 principais riscos evitáveis para a saúde global identificados pelo documento incluem sexo inseguro, tabagismo, consumo abusivo de álcool, baixa ingestão de frutas e legumes, inatividade física, baixo peso e excesso de peso, hipertensão arterial, colesterol elevado e deficiência de ferro, cada um dos quais com base comportamental (OMS, 2002; Vinck, Oldenburg, & Von Lengerke, 2004).

Os TMC geram alto custo social e econômico; atingem pessoas de todas as idades, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. Apesar disso, o ônus dos TMC foi subestimado durante muito tempo, principalmente porque a forma de avaliar seu impacto na saúde valorizava apenas os índices de mortalidade. Os TMC apresentam baixa mortalidade, mas têm grande peso em incapacidade de longa duração, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos (Santos & Siqueira, 2010).

A prevalência geral de TMC na população adulta brasileira entre 1997 e 2009 é significativa. Esses índices variaram na literatura entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (maior prevalência em professores, trabalhadores rurais, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, motoristas e cobradores). Além disso, as elevadas taxas de TMC encontradas muitas vezes estavam associadas a sexo, idade (25-54 com maiores índices de TMC), condições socioeconômicas, condições de trabalho (rotina e processo de trabalho, demanda, exigência, controle e condições ambientais) e estilos de vida dos indivíduos (Santos & Siqueira, 2010). Devido às suas altas incidências e prevalências nos ambientes laborais, as questões ligadas ao sofrimento mental no trabalho têm sido cada vez mais estudadas no Brasil, uma vez que trazem significativos prejuízos ao desempenho profissional do trabalhador e perdas econômicas para o empregador (Silva et al., 2012). Segundo estimativas da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10% (Ministério da Saúde, 2001).

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de uma diversificada gama de fatores: alguns pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, outros complexos, como aqueles relativos à organização do trabalho - como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir a esfera biológica do trabalhador, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, “além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador” (Ministério da Saúde, 2001, p.161).

A prevenção dos TMC relacionados ao trabalho baseia-se nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho. Utiliza conhecimentos médico-clínicos, epidemiológicos, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas,

valoriza a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a saúde e envolve: identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados; identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores; educação e informação aos trabalhadores e empregadores (Ministério da Saúde, 2001, p.162).

De acordo com a Portaria/MS n.º 1.339 (Ministério da Saúde, 1999), os TMC relacionados ao trabalho cujos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional possibilitam interlocução com a psicologia das organizações e do trabalho - por não envolverem apenas agentes físicos/químicos - são os seguintes:

- Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho): Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho; Circunstância relativa às condições de trabalho;
- Estado de estresse pós-traumático: Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho; Circunstância relativa às condições de trabalho;
- Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional): Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Desemprego; Mudança de emprego; Ameaça de perda de emprego; Ritmo de trabalho penoso; Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho;
- Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos: Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno); Circunstância relativa às condições de trabalho;
- Sensação de estar acabado (síndrome de *burnout*, síndrome do esgotamento profissional): Ritmo de trabalho penoso; Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

Apesar de os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho apresentarem alta prevalência entre a população trabalhadora, frequentemente deixam de ser reconhecidos no momento da avaliação clínica. Isso se deve, pelo menos em parte, às próprias características dos distúrbios psíquicos, regularmente mascarados por sintomas físicos, bem como à complexidade inerente à tarefa de definir-se claramente a associação entre tais distúrbios e o trabalho desenvolvido pelo paciente (Glina, Rocha, Batista, & Mendonça, 2001).

Nesse sentido, é importante destacar pelo menos 4 significativas abordagens teórico-metodológicas das relações entre saúde mental e trabalho: a psicopatologia do trabalho (psicodinâmica do trabalho, de C. Dejours) - a qual enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores e analisa aspectos do trabalho que possam favorecer a saúde ou a doença; os estudos que tratam da relação entre estresse e trabalho - que se preocupam com a determinação dos fatores potencialmente estressantes em uma situação de trabalho (Glina et al., 2001; Jacques, 2003); estudos e pesquisas em subjetividade e trabalho - que buscam analisar o sujeito trabalhador definido a partir de suas experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho (visto como um eixo norteador); e estudos e pesquisas com base no modelo epidemiológico e diagnóstico - que estudam a distribuição e os determinantes do processo saúde-adoecimento em relação a elementos sócio-econômico-culturais de populações humanas (Jacques, 2003).

#### 3.2.3.1 SRQ-20

O sofrimento mental costuma acometer parcelas significativas da população. A prevalência de TMC comuns comumente ultrapassa 30% da população em geral (Lima, Domingues, & Cerqueira, 2006; Rocha, Almeida, Araújo, & Virtuoso Júnior, 2010; Santos & Siqueira, 2010), chegando às vezes a mais de 80%, dependendo do perfil populacional, agentes penitenciários, por exemplo (Santos *et al.*, 2009), acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (Santos & Siqueira, 2010).

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir sofrimento mental. Validado em diferentes contextos culturais, é amplamente utilizado no Brasil (ver obras citadas no parágrafo anterior) e no mundo para diagnóstico de transtornos mentais comuns (sintomas não psicóticos como: queixas somáticas inespecíficas, nervosismo, insônia, dores de cabeça, irritabilidade, esquecimento, fadiga, falta de concentração, bem como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes) (Botti et al., 2010; Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008; Santos et al., 2010; Santos et al., 2009; Tuan, Harpham, & Huong, 2004). Na década de 1990, o SRQ-20 destacou-se como o instrumento de triagem de morbidade psíquica mais utilizado nos estudos brasileiros (Santos et al., 2009). No Brasil, alguns estudos de validade e precisão apontaram adequadas propriedades psicométricas desse instrumento para o



rastreamento da saúde mental, especialmente em âmbito ocupacional (Gonçalves et al., 2008; Santos et al., 2009).

### 3.2.4 Ansiedade e Depressão

O Capítulo V da CID-10 (TMC), em muitos casos, tem sido também o “campeão” de afastamentos do trabalho, ultrapassando até mesmo os percentuais do Capítulo XIII (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), historicamente muito elevados (Cunha et al., 2009; Santa Catarina, 2012). TMC ligados à depressão (de humor) e ansiedade, respectivamente, são os que mais acometem servidores públicos no Brasil (Almeida, 2010; Silva et al., 2012). Seguindo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Transtornos do humor/afetivos (F33 Transtorno depressivo recorrente, F32 Episódios depressivos, e F31 Transtorno afetivo bipolar, por exemplo) e transtornos relacionados com o “stress” (F43 Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação, e F41 Outros transtornos ansiosos) costumam ser as categorias do Capítulo V (CID-10) que mais acumulam afastamentos do trabalho por servidores públicos. Desse modo, urge a necessidade de se fundamentar ansiedade e depressão e os transtornos mentais a eles associados (TMC de ansiedade e TMC de humor/afetivos, respectivamente).

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, o qual se caracteriza por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). Pode também ser uma reação normal a estímulos desestabilizadores ou que possam atemorizar as pessoas. Costuma associar-se tanto com sintomas psicológicos - como apreensão, desconforto, e medos diversos - quanto com sintomas físicos - como taquicardia, aumento da frequência respiratória e alterações de pressão arterial (ABRATA, 2011).

Transtornos de ansiedade são manifestações patológicas de ansiedade que ocorrem de diferentes formas, cujas características configuram os diferentes tipos de TMC de ansiedade (F40-F43 do Cap. V – CID-10) (ABRATA, 2011). Avaliar se a reação ansiosa de um indivíduo é de curta duração, autolimitada e relacionada a estímulos do momento (motivos objetivos) é uma maneira prática de se diferenciar se esse indivíduo vivencia ansiedade normal ou patológica. Transtornos ansiosos são quadros clínicos em que tais sintomas são primários, não derivados de outras condições psíquicas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, etc.). Podem também ocorrer casos em

que não se consegue identificar o que é primário e o que não é, pois vários transtornos estão presentes ao mesmo tempo, sendo mais correto referi-los como casos de comorbidade (mais de um diagnóstico coexistente) (Castillo et al., 2000).

Manifestações patológicas da ansiedade podem ser classificadas como: transtornos de pânico, transtornos fóbicos, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substâncias, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, e transtorno de ansiedade sem outra especificação (ABRATA, 2011; American Psychiatric Association, 1994).

Os Transtornos de Humor (afetivos) são assim definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993, p.94): Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação (altivez). A alteração do humor em geral se acompanhada de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são tanto secundários a estas alterações do humor e da atividade como facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais frequentemente pode estar relacionada com situações ou fatos estressantes (OMS, 1993, p.94).

A depressão costuma ser o tipo de transtorno de humor mais prevalente entre trabalhadores e, conseqüentemente, o principal motivo de afastamento do trabalho por TMC. Trabalhadores deprimidos apresentam um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave (OMS, 1993).

Sabe-se que os custos diretos com afastamentos de servidores públicos estaduais de SC aproximam-se de R\$50 milhões por ano (Cunha et al., 2009; Santa Catarina, 2012). Sabe-se também que os transtornos mentais e comportamentais são - dentre os 21 grupos de patologia existentes - o grupo mais frequente entre as Licenças para

Tratamento de Saúde (LTS) concedidas aos servidores públicos do estado de SC – com 33,7% do total de LTS concedidas em 2008 e 36,2% do total de dias de afastamento concedidos nesse ano; e 31,9% do total de LTS concedidas em 2009 e 35,8% do total de dias desse ano (Santa Catarina, 2012). Como se pode observar, esses percentuais correspondem a cerca de 1/3 do total de LTS e dias de afastamento concedidos pelo governo estadual. O corolário disso é o custo direto com afastamentos por TMC, que pode ser estimado em R\$16 milhões por ano, aproximadamente. Estima-se ainda que boa parte desses TMC tenham relação direta com depressão e ansiedade (transtornos de humor e transtornos de ansiedade), uma vez que esses transtornos costumam ser os TMC mais prevalentes (Almeida, 2010; Silva et al., 2012).

Há que se mencionar, também, o custo indireto dos afastamentos (maior demanda aos serviços de saúde, queda na produção, influências negativas sobre o ambiente de trabalho do servidor afastado, sobrecarga de trabalho aos colegas não afastados, etc.) (Silva et al., 2012). Além do custo financeiro, mas não menos significativo, há ainda os impactos dos TMC na vida do servidor afastado, de seus familiares e provedores de atenção. Tratam-se de elementos de difícil mensuração como, por exemplo: conflitos entre o servidor afastado e seus familiares pela dificuldade de relacionamento em razão de seu comportamento, sentimento de culpa e pessimismo por não se conseguir ver uma saída diante dos problemas enfrentados, sobrecarga do cuidado que impede a realização de projetos no trabalho, na vida pessoal, nas relações sociais e no lazer (Conejo & Colvero, 2005).

#### 3.2.4.1 Escala HAD

Depressão e ansiedade são comumente relacionados a doenças crônicas. A frequência de transtornos de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados costuma variar entre 20 e 60% e não é reconhecida em cerca de um terço dos pacientes (Falavigna et al., 2012). A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983) para identificar casos possíveis e prováveis de transtornos de ansiedade e depressão entre pacientes em clínicas hospitalares não-psiquiátricas. A Escala HAD possui duas subescalas: HADS-A, de ansiedade e HADS-D, de depressão, ambas contendo sete itens. Para evitar a influência de distúrbios somáticos sobre a pontuação final, todos os sintomas de ansiedade ou depressão relacionados com transtornos físicos (tonturas, dores de cabeça, insônia e fadiga) foram excluídos. Os sintomas

relacionados com transtornos mentais graves também foram excluídos, uma vez que esses sintomas eram menos comuns em pacientes de uma clínica hospitalar não-psiquiátrica. Os autores também procuraram definir cuidadosamente e distinguir os conceitos de ansiedade e depressão (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001; Zigmond & Snaith, 1983).

O conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia (redução da capacidade para ter prazer) (Castro et al., 2006; Zigmond & Snaith, 1983) e a subescala de depressão (HADS-D) apresentou forte correlação com o Beck Depression Inventory (BDI) e boa confiabilidade (O coeficiente de Spearman entre a HADS-D e o BDI foi de 0,714, para  $p < 0,001$ ). A HADS-D demonstrou ser, portanto, uma boa alternativa para a triagem de depressão e verificação da gravidade dos sintomas (Falavigna et al., 2012). Pesquisas utilizando a HADS demonstraram evidências empíricas de uma solução de dois fatores, correspondendo às duas subescalas da HADS (Mykletun et al., 2001; Spinhoven et al., 1997) – resultado compartilhado por pelo menos 11 pesquisas diferentes (N total = 14.588) (Bjelland et al., 2002). As correlações entre as duas subescalas (HADS-A e HADS-D) com (amostras de participantes não-pacientes) variaram de 0,40 a 0,74 (média de 0,56) (Bjelland et al., 2002), demonstrando considerável correlação (Spinhoven et al., 1997). O coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna), relatado em 15 diferentes estudos, para HADS-A variou entre 0,68 e 0,93 (média de 0,83) e para a HADS-D variou entre 0,67 e 0,90 (média de 0,82), sendo que Alfas maiores que 0,60 são considerados suficientes para que instrumentos de autorrelato sejam considerados confiáveis. Correlações entre a HADS e outros questionários comumente utilizados variaram entre 0,49 e 0,83: validade concorrente com a HADS-A (dois estudos com o Clinical Anxiety Scale – correlações de 0,69 e 0,75; cinco estudos com o Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory – correlações entre 0,64 e 0,81); e validade concorrente com a HADS-D (seis estudos com o BDI – correlações 0,62 e 0,73; quatro estudos com a Montgomery Asberg Depression Rating Scale baseada em entrevista – correlações entre 0,62 e 0,81) (Bjelland et al., 2002). O transtorno de pânico e/ou depressão identificada pela *Mini International Neuropsychiatric Interview* também apresentaram alta convergência com as duas subescalas da HADS (prevalência elevada de transtorno de pânico e depressão entre pacientes com escores  $>$  ou  $=$  a 8 - ponto de corte - nas duas escalas) (Kuijpers et al., 2003).

Para estimar a confiabilidade teste-reteste da HADS, utilizaram-se correlações de Pearson com uma amostra de 86 jovens adultos da

população em geral (com intervalo médio de aproximadamente 3 semanas). Foram encontrados os seguintes coeficientes de correlação: 0,89 (HADS-A), 0,86 (HADS-D) e 0,91 (escores totais) ( $p < 0,001$ ), demonstrando alta estabilidade teste-reteste para o período observado. (Spinhoven et al., 1997).

Como se pôde observar, a HADS demonstrou evidências de validade e precisão adequadas (Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001; Spinhoven et al., 1997) e apresentou as mesmas propriedades quando aplicada em amostras da população em geral e de pacientes psiquiátricos (Bjelland et al., 2002; Spinhoven et al., 1997) e também entre 3 diferentes grupos etários (de 18 a 65, de 57 a 65 e acima de 65 anos) (Spinhoven et al., 1997).

### 3.3 Psicometria

Os estudos psicométricos ligados à psicologia clínica dedicam-se à mensuração dos transtornos mentais e dos aspectos psíquicos de doenças não mentais. Para tanto, exigem dos fenômenos psicológicos uma relação com os números – da mesma forma como a epidemiologia atribui números à descrição de fenômenos populacionais de saúde/doença. Se, de um lado, a psicometria possibilita mensurar algumas características e prever a ocorrência de agravos em saúde mental, por outro lado a epidemiologia registra a ocorrência dos mesmos, buscando visualizar fatores de risco e possibilidades de prevenção. Apesar da aparente complementaridade entre a epidemiologia e a psicometria no âmbito da saúde mental, epistemologicamente ainda não se pode vislumbrar uma ligação entre as duas áreas.

O universo existe materialmente e seus elementos alteram-se constantemente. É com base nesta perspectiva ontológica que a Teoria da Medida orienta-se epistemologicamente. Toda a mensuração, seja ela de fenômenos psíquicos ou não, baseia-se na ideia de elementos que variam - ou melhor: na ideia de variáveis (e, conseqüentemente, na ideia de variância e covariância). No universo, podem-se observar elementos que variam em qualidade e em quantidade (magnitude). Tais características possibilitam à teoria da medida atribuir números à descrição de fenômenos naturais, sejam eles quais forem. Fenômenos psíquicos - através da psicometria - incluem-se aqui.

A área em psicologia responsável por proporcionar um diálogo entre a matemática aplicada (estatística) e os fenômenos psicológicos é a psicometria. Esta, portanto, se insere dentro da Teoria da Medida porque

desenvolve uma discussão epistemológica em torno da utilização do símbolo matemático (o número). Trata-se, portanto, de uma interface entre sistemas teóricos de saberes diferentes. A matemática e a ciência empírica, é oportuno lembrar, não se assemelham estruturalmente, uma vez que possuem objetos, atitudes, metodologias e critérios de verdade diferentes (Pasquali, 1996).

Etimologicamente, psicometria significa “medida da *psiqué*”. Conceitualmente significa a teoria e a técnica da medida de fenômenos e processos psicológicos. Em Psicologia, não se pode afirmar que o ser humano age de modo puramente indeterminado. É, portanto, possível prever algo sobre a conduta das pessoas. Essa previsão leva em conta a possibilidade de verificar a magnitude da expressão dos fenômenos psicológicos na experiência humana: regularidade, irregularidade, frequência, intensidade, extensão dos efeitos. O pressuposto básico da Psicometria é que somente é possível avaliar fenômenos psicológicos que possam ser explicados em termos de variação e magnitude. A Psicometria não mede diretamente o fenômeno psicológico, mas características dele (indiretamente).

A psicometria parte do seguinte pressuposto: se um sujeito resolve corretamente maior número de uma série de problemas do que outro, diz-se que ele é mais inteligente - assim, pode-se estabelecer uma escala de inteligência. As inversões que ocorrem são consideradas "erros de medida" ou de observação, que devem ser tratados dentro da teoria da consistência, a qual visa mostrar que, apesar desses erros, há consistência na medida (Pasquali, 1996).

A consistência epistemológica da Psicometria agrega fundamentos da Teoria da Medida e da Psicologia Cognitiva, influenciados pelo contexto histórico do Funcionalismo (Pragmatismo), da Psicologia Aplicada (Industrial, Educacional) (Schultz & Schultz, 2009). Esses pressupostos teóricos orientam a Medida Psicométrica nos modelos da Teoria Clássica dos Testes e da Teoria da Resposta ao Item, sobretudo balizando os parâmetros fundamentais da elaboração dos testes psicológicos: validade, fidedignidade e padronização (Pasquali, 2011).

Há diferentes maneiras (formas) de se atribuir números às propriedades dos objetos. Uma das taxonomias mais úteis consiste em distinguir três formas diferentes de mensuração: medida fundamental (ex. massa, comprimento e duração temporal), medida derivada (ex. densidade, medida em função da massa e do volume) e medida por teoria, a qual se propõe a mensurar atributos da realidade que não podem ser expressos em termos de componentes extensivos e não

possuem uma unidade-base natural (ex. inteligência). Em ciências sociais e do comportamento, medidas fundamentais parecem difíceis de serem concebidas. Em psicofísica, por exemplo, o atributo de interesse é a resposta do sujeito a estímulos físicos. Estes certamente podem permitir medida fundamental, mas não são eles o interesse específico direto da medida psicofísica, mas sim a resposta a eles. E desta não há como visualizar uma medida fundamental, dado que não é um atributo para o qual existam unidades-base de medida (tais como: comprimento, massa, tempo, corrente elétrica, temperatura, intensidade de luz, massa atômica). Se medida fundamental não é defensável em ciências sociais e do comportamento, nem a derivada o é. Resta, então, a possibilidade de se medir nestas ciências por uma terceira forma, que vimos apresentada sob a égide de medida por teoria (formas de medida não redutíveis a medidas fundamentais) (Pasquali, 1996).

O sistema ou objeto da Psicometria são as estruturas latentes, os traços psicológicos. O Sistema pode ser universal, definido como fator, ou local, definido como subsistema de interesse. A mesma dimensão psicológica pode ser categorizada como Sistema universal ou local. A inteligência é considerada um subsistema de processos cognitivos e um Sistema composto por subsistemas como compreensão verbal e fluência verbal. A Propriedade na Psicometria são os atributos que representam o foco direto de observação e medida. O Sistema é constituído como o objeto hipotético que é abordado ou conhecido por meio de seus atributos ou propriedades. A Magnitude na medida psicométrica é referida ao pressuposto de que os atributos ou propriedades devem possuir magnitude mensurável, pois são dimensões que preservam axiomas de ordem e aditividade (Pasquali, 2011).

A história da Ciência parece demonstrar que o avanço do conhecimento científico está ligado ao maior ou menor uso da medida, sobretudo quando ela está baseada numa teoria axiomatizada, isto é, quando há a explicitação clara do maior número possível dos axiomas necessários. Infelizmente, na medida em ciências sociais e do comportamento, esta axiomatização está longe de ser uma realidade (Pasquali, 1996).

Sabe-se que Psicometria se propõe a estudar os fundamentos dos testes psicológicos, que dizem respeito à sua validade e precisão (ou confiabilidade, fidedignidade), aspectos discutidos a seguir.

### 3.3.1 Validade dos Instrumentos

A validade de um instrumento psicométrico indica sua capacidade de medir aquilo a que se propõe. Se um instrumento não possui evidências de validade, não há segurança de que suas interpretações sobre as características psicológicas das pessoas são legítimas (Primi, Muniz, & Nunes, 2009). Tradicionalmente, os estudos de validade dos instrumentos podem ser classificados em três tipos: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Pasquali, 2011; Primi et al., 2009).

A *validade de conteúdo* é relacionada à verificação sobre o conteúdo semântico dos itens de determinado instrumento, verificando se contemplam aquilo que pretendem medir. A *validade de critério* relaciona-se à eficácia com que o teste prediz variáveis externas (ou variáveis critérios), como, por exemplo, desempenho profissional, notas escolares, acidentes de trabalho e diagnóstico psicológico. O critério pode ser um teste paralelo. Os dois tipos dessa validade são a preditiva (posterior) e a concorrente (simultânea). Os critérios abrangem resultados como o desempenho profissional ou acadêmico, o diagnóstico psicológico/psiquiátrico e o desempenho em treinamentos específicos. A *validade de construto* é definida como a capacidade de um instrumento medir determinado construto ou traço, ou seja, em que medida as evidências apóiam os significados atribuídos aos escores do instrumento (Pasquali, 2011; Primi et al., 2009). A análise da representação na validade de construto emprega 1) análise fatorial: quantos construtos comuns são necessários para explicar a variância; 2) consistência interna: correlação entre cada item e os demais; 3) análise por hipótese: a) validação convergente-discriminante; b) idade; c) correlação com outros testes; d) intervenção experimental; e) cálculos complexos da Teoria da Resposta ao Item (TRI) como curva de informação, função de informação do teste, ponderação dos itens, função de eficiência relativa (Pasquali, 2011).

Uma nova perspectiva em psicometria alterou a expressão “tipos de validade” por “fontes de evidência de validade”, enaltecendo a conotação do termo como um conceito único, com diferentes formas de ser estudado. As principais fontes de evidência de validade seriam evidências baseadas em: *conteúdo* (representatividade dos itens do teste), *processo de resposta* (processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste), *estrutura interna* (estrutura das correlações entre itens avaliando o mesmo construto e também entre subtestes avaliando construtos similares), *relações com variáveis externas*



(padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis, medindo a convergência com o mesmo construto ou construtos relacionados, e a divergência com variáveis medindo construtos diferentes; também traz dados sobre a capacidade preditiva do teste de critérios externos), e *consequências da testagem* (consequências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste para verificar se sua utilização está surtindo os efeitos desejados de acordo com o propósito para o qual foi criado) (Primi et al., 2009).

O conceito de validade consequencial, abordado nos objetivos específicos deste projeto, é entendido por Samuel Messick (1995), seu criador, como uma variação - ou aprimoramento - da validade de construto, tendo implicações éticas e valorativas. Para Messick (1995), a validade consequencial é o conjunto de evidências e justificativas para avaliar as consequências intencionais e não intencionais da interpretação e uso de escores a curto e longo prazo. A base consequencial da interpretação de um instrumento é, para o autor, a avaliação das implicações valorativas do significado do resultado, incluindo as implicações valorativas do rótulo, dos construtos subjacentes e das ideologias mais amplas que dão sentido às teorias.

### 3.3.2 Fidedignidade dos Instrumentos

Fidedignidade, precisão ou confiabilidade dos instrumentos diz respeito à consistência dos escores obtidos pelos mesmos participantes quando eles são reexaminados com o mesmo instrumento em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes, ou sob outras condições variáveis de exame. As medidas de fidedignidade nos possibilitam estimar que proporção da variância total dos escores (individuais) de teste é uma variância de erro, o qual pode ser evitado ou corrigido por meio de um método melhorado (Anastasi & Urbina, 2000).

Como se sabe, a medida é um procedimento empírico, e não existe procedimento empírico isento de erro (especialmente em se tratando de fenômenos psíquicos, diga-se de passagem). Esta não é uma afirmação lógica, mas pode ser considerada um postulado. Os erros podem ser debitados à própria observação - devidos a inadequações do *instrumento* de observação, a diferentes maneiras de cada *pessoa* reagir, a algum *fator sistemático não controlado*, ou à *aleatoriedade* (sem causa conhecida ou conhecível) - ou à amostragem de objetos ou eventos na qual a medida foi realizada (Pasquali, 1996).

A confiabilidade de um instrumento envolve sua calibração e pode ser realizada por meio de técnicas que empregam correlação e

Coeficientes Alfa. Os delineamentos principais que são utilizados na verificação de fidedignidade incluem: 1) uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e uma única ocasião (análise de duas metades ou análise de técnicas alfa, coeficiente alfa); 2) uma amostra de sujeitos, dois testes e uma única ocasião (correlação, formas paralelas); 3) uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e duas ocasiões (correlação no teste-reteste) (Pasquali, 2011).

### 3.3.3 Importância da Medida

Diante de tantas dificuldades que a medida apresenta, poder-se-ia perguntar se há vantagem em se utilizar métodos de medições em lugar de métodos puramente qualitativos ou descritivos. Parece que a resposta deva ser positiva, pelo menos em relação a duas áreas: precisão (capacidade de definir limites dentro dos quais os reais valores dos atributos medidos se encontram) e simulação (uso de modelos matemáticos para simular os efeitos que se quer estudar, uma vez conhecidas as relações entre os componentes em jogo e suas magnitudes). A medida em ciências empíricas não define o objeto e nem o método da Ciência, mas - diante das vantagens apresentadas - seria talvez até irracional não se aproveitar da medida como instrumental de trabalho no estudo da realidade (Pasquali, 1996).

## 3.4 Método (da Análise de Validade de Instrumentos Clínicos)

Paralelamente ao delineamento epidemiológico, o desenho psicométrico desta pesquisa buscou, de início, evidências de validade e precisão de escalas de autorrelato que mensurem sofrimento mental, resiliência, ansiedade e depressão, controlando assim variáveis de contexto individuais. Tais evidências foram encontradas na literatura (vide tópicos 3.2.3.1, 3.1.3.1 e 3.2.4.1). Por demonstrar tais evidências e por não serem extensos (o que dificultaria a coleta), os instrumentos selecionados com esses objetivos foram, respectivamente: SRQ-20, BRS, e Escala HAD.

Foram constituídos dois grupos de indivíduos: no primeiro (N=269) havia servidores públicos do estado de SC que responderam aos instrumentos de sofrimento mental (SRQ-20), resiliência (BRS), ansiedade e depressão (HADS) na ocasião em que eram periciados por psicólogas (em sua maioria da GEPEM/Florianópolis). O segundo grupo (N=553) foi constituído por servidores públicos presumivelmente saudáveis – ou seja, servidores efetivos e ativos do estado de SC que

estavam trabalhando na ocasião em que responderam o mesmo protocolo de pesquisa (instrumentos SRQ-20, BRS e HADS), disponibilizado eletronicamente (através do sítio [www.portaldoservidor.sc.gov.br](http://www.portaldoservidor.sc.gov.br), o qual costuma ser bastante acessado pelos servidores, uma vez que é a partir dele que os servidores têm acesso a diversos serviços, informações e notícias pertinentes ao funcionalismo público estadual). Os escores obtidos pelos indivíduos nos dois grupos permitiram a condução de análises de validade interna por meio de correlação intergrupo.

#### 3.4.1 Classificação do Delineamento Psicométrico

Quanto aos seus objetivos, o delineamento psicométrico se classifica como predominantemente correlacional, uma vez que tem como propósito explorar relações que possam existir entre variáveis (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). A partir de uma perspectiva psicométrica, correlacionaram-se características de sofrimento mental, resiliência e ansiedade e depressão de servidores públicos catarinenses com a ocorrência de afastamentos (LTS) por TMC nessa população, verificando evidências de validade convergente, discriminante e preditiva.

O delineamento psicométrico utilizou fontes de campo provenientes dos servidores avaliados clinicamente. As fontes de campo são aquelas cujos dados são obtidos no local da ocorrência dos fenômenos, através de instrumentos tais como observação, entrevistas, questionários, etc. (M. M. de Andrade, 2009). Este projeto utilizou instrumentos de medida aplicados diretamente com os servidores públicos em questão (cl clinicamente).

#### 3.4.2 Amostra do Delineamento Psicométrico

O banco de dados contou com respostas de 822 servidores, dos quais: 480 sem registro algum de CID-F (2010-2015) e 342 com CID-F presente ou anterior (obtiveram, portanto, os benefícios de remoção, readaptação ou LTS decorrente de TMC entre 2010 e 2015). Desses, 219 gozavam de algum benefício decorrente de TMC no momento em que preencheram o protocolo de pesquisa (HADS, SRQ-20 e BRS) e 123 não gozavam de benefícios decorrentes de TMC no momento, mas os gozaram no passado (LTS, readaptação ou remoção por CID-F a partir de Jan/2010). A Tabela 10 esquematiza as quantidades de servidores em cada situação pericial (sem histórico de CID-F, com

histórico de CID-F anterior, e com CID-F presente no momento da coleta) bem como o fluxo da coleta dos dados da amostra.

Tabela 10

*Informações sobre os locais de coleta (Análise de Validade de Instrumentos Clínicos)*

| <b>Local Coleta</b>       | <b>Sem TMC</b> | <b>TMC Antes</b> | <b>TMC Presente</b> | <b>Total</b> |
|---------------------------|----------------|------------------|---------------------|--------------|
| <b>GPEM Fpolis</b>        | 27             | 26               | 216                 | <b>269</b>   |
| <b>Portal do Servidor</b> | 453            | 97               | 3                   | <b>553</b>   |
| <b>Total</b>              | <b>480</b>     | <b>123</b>       | <b>219</b>          | <b>822</b>   |

A maior parte dos servidores com TMC presente preencheu o protocolo de pesquisa na GEPEM/Florianópolis (perícia psicológica), enquanto que os demais servidores do banco distribuíram-se por todo o estado de SC. Isso se deve ao fato de a coleta de dados em papel (perícia psicológica) ter-se dado com mais frequência na GEPEM, enquanto que a coleta via internet possibilitou respostas por todo o estado.

Alguns participantes responderam ao protocolo duas vezes: uma em papel (na perícia) e outra, posteriormente, via internet. Esses casos repetidos foram excluídos do banco. Manteve-se sempre a primeira resposta do servidor.

Com o objetivo de possibilitar generalizações dos resultados obtidos na amostra em relação à população total de servidores efetivos e ativos do Estado de SC, as tabelas que seguem comparam os resultados observados na amostra com aqueles observados na população total. A Tabela 11 apresenta comparações entre médias, desvios-padrão e medianas de variáveis contínuas da amostra (N=822 servidores) e da população (N=45.599).

Tabela 11

*Comparações entre variáveis contínuas da amostra e da população*

| <b>Variáveis</b> | <b>Idade</b>   |             | <b>Tempo Serviço</b> |             | <b>Valor Pgto</b> |             |
|------------------|----------------|-------------|----------------------|-------------|-------------------|-------------|
|                  | <b>Amostra</b> | <b>Pop.</b> | <b>Amostra</b>       | <b>Pop.</b> | <b>Amostra</b>    | <b>Pop.</b> |
| <b>Média</b>     | 47.02          | 45.47       | 16.07                | 14.88       | 5274.19           | 5859.67     |
| <b>DP</b>        | 7.79           | 9.63        | 7.86                 | 10.21       | 3335.43           | 5163.25     |
| <b>Mediana</b>   | 47.02          | 46.33       | 12.88                | 11.71       | 4370.73           | 4542.92     |

A Tabela 12 compara frequências de variáveis categóricas obtidas na amostra (N=822) e na população total (N=45.599).

Tabela 12

*Comparações entre frequências de variáveis categóricas da amostra e da população total*

| <b>Sexo</b>              | <b>Amostra</b> | <b>%</b> | <b>Pop.</b> | <b>%</b> |
|--------------------------|----------------|----------|-------------|----------|
| Homens                   | 176            | 21.5     | 16383       | 35.9     |
| Mulheres                 | 644            | 78.5     | 29216       | 64.1     |
| <b>Etnia</b>             |                |          |             |          |
| Asiáticos                | 2              | 0.2      | 120         | 0.3      |
| Caucasianos              | 750            | 91.2     | 42136       | 92.4     |
| Indígenas                | 0              | 0.0      | 118         | 0.3      |
| Afrodesc.                | 16             | 1.9      | 1282        | 2.8      |
| Pardos                   | 25             | 3.0      | 1123        | 2.5      |
| Ausentes                 | 29             | 3.5      | 820         | 1.8      |
| <b>Escolaridade</b>      |                |          |             |          |
| Ensino fundamental       | 7              | 0.9      | 2443        | 5.4      |
| Ensino médio             | 146            | 17.8     | 9600        | 21.1     |
| Ensino superior          | 201            | 24.5     | 9646        | 21.2     |
| Pós-graduação            | 438            | 53.3     | 22499       | 49.3     |
| Ausentes                 | 30             | 3.6      | 1410        | 3.1      |
| <b>Estado Civil</b>      |                |          |             |          |
| Solteiro                 | 253            | 30.8     | 12257       | 26.9     |
| Casado/Marital           | 450            | 54.7     | 27695       | 60.7     |
| Viúvo                    | 12             | 1.5      | 772         | 1.7      |
| Separado/Divorc.         | 88             | 10.7     | 4812        | 10.6     |
| Ausentes                 | 19             | 2.3      | 63          | 0.1      |
| <b>Principais Órgãos</b> |                |          |             |          |
| SED                      | 291            | 35.4     | 20872       | 45.8     |
| SES                      | 242            | 29.4     | 9973        | 21.9     |
| SEA                      | 65             | 7.9      | 539         | 1.2      |
| SSP                      | 36             | 4.4      | 4368        | 9.6      |

### 3.4.3 Instrumentos de Coleta de Dados do Delineamento Psicométrico

Com o objetivo de medir os níveis de resiliência dos participantes, foi utilizada a *Brief Resilience Scale*, de Smith e outros (2008) (Anexo A - BRS – Brief Resilience Scale

(Smith et al., 2008)). Trata-se de um instrumento curto, de rápida aplicação, constituído por 6 itens dispostos numa escala Likert de 5 pontos, a qual tenta medir a resiliência em termos de “livrar-se do estresse”. A BRS mostrou-se um instrumento com considerável consistência interna e validade de construto (resultados confirmaram diversas hipóteses específicas formuladas). O resultado da pesquisa exploratória dos autores descobriu ainda que o fator "livrar-se do estresse" (único) relacionou-se negativamente com resultados ligados à saúde (ansiedade e depressão) e positivamente com a presença de recursos de resiliência, tais como estilos de enfrentamento e suporte social. Não obstante, tal instrumento apresentou resultados convergentes com escalas de resiliência já consagradas pela literatura internacional (CD-RISC, Ego Resiliency) . Em relação às demais escalas de resiliência apresentadas anteriormente na revisão de literatura, a BRS possui algumas vantagens, das quais se pode destacar as seguintes: 1) é uma medida de resiliência, e não de “recursos protetivos que promovem a resiliência”, como a RSA (Friborg *et al.*, 2005) ou de “resistência psicológica”, como a DRS – a qual também reportou menos evidências de validade e precisão (Bartone *et al.*, 2008); 2) é uma medida de rápida aplicação, uma vez que possui apenas 6 itens - e não 25 como a CD-RISC e a RS, ou 31 como a ERS; 3) é dirigida à aplicação com indivíduos adultos, e não adolescentes, como a versão brasileira da RS (Pesce et al., 2005); 4) é um instrumento recente, publicado em 2008.

Para medir sofrimento mental, utilizou-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Por tratar-se de um instrumento de rastreamento, e não de diagnóstico, a determinação do ponto de corte do SRQ-20 para determinação de casos precisa ser feita através da comparação com o padrão-ouro. No Brasil, em meados da década de 1980, o SRQ-20 foi traduzido e validado (Mari & Williams, 1986). Seus resultados foram comparados com a entrevista psiquiátrica formal (padrão-ouro) utilizando-se o instrumento semi-estruturado CIS (*Clinical Interview Schedule for DSM-IV*). A sensibilidade obtida foi de 83% e a especificidade de 80%, mostrando-se um bom indicador de morbidade (Gonçalves et al., 2008; Mari & Williams, 1986). Utilizadas

em diversos países (Araya, Wynn, & Lewis, 1992; Ghubash, Daradkeh, El-Rufai, & Abou-Saleh, 2001; Tuan et al., 2004; Ventevogel et al., 2007), as 20 questões que compõem o questionário (Anexo B) têm duas possibilidades de resposta (sim ou não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. Define-se como ponto de corte para a classificação de TMC as somas acima de 7 respostas positivas (ou seja, resultados entre 8 e 20) (Gonçalves et al., 2008; Tuan et al., 2004).

A Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão, também conhecida como Escala HAD - ou simplesmente HADS (Anexo C) – foi utilizada com a finalidade de se mensurar ansiedade e depressão entre os participantes. Trata-se de uma escala de autorrelato constituída de 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas (HADS-A e HADS-D), respectivamente para ansiedade e depressão, com sete itens cada. Aos respondentes é solicitado que respondam baseando-se em como se sentiram durante a última semana. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21 e apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão (Botega, Bio, Zomignani, Garcia, & Pereira, 1995; Castro et al., 2006).

Os conceitos de depressão e ansiedade constituem dois fatores na HADS, relacionados às subescalas HADS-A e HADS-D (Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001). A escala HAD tem por objetivo detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes hospitalares não psiquiátricos. Como vantagem, sabe-se que tal medida é curta, podendo ser rapidamente preenchida, e revelou-se um instrumento de alta sensibilidade na detecção de ansiedade e de depressão (Castro et al., 2006), apresentando adequadas consistência interna, intercorrelação, homogeneidade e bom desempenho na avaliação da gravidade de sintomas de transtornos de ansiedade e depressão (estrutura fatorial) em pacientes psiquiátricos, somáticos, de atenção básica, assim como na população em geral (Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001).

#### 3.4.4 Tratamento e Análise dos Dados Psicométricos

O delineamento psicométrico prevê ainda a verificação da validade convergente/divergente entre os transtornos mentais e os instrumentos de sofrimento mental, resiliência e ansiedade e depressão (objetivos específicos “d”, “e” e “g”). A literatura nacional e internacional tem apontado boas propriedades psicométricas para a BRS (Smith et al., 2008; Windle et al., 2011), para a SRQ-20 (Gonçalves et al., 2008; Mari & Williams, 1986; Santos et al., 2009), e para a HADS

(Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001). Uma vez que os estudos do delineamento psicométrico anteriormente descritos forneçam evidências de validade e precisão em linha com a literatura, tais instrumentos foram aplicados nos dois grupos já mencionados: 1) servidores públicos do estado de SC periciados por TMC; 2) servidores públicos (efetivos e ativos) do estado de SC presumivelmente saudáveis.

Os escores da BRS (Anexo A - BRS – Brief Resilience Scale

(Smith et al., 2008) são obtidos através da soma das 6 respostas fornecidas pelo participante, mas os itens pares (2, 4 e 6) são invertidos com o objetivo de evitar tendenciosidade nas respostas. Uma vez que se trata de uma escala ordinal com 5 pontos, o valor das respostas é invertido por meio da seguinte fórmula: 6 – número marcado pelo participante, de modo que as respostas 5 assumam valor 1 (6 -5), respostas 4 assumam valor 2 (6-4) e assim por diante. A resiliência dos participantes é considerada num *continuum*, com escores variando, para cada participante, de 6 (mínima resiliência) até 36 (máxima resiliência).

Por tratar-se de um instrumento de rastreamento (sofrimento mental), a SRQ-20 (Anexo B - SRQ 20 - Self Reporting Questionnaire) utiliza 10 ou mais respostas afirmativas como ponto de corte para detecção de casos – ou seja, para a detecção de sofrimento mental nos participantes (Kumbhar, Girish, & Kumbhar, 2012). Não obstante, a SRQ-20, no Brasil, possui estrutura fatorial tetracórica (com quatro fatores). Os grupos de sintomas aos quais cada fator faz referência são: humor depressivo-ansioso (com quatro itens), sintomas somáticos (com seis itens), decréscimo de energia vital (com seis itens), e pensamentos depressivos (com quatro itens) (Santos et al., 2009; World Health Organization, 1994).

Os escores da Escala HAD, ou HADS (Anexo C), são obtidos pela soma das respostas. A subescala de ansiedade (HADS-A) contempla as seguintes sete questões 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 (1, 3, 5, 11 e 13 invertidas). A subescala de depressão contempla as demais sete questões: 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14 (6, 8 e 10 invertidas). Cada questão apresenta 4 alternativas de resposta em escala ordinal, variando de 0 a 3 (as questões invertidas, assim como as demais, possuem seus valores correspondentes anotados ao lado de cada opção de resposta, conforme se pode observar no Anexo C). Sendo assim, para cada subescala, o participante pode obter escores que variando de 0 (mínima ansiedade/depressão) a 21 (máxima ansiedade/depressão). Valores inferiores a 8 para cada subescala são considerados pontos de corte. Sugerem, portanto, ausência de ansiedade e depressão. As pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala indicam possíveis casos



(ansiedade/depressão) e acima de 11, casos prováveis (Zigmond & Snaith, 1983).

Com o objetivo de estimar validade e precisão dos instrumentos utilizados nessa pesquisa, utilizou-se a “Curva ROC”. A Característica de Operação do Receptor (em inglês, *Receiver Operating Characteristic* - ROC), ou simplesmente Curva ROC, é uma representação gráfica que ilustra a performance de um sistema classificador binário e como o seu limiar de discriminação é variado. É obtida pela representação da fração de Positivos Verdadeiros dos Positivos Totais (também conhecido como sensibilidade) versus a fração de Positivos Falsos dos Negativos Totais (um menos a especificidade). A Curva ROC disponibiliza ferramentas para selecionar modelos ótimos de possibilidade e descartar os de qualidade inferior a partir do contexto de custo ou da distribuição da classe (análise de “custo x benefício”), especialmente em cenários onde as distribuições de probabilidade tanto para a detecção quanto para erros de detecção são conhecidos, como nessa pesquisa, que observou quando benefícios do governo de SC foram ou não concedidos (Fawcett, 2006).

O espaço ROC é definido pela sensibilidade (eixo x) - os benefícios (verdadeiros positivos) versus um menos a especificidade (eixo y) - os custos (falsos positivos). Cada resultado predito corresponde a um ponto do espaço ROC. O melhor método de predição, portanto, seria um ponto no canto superior esquerdo do gráfico de resultados (coordenadas 0,1), representando 100% de sensibilidade (sem falsos negativos) e 100% de especificidade (sem falsos positivos). Costuma-se ainda reduzir o desempenho da ROC a um valor escalar único. Um método comum é calcular a área sob a Curva ROC, representando o desempenho esperado. Uma vez que a área sob a curva é uma parte da área de um único quadro, seu valor vai sempre variar de 0 a 1,0 (Fawcett, 2006). Em geral, considera-se que áreas abaixo da curva  $\leq ,75$  não são clinicamente úteis e ,97 é considerado um valor clínico muito elevado (Fan, Upadhye, & Worster, 2006).

Um instrumento psicométrico tem validade convergente se mostrar correlação alta com outra medida e, conseqüentemente, tem validade discriminante (ou divergente) se apresentar correlação nula com outra medida (Pasquali, 2007). Para observar validade convergente e discriminante entre as escalas psicométricas e a concessão de benefícios por TMC em servidores públicos de SC, correlações de Pearson avaliaram associações entre os escores observados e variáveis contínuas dos desfechos.

Para testar a hipótese de que a resiliência prediz saúde mental no trabalho (traduzida aqui com a ausência de “afastamentos por TMC”),

utilizou-se a análise de regressão logística comparando os escores de resiliência (BRS) dos participantes afastados por TMC e presumivelmente saudáveis e regressão linear comparando os escores dos instrumentos à variáveis escalares de desfecho, a saber: tempo de afastamento (em dias), número de LTS recebidas (decorrentes de TMC) desde Jan/2010 e tempo total acumulado (em dias) de LTS desde Jan/2010.

Regressão é um processo estatístico que permite explorar e inferir a relação de uma variável dependente a partir de variáveis independentes específicas. Mais especificamente, ela ajuda a entender como os valores da variável dependente se alteram na medida em que uma das variáveis independentes varia, enquanto as demais variáveis independentes são mantidas constantes. Regressão linear é uma equação para se estimar valor esperado de uma variável (dependente)  $y$ , dados os valores de algumas outras variáveis (independentes)  $x$ . Se houver apenas uma variável independente a regressão se chamará linear simples. Do contrário (mais de uma variável independente), regressão linear múltipla (Dancey & Reidy, 2006). A regressão logística é uma técnica estatística que tem como objetivo produzir, a partir de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável categórica, frequentemente binária, a partir de uma série de variáveis explicativas contínuas e/ou categóricas (Shalizi, 2013).

No modelo de regressão linear, o coeficiente de determinação  $R^2$  resume a proporção da variância na variável dependente associada às variáveis preditoras (independentes), com valores maiores de  $R^2$  indicando mais variação explicada pelo modelo, para um máximo de 1 (100%). Para modelos de regressão com uma variável dependente categórica, não é possível calcular um coeficiente  $R^2$  único que mantenha todas as características do  $R^2$  no modelo de regressão linear. Três métodos são utilizados para estimar o coeficiente de determinação: 1)  $R^2$  de Cox e Snell, cuja principal limitação é ter um valor máximo possível menor que 1 para resultados categóricos; 2)  $R^2$  de Nagelkerke, versão ajustada do  $R^2$  de Cox e Snell que ajusta a escala da estatística para cobrir valores entre 0 e 1 (sendo 1 a representação de um modelo perfeitamente ajustado); 3)  $R^2$  de MacFadden, baseado em kernels de log-verossimilhança para o modelo de interceptação única e o modelo estimado completo. O que constitui um "bom"  $R^2$  varia entre as diferentes áreas de aplicação. Embora essas estatísticas possam ser sugestivas por si só, elas são mais úteis quando comparando modelos concorrentes para os mesmos dados. O modelo com a maior estatística  $R^2$  é "melhor" de acordo com esta medida (IBM Knowledge Center,

2012). Em virtude da fácil interpretabilidade do  $R^2$  de Nagelkerke (cujos valores variam de 0 a 1), nessa pesquisa esse coeficiente foi adotado para comparar os diferentes preditores.

Esta pesquisa utilizou também: correlações de Pearson para medir o grau de correlação entre (duas) variáveis contínuas, e testes t de Student para determinar se (dois) conjuntos de dados são significativamente diferentes uns dos outros.

### 3.5 Resultados e Discussão

O banco de dados usado nesse capítulo continha as seguintes variáveis: identificação do servidor, dados demográficos (sexo, idade, raça, estado civil, grau de instrução e tempo de serviço) e dados ocupacionais (órgão de vínculo, renda, função/cargo e município de trabalho) dos servidores, as respostas ao itens, bem como os escores totais de cada um dos 3 instrumentos anteriormente citados (HADS, BRS e SRQ-20), além das variáveis referentes aos desfechos, a saber – benefício concedido (LTS, readaptação ou remoção), tempo de afastamento, CID-F atribuída (TMC), e as quantidades de remoção, readaptação, tempo total em readaptação (soma dos tempos concedidos, quando havia mais de uma readaptação), LTS e tempo total em LTS (soma dos tempos concedidos, quando LTS repetidas), anteriormente obtidas – desde Jan/2010).

A Tabela 13 apresenta resultados de correlações entre os instrumentos utilizados neste capítulo.

Tabela 13

*Correlações de Pearson entre os escores dos instrumentos.*

| <b>Escores instrumentos</b> | <b>HADS_A</b> | <b>HADS_D</b> | <b>SRQ_20</b> | <b>BRS</b> |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|------------|
| HADS_A                      | 1             | -             | -             | -          |
| HADS_D                      | ,806**        | 1             | -             | -          |
| SRQ_20                      | ,844**        | ,835**        | 1             | -          |
| BRS                         | -,672**       | -,676**       | -,677**       | 1          |

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Para todas as correlações, N sempre > 800.

Em linha com a literatura (Spinhoven et al., 1997), as subescalas de ansiedade e depressão da HADS apresentaram correlação

significativa (mais elevada que a média encontrada na revisão de Bjelland et al., 2002). A resiliência também mostrou-se negativamente correlacionada com ansiedade, depressão e sofrimento mental, conforme o esperado (Smith et al., 2008).

A Tabela 14 apresenta dados descritivos das variáveis independentes deste capítulo, que eram: renda, idade (em anos), tempo de serviço (em anos), e os escores da HADS, do SRQ-20 e da BRS.

Tabela 14

*Estatística descritiva - variáveis independentes (N=759)*

|                                      | <b>Renda<br/>(R\$)</b> | <b>Idade<br/>(anos)</b> | <b>Tempo<br/>Serv.</b> | <b>HADS<br/>Ans.</b> | <b>HADS<br/>Dep.</b> | <b>SRQ-<br/>20</b> | <b>BRS</b> |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|--------------------|------------|
| <b>Média</b>                         | 5304,15                | 42,91                   | 11,70                  | 9,94                 | 8,47                 | 8,59               | 18,56      |
| <b>I.C. 95%<br/>média (inf.)</b>     | 5066,93                | 41,26                   | 10,40                  | 9,58                 | 8,11                 | 8,19               | 18,21      |
| <b>I.C. 95%<br/>média<br/>(sup.)</b> | 5541,37                | 44,57                   | 13,00                  | 10,30                | 8,82                 | 8,99               | 18,91      |
| <b>Mediana</b>                       | 4397,06                | 42,62                   | 9,68                   | 10                   | 8                    | 8                  | 18         |
| <b>D.P.</b>                          | 3329,18                | 23,26                   | 18,22                  | 5,09                 | 4,92                 | 5,64               | 4,89       |
| <b>Mínimo</b>                        | 628,62                 | -397,83                 | -421,52                | 0                    | 0                    | 0                  | 6          |
| <b>Máximo</b>                        | 31979,49               | 432,85                  | 44,45                  | 21                   | 21                   | 20                 | 30         |
| <b>Assimetria</b>                    | 2,338                  | -2,75                   | -17,63                 | 0,06                 | 0,16                 | 0,09               | 0,10       |
| <b>Curtose</b>                       | 9,116                  | 273,30                  | 421,85                 | -1,01                | -0,87                | -1,19              | -0,19      |

Os resultados apresentados na Tabela 14 revelam um perfil de renda, idade e tempo de serviço semelhante à população total (em 2014): R\$5.859,70; 45,47 anos; e 14,88 anos, respectivamente. Os escores dos instrumentos apresentaram assimetrias e curtoses próximas da normalidade (valor 0), mas as demais variáveis não.

Semelhante à tabela anterior, a Tabela 15 apresenta dados descritivos das variáveis de desfecho, a saber: tempo total (em dias) em readaptação e tempo total de LTS (a partir de Jan/2010 até o preenchimento do protocolo de pesquisa), e tempo em LTS (quantidade de dias concedidos em LTS no momento em que o protocolo foi preenchido. Seus resultados fazem referência aos: 120 servidores que obtiveram o benefício de readaptação antes de preencher o protocolo de pesquisa (após Jan/2010 - os demais servidores da amostra tiveram

tempos totais = 0, por isso  $N > 120$ ); 291 servidores que obtiveram LTS por TMC antes de responder aos instrumentos de pesquisa; e 119 servidores em LTS no momento em que respondiam aos instrumentos.

Tabela 15

*Estatística descritiva - variáveis dependentes (desfecho) (N=791)*

|                              | <b>Tempo Total<br/>Readaptação</b> | <b>Tempo Total<br/>LTS (2010-2015)</b> | <b>Tempo<br/>LTS</b> |
|------------------------------|------------------------------------|--|----------------------|
| <b>Média</b>                 | 108,33                             | 83,09                                  | 38,55                |
| <b>I.C. 95% média (inf.)</b> | 85,58                              | 69,86                                  | 31,85                |
| <b>I.C. 95% média (sup.)</b> | 131,08                             | 96,32                                  | 45,25                |
| <b>Mediana</b>               | 0                                  | 0                                      | 0                    |
| <b>D.P.</b>                  | 332,26                             | 193,24                                 | 97,86                |
| <b>Mínimo</b>                | 0                                  | 0                                      | 0                    |
| <b>Máximo</b>                | 2490                               | 1730                                   | 365                  |
| <b>Assimetria</b>            | 3,71                               | 3,41                                   | 2,71                 |
| <b>Curtose</b>               | 14,42                              | 14,44                                  | 5,89                 |

A Tabela 15 revelou que o tempo concedido para os benefícios observados assemelha-se ao tempo da população total (média de 32,4 dias para LTS, entre 2010 e 2014, por exemplo). Os valores de assimetria e curtose também se mostraram distantes dos esperados para distribuições normais.

A Tabela 16 correlaciona os escores dos instrumentos com renda, idade e tempo de serviço.

Tabela 16

*Correlações de Pearson entre os instrumentos e características demográfico-ocupacionais.*

|        | <b>Renda</b> | <b>Idade</b> | <b>Tempo de Serviço</b> |
|--------|--------------|--------------|-------------------------|
| HADS_A | -,243**      | -,016        | -,035                   |
| HADS_D | -,231**      | -,026        | -,054                   |
| SRQ-20 | -,253**      | -,026        | -,073*                  |
| BRS    | ,212**       | ,050         | ,062                    |

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Para todas as correlações,  $N$  sempre  $> 775$ .

Não foram encontradas correlações significativas entre os escores e idade ou tempo de serviço, sugerindo que ansiedade, depressão, sofrimento mental e resiliência não variam significativamente com o tempo (de vida ou de serviço). Com relação à renda, todavia, foram encontradas correlações significativas, embora fracas ( $r < 0,3$ ), com os quatro escores analisados, sugerindo que o aumento na renda associa-se à diminuição de ansiedade, depressão e sofrimento mental, bem como ao aumento de resiliência. Tais resultados convergem com os encontrados no capítulo 2 (item 2.4.1 - Tabela 3).

Correlações de Pearson revelaram correlações fracas entre tempo de serviço e variáveis contínuas do desfecho, a saber: tempo de afastamento (LTS por TMC no momento em que as respostas foram coletadas), número de LTS e tempo total em LTS por TMC desde Jan/2010. O maior valor significativo ( $p < ,01$ ) encontrado foi entre tempo de serviço e tempo de afastamento atual ( $r = ,114$ ,  $N = 699$ ).

A Tabela 17 correlaciona os escores dos instrumentos com dados de desfecho, a saber: tempo de LTS gozado pelo servidor no momento em que os instrumentos eram respondidos, quantidade de remoções, readaptações e LTS anteriores ao preenchimento dos instrumentos (após jan/2010), e totais de tempo gozados em readaptações e LTS anteriores ao preenchimento dos instrumentos (após 2010).

Tabela 17

*Correlações de Pearson entre os instrumentos e variáveis de desfecho (TMC).*

| <b>Escore Instr.</b> | <b>Tempo afast. (LTS)</b> | <b>N Remoção</b> | <b>N Read.</b> | <b>Temp. Read.</b> | <b>N LTS</b> | <b>Tempo total LTS</b> |
|----------------------|---------------------------|------------------|----------------|--------------------|--------------|------------------------|
| HADS-A               | ,270**                    | ,081*            | ,244**         | ,240**             | ,323**       | ,296**                 |
| HADS-D               | ,259**                    | ,074*            | ,222**         | ,217**             | ,343**       | ,313**                 |
| SRQ-20               | ,230**                    | ,116**           | ,209**         | ,208**             | ,324**       | ,280**                 |
| BRS                  | -,258**                   | -,078*           | -,223**        | -,223**            | -,329**      | -,293**                |

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Para todas as correlações, N sempre > 805.

A Tabela 17 mostrou várias correlações significativas, mas todas fracas. A variável que apresentou correlações mais elevadas (fracas-moderadas, com  $r \approx 0,33$ ) foi a quantidade de LTS obtidas antes do servidor responder aos instrumentos (desde jan/ 2010).

A Tabela 18 compara as médias entre 2 grupos cujas diferenças são presumivelmente significativas: servidores sem histórico de benefícios gerados por TMC (desde jan/2010 até o preenchimento dos instrumentos – entre set/2014 e set/2015) e servidores com (benefícios ocasionados por) TMC no momento em que responderam aos instrumentos.

Tabela 18

*Testes t comparando servidores sem TMC e com TMC presente*

| Grupos de Servidores                             |                                   | N       | Mé<br>di<br>a | DP        | Teste t* | p**   |
|--|-----------------------------------|---------|---------------|-----------|----------|-------|
| Subescala HADS_A<br>(Ansiedade)                  | Servidor sem<br>CID-F             | 48<br>0 | 8,090         | 4,50<br>9 | -14,402  | <,001 |
|  | Servidor com<br>CID-F<br>presente | 21<br>7 | 13,29<br>5    | 4,21<br>0 | -        | -     |
| Subescala HADS_D<br>(Depressão)                  | Servidor sem<br>CID-F             | 48<br>0 | 6,650         | 4,34<br>1 | -14,961  | <,001 |
|  | Servidor com<br>CID-F<br>presente | 21<br>4 | 11,89<br>3    | 4,08<br>3 | -        | -     |
| Escore Total da<br>SRQ_20<br>(Sofrimento Mental) | Servidor sem<br>CID-F             | 47<br>7 | 6,514         | 5,01<br>6 | -14,728  | <,001 |
|  | Servidor com<br>CID-F<br>presente | 21<br>6 | 12,42<br>6    | 4,61<br>5 | -        | -     |
| Escore Total da<br>BRS (Resiliência)             | Servidor sem<br>CID-F             | 47<br>2 | 20,17<br>2    | 4,77<br>0 | 12,546   | <,001 |
|  | Servidor com<br>CID-F<br>presente | 21<br>5 | 15,54<br>9    | 3,75<br>9 | -        | -     |

\* variações iguais assumidas

\*\* valor-p para 2 extremidades

As médias apresentadas na Tabela 18 são significativamente diferentes e fornecem evidências de validade interna para o presente capítulo. As diferenças observadas estavam nos sentidos esperados, a saber: escores de ansiedade, depressão e sofrimento mental maiores nos servidores com TMC e escores de resiliência maiores nos servidores sem histórico de TMC.

Com base nos pontos de corte estabelecidos pela literatura (Bjelland et al., 2002; Castro et al., 2006; Kuijpers et al., 2003; Tuan et al., 2004) para os instrumentos de ansiedade (7/8), depressão (7/8) e sofrimento mental (7/8), a Tabela 19 compara os servidores incluídos como “casos” ou excluídos com as médias de: tempo de LTS gozado pelo servidor no momento em que os instrumentos eram respondidos, quantidade de remoções, readaptações e LTS anteriores ao preenchimento dos instrumentos (após jan/2010), e totais de tempo gozados em readaptações e LTS anteriores ao preenchimento dos instrumentos (após 2010).

Tabela 19

*Comparações entre as médias das variáveis de desfecho nos grupos acima e abaixo dos pontos de corte dos instrumentos (SRQ-20 e HADS)*

| <b>Pontos de corte - instrumentos</b> | <b>Tempo afast.</b> | <b>N Read. (2010-15)</b> | <b>Tempo total read. (2010-15)</b> | <b>N LTS (2010-15)</b> | <b>Tempo total LTS (2010-15)</b> |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| SRQ-20 baixo                          | 17,44               | ,13                      | 40,68                              | ,70                    | 33,34                            |
| SRQ-20 elevado                        | 53,92               | ,49                      | 158,65                             | 2,86                   | 122,29                           |
| HADS-A baixo                          | 13,90               | ,10                      | 30,01                              | ,62                    | 28,36                            |
| HADS-A elevado                        | 51,86               | ,46                      | 151,36                             | 2,57                   | 111,17                           |
| HADS-D baixo                          | 11,48               | ,12                      | 37,87                              | ,62                    | 28,00                            |
| HADS-D elevado                        | 58,95               | ,50                      | 162,85                             | 2,85                   | 123,02                           |

Todas as diferenças foram estatisticamente significativas ( $p < 0,01$  – duas extremidades). Para todas as comparações,  $gI$  sempre  $> 810$  e coeficiente  $t$  (Student) sempre  $> 5,039$  (variações iguais assumidas).

A Tabela 19 também fornece evidências de validade interna para o presente capítulo e para os instrumentos utilizados. Como esperado, servidores acima dos pontos de corte estabelecidos apresentaram sempre médias de ansiedade, depressão e sofrimento muito acima dos demais.

A Tabela 20 compara as médias dos escores dos instrumentos com os 3 principais (mais comuns/frequentes) grupos no tocante a TMC, a saber: servidores sem transtorno mental, servidores com transtornos de humor/afetivos (CID F30-F39), e servidores com transtornos neuróticos, relacionados com o “stress” e somatoformes (CID F40-F48).



Tabela 20

*Comparações das médias dos escores dos instrumentos nos grupos de patologia (TMC)*

| <b>Escore</b> | <b>Sem CID-F</b> | <b>F30-F39</b> | <b>F40-F48</b> |
|---------------|------------------|----------------|----------------|
| HADS-A        | 8,765            | 13,6           | 13,389         |
| HADS-D        | 7,276            | 12,430         | 11,705         |
| SRQ-20        | 7,30             | 12,927         | 12,287         |
| BRS           | 19,622           | 15,072         | 15,871         |
| N             | 608              | 111            | 96             |

A Tabela 20 evidencia diferenças significativas entre os indivíduos sem transtorno mental e os demais. Médias dos escores de ansiedade, depressão e sofrimento mental foram mais baixas e dos escores de resiliência foram mais elevadas nos servidores sem TMC. Além disso, apenas a média de ansiedade (HADS-A) ultrapassou o ponto de corte (7/8) da escala. Os escores de depressão também foram mais elevados no grupo F30-F39 (Transtornos de humor/afetivos – ou “transtornos depressivos”).

A Tabela 21 compara as médias dos quatro escores (não convertidos para escala decimal) dos homens e das mulheres.

Tabela 21

*Testes t comparando as médias dos escores entre os sexos*

| <b>SEXO</b>        | <b>HADS_A</b> | <b>HADS_D</b> | <b>SRQ-20</b> | <b>BRS</b> |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|------------|
| <b>Homens</b>      | 8,81          | 7,54          | 7,24          | 19,33      |
| <b>Mulheres</b>    | 10,26         | 8,74          | 9,04          | 18,33      |
| <b>t (Student)</b> | -3,400**      | -2,871**      | -3,782**      | 2,434*     |
| <b>gl</b>          | 816           | 813           | 809           | 802        |

Teste t para variações iguais assumidas

\* valor-p < 0,05 (2 extremidades)

\*\* valor-p < 0,01 (2 extremidades)

Foram encontradas diferenças significativas entre as médias de ansiedade, depressão, sofrimento mental e resiliência dos homens e das mulheres, com destaque para o sofrimento mental (mais percebido entre as mulheres).

Testes t de Student foram também utilizados com o objetivo de comparar médias entre homens e mulheres das seguintes variáveis

contínuas do desfecho: Tempo de afastamento em dias, Quantidade de LTS por CID-F anteriores, Tempo total em LTS por CID-F - de Jan/2010 até o protocolo. Em linha com as diferenças apontadas no capítulo 0, os resultados apontaram mais tempo de afastamento e mais tempo total em LTS por TMC para o grupo dos homens e mais frequência de LTS por TMC (historicamente, até Jan/2010) entre as mulheres, mas tais diferenças não foram estatisticamente significativas (valor-p mais baixo foi para tempo de afastamento = ,362, muito distante do valor esperado para se fazer qualquer inferência =  $p < ,05$ ). Como já foi dito no capítulo 2, a tendência de mais afastamentos por TMC entre as mulheres é frequentemente relatada pela literatura (Leão et al., 2015; Corné e M Roelen et al., 2009; Sala et al., 2009; Santos & Siqueira, 2010; Silva et al., 2012) e a duração dos afastamentos por TMC entre os homens, ainda que menos frequente, costuma ser mais elevada que entre as mulheres (Leão et al., 2015; Sala et al., 2009). Por fim, foram também realizadas comparações das frequências de homens e mulheres com relação a dois status dos servidores: sem registro de TMC desde Jan/2010 ou com TMC no momento em que os instrumentos foram respondidos. O teste do qui-quadrado (e o teste exato de Fischer) não revelaram diferenças significativas entre as frequências observadas e as frequências esperadas em cada categoria.

Foram utilizados testes t para comparar as médias dos escores dos 3 instrumentos (HADS, SRQ-20 e BRS) com: tipos de benefício (2 grupos: LTS e Readaptação) e grupos de patologia (2 grupos: CID F30-F39 e CID F40-F48), mas nenhum resultado significativo foi encontrado.

### 3.5.1 Curvas ROC

Os resultados que seguem dizem respeito às Curvas ROC e tiveram como objetivo avaliar a qualidade psicométrica dos instrumentos utilizados neste capítulo (especificamente, sua sensibilidade e especificidade).

A Tabela 22 apresenta as áreas sob a curva ROC tendo como preditores os escores dos instrumentos utilizados nessa pesquisa. O desfecho (binário) em questão é o benefício concedido pelo Estado de SC em decorrência de TMC (CID-F) nos servidores, os quais foram separados em dois grupos: os com TMC no momento em que preencheram ao protocolo de pesquisa (N = 219) e os sem histórico de benefícios por TMC desde Jan/2010 (N=480).

Tabela 22

*Áreas sob a curva ROC - escores dos instrumentos como preditores de benefícios por CID-F*

|  |        |
|--|--------|
| <b>Escore total HADS-Ansiedade</b>         | ,799** |
| <b>Escore total HADS-Depressão</b>         | ,811** |
| <b>Escore total SRQ-20</b>                 | ,802** |
| Fator (SRQ-20) Humor Depressivo-Ansioso    | ,794** |
| Fator (SRQ-20) Sintomas Somáticos          | ,741** |
| Fator (SRQ-20) Decréscimo de Energia Vital | ,749** |
| Fator (SRQ-20) Pensamentos Depressivos     | ,733** |
| <b>Escore total BRS</b>                    | ,215** |

\*\* p<,01 (Hipótese nula: área real = 0,5)

N = 699

A Tabela 22 evidencia relevantes resultados de sensibilidade e especificidade para os instrumentos utilizados. Sabe-se que áreas sob a curva ROC  $\geq,75$  são clinicamente úteis (Fan, Upadhye & Worster, 2006). Pode-se dizer, portanto, que não apenas os escores da HADS e da SRQ-20 são bons instrumentos diagnósticos (TMC). Também o fator humor depressivo-ansioso da SRQ-20 (composto por apenas 4 dos 20 itens da escala) apresentou área sob a curva elevada.

Semelhante à tabela anterior, a Tabela 23 apresenta as áreas sob a curva ROC tendo como preditores os escores dos instrumentos utilizados nessa pesquisa. O desfecho (binário) em questão é o benefício concedido pelo Estado de SC em decorrência de transtornos de humor [afetivos] ou transtornos neuróticos, relacionados com o “stress” e somatoformes (CID grupos F30-F39 e F40-F48, respectivamente) nos servidores. Os dois grupos, portanto, foram: os com CID F30-F39 ou F40-F48 no momento em que preencheram ao protocolo de pesquisa (N = 207, dos quais 111 por CID F30-F39 e 96 por CID F40-F48) e os sem histórico de benefícios por TMC desde Jan/2010 (N=480). A primeira coluna da tabela apresenta as áreas sob a curva ROC dos escores dos instrumentos respondidos por servidores sem histórico de afastamento e por servidores com transtornos depressivos ou ansiosos (todos juntos), enquanto que a segunda e a terceira coluna separam os grupos de transtorno (depressivos, na segunda coluna, e ansiosos, na terceira).

Tabela 23

*Áreas sob a curva ROC - escores dos instrumentos como preditores de benefício por TMC - CID grupos F30-F39 e F40-F48.*

| <b>Instrumentos</b>                        | <b>F30-<br/>F48</b> | <b>F30-<br/>F39</b> | <b>F40-<br/>F48</b> |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Escore total HADS_A</b>                 | ,809**              | ,810**              | ,803**              |
| <b>Escore total HADS_D</b>                 | ,820**              | ,831**              | ,801**              |
| <b>Escore total SRQ-20</b>                 | ,812**              | ,821**              | ,799**              |
| Fator (SRQ-20) Humor Depressivo-Ansioso    | ,805**              | ,197**              | ,233**              |
| Fator (SRQ-20) Sintomas Somáticos          | ,749**              | ,807**              | ,794**              |
| Fator (SRQ-20) Decréscimo de Energia Vital | ,757**              | ,759**              | ,738**              |
| Fator (SRQ-20) Pensamentos Depressivos     | ,737**              | ,766**              | ,747**              |
| <b>Escore total BRS</b>                    | ,210**              | ,757**              | ,702**              |
| <b>N</b>                                   | <b>687</b>          | <b>591</b>          | <b>576</b>          |

\*\*  $p < ,01$  (Hipótese nula: área real = 0,5)

Ao se delimitar os transtornos mentais mais frequentes entre os benefícios concedidos aos servidores do Estado de SC (transtornos de humor e transtornos ansiosos), os escores da HADS e do SRQ-20 (especialmente o fator humor depressivo-ansioso) melhoram sua capacidade preditiva, sugerindo boas propriedades psicométricas às escalas. Pode-se observar na Tabela 20 que o escore com melhor poder preditivo para transtornos de humor/afetivos (CID F30-F39) é o da escala de depressão da HADS. Esse resultado referenda sua proposta de identificar casos possíveis e prováveis de transtornos de depressão (Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001; Spinhoven et al., 1997; Zigmond & Snaith, 1983). Não obstante, o escore com melhor poder preditivo para transtornos ansiosos (CID F40-F48) é o da escala de ansiedade da HADS, confirmando sua proposta de identificar casos possíveis e prováveis de transtornos de ansiedade (Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001; Spinhoven et al., 1997; Zigmond & Snaith, 1983). Ao contrário do fator Humor Depressivo-Ansioso do SRQ-20, a BRS aumentou significativamente seu poder preditivo uma vez que os transtornos foram discriminados separadamente (transtornos depressivos e ansiosos).

### 3.5.2 Análises de Regressão

Os resultados até então apresentados advogam adequadas propriedades psicométricas aos instrumentos utilizados (especialmente o SRQ-20 e a HADS) e apontam para algumas inferências. As análises de regressão que seguem têm como objetivo testar a capacidade preditiva dos instrumentos em relação a diferentes variáveis de desfecho (benefícios concedidos pelo estado de SC a servidores em decorrência de TMC).

A Tabela 24 apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  ajustados de regressões lineares envolvendo os escores (e subescores) dos instrumentos como preditores de tempo de afastamento do trabalho (LTS por TMC). Nessa regressão foram incluídos 605 servidores efetivos e ativos atualmente sem LTS por TMC e 117 servidores que gozavam de LTS por TMC no momento em que responderam aos instrumentos.

Tabela 24

*Valores de  $R^2$  ajustados - regressão linear simples entre os escores de cada instrumento e as variáveis (contínuas) de LTS dos servidores*

| <b>Escores Instrumentos</b>          | <b>Temp. Afast. (LTS atual)</b> |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>HADS_A</b>                        | ,112                            |
| <b>HADS_D</b>                        | ,141                            |
| <b>SRQ-20</b>                        | ,128                            |
| (SRQ-20) Humor Depressivo-Ansioso    | ,104                            |
| (SRQ-20) Sintomas Somáticos          | ,065                            |
| (SRQ-20) Decréscimo de Energia Vital | ,095                            |
| (SRQ-20) Pensamentos Depressivos     | ,132                            |
| <b>BRS</b>                           | ,093                            |
| <b>HADS (A e D) + SRQ-20 + BRS</b>   | <b>,150</b>                     |

Nota: todos os testes F (ANOVA) apresentaram valor  $p < ,01$ .  $N=722$ .

Na Tabela 24, é interessante observar os valores elevados obtidos pela subescala Pensamentos Depressivos do SRQ-20, a qual possui apenas quatro (rápidos) itens com respostas dicotômicas. Seu poder preditivo mostrou-se mais elevado que os escores totais do SRQ-20. A última linha da tabela apresenta o coeficiente de determinação  $R^2$  ajustado considerando-se os quatro escores dos instrumentos ao mesmo tempo (quatro preditores de uma única variável dependente – tempo em LTS por TMC). Quinze por cento da variância do tempo de afastamento

obtido pelo servidor no momento em que as respostas aos instrumentos foram coletadas pôde ser predita pelos instrumentos utilizados.

A Tabela 25 decorre da Tabela 24. Ela também apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  ajustados de regressões lineares envolvendo os escores (e subescores) dos instrumentos como preditores de tempo de afastamento do trabalho (LTS por TMC), mas nessa regressão foram excluídos os servidores com histórico de benefícios por CID-F anteriores (desde Jan/2010 até a resposta ao protocolo de pesquisa). Havia, portanto, 480 servidores atualmente sem LTS por TMC e também sem histórico de LTS e 119 servidores que gozavam de LTS por TMC no momento em que responderam aos instrumentos.

Tabela 25

*Valores de  $R^2$  ajustados - regressão linear simples entre os escores de cada instrumento e as variáveis (contínuas) de LTS dos servidores*

| <b>Escores Instrumentos</b>          | <b>Temp. Afast. (LTS atual)</b> |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>HADS_A</b>                        | ,169                            |
| <b>HADS_D</b>                        | ,203                            |
| <b>SRQ-20</b>                        | ,189                            |
| (SRQ-20) Humor Depressivo-Ansioso    | ,151                            |
| (SRQ-20) Sintomas Somáticos          | ,102                            |
| (SRQ-20) Decréscimo de Energia Vital | ,140                            |
| (SRQ-20) Pensamentos Depressivos     | ,183                            |
| <b>BRS</b>                           | ,128                            |
| <b>HADS (A e D) + SRQ-20 + BRS</b>   | <b>,217</b>                     |

Nota: todos os testes F (ANOVA) apresentaram valor  $p < ,01$ . N=599.

Quando comparados aos da Tabela 24, pode-se observar que os coeficientes da Tabela 25 são mais elevados. Tal resultado já era esperado, uma vez que servidores atualmente não afastados por TMC, mas com histórico de benefícios anteriores (decorrentes de TMC) diminuem a previsibilidade do tempo de afastamento a partir dos escores dos instrumentos, pois tais servidores carregam variância de dois grupos de servidores: os que não estão afastados e os que estão atualmente afastados por TMC. Traduzindo em poucas palavras, é como se houvesse dois grupos “puros” - servidores afastados (atualmente com TMC) e servidores não afastados (atualmente sem TMC e sem TMC progresso) e um grupo “poluído” - servidores não afastados, mas com afastamento anterior. A exclusão desse último grupo dos modelos de regressão faz com que os coeficientes aumentem sua força preditiva.

A Tabela 26 apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  ajustados de regressões lineares envolvendo os escores (e subescores) dos instrumentos (preditores) como preditores da quantidade de LTS por TMC e do tempo total em LTS por TMC desde Jan/2010. Nessa regressão foram incluídos 531 servidores efetivos e ativos sem histórico de LTS por TMC e 291 com algum registro de LTS por TMC a partir de Jan/2010 até suas respostas aos instrumentos.

Tabela 26

*Valores de  $R^2$  ajustados - regressão linear simples entre os escores de cada instrumento e as variáveis de desfecho dos servidores - quantidade de LTS e tempo total em LTS desde Jan/2010.*

| <b>Escores Instrumentos</b>             | <b>N LTS 2010-<br/>presente</b> | <b>Tempo Total LTS<br/>2010-presente</b> |
|---|---------------------------------|--|
| <b>HADS_A</b>                           | ,103                            | ,087                                     |
| <b>HADS_D</b>                           | ,117                            | ,097                                     |
| <b>SRQ-20</b>                           | ,104                            | ,077                                     |
| (SRQ-20) Humor Depressivo-<br>Ansioso   | ,088                            | ,078                                     |
| (SRQ-20) Sintomas Somáticos             | ,054                            | ,043                                     |
| (SRQ-20) Decréscimo de<br>Energia Vital | ,078                            | ,049                                     |
| (SRQ-20) Pensamentos<br>Depressivos     | ,093                            | ,068                                     |
| <b>BRS</b>                              | ,107                            | ,085                                     |
| <b>HADS (A e D) + SRQ-20 + BRS</b>      | <b>,130</b>                     | <b>,104</b>                              |

Nota: todos os testes F (ANOVA) apresentaram valor  $p < ,05$ . N=822

Os resultados apresentados na Tabela 26 não apontam para o estado mental presente dos servidores participantes, mas sim para seu estado mental passado, já que as variáveis de desfecho eram registros de LTS por TMC desde Jan/2010. Provavelmente em decorrência disso os valores ora relatados sejam inferiores aos relatados pelas Tabela 24 e 25. Sabe-se que predições cujas variáveis independentes e dependentes estejam mais próximas umas das outras no tempo costumam ser mais precisas que predições cujas variáveis independentes e dependentes estejam temporalmente mais distantes umas das outras.

Os resultados apontam a subescala de depressão da HAD como aquela com maior poder preditivo dentre os instrumentos utilizados. Sabe-se que os transtornos de humor/afetivos possuem as prevalências mais elevadas entre os TMC (Cruz et al., 2011; Cunha et al., 2009; Leão

et al., 2015; Schlindwein & Morais, 2014; Silva et al., 2012). Em nossa amostra de 822 servidores essa tendência se manteve, fazendo com que a escala de depressão explicasse mais variância nos dois desfechos em questão. A última linha da tabela apresenta o coeficiente  $R^2$  ajustado considerando-se os quatro escores dos instrumentos ao mesmo tempo (quatro preditores). Treze por cento da variância das quantidades de LTS obtidas (decorrentes de TMC) e 10,4% da variância do tempo total em LTC por TMC desde Jan/2010 foram preditas pelos instrumentos utilizados.

A Tabela 27 apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  de Nagelkerke resultantes de regressões logísticas binárias. Vale lembrar que esse coeficiente representa o poder de explicação do modelo, ou seja: a proporção de variância explicada pelo modelo, com o valor 0 significando que o modelo não explica variação alguma e o valor 1 que ele explica perfeitamente (totalmente) a variância observada na variável dependente. Os preditores utilizados foram os escores dos instrumentos e a variável dependente foi a obtenção de benefício (LTS, readaptação, remoção) por TMC. Havia 480 servidores sem benefício algum (por TMC) e 219 servidores que gozavam de algum benefício por TMC no momento em que responderam aos instrumentos da pesquisa.

Tabela 27

*Coefficiente  $R^2$  de Nagelkerke (Regressão Logística) – benefício concedido ao servidor em decorrência de TMC como variável dependente.*

| <b>Escores Instrumentos</b>          | <b><math>R^2</math> Nagelkerke</b> |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <b>HADS-Ansiedade</b>                | ,311                               |
| <b>HADS-Depressão</b>                | ,329                               |
| <b>SRQ-20</b>                        | ,321                               |
| (SRQ-20) Humor Depressivo-Ansioso    | ,321                               |
| (SRQ-20) Sintomas Somáticos          | ,209                               |
| (SRQ-20) Decréscimo de Energia Vital | ,226                               |
| (SRQ-20) Pensamentos Depressivos     | ,198                               |
| <b>BRS</b>                           | ,265                               |
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS</b>   | <b>,379</b>                        |

Nota: todos os testes de coeficientes de modelo Omnibus e todas as variáveis nas equações com valor-p < ,01. Exp(B) (Odds ratios) nos sentidos esperados (escores elevados da HADS e do SRQ-20 indicando risco de adquirir benefício por TMC; escores elevados da BRS indicando proteção). N=699



De acordo com a Tabela 27, o instrumento cujo escore explica a maior proporção de variância de benefícios por TMC foi HADS (subescala de depressão, com 32,9% de variância explicada). O modelo que incluiu todos os instrumentos explicou quase 38% da variância da variável dependente binária (presença ou ausência de benefícios por TMC).

A Tabela 28 apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  de Nagelkerke resultantes de regressões logísticas binárias cujos preditores eram os escores dos instrumentos e a variável dependente era a obtenção de benefício por transtornos depressivos ou ansiosos (F30-F39 e F40-F48). Havia 480 servidores sem benefício algum e 207 servidores que gozavam de algum benefício por transtornos depressivos ou de ansiedade no momento em que responderam aos instrumentos da pesquisa, dos quais: 111 decorrentes de CID F30-F39 (transtornos depressivos) e 96 decorrentes de CID F40-F48 (transtornos ansiosos).

Tabela 28

*Coefficiente  $R^2$  de Nagelkerke (Regressão Logística) – benefício concedido ao servidor em decorrência apenas de Transtornos Depressivos e de Ansiedade (CIDs F30-39 e F40-48) como variáveis dependentes.*

| Escore Instrumentos                  | $R^2$ Nagelkerke     |             |             |
|--------------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
|                                      | F30-F39 +<br>F40-F48 | F30-<br>F39 | F40-<br>F48 |
| <b>HADS-Ansiedade</b>                | ,329                 | ,288        | ,258        |
| <b>HADS-Depressão</b>                | ,346                 | ,318        | ,253        |
| <b>SRQ-20</b>                        | ,338                 | ,313        | ,256        |
| (SRQ-20) Humor Depressivo-Ansioso    | ,337                 | ,300        | ,267        |
| (SRQ-20) Sintomas Somáticos          | ,225                 | ,199        | ,174        |
| (SRQ-20) Decréscimo de Energia Vital | ,238                 | ,210        | ,182        |
| (SRQ-20) Pensamentos Depressivos     | ,203                 | ,218        | ,109        |
| <b>BRS</b>                           | ,269                 | ,249        | ,178        |
| <b>N</b>                             | <b>687</b>           | <b>591</b>  | <b>576</b>  |

Nota: todos os testes de coeficientes de modelo Omnibus e todas as variáveis nas equações com valor-p < ,01. Exp(B) (Odds ratios) nos sentidos esperados (escores elevados da HADS e do SRQ-20 indicando risco de adquirir benefício por TMC; escores elevados da BRS indicando proteção).

Os resultados da Tabela 28 mostram valores de variância explicada mais elevados que os valores apresentados na Tabela 27, especialmente aqueles da HADS. Isso faz bastante sentido tendo em

vista os objetivos da HADS: identificar casos possíveis e prováveis de transtornos depressivos e de ansiedade (Bjelland et al., 2002; Mykletun et al., 2001; Spinhoven et al., 1997; Zigmond & Snaith, 1983). As maiores variâncias nos desfechos relacionados à depressão e ansiedade foram explicadas, respectivamente, pelas subescalas de depressão (31,8%) e ansiedade (25,8%) da HADS.

Utilizaram-se ainda as variáveis salário (valor pago), sexo, idade, raça, estado civil, grau de instrução, tempo de serviço, função/cargo e município de lotação do servidor como possíveis preditores de benefícios por TMC entre os servidores, eventualmente complementando as variáveis até então utilizadas. Mas os coeficientes  $R^2$  de Nagelkerke não se mostraram significativos, em sua maioria, nem tampouco elevados (o maior deles foi 0,062, para “valor pago”).

### 3.6 Considerações Finais da Análise de Validade de Instrumentos Clínicos

Este capítulo tinha por objetivos verificar a acurácia (sensibilidade e especificidade) dos instrumentos psicométricos em relação aos benefícios decorrentes de TMC nos servidores públicos do estado de SC. Com exceção da escala de resiliência (BRS), os demais instrumentos (HADS e SRQ-20) apresentaram boas propriedades diagnósticas em relação aos benefícios concedidos pelo estado de SC aos servidores com TMC, especialmente quando o tipo de TMC era selecionado na amostra (transtornos de ansiedade e transtornos depressivos, particularmente).

Outro objetivo deste capítulo era testar os instrumentos de ansiedade, depressão (HADS), sofrimento mental (SRQ-20) e resiliência (BRS) como preditores clínicos de benefícios concedidos em função de TMC nos servidores. Os instrumentos foram testados e apresentaram resultados interessantes tanto nas regressões lineares quanto nas regressões logísticas.

Nas lineares, revelaram que parte da variância de tempo de afastamento (no momento da coleta de dados), tempo total em afastamento (tempo em LTS por TMC desde Jan/2010) e quantidade de LTS obtidas por TMC nos servidores pode ser explicada pelos escores obtidos nos instrumentos. Comumente, mais de 10% - em algumas ocasiões, mais de 20% - da variância foi explicada por tais escores, com destaque para os modelos que incluíam os 3 instrumentos ao mesmo tempo - modelos esses que explicavam sempre mais variância dos desfechos analisados - e também para os modelos que incluíam como

preditor a subescala de humor depressivo-ansioso do SRQ-20, com apenas 4 (rápidos) itens, com respostas dicotômicas.

Nas regressões logísticas, os resultados foram ainda mais surpreendentes. Mais de 1/3 da variância dos benefícios concedidos aos servidores em decorrência de TMC pôde ser explicada pelos escores dos três instrumentos, quando inseridos num mesmo modelo. Conclui-se, a partir de então, que predições para a concessão de benefícios explicam mais variância que aquelas para determinação de outras variáveis dependentes, tais como tempo de afastamento ou repetição de LTS.

Algumas limitações foram impostas a esta pesquisa. As predições de benefícios por TMC foram todas de corte transversal. Seria interessante também avaliar os instrumentos como preditores longitudinais de TMC, porque se pode imaginar que o benefício decorrente de TMC não seja concomitante ao início do transtorno. Por isso, indivíduos com elevado sofrimento mental, por exemplo, podem figurar no grupo de servidores que não gozam (ainda) de benefícios por TMC. Um estudo com seguimento dos servidores avaliados poderia, portanto, dirimir tal limitação.

Pode haver algum viés de seleção, prejudicando eventualmente algumas inferências da pesquisa. Investigações futuras poderiam utilizar amostras aleatórias - com mais participantes em gozo de benefício por TMC, se possível - com o objetivo de diminuir tais efeitos.

Esta pesquisa não controlou diferentes tipos de viés de resposta, tais como viés de extremidade (tendência a escolher alternativas extremas em escalas), desejabilidade social (tendência a dar respostas que fazem o respondente parecer bom), omissão de itens, resposta inconsistente (resposta aleatória ou inconsistente, ou ainda dificuldade de leitura), aquiescência (tendência a concordar com proposições em geral), resposta desviante (fingimento proposital ou tentativa deliberada de sabotar resultados) – essa última possivelmente frequente em contextos de perícia médica, onde o fingimento de sintomas pode ser “recompensado” por algum benefício de saúde ocupacional para o servidor desviante (Copestake, Gray, & Snowden, 2011; Kaplan, 1976; Messick & Jackson, 1961; Paulhus, 1991; Siefert et al., 2012; Van de Mortel, 2008).

Os instrumentos que inferiram sofrimento mental, resiliência, ansiedade e depressão são todos instrumentos de autorrelato. Esta investigação não utilizou outras fontes de informação para fazer inferências acerca de sofrimento mental, resiliência, ansiedade e depressão. Futuras investigações poderiam comparar resultados

baseados em autorrelato com outros, provenientes de observações diretas, registros e relatos de terceiros, por exemplo.

Os resultados encontrados sugerem relevantes capacidades preditivas de instrumentos clínicos em relação a benefícios decorrentes de TMC, o que pode implicar num trabalho pericial mais acurado e profissional, trazendo mais justiça aos servidores, favorecendo o erário estadual. A perícia em saúde (médica e psicológica) do Estado de SC poderia incorporar, por exemplo, a subescala de humor depressivo-ansioso do SRQ-20, com apenas quatro itens, em seu protocolo de atendimento, dada a vantajosa relação custo x benefício apresentada.

#### **4. Associação entre Preditores Epidemiológicos e Clínicos de TMC em Servidores Públicos**

No que tange a saúde mental de servidores públicos, pelo menos duas abordagens de compreensão desse fenômeno coexistem: uma abordagem centrada nas características dos indivíduos (clínica), e outra centrada em características das populações, ou do contexto ao qual cada pessoa de uma população se insere (epidemiologia). Mas e se fosse possível observar as características de cada pessoa controlando, ao mesmo tempo, seu contexto de inserção, o quanto isso melhoraria as predições sobre a saúde mental dessas pessoas?

Esse capítulo tem por objetivo verificar a associação entre preditores epidemiológicos e preditores clínicos de transtornos mentais em servidores públicos. Para tanto, procura na epistemologia psicométrica e epidemiológica elementos de associação, propondo de início uma discussão teórica. Em seguida, apresenta resultados empíricos que mostram o quanto se pode ganhar trabalhando saúde mental com dados clínicos e epidemiológicos ao mesmo tempo.

A epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes nas populações humanas, com o intuito de fornecer subsídios para a prevenção de doenças. É evidente que a análise de determinação causal das doenças em uma coletividade humana, dividida em classes sociais e/ou grupos específicos de populações, exige da epidemiologia uma interação transdisciplinar e estabelece sua dependência a outras ciências. Seria a psicologia uma delas? Tal questionamento pode ser didaticamente resumido numa analogia com os regimes de bens a serem adotados em casamentos ou uniões estáveis brasileiros. Afinal, a aliança entre as áreas do conhecimento psicologia e epidemiologia engendra um casamento em regime de separação total ou comunhão parcial de “bens”? A quem caberá a herança desta relação? Cada uma das duas partes envolvidas seguirá com seus próprios métodos e dados até que a “morte os separe” ou a união estabelecida proporcionará a ambas uma herança comum e indissociável?

##### **4.1 Separatistas e Interacionistas**

Diferentes autores têm tangenciado um diálogo teórico-epistemológico entre a psicologia e a epidemiologia. Eles parecem se dividir em dois grupos: aqueles favoráveis ao “regime de separação total

de bens” e aqueles favoráveis à “comunhão parcial de bens”, doravante intitulos separatas e interacionistas, respectivamente.

A epidemiologia surgiu séculos antes da psicologia. É compreensível, por essa razão, que métodos epidemiológicos não alcancem facilmente fenômenos psicológicos. Métodos que tradicionalmente procuravam agentes etiológicos frequentemente bacterianos ou virais, que se relacionavam com quadros patológicos bem definidos como o Bacilo de Koch (bactéria que causa a Tuberculose) ou o HIV (AIDS), agora veem-se diante de novas configurações de agravos, mais complexas e muitas vezes não claramente definidas, como o *Burnout* ou o Estresse Pós-Traumático. Mas talvez a principal razão pela qual não tenha havido ainda um diálogo de cunho teórico-epistemológico entre a psicologia e a epidemiologia resida em algumas dificuldades - teóricas e operacionais - oriundas da psicologia e de seus objetos de estudo. Essa questão será problematizada mais adiante neste trabalho através da problematização de algumas características da psicologia que podem comprometer a execução de estudos epidemiológicos.

A ocasião é oportuna para introduzir o grupo dos separatas, o qual defende a tese de que a psicologia utiliza métodos substancialmente diferentes da epidemiologia, não permitindo às duas áreas interlocuções teóricas. Nesse grupo, aparece Ferguson (2009), que relata a tentativa de pesquisadores em comparar resultados de pesquisas epidemiológicas com pesquisas psicológicas, usando a magnitude do efeito ( $r$ ) como expressão da associação entre os dados, num esforço para comparar efeitos relativos. Muitas vezes, os resultados de tais esforços têm demonstrado pequenos efeitos para a pesquisa em epidemiologia médica em comparação com os efeitos observados em psicologia. O autor explica, todavia, que magnitudes de efeito como  $r$  funcionam idealmente com dados contínuos, enquanto que a maior parte da literatura epidemiológica utiliza dados binomiais ou dados reduzidos a informações nominais ou ordinais. Além disso, muito da literatura médica se refere as estimativas de magnitude de efeito tais como risco relativo e *odds ratios*, as quais são dificilmente traduzíveis em magnitudes de efeito como de  $r$ .

A principal tese de Ferguson (2009) é a seguinte: ao examinar patologias que ocorrem com pouca frequência ou raramente na população em geral, a pesquisa epidemiológica pode coletar dados de milhares de participantes, entre os quais apenas um pequeno percentual (por exemplo: indivíduos expostos à determinada bactéria, ou sob risco de desenvolver certa patologia na ausência de uma intervenção

preventiva) é realmente relevante para a hipótese do estudo. Sendo assim, na contagem de frequência, casos irrelevantes à hipótese corrompem a magnitude do efeito de pesquisas epidemiológicas médicas. Dito de outra forma, as magnitudes de efeito calculadas a partir da contagem de frequências epidemiológicas confundem o efeito do tratamento em hipótese com o efeito do próprio processo de doença na população em geral.

Quanto à aproximação das pesquisas epidemiológicas/biomédicas com as pesquisas psicológicas, o autor (2009) mostra-se pessimista, ao sugerir que comparações entre pesquisas médicas e psicológicas deveriam simplesmente ser evitadas, pois muitas pesquisas médicas se beneficiam de variáveis com validade “plena” (morte, por exemplo), enquanto as pesquisas psicológicas preocupam-se mais com questões como a mensuração de erro (validade, fidedignidade). A maior parte das comparações entre a pesquisa médica e a pesquisa psicológica presente na literatura envolve resultados médicos conclusivos, como morte ou morbidade significativa (Ferguson, 2009).

Ainda no grupo “separatista”, encontramos os pesquisadores sulafricanos Miller e Swartz (1992), que publicaram um artigo intitulado “*Psychology and epidemiology: an uncomfortable alliance?*”, onde discutem a aproximação da epidemiologia com a psicologia. Trata-se de uma referência essencial à discussão ora proposta. Segundo os autores, os conceitos e métodos da epidemiologia foram desenvolvidos para dados diferentes daqueles utilizados pela psicologia, o que pode levar a dificuldades em pesquisas epidemiológicas engendradas na psicologia. Algumas das dificuldades técnicas que emergem desta relação para Miller e Swartz (1992):

- Definição de caso: a maioria dos distúrbios psiquiátricos e fenômenos psicossociais ocorre com diferentes graus de severidade (podem ser melhor compreendidos em termos de um *continuum* ou diferentes *continua*). Taxas epidemiológicas, porém, são quase sempre calculadas em termos de decisões acerca de uma condição estar presente ou não, o que poderia obscurecer características importantes de dados psicológicos. A fim de acomodar a exigência de dados descontínuos, precisa-se tomar uma decisão acerca do local onde estará o ponto de corte. Diagnósticos psiquiátricos confiáveis são notoriamente elusivos, e essa dificuldade se aplica à definição de fenômenos psicossociais. O objetivo da pesquisa determina a definição dos fenômenos (ampla ou restrita). Além disso, a ausência de doença psiquiátrica diagnosticável não é de modo algum equivalente ao bem-estar psicológico.

Independentemente de como são definidos os casos, todavia, é difícil alcançar confiabilidade na definição de casos.

- Definição de população: as definições epidemiológicas de população residem na esfera pública e em nada consideram a definição que as pessoas têm de si mesmas. Os epidemiologistas escolhem populações com base em características definidas por pesquisadores como relevantes por alguma razão. Ao examinar dados psicológicos, pode ser igualmente importante definir populações em seus próprios termos, com base em critérios considerados importantes pelos participantes da pesquisa. A estratificação de amostras para objetivos epidemiológicos requer uma compreensão da dinâmica interna de uma população e não pode ser vista como um ato científico puramente objetivo.

- Definição de início (aparecimento): pesquisas envolvendo taxas de incidência requerem que o aparecimento da patologia (sinais e sintomas) seja identificável dentro de um período de tempo. Esta é uma exigência particularmente difícil em relação aos transtornos mentais. Muitas vezes não é o aparecimento, um evento discreto identificável, mas sim um processo que pode ocorrer ao longo de um longo período de tempo. Ainda que o início possa ser teoricamente definido, pessoas com transtornos mentais muitas vezes não se apresentam para o tratamento até que o distúrbio esteja bem estabelecido, momento em que pode ser extremamente difícil de avaliar o início do transtorno retrospectivamente. Estudos analíticos transversais podem ter perdido essas pessoas. Dados os problemas para se avaliar o início, os pesquisadores podem preferir concentrarem-se exclusivamente na prevalência, utilizando as definições de casualidade ora disponíveis. A prevalência, no entanto, é uma função da incidência (e também da duração do transtorno), e um estudo de prevalência vai ainda perder casos latentes. Em estudos comparativos de prevalência, o conhecimento da duração da doença é essencial. Pequena duração de um episódio em uma comunidade pode implicar elevada administração do transtorno/doença nesta mesma comunidade. Com transtornos mentais, porém, a questão de quando um distúrbio “começa” e quando “termina” continua sendo problemática.

- Admissões repetidas: pessoas com transtornos mentais que requerem hospitalização muitas vezes são readmitidas repetidas vezes. As taxas epidemiológicas comumente contam o número de eventos por pessoa (dentro de um período de tempo). Há, portanto, dificuldade em se distinguir pessoas de episódios – ou seja: um grande número de pessoas



admitidas uma única vez de um pequeno número de pessoas com repetidas admissões. Isto pode obscurecer dados importantes. A readmissão em si é difícil de interpretar, especialmente em se tratando de transtornos mentais. Ela pode significar um retrocesso na condição do indivíduo, mas pode também ser relacionada a mudanças nas estruturas de apoio social e familiar. Este problema não é exclusividade dos estudos psicológicos e psiquiátricos. Mesmo assim, dada a natureza social dos transtornos mentais, tal problema precisa de especial atenção neste contexto.

- Fatores sociais: variáveis sociais são de particular importância para a psicologia. Devido à natureza dos fatores sociais, entretanto, é difícil comparar os fenômenos psicológicos em diferentes grupos ao longo do tempo, uma vez que existem alterações sociais ao longo do tempo.

- Produção social de sintomas: a pesquisa epidemiológica muitas vezes requer perguntar às pessoas se elas apresentam ou não certos sintomas. Respostas afirmativas a essas perguntas não garantem, todavia, que os indivíduos tenham mesmo vivenciado os sintomas em questão. Perguntar às pessoas sobre um determinado sintoma pode até mesmo produzir tal sintoma.

- Propagação caso a caso: uma questão importante em epidemiologia é a de como uma doença se propaga a partir de um caso para outro. O distúrbio psicológico, como doença física, mostra evidências de se propagar caso a caso em algumas ocasiões. Alguns dos tipos de propagação psicológica que necessitam de explicação são, por exemplo, *folie à deux* (loucura a dois), histeria epidêmica, epidemia de suicídio e o fato de que a patologia psiquiátrica em ambos os cônjuges de um casal é mais comum do que se poderia esperar de casais aleatoriamente escolhidos. O fenômeno da propagação caso a caso levanta a questão da natureza da causalidade, e epidemiologistas têm desenvolvido modelos sofisticados para lidar com a causalidade de uma forma complexa. Questões relacionadas às causas da propagação psicológica podem, no entanto, variar em relação àquelas de propagação física. Para explicar a propagação psicológica pode-se precisar considerar fatores psicodinâmicos na escolha do cônjuge, padrões de interação interpessoal e muitas outras questões que evocam pouca semelhança com as questões de causalidade de doenças físicas.

Quanto aos aspectos salientados por Miller e Swartz (1992), cabem algumas contra-argumentações:

- A confiável separação de casos e não-casos pode não ser um empecilho tão grande para um “casamento por comunhão parcial de bens”, uma vez que nas últimas décadas os instrumentos psicométricos têm melhorado seus parâmetros de validade e precisão e a psicologia tem minimizado essa questão (Pasquali, 2007; Shepard, 1993). Ademais, a separação de casos e não-casos no âmbito do diagnóstico em ciências da saúde não é um problema exclusivo da psicologia. O binômio saúde-doença tem sido superado e cada vez mais a atuação multiprofissional tem sido utilizada na avaliação de problemas de saúde, de modo diminuir erros de diagnóstico.

- A consideração de populações é uma questão a ser superada pela psicologia, mas desde 2007 isso tem mudado no Brasil. Dignos de destaque, nesta direção, são a portaria 1339/99 do Ministério do Trabalho, a qual instituiu uma lista legal de doenças relacionadas ao trabalho, e especialmente a medida provisória 316, de 11 de agosto de 2006, apresentada pelo governo federal, que prevê o nexo técnico-epidemiológico, e que estabelece que o empregador é quem deverá demonstrar que não há nexo causal entre o acidente do trabalho e a função do trabalhador. Tais normas estimulam psicólogos brasileiros a pensarem na relação causal entre o trabalho e o adoecimento mental, o que pode engendrar uma ponte entre a psicologia e a epidemiologia. Tal demanda, segundo (M. D. G. Jacques, 2007), é um grande nicho de atuação para os psicólogos brasileiros atualmente.

- A definição precisa de início do agravo à saúde é sem dúvida uma fragilidade a ser equacionada pelos estudos epidemiológicos de fenômenos psicológicos. Todavia, alguns agravos da biomedicina também apresentam esta imprecisão. Pode-se citar, por exemplo, o início do mal de Alzheimer ou ainda dos diferentes tipos de câncer, mas tal imprecisão não tem impedido estudos epidemiológicos com essas patologias biomédicas.

- O mesmo pode ser dito a respeito da produção social de sintomas psicológicos e das admissões repetidas e suas implicações à pesquisa epidemiológica. Alguns agravos da biomedicina também apresentam essas imprecisões: alguns sintomas biomédicos podem ser produzidos socialmente (Cropley & Steptoe, 2005; Moos & Van Dort, 1979) ao mesmo tempo em que alguns sintomas psicológicos podem não ser produzidos socialmente (ex.: transtornos mentais orgânicos); e admissões repetidas podem atrapalhar pesquisas epidemiológicas também no âmbito da biomedicina (ex.: doença renal crônica, recidivas

de câncer, etc.). Mesmo assim, tais situações não têm impedido a produção de conhecimento epidemiológico em biomedicina.

- As demais fragilidades apontadas podem ser controladas, ora melhorando os parâmetros das medidas utilizadas ora permitindo certa taxa de erro, comum em qualquer medida. Sob a égide da psicologia, a propagação (epidêmica) caso-a-caso dos agravos à saúde mental, por exemplo, é ainda pouco relevante em se tratando de análises populacionais. A taxa de erro, nesses casos, não inviabilizaria um estudo epidemiológico.

Miller e Swartz (1992) ponderam que os conceitos e métodos da epidemiologia podem nem sempre ser totalmente adequados para a análise de dados psicológicos. Ao se utilizarem conceitos e métodos inadequados para dados psicológicos, quer se trate de transtorno mental ou de determinantes psicossociais de outros transtornos, é provável que se produzam resultados pouco valiosos.

A marginalização de problemas psicossociais em epidemiologia é discutida em termos do vigente modelo médico ocidental (biomedicina). A distinção *disease-illness* (dimensões objetiva e subjetiva da doença, respectivamente) é usada para explorar as limitações do uso de conceitos e métodos epidemiológicos com dados psicológicos e também com dados médicos. Um exemplo interessante dado pelos autores é a problemática comparação do conceito biomédico de hipertensão com o conceito psicológico de estresse. Enquanto que as dificuldades de mensuração da hipertensão são técnicas, as dificuldades de mensuração do estresse são conceituais/teóricas (Miller & Swartz, 1992).

Apesar de restrições ainda vigentes no pensamento médico, os autores (1992) sugerem que a psicologia desempenhe um papel importante na transformação da epidemiologia no sentido de torná-la uma abordagem mais sofisticada. Para tanto, enfatizam a necessidade de rigor teórico, a remoção de fronteiras interdisciplinares inadequadas, a necessidade de delineamentos de estudos com propósitos claros, e a utilização de metodologia qualitativa com objetivo de triangular dados epidemiológicos (interpretar contextos), evitando uma abordagem tecnicista. Por fim, a questão subjacente que os autores evidenciam - aqui muito oportuna, diga-se de passagem - não é “como a psicologia pode se encaixar nos empreendimentos epidemiológicos?”, mas sim “como a psicologia pode transformar a epidemiologia?” (Miller & Swartz, 1992).

Diferentes pesquisadores e grupos de pesquisa ao redor do mundo procuram estudar temas em epidemiologia e psicologia, por exemplo: grupo de pesquisa “Psychometrics and epidemiology”, na Universidade

de York, no Reino Unido; grupo de pesquisa “Psicometría y epidemiología en las ciencias del comportamiento y la salud”, na Universidade de Málaga, na Espanha; “Health Psychology and Epidemiology Lab”, na Universidade de Auburn, nos Estados Unidos. Obras científicas têm também apontado para a necessidade de uma interlocução entre as duas ciências (Costello, 2009; McBeth & Cordingley, 2009).

Ainda que alguns autores vislumbrem diálogo entre a pesquisa psicológica e a pesquisa biomédica, epidemiológica (Miller & Swartz, 1992; Palinkas & Hoiberg, 1982; Vinck et al., 2004), estabelecer interlocuções teóricas entre essas duas abordagens não é tarefa fácil, uma vez que há pouca literatura tratando deste assunto especificamente. Os autores do grupo “interacionista” procuram, direta e indiretamente, preencher o vazio epistemológico existente na interseção da psicologia com a epidemiologia.

Czeresnia (2008) promove uma discussão filosófica em torno do problema da integração entre epidemiologia e ciências humanas e sociais. As ciências da vida e as ciências humanas e sociais assentam-se em bases epistemológicas distintas: por um lado, as ciências da vida estabeleceram-se no estudo das estruturas visíveis do corpo e buscaram sua identidade em consonância às ciências da natureza. As ciências humanas e sociais, por outro lado, estiveram orientadas ao estudo de fenômenos mediados pela linguagem, por relações intersubjetivas, econômicas e sociais. A partir de então, a autora acredita que a integração entre as ciências humanas e sociais e a epidemiologia (na sua ligação com a biologia) demanda um questionamento a respeito da cisão entre natureza e cultura, inscrita no desenvolvimento das ciências. A síntese de conhecimentos de campos tão diversos não pode ser construída “sem a colaboração entre pesquisadores de distintas formações. [...] Pensar de forma integrada no século XXI é um esforço coletivo e o discurso acadêmico precisa abrir-se mais a esse desafio.” (p.1116)

Leviton (1996) também parece inserir-se no grupo dos interacionistas na medida em que afirma que a psicologia tem obtido progressos significativos no desenvolvimento de aplicações relevantes para a saúde pública, mas a autora especula que melhorias ainda sejam necessárias para integrar a psicologia à infraestrutura da saúde pública. Por um lado, há para a saúde pública o desafio de reconhecer contribuições especiais da psicologia para políticas e práticas, especialmente de prevenção de doenças e danos. Por outro lado, há para a psicologia o desafio é assegurar a integração coerente de teorias

relevantes, bases de conhecimento e práticas de saúde pública. Para a autora, estes desafios podem ser superados a partir das seguintes recomendações: demonstrar como a psicologia gradualmente melhora os serviços de saúde pública; desenvolver teorias específicas para os problemas e a prática de saúde pública; desenvolver modelos de intervenção em parceria com profissionais não psicólogos, de modo que os efeitos possam se difundir; e continuamente controlar os modelos de intervenção para assegurar que a teoria tenha sido bem operacionalizada. Um papel exclusivo da psicologia na saúde pública é agir como administradora de uma correta aplicação da teoria e do conhecimento comportamental (Leviton, 1996).

Ainda no grupo dos “interacionistas”, é oportuno citar Palinkas e Hoiberg (1982), autores que há mais de trinta anos perceberam a necessidade de se preencher o hiato existente entre a epidemiologia e a psicologia. Estes autores se propuseram a apresentar resumidamente diversos métodos bioestatísticos e epidemiológicos, além de tentar explicar a utilidade das taxas de mortalidade e morbidade, taxas ajustadas à idade e medidas de associação como risco relativo, coeficientes baseados no  $\chi^2$ , e risco atribuído. Depois disso, concluem que, apesar da diversidade de terminologia e do frequente uso de taxas pelas pesquisas biomédicas e epidemiológicas - não encontradas nas típicas pesquisas psicológicas - a diferença entre a bioestatística/pesquisa epidemiológica e a estatística psicológica não é grande nem tampouco complexa. A opinião dos autores é que os psicólogos devem estar aptos a prontamente se familiarizarem com este novo campo, uma vez que os conceitos por trás dos métodos da epidemiologia e da bioestatística são também encontrados nos métodos estatísticos psicológicos. Além da compreensão da terminologia empregada, relativamente poucas mudanças de pensamento estatístico são necessárias para obter uma compreensão básica dos resultados epidemiológicos.

Vinck et al. (2004), por sua vez, acreditam que a psicologia da saúde faz uma contribuição importante para a prática da saúde pública em três diferentes níveis: teórico/conceitual, prático (intervenções), e metodológico (padrões analíticos). Apesar disso, a relação entre a psicologia da saúde e a saúde pública deve avançar na seguinte direção: 1. A Psicologia da Saúde deve ampliar seu escopo para incluir uma perspectiva mais forte de população; 2. Psicólogos de saúde precisam aprender a usar uma variedade mais ampla de intervenções, com base em fatores determinantes do comportamento em múltiplos níveis; 3.

Psicólogos da saúde deveriam se voltar para novas populações-alvo e adaptar-se a trabalhar em sistemas complexos.

#### 4.2 Método (Associação de Preditores Epidemiológicos e Clínicos)

Este capítulo teve objetivos descritivos, com abordagem quantitativa. Foi escrito a partir dos mesmos dados utilizados nos capítulos 2 e 3, integrados num único banco de dados, composto por 822 servidores (os mesmos descritos no item 3.4.2). O banco de dados clínico-epidemiológico continha, portanto, as mesmas variáveis do capítulo 3 (Análise de Validade de Instrumentos Clínicos) mais as prevalências correspondentes a cada uma das variáveis demográficas e ocupacionais dos participantes (para as variáveis contínuas foram criadas faixas – de idade, tempo de serviço e renda) (ver tópico 3.5 para mais informações). Ou seja, para cada um dos 822 participantes da pesquisa, foram incluídas as prevalências (valor que varia de 0 a 100%) de cada uma das (10) seguintes variáveis: órgão de vínculo, faixas de renda, sexo, faixas de idade, raça, estado civil, grau de instrução, faixas de tempo de serviço, cargo/função do servidor, município de vínculo com o estado de SC. Houve, portanto, a inserção de mais de 8.000 novos dados no banco em relação à Análise de Validade de Instrumentos Clínicos.

Assim como na Análise de Validade de Instrumentos Clínicos (Capítulo 3), para testar preditores de saúde mental no trabalho, utilizou-se:

1. Análise de regressão linear tendo como preditores os escores dos instrumentos (variáveis clínicas) e as prevalências das variáveis demográficas e ocupacionais dos servidores participantes. Como variáveis dependentes dessas regressões lineares, foram utilizadas variáveis escalares dos desfechos, a saber: tempo de afastamento (em dias), número de LTS recebidas (decorrentes de TMC) desde Jan/2010 e tempo total acumulado (em dias) de LTS desde Jan/2010.

2. Análise de regressão logística, tendo como preditores os escores dos instrumentos (variáveis clínicas) e as prevalências das variáveis demográficas e ocupacionais dos servidores participantes (variáveis epidemiológicas). Como variáveis dependentes dessas regressões logísticas, havia dois grupos: servidores em gozo de algum benefício decorrente de TMC, e servidores sem histórico progressivo (desde Jan/2010) de TMC

### 4.3 Resultados (da Associação entre Preditores)

Os primeiros resultados a sugerir que dados clínicos e epidemiológicos se complementam foram as correlações de Pearson resultantes da associação entre as prevalências das variáveis demográfico-ocupacionais de cada servidor e os escores dos instrumentos respondidos por cada servidor. Em sua maioria, essas correlações foram significativas e nas direções esperadas, mas fracas (com exceção das variáveis raça, estado civil, com valores-p bicaudais quase sempre  $>,05$ ). As maiores correlações encontradas foram entre os escores dos instrumentos e a prevalência das faixas de renda dos servidores, com valores orbitando em torno de 0,2 (e p sempre  $<,05$ ) – a maior correlação significativa entre os escores e as prevalências encontradas foi entre o escore do SRQ-20 (sofrimento mental) e a prevalência das faixas de renda dos servidores ( $,249$  e  $p<,01$ ). A menor correlação significativa encontrada foi entre o escore HADS-D (depressão) e a prevalência do grau de instrução do servidor ( $,071$  e  $p<,05$ ). As correlações entre o escores da BRS (resiliência) e as prevalências de TMC foram sempre negativas e as correlações entre os escores da HADS e do SRQ-20 foram sempre positivas, como esperado. As correlações significativas encontradas variaram de  $,071$  a  $,249$ , mas se situaram tipicamente em torno de  $,1$ .

A partir desses resultados, levantou-se a hipótese de que informações clínicas explicam parte da variância do desfecho (benefícios decorrentes de TMC nos servidores), enquanto que informações epidemiológicas explicam outra parte dessa mesma variância. Ambas se complementarizam, portanto, uma vez que correlações mais elevadas sugeririam mais sobreposição da capacidade explicativa desses 2 conjuntos de variáveis. Sendo assim, análises de regressão foram conduzidas no intuito de pôr a prova tais pressupostos.

A Tabela 29 apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos utilizados e prevalências de variáveis demográficas e ocupacionais dos servidores participantes da pesquisa como preditores de tempo de afastamento do trabalho (LTS) por TMC. Foram incluídos 605 servidores efetivos e ativos atualmente sem LTS por TMC e 117 servidores que gozavam de LTS por TMC no momento em que responderam aos instrumentos.

Tabela 29

*Coefficientes de determinação R<sup>2</sup> ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos e prevalências (preditores) e tempo concedido à LTS por TMC gozada pelo servidor no momento da coleta.*

| <b>Preditores</b>  | <b>Temp. Afast.<br/>(LTS por TMC)</b> |
|--|---------------------------------------|
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS</b>                                     | <b>,150**</b>                         |
| Prev. Órgão  | ,012**                                |
| Prev. faixas de renda  | ,007*                                 |
| Prev. Sexo   | ,000                                  |
| Prev. faixas de idade  | ,007*                                 |
| Prev. Raça   | -0,001                                |
| Prev. estado civil   | 0,002                                 |
| Prev. Instrução  | ,009**                                |
| Prev. faixas de tempo de serv.   | ,007*                                 |
| Prev. função/cargo   | 0,004                                 |
| Prev. município  | ,006*                                 |
| <b>Todas as prevalências</b>   | <b>,065**</b>                         |
| <b>Todas as prevalências significativas</b>                            | <b>,039**</b>                         |
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS +<br/>Todas as prev. significativas</b> | <b>,171**</b>                         |

Nota: \* testes F (ANOVA) com valor  $p < ,05$ ; \*\* testes F (ANOVA) com valor  $p < ,01$ . N= 722.

Na Tabela 29 pode-se facilmente observar que a variância explicada de “tempo de afastamento do trabalho” aumenta significativamente uma vez que dados psicométricos/clínicos são vinculados a dados epidemiológicos. A partir das informações apresentadas na tabela, se um perito, hipoteticamente, dependesse apenas de informações de prevalência de TMC de seus periciados para conceder LTS, teria mais que o dobro de chance de incorrer em erro em relação a outro perito que, além das prevalências, possuísse também resultados psicométricos (HADS, SRQ-20, e BRS). Apenas com os escores dos instrumentos é possível prever 15% da variância do tempo de afastamento do trabalho em função de TMC, mas esse valor aumenta para 17,1% se informações epidemiológicas (prevalências) entrarem no modelo de predição.

A Tabela 30 decorre da Tabela 29. Ela também apresenta os coeficientes de determinação R<sup>2</sup> ajustados de regressões lineares



envolvendo prevalências de variáveis demográficas e ocupacionais como preditores de tempo de afastamento do trabalho (LTS por TMC), mas nessa regressão foram excluídos os servidores com histórico de benefícios por CID-F anteriores (desde Jan/2010 até a resposta ao protocolo de pesquisa). Havia, portanto, 480 servidores atualmente sem LTS por TMC e também sem histórico de LTS e 119 servidores que gozavam de LTS por TMC no momento em que responderam aos instrumentos.

Tabela 30

*Coefficientes de determinação  $R^2$  ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos e prevalências (preditores) e tempo concedido à LTS por TMC gozada pelo servidor no momento da coleta.*

| <b>Preditores</b>  | <b>Temp. Afast.<br/>(LTS por TMC)</b> |
|--|---------------------------------------|
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS</b>                                     | <b>,217**</b>                         |
| Prev. Órgão  | ,029**                                |
| Prev. faixas de renda  | ,010*                                 |
| Prev. Sexo   | -0,001                                |
| Prev. faixas de idade  | ,012**                                |
| Prev. Raça   | -0,002                                |
| Prev. estado civil   | ,006*                                 |
| Prev. Instrução  | ,010**                                |
| Prev. faixas de tempo de serv.   | ,011**                                |
| Prev. função/cargo   | ,008*                                 |
| Prev. município  | ,010**                                |
| <b>Todas as prevalências</b>   | <b>,117**</b>                         |
| <b>Todas as prevalências significativas</b>                            | <b>,119**</b>                         |
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS +<br/>Todas as prev. significativas</b> | <b>,315**</b>                         |

Nota: \* testes F (ANOVA) com valor  $p < ,05$ ; \*\* testes F (ANOVA) com valor  $p < ,01$ . N= 599.

A Tabela 30 sugere uma relação interessante entre os resultados clínicos e os resultados epidemiológicos enquanto possíveis preditores de afastamento do trabalho por TMC. Se um perito recorrer exclusivamente aos 4 escores clínicos utilizados nessa pesquisa, conseguirá prever apenas 21,7% da variância do tempo concedido às LTS por TMC. Se, ao contrário, esse mesmo perito acrescentar como

preditores, além dos 4 escores, as prevalências das variáveis utilizadas nessa pesquisa, aumentará em mais de 45% (de 21,7% para 31,5%) sua capacidade preditiva.

A Tabela 31 apresenta os coeficientes de determinação  $R^2$  ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos utilizados e prevalências de variáveis demográficas e ocupacionais dos servidores participantes da pesquisa como preditores de: (1) quantidade de LTS por TMC obtida pelos servidores participantes e (2) tempo total em LTS por TMC desde Jan/2010. Foram incluídos todos os servidores da amostra (N=822), dos quais: 480 sem histórico de benefício por CID-F (TMC) e 342 com algum registro de benefício concedido decorrente de TMC.

Tabela 31

*Coefficientes de determinação  $R^2$  ajustado de regressões lineares envolvendo escores dos instrumentos e prevalências (preditores) e tempo concedido à LTS por TMC gozada pelo servidor no momento da coleta.*

| <b>Preditores</b>  | <b>N LTS<br/>2010-</b> | <b>T. Total<br/>LTS 2010-</b> |
|--|------------------------|-------------------------------|
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS</b>                                     | <b>,130**</b>          | <b>,104**</b>                 |
| Prev. Órgão  | ,060**                 | ,048**                        |
| Prev. faixas de renda  | ,014**                 | ,007**                        |
| Prev. Sexo   | -,001                  | -,001                         |
| Prev. faixas de idade  | ,029**                 | ,018**                        |
| Prev. Raça   | -,001                  | -,001                         |
| Prev. estado civil   | ,005*                  | -,001                         |
| Prev. Instrução  | ,002                   | ,000                          |
| Prev. faixas de tempo de serv.   | ,009**                 | ,007**                        |
| Prev. função/cargo   | ,019**                 | ,011**                        |
| Prev. município  | ,020**                 | ,016**                        |
| <b>Todas as prevalências</b>   | <b>,113**</b>          | <b>,074**</b>                 |
| <b>Todas as prevalências<br/>significativas</b>                        | <b>,099**</b>          | <b>,072**</b>                 |
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS +<br/>Todas as prev. significativas</b> | <b>,183**</b>          | <b>,144**</b>                 |

Nota: \* testes F (ANOVA) com valor  $p < ,05$ ; \*\* testes F (ANOVA) com valor  $p < ,01$ . N=822.

A Tabela 31 faz referência ao passado do servidor participante. Por isso, provavelmente, apresente valores mais baixos que aqueles

apresentados nas tabelas anteriores. É razoável deduzir que as variáveis demográficas, ocupacionais e clínicas (escores dos instrumentos) utilizadas tenham mais influência sobre TMC presentes que sobre TMC passados. Apesar disso, é interessante observar a tendência de aumento nos coeficientes de determinação sempre que dados clínicos e epidemiológicos são incluídos num mesmo modelo de regressão.

A Tabela 32 apresenta resultados resumidos de regressões logísticas binárias envolvendo os escores dos instrumentos e prevalências de variáveis demográficas e ocupacionais como preditores de benefícios concedidos em decorrência de TMC. Os servidores sem benefícios decorrentes de CID-F, mas com algum registro de benefício decorrente de TMC anterior (desde Jan/2010; N=123) foram excluídos dos modelos.

Tabela 32

*Coefficiente R<sup>2</sup> de Nagelkerke (Regressão Logística) – benefício concedido ao servidor em decorrência de TMC como variável dependente.*

| <b>Preditores</b>  | <b>R<sup>2</sup> Nagelkerke</b> |
|--|---------------------------------|
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS</b>                                     | <b>,379**</b>                   |
| Prev. Órgão  | ,250**                          |
| Prev. faixas de renda  | ,041**                          |
| Prev. Sexo   | ,001                            |
| Prev. faixas de idade  | ,064**                          |
| Prev. Raça   | ,000                            |
| Prev. estado civil   | ,025                            |
| Prev. Instrução  | ,000                            |
| Prev. faixas de tempo de serv.   | ,049                            |
| Prev. função/cargo   | ,043**                          |
| Prev. município  | ,045**                          |
| <b>Todas as prevalências significativas</b>                            | <b>,378**</b>                   |
| <b>HADS (A + D) + SRQ-20 + BRS +<br/>Todas as prev. significativas</b> | <b>,607**</b>                   |

Nota: todos os valores com \*\* obtiveram testes de coeficientes de modelo Omnibus e variáveis nas equações com valor-p < ,01. N = 699.

A Tabela 32 revela talvez o resultado mais surpreendente dessa pesquisa: a variância da concessão de benefícios decorrentes de TMC explicada pelos escores dos instrumentos clínicos (37,9%) é praticamente igual à variância explicada pelas prevalências significativas utilizadas (37,8%). No entanto, quando colocados num

mesmo modelo, a variância explicada aumenta significativamente. Mais de 60% dos benefícios concedidos por TMC puderam ser explicados pelos dados clínicos e epidemiológicos considerados. Ou seja, mesmo prescindindo do trabalho pericial, de avaliações pormenorizadas, minuciosas, mais da metade dos benefícios concedidos por CID-F pôde ser predita. Trata-se de um subsídio pericial muito relevante, sobretudo quando se leva em consideração o fato de se tratar de uma investigação de corte transversal.

Os resultados ora apresentados reforçam a noção de que o trabalho pericial, no âmbito da saúde ocupacional, precisa desenvolver-se integrado às ações de vigilância epidemiológica sem prescindir de instrumentos clínicos com adequadas propriedades psicométricas, fazendo com que a dinâmica do processo saúde-adoecimento decorrente do trabalho adquira contornos mais definidos. O papel do Governo do Estado parece ser, nesse sentido, fundamental. Seus esforços para manter bases de dados atualizadas com variáveis demográficas e ocupacionais dos servidores, e indicadores epidemiológicos de saúde relacionados a essas mesmas variáveis, assim como seus esforços para munir o serviço pericial com adequada instrução e instrumentação clínica serão importantes investimentos à saúde ocupacional. Tais investimentos engendram resultados que beneficiam diretamente o erário - posto que qualificam o trabalho pericial (com mais precisão, menos inconsistências e equívocos) - e beneficiam, sobretudo, a qualidade de vida de dezenas de milhares de servidores e seus familiares e interlocutores.

As considerações finais desse capítulo foram anexadas às conclusões da tese, apresentadas a seguir.

## 5. Conclusão

Os objetivos da tese, definidos em sua introdução, foram alcançados. O perfil epidemiológico dos afastamentos do trabalho dos servidores decorrentes de TMC foi verificado por meio da correlação entre dados demográficos e ocupacionais com as licenças para tratamento de saúde, concedidas entre 2010 e 2014. As validades convergente e divergente dos instrumentos clínicos utilizados com os benefícios decorrentes de TMC (transtornos mentais em geral e transtornos relacionados à ansiedade e depressão) pôde ser verificada na Análise de Validade de Instrumentos Clínicos. Os preditores de LTS por TMC foram testados tanto na Análise de Validade de Instrumentos Clínicos quanto na Associação de Preditores Epidemiológicos e Clínicos. E a associação entre preditores epidemiológicos e preditores clínicos de transtornos mentais em servidores públicos foi feita no capítulo 4, onde se observou que os modelos de regressão que incluíam variáveis clínicas (escores de instrumentos psicométricos) e epidemiológicas (prevalências de TMC para as variáveis demográficas e ocupacionais dos servidores participantes da pesquisa) apresentaram sempre coeficientes de determinação mais elevados e, portanto, previsões mais relevantes e precisas.

A distância entre psicologia e epidemiologia, como se pôde demonstrar teórica e empiricamente, parece ser equacionável. Às diferenças apresentadas, somam-se ainda as seguintes:

- Preocupação com validade: as medidas em psicologia costumam demonstrar uma grande preocupação com validades, sobretudo as validades de critério e teórica (sobre esse assunto, ver Pasquali (2007)). Em epidemiologia isso não costuma acontecer, pois os fenômenos tipicamente observados pela epidemiologia não costumam prescindir de validade. Pode-se ilustrar essa diferença comparando, por exemplo, uma medida da síndrome de *burnout* com uma medida de câncer de pulmão. Poucos pesquisadores discutirão os critérios diagnósticos das medidas de câncer de pulmão (biópsia de uma amostra de tecido), enquanto muitos psicólogos têm se preocupado com a validade dos critérios diagnósticos do *burnout* (presença de fadiga no trabalho, sentimento de estar exausto, irritabilidade, progressiva perda do idealismo e da energia e o propósito de ajudar usuários dos serviços prestados pelo trabalhador com *burnout*, diagnóstico diferencial com depressão e ansiedade, etc.).

- Abordagens *bottom-up* x *top-down*: a psicologia adota uma abordagem clínica ao lidar com adoecimento mental, no sentido de que parte do indivíduo para chegar ao desfecho (lógica indutiva), enquanto

que a epidemiologia caminha no sentido contrário: parte do desfecho a fim de verificar os principais fatores que influenciam a saúde da população (lógica dedutiva) (Barata, Barreto, Filho, & Veras, 1997). Ambas adotam, portanto, métodos diferentes – o que lhes permite capturar partes distintas da variância dos desfechos de saúde mental.

Muitos diagnósticos biomédicos adotam resultados epidemiológicos como base para tecer inferências individuais. O ultrassom morfológico, por exemplo, é um exame que as gestantes fazem no segundo trimestre de gestação com o intuito de observar diferentes aspectos do bebê: sua anatomia, suas medidas (cabeça, abdômen, distância interocular, pernas, braços), frequência cardíaca, posição da placenta, etc. Tais leituras são relacionadas com resultados epidemiológicos anteriores (de muitas outras gestantes) e, a partir de então, inferências a respeito da saúde (crescimento e desenvolvimento) do bebê podem ser feitas. Mas o ultrassom morfológico não considera aspectos clínicos da gestante, o que possivelmente aumentaria a precisão de suas inferências. Imagine se o exame também levasse em consideração, por exemplo, o índice de massa corporal da gestante, seus exames laboratoriais (colesterol, glicose, hematócrito), informações sobre suas gestações anteriores, informações nutricionais (dieta) da gestante, histórico de saúde familiar, etc. Provavelmente tal abordagem reduziria o erro das inferências.

Em biomedicina, algumas tentativas nessa direção já existem. É o caso do aplicativo para smartphone intitulado: *Cough Diagnosis Health Doctor*. Desenvolvido por médicos, o aplicativo de autodiagnóstico foi projetado para fornecer uma análise diagnóstica instantânea dos sintomas de tosse de um indivíduo, fazendo uma série de perguntas relevantes cujas respostas, através de inteligência artificial, são analisadas e geram uma lista dos diagnósticos prováveis, em ordem de probabilidade, juntamente com suas descrições e informações relevantes - o que pode ser muito importante para apontar tratamentos adequados (MatheMEDics, 2013). Ou seja, o aplicativo parte de informações clínicas para tecer inferências sobre o desfecho (patologia associada à tosse), utilizando informações epidemiológicas.

Não se pretende negligenciar diferenças nem tampouco ignorar dificuldades no âmbito da interlocução psicologia-epidemiologia. Sabe-se, todavia, que tais diferenças são metodologicamente equacionáveis e que uma interlocução entre as duas ciências é, sim, possível, como alguns autores já têm mostrado teórica e empiricamente (Machado, Sorato, & Codo, 2010; Mello, Mello, & Kohn, 2007; além dos autores anteriormente apresentados).

Sobre os resultados empíricos encontrados, acredita-se que os 39,3% da variância não explicada dos desfechos pode ser ainda reduzida em função de se acompanhar os casos que foram preditos e que não resultaram em benefícios concedidos por TMC nas semanas subsequentes à avaliação, uma vez que 60,7% da variância do desfecho foi explicada transversalmente (no momento da resposta). Possivelmente, tal resultado seria diferente se considerado longitudinalmente, porque a relação sofrimento mental-concessão de benefício por TMC ou ansiedade/depressão-concessão de benefício por TMC pode não ser simultânea (os benefícios concedidos podem ser precedidos por sofrimento mental, ansiedade/depressão).

As limitações desse capítulo são semelhantes às aquelas mencionadas nos capítulos anteriores (Análise de Validade de Instrumentos Clínicos, especialmente, uma vez que a mesma amostra de servidores foi utilizada): predições de benefício por TMC baseadas em dados transversais, inferências de sofrimento mental, resiliência, ansiedade e depressão baseadas exclusivamente em instrumentos de autorrelato, viés de seleção (amostra não aleatória de servidores), e falta de controle de vieses de resposta.

Algumas variáveis estavam desatualizadas nas bases de dados do Estado de SC, aumentando a imprecisão dos procedimentos estatísticos utilizados. Sabe-se que esse foi o caso das variáveis estado civil e escolaridade. Muitos servidores mudaram de estado civil, mas não procuraram seus respectivos setores de recursos humanos no intuito de atualizar seu status junto ao sistema. Com escolaridade, a desatualização é, supostamente, menor, uma vez que muitos servidores recebem benefícios (adicionais) por gozarem de escolaridade mais elevada, em função de planos de carreira do estado.

Por fim, resta-nos questionar: uma vez que o “casamento” psicologia-epidemiologia adote o “regime de comunhão parcial de bens”, pode-se esperar que a interlocução entre as duas ciências se dê por meio da psicomетria? Está aberta a discussão.





## Referências

- ABRATA. (2011). Transtorno de Ansiedade: manual informativo. São Paulo: Editora Planmark.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. Lou, & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 29(2), 103–125. <http://doi.org/10.1080/01460860600677643>
- Albertí, C., Jardí, J., Manzanera, R., Torá Rocamora, I., Delclós, J., & Benavides, F. G. (2012). Incapacidade temporal por enfermidade comú y accidente no laboral en Cataluña, 2007-2010. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 15(4), 172–177. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4072137&info=resumen&idioma=ENG>
- Albrecht, P. A. T. (2010). *Sentidos do Trabalho para Concurseiros: a busca do emprego estável como estratégia de inserção no mundo do trabalho contemporâneo*. Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Pricila Albrecht.pdf>
- Almeida, L. J. C. de. (2010, fevereiro 4). Afastamentos por transtornos psiquiátricos em servidores públicos estaduais do Tocantins entre 2006 e 2008. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8457>
- Almeida Filho, N. de, Coutinho, D., & Castiel, L. D. (2011). Epistemologia da Epidemiologia. In N. de Almeida Filho & M. L. Barreto (Orgs.), *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações* (p. 29–42). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Recuperado de [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5747/1/CAP\\_04\\_EPISTEMOLOGIA\\_DA\\_EPIDEMIOLOGIA\\_28.06.09.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5747/1/CAP_04_EPISTEMOLOGIA_DA_EPIDEMIOLOGIA_28.06.09.pdf)
- Almeida-Filho, N. (1992). Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica, 123. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=177860&indexSearch=ID>
- Amazarray, M. R. (2003). Trabalho e adoecimento no serviço público : LER/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1951>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fourth edition* (4° ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). Fidedignidade. In *Testagem psicológica* (p. 84–106). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L. H. S. G. de, Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de*

- Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43–54. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>
- Andrade, M. M. de. (2009). *Introdução à metodologia do trabalho científico* (9<sup>o</sup> ed). São Paulo: Atlas.
- Angst, R. (2013). *Habilidades sociais e resiliência em acadêmicos de licenciaturas*. Universidade Federal do Paraná. Recuperado de [http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/30637/R - D - ROSANA\\_ANGST.pdf?sequence=1](http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/30637/R-D-ROSANA_ANGST.pdf?sequence=1)
- Antonio, F., & Lacaz, D. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador : resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações The Workers' Health field : reclaiming knowledge and practices in the interface between work and health. *Occupational Health*, 23(4), 757–766.
- APA. (2002). The Road to Resilience. Recuperado 1 de junho de 2013, de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Araya, R., Wynn, R., & Lewis, G. (1992). Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 27(4), 168–73. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1411744>
- Arends, I., Bültmann, U., van Rhenen, W., Groen, H., & van der Klink, J. J. L. (2013). Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PloS one*, 8(8), e71937. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0071937>
- Barata, R. B., Barreto, M. L., Filho, N. de A., & Veras, R. P. (1997). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. SciELO - Editora FIOCRUZ. Recuperado de <https://books.google.com/books?id=aPDQBAAAQBAJ&pgis=1>
- Barlach, L., Limongi-França, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 101–112.
- Bartone, P. T. (2007). Test-retest reliability of the dispositional resilience scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological reports*. <http://doi.org/10.2466/PRO.101.7.943-944>
- Bartone, P. T., Roland, R. R., Picano, J. J., & Williams, T. J. (2008). Psychological hardiness predicts success in US Army special forces candidates. *International Journal of Selection and Assessment*, 16(1), 78–81. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2008.00412.x>
- Baruth, K. E., & Carroll, J. J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58(3), 235–244. Recuperado de <http://homepages.uwp.edu/crooker/745-Resile/Measures/baruth-carroll-jip-2002.pdf>

- Benetti, L. T., & Araújo, A. F. de. (2008). As Relações de Trabalho do Servidor Público: Regime Estatutário X Regime Celetista. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Contábeis*, 6(11). Recuperado de <http://www.revista.inf.br/contabeis11/pages/artigos/cc-edic11-anoVI-art04.pdf>
- Bervian, P. A., Cervo, A. L., & Silva, R. da. (2007). *Metodologia científica* (6<sup>o</sup> ed). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77.
- Block, J., & Kremen, a M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 349–361. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia básica*. *Epidemiologia básica*. <http://doi.org/10.1590/S0034-89101990000300001>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. a., Garcia, C., & Pereira, W. a. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validade de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de saúde pública*, 29(5), 355–363. <http://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Botti, N. C. L., Castro, C. G., Silva, A. K., Silva, M. F., Oliveira, L. C., Castro, A. C. H. O. A., & Fonseca, L. L. K. (2010). Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbarói*, (33), 178–193. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=588263&indexSearch=ID>
- Brasil. (1990). Lei n<sup>o</sup> 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DOU. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Brasil. (2006). LEI N<sup>o</sup> 11.430 - DE 26 DE DEZEMBRO DE 2006 - DOU DE 27/12/2006. Brasília. Recuperado de [www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11430.htm](http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11430.htm)
- Brasil. (2014a). 2<sup>o</sup> Boletim Quadrimestral sobre benefícios por Incapacidade – Principais causas de Afastamento do Trabalho entre Homens e Mulheres Empregados da Iniciativa Privada. Brasília. Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/2%C2%BA-boletim-quadrimestral1.pdf>
- Brasil. (2014b). Acompanhamento mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10 –

- Janeiro a Abril de 2014*. Brasília. Recuperado de [http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Aux-Doenca-Conc-Prev-e-Acid-X-CID-e-Clientela\\_2014\\_separado-ate-ABR-previdenciarios.pdf](http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Aux-Doenca-Conc-Prev-e-Acid-X-CID-e-Clientela_2014_separado-ate-ABR-previdenciarios.pdf)
- Brouwers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F. M. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 323–332. <http://doi.org/10.1007/s10926-009-9198-8>
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of traumatic stress*, 20(6), 1019–28. <http://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Campos, I. C. M., & Cruz, R. M. (2007). *Primeira Coletânea de Trabalhos Científicos produzidos pelos servidores públicos*. (1º ed). Florianópolis: Estado de Santa Catarina - Secretaria de Estado da Administração.
- Carvalho, V. D., Borges, L. O., Vikan, A., & Hjemdal, O. (2011). Resiliência e Socialização Organizacional entre Servidores Públicos Brasileiros e Noruegueses. *RAC*, 15(5), 815–833. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n5/a03v15n5.pdf>
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. (2000). T ranstornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Supl II)*, 22(m), 22–25. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Castleden, M., McKee, M., Murray, V., & Leonardi, G. (2011). Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health*, 33(3), 369–377. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdr027>
- Castro, M. M. C., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, Á. (2006). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), 470–477. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>
- Catalina Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, a., & Calvo Bonacho, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 39–46. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>
- Chanlat, J.-F. (2002). O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (p. 1–9). Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://www.imparh.ce.gov.br/eadgmf2012/GESTAO\\_PUBLICA\\_05\\_EADGMF.pdf](http://www.imparh.ce.gov.br/eadgmf2012/GESTAO_PUBLICA_05_EADGMF.pdf)
- Codo, W. (1999). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem*

- interdisciplinar* (4<sup>o</sup> ed). Petrópolis: Vozes.
- Conejo, S. H., & Colvero, L. de A. (2005). O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(3), 206–211. <http://doi.org/S1415-27622005000300004>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <http://doi.org/10.1002/da.10113>
- Copestake, S., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2011). A comparison of a self-report measure of psychopathy with the psychopathy checklist-revised in a UK sample of offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 169–182. Recuperado de [http://psych.cf.ac.uk/home2/snowden/2011\\_JFFP\\_Copestake etal.pdf](http://psych.cf.ac.uk/home2/snowden/2011_JFFP_Copestake%20etal.pdf)
- Costello, J. (2009). Editorial: How epidemiology helps. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(4), 361–362. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02102.x>
- Cropley, M., & Steptoe, A. (2005). Social support, life events and physical symptoms: A prospective study of chronic and recent life stress in men and women. *Psychology, Health & Medicine*, 10(4), 317–325. <http://doi.org/10.1080/1354850500093365>
- Cruz, C. R. B., Shirassu, M. M., Barbosa, P. L. Q., & de Santana, A. M. R. (2011). Transtornos mentais como causa de absenteísmo entre servidores públicos em São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(6), 265–266. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600010>
- Cunha, J. B., Blank, V. L. G., & Boing, A. F. (2009). Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(2), 226–236. <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200012>
- Czeresnia, D. (2008). Epidemiologia, ciências humanas e sociais e a integração das ciências. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1112–1117. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000059>
- Dallari, A. (1989). *O que é funcionário público* (Coleção Pr). São Paulo: Brasiliense.
- Damatta, R. (2002). Considerações Sócio-Antropológicas sobre a Ética na Sociedade Brasileira. In *Encontros entre meios e fins: a experiência da Comissão de Ética Pública* (p. 28–53). Brasília: Comissão de Ética Pública - Secretaria executiva. Recuperado de [http://etica.planalto.gov.br/publicacoes/Encontro\\_meios\\_Fins\\_1.pdf](http://etica.planalto.gov.br/publicacoes/Encontro_meios_Fins_1.pdf)
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Estado de Santa Catarina. (2010). MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS MÉDICO-PERICIAIS. Florianópolis, SC: DIOESC. Secretaria de

- Estado de Administração, Diretoria de Saúde do Servidor, Gerência de Perícia Médica.
- Falavigna, A., Righesso, O., Teles, A. R., Baseggio, N., Velho, M. C., Ruschel, L. G., ... Silva, P. G. da. (2012). Depression Subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale applied preoperatively in spinal surgery. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(5), 352–6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618787>
- Fan, J., Upadhye, S., & Worster, A. (2006). Understanding receiver operating characteristic (ROC) curves. *Cjem*, 8(1), 19–20. Recuperado de <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=17175625&retmode=ref&cmd=prlinks&papers3://publication/uid/56B3164F-05FE-4171-8ED0-35042A5D9B5C>
- Fawcett, T. (2006). An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters*, 27(8), 861–874. <http://doi.org/10.1016/j.patrec.2005.10.010>
- Ferguson, C. J. (2009). Is psychological research really as good as medical research? Effect size comparisons between psychology and medicine. *Review of General Psychology*. <http://doi.org/10.1037/a0015103>
- Ferreira, R. C., Griep, R. H., Fonseca, M. D. J. M. Da, & Rotenberg, L. (2012). Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 259–268. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018>
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29–42. <http://doi.org/10.1002/mpr.15>
- Gayton, W. F., Friedman, S. B., Tavormina, J. F., & Tucker, F. (1977). Children with cystic fibrosis: I. Psychological test findings of patients, siblings, and parents. *Pediatrics*, 59(6), 888–94. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/865941>
- Ghubash, R., Daradkeh, T., El-Rufaie, O. F., & Abou-Saleh, M. T. (2001). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires: the Arabic General Health Questionnaire (AGHQ) and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in UAE, using Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 16(2), 122–6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11311177>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4<sup>o</sup> ed). São Paulo: Atlas.
- Glina, D. M. R., Rocha, L. E., Batista, M. L., & Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 607–616. <http://doi.org/10.1590/S0102->

311X2001000300015

- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380–390. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
- Hjarsbech, P. U., Christensen, K. B., Andersen, R. V., Borg, V., Aust, B., & Rugulies, R. (2013). Do psychosocial working conditions modify the effect of depressive symptoms on long-term sickness absence? *American journal of industrial medicine*, 56(11), 1329–40. <http://doi.org/10.1002/ajim.22230>
- Holmgren, K., Fjällström-Lundgren, M., & Hensing, G. (2013). Early identification of work-related stress predicted sickness absence in employed women with musculoskeletal or mental disorders: a prospective, longitudinal study in a primary health care setting. *Disability and rehabilitation*, 35(5), 418–26. <http://doi.org/10.3109/09638288.2012.695854>
- IBM Knowledge Center. (2012). Pseudo R-Squared Measures. Recuperado 2 de dezembro de 2015, de [http://www-01.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB\\_21.0.0/com.ibm.spss.statistics.cs/plum\\_germcr\\_rsquare.htm](http://www-01.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB_21.0.0/com.ibm.spss.statistics.cs/plum_germcr_rsquare.htm)
- Jacques, M. D. G. (2007). O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe). <http://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400015>
- Jacques, M. da G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97–116. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100006>
- Job, F. P. P. (1999). *Sobreviventes: Lições para Criar uma Organização Resiliente*. FGV/EAESP. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10438/5612>
- Job, F. P. P. (2003). *Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações*. Fundação Getúlio Vargas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10438/2535>
- Kaplan, H. B. (1976). Self-Attitudes and Deviant Response. *Social Forces*, 54(4), 788–801. Recuperado de <http://content.ebscohost.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=5280693&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMNLr40Seqa44wtvhOLCmr0yepVVs664S66WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtlGuq7FJuePfgex44Dt6fIA>
- Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Using Iranian Students. *International Journal of Testing*, 9(1), 60–66. <http://doi.org/10.1080/15305050902733471>

- Knorst, C. E. K. (2012). *RESILIÊNCIA : Instrumentos de avaliação no contexto brasileiro*. UFRGS. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40112/000826643.pdf?sequence=1>
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. a M., Hoedeman, R., van der Klink, J. J. L., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of occupational and environmental health*, 84(2), 193–201. <http://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>
- Krieger, N. (2000). *Epidemiology and Social Sciences : Towards a Critical Reengagement in the 21st Century Probability and patterns Estimates of risk and population rates . Numerical data and tables . Classification and misclassification . Survey Part and parcel of epidemiol*, 22(1).
- Kuijpers, P. M. J. C., Denollet, J., Lousberg, R., Wellens, H. J. J., Crijns, H., & Honig, A. (2003). Validity of the hospital anxiety and depression scale for use with patients with noncardiac chest pain. *Psychosomatics*, 44(4), 329–335. <http://doi.org/10.1176/appi.psy.44.4.329>
- Kumbhar, U. T., Girish, B. D., & Kumbhar, U. P. (2012). Self Reporting Questionnaire as a tool to diagnose psychiatric morbidity. *National Journal of Medical Research*, 2(1), 51–54. Recuperado de <http://www.scopemed.org/?mno=18717>
- Laaksonen, M., He, L., & Pitkääniemi, J. (2013). The durations of past sickness absences predict future absence episodes. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 55(1), 87–92. <http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318270d724>
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2009). *Metodologia do trabalho científico* (7<sup>o</sup> ed). São Paulo: Atlas.
- Leão, A. L. D. M., Barbosa-Branco, A., Rassi Neto, E., Ribeiro, C. A. N., & Turchi, M. D. (2015). Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 262–277. <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500010020>
- Leviton, L. C. (1996). Integrating psychology and public health: Challenges and opportunities. *American Psychologist*, 51(1), 42–51. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.51.1.42>
- Lima, M. C. P., Domingues, M. de S., & Cerqueira, A. T. de A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1035–1041. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700011>
- Lopes, V. R., & Martins, M. C. F. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros.



- Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 2(Jul-Dez), 36–50.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 451–467. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Machado, J., Sorato, L., & Codo, W. (Orgs.). (2010). *Saúde e Trabalho no Brasil: Uma revolução Silenciosa - O NTEP e a previdência Social* (1º ed). Petrópolis: Vozes.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1639–1648. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>
- Marconi, N. (2003, janeiro 1). A evolução do perfil da força de trabalho e das remunerações nos setores público e privado ao longo da década de 1990. *Revista do Serviço Público (RSP)*. Recuperado de <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1432>
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23–26. <http://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Marques Neto, F. de A. (2005). A nova regulamentação dos serviços públicos. *REDAE. Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, (1), 1–18. Recuperado de <http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-1-FEVEREIRO-2005-FLORIANO-MARQUES-NETO.pdf>
- Martineau, S. (1999). *Rewriting Resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”*. University of British Columbia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2429/10174>
- MatheMEDics. (2013). Cough Diagnosis Health Doctor. Recuperado 1 de janeiro de 2016, de <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.easydiagnosis.cough&hl=pt-br>
- McBeth, J., & Cordingley, L. (2009). Current issues and new direction in psychology and health: epidemiology and health psychology--please bridge the gap. *Psychology & health*, 24(8), 861–865. <http://doi.org/10.1080/08870440802611226>
- Mello, M. F., Mello, A. F., & Kohn, R. (Orgs.). (2007). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed. Recuperado de

- <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/24.pdf>
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho ?? sa??de do trabalhador. *Revista de Saude Publica*, 25(5), 341–349.  
<http://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>
- Menezes, A. (2001). Noções básicas de epidemiologia. *Epidemiologia das Doenças Respiratórias*, 184.
- Messick, S. (1995). Validity of Psychological Assessment. *American Psychologist*, 50(9), 741–749. <http://doi.org/10.1037//0003-066X.50.9.741>
- Messick, S., & Jackson, D. N. (1961). Acquiescence and the Factorial Interpretation of the MMPI. *Psychological Bulletin*, 58(4), 299–304. Recuperado de [http://psych.colorado.edu/~carey/Courses/PSYC5112/Readings/psnRespSets\\_Messick.pdf](http://psych.colorado.edu/~carey/Courses/PSYC5112/Readings/psnRespSets_Messick.pdf)
- Miller, T., & Swartz, L. (1992). Psychology and epidemiology: an uncomfortable alliance? *S. Afr. J. Psychol.*, 22(2), 52–58.
- Ministério da Saúde. (1999). Portaria n° 1339/GM em 18 de novembro de 1999. Brasília: DOU. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>
- Ministério da Saúde. (2001). DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf)
- Moos, R. H., & Van Dort, B. (1979). Student physical symptoms and the social climate of college living groups. *American journal of community psychology*, 7(1), 31–43. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/453122>
- Mykletun, a., Stordal, E., & Dahl, a. a. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179(DEC.), 540–544. <http://doi.org/10.1192/bjp.179.6.540>
- Nogueira, C. V., Maciel, E. C., Maciel, R. H., & Aquino, R. De. (2010). Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos do estado do Ceará. *VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão*, 5 a 7 de agosto, 1–17.
- Oliveira, A. F., & Batista, R. L. (2008). Validação da escala de resiliência para o contexto organizacional. In UFSC (Org.), *III Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Florianópolis: Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Recuperado de

- <http://www.sbpot.org.br/iiicbpot/trabalhos/1297.htm>
- Oliveira, S. de C., Cruz, S. C. G. R., & Matsui, T. (Orgs.). (2011). *Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem - livro do aluno: oncologia*. São Paulo: FUNDAP. Recuperado de [tecsaude.sp.gov.br/pdf/livro\\_do\\_aluno\\_oncologia.pdf](http://tecsaude.sp.gov.br/pdf/livro_do_aluno_oncologia.pdf)
- Oliveira, W. L. B. (2010). *Os Riscos Internos e Externos que Afetam as Negociações na Saúde Suplementar*. Anhanguera-UNIDERP. Recuperado de <http://www.santosediniz.com.br/wp-content/uploads/2011/12/Gest%C3%A3o-de-Planos-de-Sa%C3%BAde-Wandson.pdf>
- OMS. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)
- Palinkas, L. a., & Hoiberg, A. (1982). An epidemiology primer: Bridging the gap between epidemiology and psychology. *Health Psychology*, 1(3), 269–287. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.1.3.269>
- Pasquali, L. (1996). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: LABPAM/UnB. Recuperado de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001648.pdf>
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(spe), 99–107. <http://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500019>
- Pasquali, L. (2011). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (4º ed). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and Control of Response Bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Orgs.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (p. 17–59). San Diego, CA: Academic Press, Inc. Recuperado de <http://gauss.unh.edu/~mas2/Chapter2-Paulhus.pdf>
- Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436–448. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
- Pinto Júnior, A. G., Braga, A. M. C. B., & Roselli-Cruz, A. (2012). Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2841–2849. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000031>
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS*.

*Advances in nursing science.*

- Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. S. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (p. 243–265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ramazzini, B. (2011). *Tratado sobre la enfermedad de los trabajadores. Traducción comentada de la obra “De Morbis Artificum Diatriba” de Berandino Ramazzini.* Instituto Nacional de Higiene y Salud en el Trabajo. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS DE PUBLICACIONES/EN CATALOGO/VIGILANCIA DE LA SALUD/Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores/tratado enfermedades.pdf>
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248–255. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200006>
- Rocha, H. A. L., Carvalho, E. R., & Correia, L. L. ([s.d.]). Conceitos Básicos em Epidemiologia e Bioestatística. Fortaleza: Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará. Recuperado de <http://www.epidemiologia.ufc.br/files/ConceitosBasicosemEpidemiologiaeBioestatistica.pdf>
- Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de, Araújo, T. M. de, & Virtuoso Júnior, J. S. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 630–640. <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400008>
- Rodrigues, C. de S., Freitas, R. M. de, Assunção, A. Á., Bassi, I. B., & Medeiros, A. M. de. (2013). Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30(Sup), S135–S154. Recuperado de <http://www.rebep.org.br/index.php/revista/article/view/388>
- Rodrigues, E. P., Rodrigues, U. S., Oliveira, L. D. M. M., Laudano, R. C. S., & Nascimento Sobrinho, C. L. (2014). Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 296–301. <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>
- Roelen, C. a M., Koopmans, P. C., Anema, J. R., & Van Der Beek, a. J. (2010). Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: A sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 113–121. <http://doi.org/10.1007/s10926-009-9226-8>

- Roelen, C. a M., Koopmans, P. C., Hoedeman, R., Bültmann, U., Groothoff, J. W., & Van Der Klink, J. J. L. (2009). Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. *European Journal of Public Health, 19*(6), 625–630. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckp090>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Prorective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598–611.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 14*(8), 626–31, 690–6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8130234>
- Sabbag, P. Y. (2012). *Resiliência: Competência para Enfrentar Situações Extraordinárias na sua Vida Profissional*. São Paulo: Elsevier-Campus.
- Sabbag, P. Y., Bernardi Jr., P., Goldszmidt, R., & Zambaldi, F. (2010). Validação de Escala para Mensurar Resiliência por Meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI). *XXXIV Encontro da ANPAD*, 1–15.
- Sala, A., Carro, A. R. L., Correa, A. N., & Seixas, P. H. D. (2009). Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(10), 2168–2178. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000008>
- Sampieri, S. R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Santa Catarina. (2012). *Boletim estatístico de benefícios de saúde do servidor*. Florianópolis.
- Santos, D. C., Dias, J. S., Pereira, M. B. M., Moreira, T. A., Barros, D. M., & Serafim, A. S. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns em agentes penitenciários. *Revista Bras. Med. Trab.*, 8(1), 33–38. Recuperado de [http://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/revista\\_brasileira\\_de\\_medicina\\_do\\_trabalho\\_-\\_volume\\_8\\_n%C2%BA\\_1\\_20122013132133533424.pdf](http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_-_volume_8_n%C2%BA_1_20122013132133533424.pdf)
- Santos, E. G. dos, & Siqueira, M. M. de. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(3), 238–246. <http://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M. De, & Oliveira, N. F. De. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(1), 214–222. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
- Sardá Jr., J. J., Kupek, E., Cruz, R. M., Bartilotti, C., & Cherem, A. J. (2009). Preditores de retorno ao trabalho em uma população de

- trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação ocupacional. *Acta Fisiátrica*, 16(2). <http://doi.org/10.5935/0104-7795.20090001>
- Sardá, S. E., Ruiz, R. C., & Kirtschig, G. (2009). Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos : Juridical tutelage concerning the health of meat packing workers : public service considerations. *Acta Fisiátrica*, 16(2). Recuperado de [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=109#](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=109#)
- Schindwein, V. de L. D. C., & Moraes, P. R. (2014). Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17(1), 117–127. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172014000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Shalizi, C. R. (2013). *Advanced Data Analysis from an Elementary Point of View*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University. Recuperado de <http://www.stat.cmu.edu/~cshalizi/ADAfaEPoV/ADAfaEPoV.pdf>
- Shepard, L. A. (1993). Chapter 9: Evaluating Test Validity. *Review of Research in Education*, 19(1), 405–450. <http://doi.org/10.3102/0091732X019001405>
- Siano, A. K., Ribeiro, L. C., Santiago, A. E., & Ribeiro, M. S. (2009). Análise descritiva de exames periciais iniciais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentando transtornos mentais. *HU Revista*, 35(1). Recuperado de <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/331/210>
- Siefert, C., Stein, M., Sinclair, S., Antonius, D., Shiva, A., & Blais, M. (2012). Development and Initial Validation of a Scale for Detecting Inconsistent Responding on the Personality Assessment Inventory–Short Form. *Journal of Personality Assessment*, 94(6), 601–606.
- Silva, L. R. da, Galvan, L., Sakae, T. M., & Ricardo, F. L. M. (2011). Nexó técnico epidemiológico previdenciário - perfil dos benefícios previdenciários e acidentários concedidos pelo INSS na região do Vale do Itajaí (SC) antes e depois da norma 2011.PDF. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 9(2), 69–77.
- Silva, M. R. S. da, Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147–156.
- Silva, E. B. D. F., Tomé, L. A. D. O., Costa, T. D. J. G. Da, & Santana, M. D. C. C. P. (2012). Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(3), 505–514. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742012000300016>
- Sistema FIRJAN. (2015). Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. Recuperado 1 de janeiro de 2015, de

- <http://www.firjan.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=2C908A8F51466FB101516324DB680AAD>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine, 15*(3), 194–200. <http://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Soares Filho, J. (2002). Serviço Público: conceito, privatização. *Revista Jus et Fides, 2*(1), 97–130. Recuperado de <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/4169/4169.PDF>
- Souza, M. T. S., & Cerveny, C. M. O. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da literature e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia, 40*(1), 119–126. Recuperado de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, a E., & Van Hemert, a M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med, 27*(2), 363–70.
- Stansfeld, S. a, Fuhrer, R., & Head, J. (2011). Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occupational and environmental medicine, 68*(6), 408–413. <http://doi.org/10.1136/oem.2010.056994>
- Tavares, D. S. (2004, junho 2). Suffering at work among public workers: a psychosocial analysis of the labor context in a Federal Judicial Court. Universidade de São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-20032004-083408/>
- Tuan, T., Harpham, T., & Huong, N. T. (2004). Validity and Reliability of the Self-reporting Questionnaire 20 Items in Vietnam. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 14*(3), 15–18. Recuperado de <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/183912/Default.aspx>
- van Beurden, K. M., Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. W., Terluin, B., van der Klink, J. J. L., & van Weeghel, J. (2013). Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC public health, 13*(1), 193. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-193>
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 40–48. Recuperado de <http://www.ajan.com.au/Vol25/Vol25-4.pdf>
- VandenBos, G. R. (2010). *Dicionário de Psicologia da APA*. Porto Alegre: Artmed.
- Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W. F., Shinwari, N. R., Faiz, H., Nassery, R., ... Olf, M. (2007). Properties of the Hopkins Symptom

- Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 328–35. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0161-8>
- Vinck, J., Oldenburg, B., & Von Lengerke, T. (2004). Editorial: Health psychology and public health--bridging the gap. *Journal of health psychology*, 9(1), 5–12. <http://doi.org/10.1177/1359105304036098>
- Virtanen, P., Liukkonen, V., Vahtera, J., Kivimäki, M., & Koskenvuo, M. (2003). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International journal of epidemiology*, 32(6), 1015–21. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681267>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165–178. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.001>
- Wedegaertner, F., Arnhold-Kerri, S., Sittaro, N.-A., Bleich, S., Geyer, S., & Lee, W. E. (2013). Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: a cohort study. *BMC public health*, 13, 145. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-145>
- Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7151), 115–9. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=28602&to=ol=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 8. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
- World Health Organization. (1994). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). *Geneva: World Health Organization*. Geneva: Division of Mental Health (WHO). Recuperado de [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjXk\\_2QoLnJAhWMrZAKHcqHBIQFggeMAA&url=http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.8.pdf&usg=AFQjCNG7lSWg3V1W8oHvGqCML1Tjp6Sbtg&sig2=1VVkyjafcDROshjVg3xhhw&bvm](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjXk_2QoLnJAhWMrZAKHcqHBIQFggeMAA&url=http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf&usg=AFQjCNG7lSWg3V1W8oHvGqCML1Tjp6Sbtg&sig2=1VVkyjafcDROshjVg3xhhw&bvm)
- Wright, W. C. (2001). De Morbis Artificum Diatriba [Diseases of Workers]. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1380–1382. Recuperado de [dbarber59.files.wordpress.com/2007/05/ramazzini1.pdf](http://dbarber59.files.wordpress.com/2007/05/ramazzini1.pdf)
- Yu, X., & Zhang, J. (2007). Factor Analysis and Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc) With Chinese People. *Social Behavior and Personality: an international journal*,



- 35(1), 19–30. <http://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.1.19>
- Yunes, M. A. M. (2001). A Questão Triplamente Controvertida Da Resiliência Em Famílias De Baixa Renda. *Msmidia.Com*, 1–168. Recuperado de <http://www.msmidia.com/ceprua/furg/trab18.pdf>
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva E Resiliência : O Foco No Indivíduo E Na Família Positive Psychology and Resilience : Focus on the Individual and Families. *Psicologia em Estudo*, 8(num. esp.), 75–84.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–70. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>



## Apêndice A - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Davi Baasch, responsável pela presente pesquisa, e meu orientador, prof. Dr. Roberto Moraes Cruz, convidamos você a participar como participante deste nosso estudo. Esta pesquisa pretende analisar o impacto de variáveis clínicas ocupacionais no desfecho de Transtornos Mentais em servidores públicos. Acreditamos que ela seja importante, dentre outros motivos, porque oferecerá resultados que possibilitarão, direta e/ou indiretamente, propor medidas para a diminuição do sofrimento psíquico no trabalho e a consequente redução dos afastamentos por transtornos mentais no trabalho.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, bem como, a uma síntese adequada das condições de tratamento das informações e orientação, a qualquer momento. Para tanto, basta entrar em contato comigo.

Se você concordar em participar da pesquisa, terá que responder questionários sobre resiliência e saúde mental. As informações fornecidas por você serão armazenadas em um banco de dados para análises clínico-epidemiológicas futuras. Suas respostas darão aos pesquisadores mais informações, possibilitando aos mesmos compreenderem melhor o sofrimento mental no trabalho, permitindo, a partir de então, que ações de prevenção possam ser delineadas. Suas respostas não envolvem riscos, mas eventualmente podem provocar desconforto, por envolverem questões de foro íntimo. É importante lembrar que suas respostas são sigilosas e confidenciais. Sua privacidade é garantida através do anonimato na tabulação dos dados. Além disso, de modo algum as informações por você fornecidas implicarão em prejuízo de pessoas e/ou comunidades.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação oral pública, assim como publicação impressa e virtual da tese de doutorado. Aproveito o ensejo para reiterar que em todas as publicações ou divulgações, serão garantidos o sigilo e a

confidencialidade dos dados referentes à sua identificação enquanto participante da pesquisa.

Dados do pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa:

Davi Baasch, RG: 4.026.164, CPF: 036.181.239-65, Matrícula (UFSC): 201302107. End: Rua General Eurico Gaspar Dutra, nº 440 Ap 201 Bl. C – Estreito, Florianópolis, SC. CEP: 88075-100. Email: davibaasch@gmail.com Telefone: (48) 9651-1950 (Tim).

**IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Documento de Identificação \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “*Preditores Epidemiológicos e Clínicos de Transtornos Mentais em Servidores Públicos do Estado de Santa Catarina*”, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Não receberei nenhuma renumeração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 201\_\_  
(local) (data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante/voluntário)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador responsável)

**Anexo A - BRS – Brief Resilience Scale**  
(Smith et al., 2008)

**Instruções:** Na escala a seguir, circule um número indicando o quanto você concorda ou discorda com cada sentença.

1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

---

|  |           |           |           |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. Tendo a me recuperar rapidamente depois de tempos difíceis .....          | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>4.</b> | <b>5.</b> |
| 2. Tenho dificuldade em superar eventos estressantes .....                   | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>4.</b> | <b>5.</b> |
| 3. Não demoro muito para me recuperar de um evento estressante .....         | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>4.</b> | <b>5.</b> |
| 4. Acho difícil recuperar-me logo quando algo ruim acontece .....            | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>4.</b> | <b>5.</b> |
| 5. Costumo passar por momentos difíceis sem grandes problemas .....          | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>4.</b> | <b>5.</b> |
| 6. Costumo levar um longo tempo para superar retrocessos em minha vida ..... | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>4.</b> | <b>5.</b> |

---

## Anexo B - SRQ 20 - Self Reporting Questionnaire

**Instruções:** Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, assinale SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, marque NÃO.

| <b>Perguntas</b>  | <b>Respostas</b> |
|---|------------------|
| 1- Você tem dores de cabeça frequente?  | Sim Não          |
| 2- Tem falta de apetite?  | Sim Não          |
| 3- Dorme mal?   | Sim Não          |
| 4- Assusta-se com facilidade?   | Sim Não          |
| 5- Tem tremores nas mãos?   | Sim Não          |
| 6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?                              | Sim Não          |
| 7- Tem má digestão?   | Sim Não          |
| 8- Tem dificuldades de pensar com clareza?                                      | Sim Não          |
| 9- Tem se sentido triste ultimamente?   | Sim Não          |
| 10- Tem chorado mais do que o costume?  | Sim Não          |
| 11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | Sim Não          |
| 12- Tem dificuldades para tomar decisões?                                       | Sim Não          |
| 13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)  | Sim Não          |
| 14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?                         | Sim Não          |
| 15- Tem perdido o interesse pelas coisas?                                       | Sim Não          |
| 16- Você se sente uma pessoa inútil, sem valor?                                 | Sim Não          |
| 17- Tem tido ideia de acabar com a vida?  | Sim Não          |
| 18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?   | Sim Não          |
| 19- Têm sensações desagradáveis no estômago?                                    | Sim Não          |
| 20- Você se cansa com facilidade?   | Sim Não          |

### Anexo C - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

Este questionário ajudará o pesquisador a saber como você tem se sentido. Assinale com “X” as alternativas que melhor correspondem a como você tem se sentido *na última semana*. Não é preciso pensar muito para responder; suas respostas imediatas provavelmente têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

A1) Eu me sinto tenso ou contraído:

|  |  |  |                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo[3] | <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo[2] | <input type="checkbox"/> De vez em quando[1] | <input type="checkbox"/> Nunca[0] |
|--|--|--|-----------------------------------|

D2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes[0] | <input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes[1] | <input type="checkbox"/> Só um pouco[2] | <input type="checkbox"/> Já não sinto mais prazer em nada[3] |
|---|--|---|--|

A3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, e de um jeito muito forte[3] | <input type="checkbox"/> Sim, mas não tão forte[2] | <input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa[1] | <input type="checkbox"/> Não sinto nada disso[0] |
|--|--|--|--|

D4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes[0] | <input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos[1] | <input type="checkbox"/> Atualmente bem menos[2] | <input type="checkbox"/> Não consigo mais[3] |
|--|---|--|--|

A5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

|  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo[3] | <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo[2] | <input type="checkbox"/> De vez em quando[1] | <input type="checkbox"/> Raramente[0] |
|--|--|--|---------------------------------------|

D6) Eu me sinto alegre:

|                                   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca[3] | <input type="checkbox"/> Poucas vezes[2] | <input type="checkbox"/> Muitas vezes[1] | <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [0] |
|-----------------------------------|--|--|---|

A7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

|   |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre[0] | <input type="checkbox"/> Muitas vezes[1] | <input type="checkbox"/> Poucas vezes[2] | <input type="checkbox"/> Nunca[3] |
|---|--|--|-----------------------------------|

D8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

|  |  |  |                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Quase sempre[3] | <input type="checkbox"/> Muitas vezes[2] | <input type="checkbox"/> De vez em quando[1] | <input type="checkbox"/> Nunca[0] |
|--|--|--|-----------------------------------|

A9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

|                                   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca[0] | <input type="checkbox"/> De vez em quando[1] | <input type="checkbox"/> Muitas vezes[2] | <input type="checkbox"/> Quase sempre[3] |
|-----------------------------------|--|--|--|

D10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completamente[3] | <input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como deveria[2] | <input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes[1] | <input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes[0] |
|---|---|---|---|

A11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

|   |                                      |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, demais[3] | <input type="checkbox"/> Bastante[2] | <input type="checkbox"/> Um pouco[1] | <input type="checkbox"/> Não me sinto assim[0] |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|

D12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes[0] | <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes[1] | <input type="checkbox"/> Bem menos do que antes[2] | <input type="checkbox"/> Quase nunca[3] |
|--|---|--|---|

A13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A quase todo momento[3] | <input type="checkbox"/> Várias vezes[2] | <input type="checkbox"/> De vez em quando[1] | <input type="checkbox"/> Não sinto isso[0] |
|--|--|--|--|



D14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quase sempre[0] | <input type="checkbox"/> Várias vezes[1] | <input type="checkbox"/> Poucas vezes[2] | <input type="checkbox"/> Quase nunca[3] |
|--|--|--|---|

Resultado do Teste:

Observações:

Ansiedade: [ ] questões (1,3,5,7,9,11 e 13)

Depressão: [ ] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)

Escore:

0-7 pontos: improvável

8-10 pontos: possível –  
(questionável ou duvidosa)

11-21 pontos: provável

## Anexo D - Parecer consubstanciado do CEP

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE DE SANTA  
CATARINA/SES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Preditores Epidemiológicos e Clínicos de Transtornos Mentais em Servidores Públicos do Estado de Santa Catarina

**Pesquisador:** Roberto Moraes Cruz

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 36112214.5.0000.0115

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 807.898

**Data da Relatoria:** 24/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

**Objetivo:** Analisar o impacto de variáveis clínicas e ocupacionais no desfecho de Transtornos Mentais em servidores públicos. **Método:** Estudo observacional transversal com abordagem quantitativa, contemplando dois delineamentos: epidemiológico descritivo com estudos do conjunto de preditores pessoais e de contexto associados aos afastamentos por DM periciados por psicólogos, e 2. psicométrico, de caráter correlacional, com o objetivo de encontrar preditores clínicos de TM (com validade interna e externa) através de instrumentos de medida de sofrimento mental, resiliência e ansiedade e depressão.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa sob análise é analisar variáveis clínicas e ocupacionais correlação entre resiliência e a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Além da eventual quebra da confidencialidade das informações médico periciais e da exposição da privacidade dos pacientes, a aplicação dos questionários (3) pode provocar desconforto, por envolver questões de foro íntimo.

Entretanto os pesquisadores reconhecem os riscos e propõe medidas adequadas para controlá-los.

**Endereço:** Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-130  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE DE SANTA  
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 807.898

Os benefícios serão, a partir dos resultados obtidos, contribuir direta e/ou indiretamente para a implementação de medidas para a diminuição do sofrimento psíquico no trabalho e a consequente redução dos afastamentos por transtornos mentais no trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Além da pesquisa em base de dados relacionados aos afastamentos por DM entre servidores públicos estaduais de SC, serão selecionados 100 pacientes que responderão três tipos de questionários com o objetivo de estabelecer padrões de resiliência na população afastada.

O projeto indica que a aplicação dos instrumentos de coleta será executada também em 100 sujeitos de pesquisa supostamente saudáveis, sem identificar quais serão estes servidores e como serão selecionados, "para testar a validade convergente/divergente dos instrumentos nos dois grupos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e as autorizações institucionais estão de acordo com as exigências da Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

Uma vez que o pesquisador proponente afirma que "a literatura nacional e internacional tem apontado boas propriedades psicométricas para a BRS, para a SRQ-20, e para a HADSA", qual a justificativa ética de expor os sujeitos de pesquisa à aplicação dos três instrumentos de coleta com o mesmo objetivo (classificar a resiliência de amostra dos servidores) apenas para testar uma validade convergencia/divergencia já comprovada? Pelo exposto, recomenda-se a escolha do instrumento com melhor performance psicométrica e sua aplicação isolada, reduzindo a exposição dos pacientes selecionados para a sua aplicação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O parecer do relator é pela aprovação do projeto pela sua relevância e pelos resultados esperados, que poderão contribuir para aperfeiçoar as políticas de gestão de pessoas no governo estadual de SC, deixando a cargo dos pesquisadores a recomendação de proteger os sujeitos de pesquisa de desconfortos evitáveis.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca

**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-130

**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE DE SANTA  
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 807.898

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acata a aprovação da relatoria, porém orienta-se que a recomendação do relator no que diz respeito aos desconfortos evitáveis.

FLORIANOPOLIS, 26 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**ELIANE MARIA STUART GARCEZ**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-130  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3212-1680 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br