

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Maria Angélica Costa Simões Abdalla

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DE  
UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Juiz de Fora  
2014

Maria Angélica Costa Simões Abdalla

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DE  
UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Maria Greco

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Costa Simões Abdalla, Maria Angélica .  
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DE  
UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA / Maria Angélica Costa Simões  
Abdalla. -- 2014.  
80 f. : il.

Orientador: Rosângela Maria Greco  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva, 2014.

1. Trabalhadores. 2. Servidor público. 3. Sintomas de  
depressão. I. Greco, Rosângela Maria , orient. II. Título.

MARIA ANGÉLICA COSTA SIMÕES ABDALLA

**“Prevalência de Sintomas de Depressão em Trabalhadores de  
Universidade Pública”.**

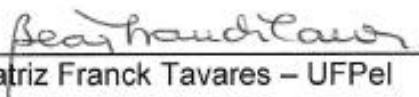
Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 02/10/2014



---

Rosângela Maria Greco – UFJF



---

Beatriz Franck Tavares – UFPel



---

Maximiliano Ribeiro Guerra – UFJF

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força e saúde para realizar mais este sonho.

Ao Paulo, meu esposo, pelo apoio em mais este desafio profissional.

À minha mãe e minha irmã, pela compreensão e suporte nos dias atribulados e corridos.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Rosangela Maria Greco, pelo carinho, paciência e disponibilidade total, que tornaram possível a concretização deste sonho.

Ao Prof. Dr. Alfredo Chaoubah, pela orientação na parte da estatística, pacientemente iluminando meu caminho.

Aos professores do mestrado, incentivadores constantes do meu desenvolvimento através de seus ensinamentos.

Aos colegas do mestrado, pelo apoio, incentivo e amizade, tornando prazerosas todas as tarefas em conjunto.

À Luzianne pelo incentivo e auxílio nesta fase tão importante da minha vida.

À Pink pelo amor incondicional que alegra minha existência.

A todos os colegas do SIASS-UFJF, que de alguma maneira me ajudaram a chegar ao fim desta jornada.

Aos colegas Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da UFJF, que fizeram parte desta pesquisa.

*“Nas grandes batalhas da vida,  
o primeiro passo para a vitória é  
o desejo de vencer”.*

*M. Gandhi*

## RESUMO

A depressão vem se tornando mundialmente um problema de saúde pública, acomete milhões de indivíduos, impactando de forma negativa na vida dos trabalhadores e suas famílias contribui para a degradação da qualidade de vida, a perda da produtividade, a redução da renda familiar e, conseqüentemente, para perdas nas áreas econômicas e sociais dos países. Diante da importância da realização de pesquisas nessa área, tanto para o tratamento como para a prevenção dos quadros depressivos associados com a atividade laboral, o presente estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de sintomas de depressão nos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), traçar seu perfil socioeconômico, identificar os sintomas de depressão e analisar a associação entre o perfil socioeconômico e os sintomas de depressão nestes servidores públicos. Para isso foi realizado um estudo epidemiológico de delineamento transversal com 828 trabalhadores TAEs com idade entre 20 e 68 anos. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário autopreenchível com questões sobre os sintomas de depressão através do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), o estado de saúde geral e os fatores socioeconômicos (sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade, religião, renda familiar, presença de filhos e estado geral de saúde). Os dados foram processados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 2.0. A análise dos resultados revelou que 28, 8% das mulheres e 16, 1% dos homens apresentavam sintomas de depressão leve, sendo que a faixa etária de maior prevalência foi entre 20 e 50 anos. Quanto ao estado geral de saúde, dos servidores que o referiram como muito bom e bom, 15, 5% e 25, 6%, respectivamente, apresentaram sintomas de depressão leve. Dessa forma, o presente estudo sugere necessidade de se planejar e executar ações e programas preventivos em relação aos distúrbios mentais comuns, tais como a depressão, de modo a minimizar seus impactos sobre a qualidade de vida e sobre o trabalho dos servidores públicos federais.

Palavras-chave: Trabalhadores. Servidor público. Sintomas de depressão.

## ABSTRACT

Depression is increasingly becoming a worldwide public health problem, affecting millions of individuals, negatively affecting the lives of workers and their families, and contributing to the degradation of quality of life, lost productivity, reduced family income, and consequently to losses in the economic and social sphere in many countries. Given the importance of conducting research in this area, both for treatment and for prevention of depressive disorders associated with work-related activity, the present study aimed to assess the prevalence of symptoms of depression in the Administrative-Technical Staff in Education (TAEs) at the Federal University of Juiz de Fora (UFJF), to outline their socioeconomic profile, identify symptoms of depression, and analyze the association between the socioeconomic profile and the symptoms of depression in these public servants. To this end, an epidemiological cross-sectional study with 828 TAE workers, aged between 20 and 68 years, was conducted. The data collection instrument was a self-administered questionnaire covering the symptoms of depression using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), general health status, and socioeconomic factors (gender, age, marital status, race, education level, religion, family income, presence of children and general health status). The data were processed using the statistical program, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 2.0. The results revealed that 28.8% of the women and 16.1% of the men showed symptoms of mild depression, the age group between 20 and 50 years showing the highest prevalence. As to the general state of health, of the workers classified as very good and good, 15.5% and 25.6%, respectively, showed symptoms of mild depression. Thus, this study suggests the need to plan and execute preventive actions and programs for common mental disorders, such as depression, in order to minimize their impact on the quality of life and the work of federal public servants.

Keywords: Workers. Civil servants. Symptoms of depression.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b>	Modelo do controle e demanda do trabalho de Karasek.....	23
<b>Figura 2.</b>	Mapa da localização da cidade de Juiz de Fora-MG .....	29
<b>Figura 3.</b>	Mapa do Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora.....	30

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Delimitação da população do estudo .....	37
<b>Quadro 2.</b> Descrição das variáveis independentes.....	41

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização dos Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo sexo, idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, religião, renda familiar, presença de filhos e estado geral de saúde. Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828) ..... 43
- Tabela 2.** Caracterização dos Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora de acordo com a presença de sintomas de depressão avaliada pelo PHQ-9, Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828)..... 45
- Tabela 3.** Distribuição das características sociodemográficas dos técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo os sintomas de depressão, Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828) ..... 46
- Tabela 4.** Distribuição das características socioeconômicas e de saúde dos técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo os sintomas de depressão, Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828) ..... 48
- Tabela 5.** Análise multivariada estratificada por nível de depressão ..... 49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBS	Centro de Biologia da Reprodução
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRITT	Centro Regional de Inovação e Transferência de Tecnologia
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
REUNI	Programas de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STM	Suspeição para Transtornos Mentais
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
2.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR .....	15
<b>2.1.1</b>	<b>Saúde do trabalhador no Brasil</b> .....	17
2.2	CARGAS E RISCOS DO TRABALHO .....	20
2.3	SAÚDE MENTAL NO TRABALHO .....	22
2.4	A UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA .....	28
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	34
3.1	OBJETIVO GERAL .....	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	34
<b>4</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	35
<b>5</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b> .....	36
5.1	TIPO DE PESQUISA .....	36
5.2	SUJEITOS DO ESTUDO .....	37
5.3	ESTRATÉGIA DE COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS .....	38
<b>5.3.1</b>	<b>Instrumento</b> .....	39
5.4	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	40
5.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	41
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	43
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	43
6.2	ANÁLISE MULTIVARIADA .....	48
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	51
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	55
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
	<b>APÊNDICES</b> .....	64
	<b>ANEXOS</b> .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é parte importante da existência humana, pois o ser humano possui necessidades básicas, tais como se alimentar, vestir e possuir uma moradia. Uma forma de suprir estas necessidades é através do trabalho. Além disso, a atividade laboral, ocupando grande parte do dia dos indivíduos, acaba definindo seu status e sua identidade, pois a mesma oferece oportunidades de interação com outros indivíduos, de desenvolvimento do senso de utilidade, reconhecimento e realização pessoal (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011).

Entretanto, o trabalho também pode atuar negativamente sobre o indivíduo, expondo-o a diversos tipos de riscos de adoecimento, tanto físico quanto mental. Foi na época da Revolução Industrial que este fato começou a chamar atenção, pois ocorreram grandes transformações nos ambientes e modos de trabalho e nas formas de organização da sociedade, ampliando, ao longo das décadas, as maneiras de entender e pesquisar o processo saúde doença relacionado ao trabalho, justificando a ampliação histórica no mundo todo do campo da Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1999).

No Brasil, desde a instituição dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com o questionamento dos profissionais da área e a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, tem-se observado muitas mudanças, como a criação dos Departamentos de Saúde do Trabalhador, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador até chegarmos à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Neste sentido, uma conquista a muito sonhada pelos estudiosos da Saúde do Trabalhador foi a instituição, em 2011, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador com os objetivos de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida do trabalhador e prevenir acidentes e danos à saúde ocasionados pelo trabalho (BRASIL, 2011a).

Apesar disso, seguindo as tendências mundiais, o número de licenças médicas devidas a doenças relacionadas ao trabalho vem aumentando continuamente. Entre as causas mais frequentes de afastamentos do trabalho estão os transtornos de humor e de comportamento, destacando-se os transtornos depressivos (BARBOSA-BRANCO; BÜLTMANN; STEENSTRA, 2012).

Na literatura existem várias pesquisas que buscam a associação entre fatores socioeconômicos, trabalho e distúrbios depressivos. Muitas delas tentam explicar, através de modelos teóricos, o desenvolvimento de alterações mentais nos trabalhadores (DEJOURS,

1988; FERNANDES et al., 2006; KARASEK et al, 1981; LAURELL; NORIEGA, 1989; POSSAS, 1999). As estatísticas mundiais, no entanto, revelam a ascensão do número de trabalhadores incapacitados devido a quadros de depressão (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011).

No estudo de Rai e outros (2013) com 187.496 indivíduos de 53 países diferentes, a prevalência de distúrbios depressivos variou de 0, 4 a 15, 7%, foram considerados importantes determinantes da depressão os seguintes fatores: sexo (feminino), estado civil (separados, divorciados e viúvos), nível de escolaridade (poucos anos de estudo), acesso a bens materiais (baixo acesso) e classe ocupacional (ocupações com pouco prestígio e reconhecimento dentro da sociedade). O mesmo estudo, porém, não encontrou associação entre as condições econômicas desiguais destes países e os distúrbios depressivos.

Outros estudos focalizam o tipo de ocupação e sua associação com prevalências mais elevadas dos transtornos mentais comuns, tais como a depressão. O estudo de Ruitenburg, Frings-Dresen e Sluiter (2012), numa população constituída por 958 médicos que trabalhavam em hospitais dos Países Baixos, revelou que 42% desses profissionais relataram fadiga relacionada ao trabalho. Além disso, 29% deles apresentaram sintomas de depressão, 24% de ansiedade e 15% de estresse. O estudo de Minayo, Assis e Oliveira (2011) analisou policiais civis e militares do estado do Rio de Janeiro e, com relação à saúde mental destes profissionais, encontrou 33, 6% e 20, 3% de sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade nos policiais militares e civis, respectivamente.

Um estudo brasileiro realizado por Guimarães e outros (2006) teve como objetivo investigar a prevalência anual de Suspeição para Transtornos Mentais (STM) em trabalhadores de uma universidade estadual de São Paulo. Tal estudo, encontrou associações significativas entre STM e sexo, estado civil, religião, renda familiar e maior número de faltas ao trabalho/mês. Outro estudo, realizado em Alagoas, incluindo 1668 servidores públicos estaduais licenciados por motivo de doença, revelou que 61% destas licenças (1015 casos) foram motivadas por transtornos de humor, sendo que os episódios depressivos representavam a maioria dos casos (SILVA, E. B. F. et al., 2012).

Entretanto, a saúde e o adoecimento mental dos trabalhadores servidores públicos federais ainda não recebe atenção suficiente dos pesquisadores da área, haja vista o pequeno número de publicações e pesquisas referentes a essa população trabalhadora (CRUZ et al., 2011; NUNES; LINS, 2009).

A realização de pesquisas nesta área se faz importante não só para o tratamento dos quadros depressivos associados com a atividade laboral, como também para a prevenção

destes nos trabalhadores, evitando a degradação da qualidade de vida, a perda da produtividade, a redução da renda familiar e as conseqüentes perdas econômicas para os países.

Diante do exposto, a proposta deste estudo é realizar uma avaliação sobre a presença de sintomas de transtornos depressivos nos trabalhadores servidores públicos federais, como parte de um inquérito realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora. Este inquérito é parte da pesquisa Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da UFJF, a qual busca conhecer a realidade e contribuir para a ampliação da visão do processo saúde-doença dessa população.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para falarmos sobre prevalência de sintomas de depressão em servidores públicos federais, iniciaremos a abordagem pelos aspectos históricos da evolução da Saúde do Trabalhador no mundo e no Brasil e as cargas e riscos do trabalho. A seguir, apresentaremos um pouco da questão da saúde mental no trabalho e dos distúrbios depressivos nos trabalhadores. Terminaremos apresentando o trabalho da Universidade Federal de Juiz de Fora e, em especial, dos Técnicos Administrativos em Educação.

### 2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador evoluiu, historicamente, a partir da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

A Medicina do Trabalho surgiu na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, em consequência dos impactos sobre as condições de vida e de saúde da população trabalhadora, advindos da Revolução Industrial. A partir desta, o trabalhador fica subjugado aos ritmos das novas máquinas, às jornadas prolongadas e desumanas de trabalho, aos espaços fabris inadequados, predispondo à formação de aglomerações e à proliferação de doenças infectocontagiosas, além dos perigos de mutilações e mortes ocasionadas pelo maquinário das indústrias (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Neste novo cenário de grande exploração da força de trabalho com o objetivo de aumentar a produção, surge a preocupação de um empresário da época, proprietário de uma fábrica têxtil, em oferecer acesso mais fácil aos cuidados médicos para seus empregados, que então só contavam com as instituições filantrópicas para este fim.

Ao contratar seu próprio médico para trabalhar no interior de sua fábrica, faz surgir, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho. Na verdade, o que o empresário pretendia era que tal médico detectasse os riscos do trabalho, seus consequentes danos à saúde dos trabalhadores, buscasse a prevenção desses danos ou a recuperação da força do trabalhador, para que não houvessem interrupções dos processos de trabalho ou que, pelo menos, propiciasse a recuperação e o retorno rápido do trabalhador à linha de produção. Tratava-se, então, de um mero artifício para o controle e a manutenção da força de trabalho.

Essa lógica expandiu-se por vários outros países juntamente com o processo de industrialização (MENDES; DIAS, 1991).

Somente mais tarde, em 1919, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) como parte do tratado de Versalhes, que pôs fim à 1ª Guerra Mundial, fundamentada na necessidade da justiça social para a manutenção da paz universal (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, [c201-]). Em 1953, essa organização elabora a Recomendação 97 sobre a Proteção da Saúde dos Trabalhadores, a mesma recomendação passa para os seus Estados Membros a orientação para que fossem formados médicos do trabalho qualificados (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1959, na Conferência Internacional do Trabalho, a OIT divulga a Recomendação 112, que seria o primeiro documento normativo internacional para o estabelecimento de diplomas para estes profissionais e que fornece as recomendações para a organização dos Serviços de Medicina do Trabalho. Esses serviços deveriam estar situados nos locais de trabalho ou em suas proximidades e teriam as seguintes funções: proteger os trabalhadores dos riscos do trabalho que pudessem prejudicar a sua saúde; adequar o trabalho às aptidões dos trabalhadores e promover e manter a saúde física e mental dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Entretanto, os serviços de medicina do trabalho promoviam, na realidade e, acima de tudo, a seleção de trabalhadores saudáveis, os quais geravam o menor número possível de problemas de saúde e menores gastos financeiros para os empresários (MENDES; DIAS, 1991).

Com a IIª Guerra Mundial e no pós-guerra, as péssimas condições de trabalho e o aumento brutal das jornadas nas indústrias elevaram ainda mais o número de acidentes e de doenças no trabalho. Este fato despertou novamente a preocupação dos empregadores, pois a Medicina do Trabalho instituída não conseguia resolver ou evitar os problemas de saúde resultantes de um processo produtivo com novas tecnologias, equipamentos e produtos (CAVALCANTE et al., 2008).

Diante de um cenário em que o médico do trabalho isoladamente não conseguia reduzir os impactos do trabalho sobre a força de mão de obra trabalhadora e sobre a produção, sua atividade começou a ser direcionada também para o ambiente de trabalho. Surgia então, principalmente nas grandes indústrias, a Saúde Ocupacional de atuação multidisciplinar, que enfatizava a higiene industrial, o que acabava deixando em segundo plano o enfoque médico e epidemiológico da relação do trabalho com a saúde, ou seja, novamente a atenção ao

trabalhador e à promoção de sua saúde não é o objetivo maior a ser alcançado (CAVALCANTE et al., 2008).

Na segunda metade da década de 60, surge nos países industrializados um movimento social que começa a questionar o sentido da vida, o significado do trabalho para o indivíduo, o valor da liberdade e os valores ultrapassados, exigindo a participação dos trabalhadores nas discussões sobre sua própria saúde e segurança.

Esse movimento social acaba por culminar em mudanças na legislação trabalhista, como, por exemplo, a instituição, em 1970, da Lei 300 na Itália, a qual pregava a liberdade e dignidade do trabalho, como a liberdade sindical, assim como em outros países norte americanos, ingleses, franceses e canadenses. Começou-se a questionar as atividades profissionais dos serviços de saúde ocupacional e suas bases teórico científicas de atuação, tais como os chamados limites de tolerância aos agentes tóxicos e a organização do trabalho (MENDES; DIAS, 1991). De outro lado, a teoria da determinação social das doenças, com foco no trabalho, começa a ganhar corpo e a aumentar os questionamentos sobre a saúde ocupacional, que passa então a preocupar-se com a promoção da saúde, investindo na mudança de comportamentos e do estilo de vida dos trabalhadores através de processos educativos, originando o conceito de Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

### **2.1.1 Saúde do trabalhador no Brasil**

Entre os anos de 1500 a 1822, época do Brasil colonial, a atenção à saúde dos trabalhadores era escassa, sendo que a maioria dos serviços de saúde restringia-se ao atendimento filantrópico das Santas Casas. Isto sem citar a mão de obra escrava que contava somente com a caridade de seus senhores ou com os recursos naturais, através de plantas e ervas e com os curandeiros. Quase um século depois, em 1919, é que foi aprovada a primeira lei de acidentes do trabalho, que não contemplava as doenças geradas pelo trabalho (TIMBÓ; EUFRÁSIO, 2009).

No Brasil, o processo de implantação e desenvolvimento da medicina do trabalho e da saúde ocupacional ocorreu bem mais tarde, porém de modo semelhante ao ocorrido nos países desenvolvidos.

No início do século XX, as grandes fábricas brasileiras contavam com serviços médicos que ofereciam assistência aos seus trabalhadores, baseada em práticas curativas e custeada parcialmente pelos trabalhadores. O foco desses serviços era a manutenção e garantia da produtividade. Com a expansão da industrialização, ocorre uma mobilização dos trabalhadores, através de seus sindicatos, em prol da melhoria da assistência a sua saúde, originando a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), antecessoras dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais ofereciam assistência médica e benefícios compensatórios mínimos, ainda sem nenhum caráter preventivo. Somente em 1943 foi assinada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que tornou os serviços de Medicina e Segurança do Trabalho obrigatórios nas grandes empresas. Entretanto, isto ocorreu de forma muito lenta, precária, e voltada para as ações curativas (SANTANA; SILVA, 2012).

Em 1966 criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniformizou os benefícios e serviços prestados pelo Estado e as contribuições dos trabalhadores, através dos descontos sobre seus salários. Entretanto, os gastos crescentes da assistência médico-hospitalar oferecida pelo INPS favoreceram a criação de um complexo médico industrial com a participação dos empresários para o fornecimento de serviços médicos. Surgem, então, os convênios do INPS com as empresas, as quais passam a receber pela prestação da assistência médica aos trabalhadores, originando a chamada Medicina de Grupo (ROCHA; NUNES, 1994).

Na década de 70, com a reforma da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foram incluídas normas relativas à obrigatoriedade de serviços multidisciplinares direcionados aos trabalhadores e ao ambiente de trabalho. No entanto, também este modelo de atenção à saúde do trabalhador não se mostrou capaz de resolver o problema do adoecimento dos trabalhadores, restringindo-se a adotar medidas paliativas contra os riscos mais evidentes (DIAS, 1995).

Em 1978 foram instituídos os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), que não focalizavam o reconhecimento, a avaliação, o controle e a prevenção dos acidentes e doenças no trabalho (MENDES, 1995). Mesmo os melhores serviços de saúde ocupacional não conseguiam manter sua atuação contínua, em decorrência das pressões empresariais e do próprio Estado que não priorizava investimentos na área (LACAZ, 1997).

A Saúde do Trabalhador surge na década de 1980, no meio de uma transição democrática do país, coincidindo com as conquistas de direitos à cidadania e à livre organização dos trabalhadores. Seu momento culminante de mobilização popular dá-se na

VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no mesmo ano, ambas fundamentais para sedimentar as renovadas teorias e práticas, as quais foram estabelecidas, em 1988, na nova Constituição Federal. Esta, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) para dar materialidade à política de saúde no país, compreendendo um conjunto de ações e serviços de saúde, incluindo a execução de ações de saúde do trabalhador (MENDES, 1995).

Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) que fornece as bases legais do SUS. Tal lei define a Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destinam à promoção e à proteção da saúde e que visam a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Portanto, é a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) que garante a assistência aos trabalhadores quando os mesmos sofrem acidentes ou desenvolvem doenças profissionais e relacionadas ao trabalho através do SUS. Essa legislação expressa ampla participação do SUS na Saúde do Trabalhador, a quem compete a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos dos processos de trabalho, a normatização, a fiscalização e controle das condições de trabalho, a avaliação do impacto das tecnologias sobre a saúde, a informação aos trabalhadores, seus sindicatos e às empresas sobre os riscos e os resultados de fiscalizações realizadas, entre outras.

As ações da Saúde do Trabalhador no SUS vêm sendo desenvolvidas nos últimos 20 anos a partir de diferentes estratégias nos níveis federal, estadual e municipal. Em 2002, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi um marco importante dessas ações. Nessa rede, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passaram a atuar na execução, articulação e pactuação de ações de saúde, dando maior visibilidade à Saúde do Trabalhador com relação à gestão e ao controle social. Em 2006, com o Pacto pela Saúde, começou-se a desenvolver alternativas de organização das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, que já era uma tendência desde os anos 1990 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010).

Em 2011, foi instituída a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador com objetivos de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do trabalhador e de prevenção de acidentes e danos à saúde ocasionados, associados ou ocorridos no trabalho, através da redução ou eliminação dos riscos nos locais de trabalho (BRASIL, 2011a).

Embora a Saúde do Trabalhador tenha evoluído muito no país, ainda há um longo caminho até que consiga superar os interesses político-econômicos que insistem em suplantar

os interesses pela promoção da saúde dos trabalhadores. Logo, ainda é considerada um campo em construção.

## 2.2 CARGAS E RISCOS DO TRABALHO

A palavra trabalho pode ser definida como a aplicação das forças e faculdades dos seres humanos para atingir um determinado fim ou um esforço incomum, uma luta e, até mesmo, como algo penoso para o homem (FERREIRA, 1997).

Indubitavelmente, o trabalho é fundamental para o ser humano, ocupa grande parte do seu dia, em média oito horas diárias, e três quartos de sua vida. A atividade laboral é parte importante da existência humana, atua como fonte de renda para sua subsistência (alimentação, vestuário, moradia), define seu *status* e sua identidade, pois permite sua socialização e interação com outros indivíduos, além de oferecer oportunidade de desenvolver o senso de utilidade, de reconhecimento e de realização pessoal e profissional (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011).

Entretanto, o trabalho também pode exercer efeitos negativos sobre a saúde física e mental dos trabalhadores, desencadeando doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho, a partir do momento em que o indivíduo é exposto a diferentes riscos nos ambientes de trabalho. Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos existentes nos ambientes laborais que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar lesões ou danos à saúde dos trabalhadores, conforme consta da Norma Regulamentadora n. 9 – Programa de prevenção de riscos ambientais (BRASIL, 2008).

Os agentes físicos constituem as diferentes formas de energia a que os trabalhadores podem estar expostos, tais como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não-ionizantes (BRASIL, 2008).

Os agentes químicos são substâncias, compostos ou produtos que podem penetrar no organismo via sistema respiratório como as poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, dependendo da natureza da atividade de exposição, podem entrar em contato com o organismo via cutânea ou através da via digestiva (ingestão) (BRASIL, 2008).

Os agentes biológicos são representados por organismos vivos causadores de doenças, transmitidos por vetores biológicos ou pelo contato direto com material orgânico

infectado. Estes são representados pelas bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (BRASIL, 2008).

Os agentes ergonômicos são aqueles relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário do posto de trabalho, às posturas inadequadas e à organização do trabalho (ritmos excessivos, longas jornadas, ausência de pausas, monotonia, repetitividade, grandes exigências cognitivas e intelectuais, relacionamentos interpessoais e pressões exercidas pelas chefias para o alcance e manutenção de alta produtividade, entre outros) (VIEIRA, 1999).

Todos estes riscos presentes nos ambientes de trabalho vão dar origem à chamada Carga do Trabalho, composta de aspectos físicos, cognitivos e psíquicos, que estão interligados, podendo gerar sobrecarga. Essa Carga do Trabalho pode ser classificada como Carga Física e Carga Mental (SILVA, N. R., 2011).

A Carga Física diz respeito ao esforço físico e ao desgaste das estruturas do organismo para a execução de uma determinada tarefa. Está relacionada aos gestos, às posturas e aos deslocamentos necessários à realização de determinado trabalho (SILVA, N. R., 2011).

A Carga Mental divide-se em Cognitiva e Psíquica. A Carga Cognitiva é constituída pelas exigências intelectuais do trabalho e pode manifestar-se nas situações em ocorre grande necessidade de memorização, concentração, atenção, acuidades visual e auditiva e capacidade de tomar decisões. A Carga Psíquica pode surgir da associação das diferentes situações de trabalho coma rigidez e inflexibilidade da organização deste, confrontando os desejos dos trabalhadores com os da empresa ou local de trabalho. Segundo Delors, a Carga Psíquica não é facilmente quantificada, e ela compreende aspectos afetivos e relacionais, regulando a carga global do trabalho (SILVA, N. R., 2011).

A atual situação mundial é de um aumento dos riscos à saúde e à segurança dos trabalhadores em todas as profissões para as quais já existem dados disponíveis. Entretanto, estes dados são difíceis de serem estimados, o que pode levar a uma representação do problema em níveis inferiores aos ocorridos na realidade. Neste sentido, mesmo os países economicamente mais avançados tem elaborado relatórios fragmentados e a maioria dos países menos desenvolvidos não possui sistemas de informações fidedignos para realizar esta estimativa. Recentemente, a OIT estimou a existência de um total de 2, 7 bilhões de trabalhadores no mundo, sendo que pelo menos 2 milhões de mortes, anualmente, são ocasionadas por doenças e lesões ocupacionais (ROSENSTOCK; CULLEN; FINGERHUT, 2006).

Além disso, a morbidade e a mortalidade relacionadas ao trabalho, não apenas resultam em sofrimento, dor e privação para o trabalhador e sua família, como elevam o custo global para a sociedade devido à perda de produtividade e o aumento da utilização de serviços de saúde (LEIGH et al., 1999).

### 2.3 SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Essa definição fornece um entendimento amplo e holístico da saúde, baseando-se em três áreas interligadas: a da saúde física, mental e social; e apresenta dois pressupostos básicos: o de não existir saúde sem saúde mental e o de que a saúde não deve ser vista como a mera ausência de doença. A mesma organização, mais recentemente, sugere que a saúde seja definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realize suas habilidades, possa lidar com o estresse normal de sua vida, possa trabalhar produtivamente e seja capaz de contribuir para a comunidade na qual se insere. A OMS amplia ainda a visão de que a saúde mental e, inversamente, a doença mental devem ser entendidas como um espectro que varia do bem-estar mental até a doença e os problemas clínicos mentais (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011).

As relações e associações entre a saúde mental e o trabalho vem sendo objeto de estudos há anos, porém ainda são grandes as controvérsias e as lacunas a serem preenchidas a respeito destas questões até que consigamos alcançar um consenso. Existem vários modelos que tentam explicar essas relações, tais como as abordagens do desgaste, das condições gerais de vida e trabalho, do estresse, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.

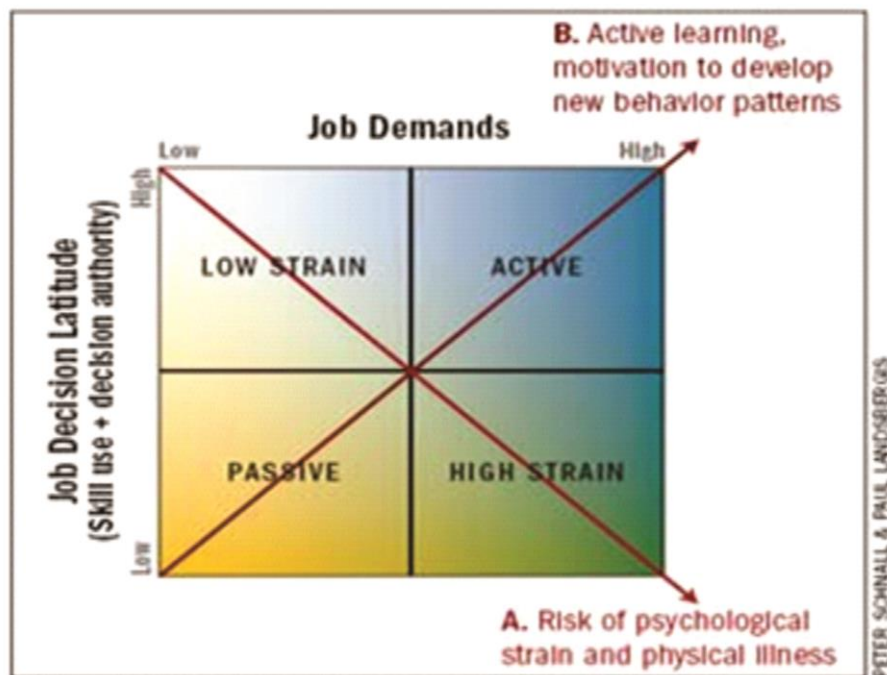
O modelo do desgaste focaliza o processo de trabalho e sua influência no processo saúde doença mental. Neste, desgaste é entendido como a perda de capacidade potencial, biológica e psíquica dos indivíduos. No entanto, o desgaste é complexo e difícil de ser demonstrado diretamente, pois é inespecífico e difícil de ser medido por sofrer influência de vários fatores ao longo da vida laboral (LAURELL; NORIEGA, 1989). Dentro desta abordagem estariam incluídos os quadros neuróticos, como a síndrome do esgotamento profissional, a síndrome da fadiga crônica e as síndromes pós-traumáticas, depressivas e paranoides (FERNANDES et al., 2006).



O modelo das condições gerais de vida e de trabalho (espaço urbano ou rural, alimentação, moradia, saneamento, condições ambientais) coloca a ocupação do trabalhador como elemento fundamental no adoecimento mental, associadamente com os aspectos do modo ou estilo de vida (padrão nutricional, atividade física, lazer, tabagismo, etilismo) do indivíduo, que podem agir no desencadeamento de doenças físicas e mentais (POSSAS, 1999).

O modelo do estresse postula que conseqüentemente a tensão psicológica e o adoecimento fisiológico resultam da união dos efeitos das exigências do trabalho (estressores) com os moderadores ambientais do estresse, especialmente o nível de liberdade para tomar decisões que o trabalhador tem diante daquelas exigências. Estes dois aspectos atuam, respectivamente, como instigadores de ação e limitadores de ações alternativas. As exigências ou demandas do trabalho, então, colocariam o indivíduo em um estado de motivação de estresse. Quando o trabalhador não pode realizar nenhuma ação, ou se outros desejos individuais têm que ser esquecidos devido ao baixo poder de decisão do trabalhador, o estresse não liberado pode ter conseqüências psicológicas e fisiológicas, que poderiam levar a distúrbios cardiovasculares, do sono e do humor, entre outros (KARASEK et al., 1981).

**Figura 1. Modelo do controle e demanda do trabalho de Karasek**



Fonte: Karasek et al. (1981, p. 7)

O modelo da ergonomia destaca os fatores psicossociais e o ambiente de trabalho na determinação das alterações mentais. Dentre estes, citam-se os fatores físicos, cognitivos, psíquicos e suas inter-relações. Nesse modelo, o processo de trabalho atuaria modificando a fisiologia do indivíduo ao demandar rapidez, concentração, poder de decisão e capacidade de se relacionar com pessoas diferentes, com diversos tipos de necessidades e solicitações, incluindo-se as chefias (FERNANDES et al., 2006).

O modelo da psicodinâmica fundamenta-se na organização do trabalho e no sofrimento mental dos trabalhadores e suas defesas, desenvolvidas para enfrentar este sofrimento no dia a dia do trabalho. A rigidez da organização do trabalho poderia comprometer o equilíbrio psicossomático, inibindo a capacidade do trabalhador de adaptar o seu modo de trabalhar às suas necessidades mentais, ocasionando uma fragilização somática e alterações da economia psíquica (DEJOURS, 1988). Esse modelo privilegia os relatos subjetivos das vivências dos trabalhadores, sua ansiedade, insatisfação e seus medos diante do trabalho.

Nenhum tipo de modelo, isoladamente, é capaz de abranger todos os aspectos relacionados à saúde mental no trabalho e suas possíveis alterações. Portanto, faz-se necessário um grande esforço, por parte dos estudiosos do tema, para a elaboração de uma abordagem contingencial para cada situação, isto é, tentar compatibilizar e integrar, de modo interdisciplinar, algumas teorias ou modelos explicativos das relações entre o trabalho e a saúde mental dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011). Com certeza, esta não é uma tarefa fácil, pois o ser humano é, essencialmente, um ser muito complexo.

Enquanto isso, o mundo do trabalho prossegue adaptando-se às mudanças da economia mundial, aumentando os riscos e cargas do trabalho e propiciando o aparecimento de riscos ainda desconhecidos, advindos das novas tecnologias, produtos e processos de trabalho.

Nos Estados Membros da União Europeia, observa-se uma tendência no aumento do absenteísmo e das aposentadorias precoces devidos a problemas mentais. Estima-se que 20% da população trabalhadora experimentará algum tipo de distúrbio mental durante a sua vida laboral, com custos estimados em 3 a 4% do Produto Interno Bruto Europeu (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011).

No Brasil, segundo dados da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) responsável pela gestão da Base de Dados Sociais Brasileira, no ano de 2009, o número de auxílios-doença concedidos devidos a transtornos mentais era muito significativo, ocupando a terceira posição com relação a todos os outros diagnósticos de

doenças e causas externas segundo a CID-10 -Classificação Internacional de Doenças (BRASIL, 2011b; JARDIM, 2011).

Dentre os transtornos mentais a depressão torna-se mundialmente um problema de saúde pública, com número de indivíduos acometidos estimado em 350 milhões (WORLDHEALTH ORGANIZATION, [2012?]). Entretanto, continua sendo subdiagnosticada e tratada de maneira parcial ou inadequada, especialmente na atenção primária, em que 30 a 60% dos casos de depressão não são diagnosticados (FLECK et al., 2009).

É uma patologia de evolução crônica e recorrente, classificada dentro dos chamados Transtornos do Humor, caracterizada por alguns sintomas fundamentais, tais como: humor depressivo ou irritável, falta de interesse e motivação, diminuição de energia e fadiga fácil, redução da capacidade hedônica, lentificação psicomotora, pensamentos e sentimentos negativos; e sintomas físicos como: insônia ou hipersônia, aumento ou redução do apetite e do peso e dores difusas pelo corpo. O grau de redução da energia física caracteriza as depressões em leves, moderadas ou graves, podendo ocasionar nos indivíduos uma incapacidade para realizar até mesmo os atos mais simples da vida, como levantar de manhã e fazer a própria higiene. Na vida de um indivíduo deprimido predominam os sentimentos de insegurança, medo, menos-valia, baixa autoestima, fracasso, ruína, inferioridade, culpa, desespero, preocupações excessivas, indecisão, pessimismo. Mesmo quando tudo vai bem, o deprimido só consegue enxergar problemas (MORENO, D. H.; DIAS; MORENO, R. A., 2010).

A combinação dos diferentes sinais e sintomas depressivos origina os subtipos de depressão. Na América do Norte, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV- DSM IV*), estabelece critérios para a classificação destes subtipos. São eles: a depressão maior, a depressão endógena ou melancólica, a depressão atípica, a depressão sazonal, a depressão psicótica, a depressão bipolar, o distúrbio depressivo menor, a depressão recorrente e a distímia (BENZAZZI, 2006). No Brasil, a classificação dos tipos de depressão adotada oficialmente é a que consta na Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados, 10ª revisão (CID 10). Nesta, os Distúrbios de Humor são classificados como Episódio Depressivo, Distímia e Distúrbio Bipolar.

No diagnóstico da depressão são considerados sintomas psíquicos e fisiológicos e evidências comportamentais. Segundo Del Porto (1999), estes sintomas e comportamentos englobam:

- Humor depressivo: sentimento de tristeza, autodesvalorização e culpa. Tudo parece inútil, vazio e sem graça para o indivíduo deprimido. O humor pode também ser irritável ou o indivíduo pode se mostrar mais apático do que triste, sem sentimentos. As ideias de suicídio são frequentes;

- Redução da capacidade de sentir prazer: desinteresse até pelas coisas que o indivíduo antes considerava agradáveis e a vida social é colocada de lado;

- Fadiga ou sensação de perda de energia: queixas de fadiga persistente, mesmo sem esforço físico e lentidão na realização de atividades;

- Diminuição da concentração e dificuldade para pensar e tomar decisões;

- Alterações do sono e do apetite e redução da libido;

- Retraimento social, comportamentos suicidas, choro fácil, retardo psicomotor e lentidão ou agitação psicomotora.

O quadro depressivo também pode ser mascarado por meio de queixas de dor crônica em um ou mais pontos do corpo, hipocondria e ansiedade (DEL PORTO, 1999).

Nos transtornos do humor existem vários fatores etiológicos que resultariam da combinação de fatores individuais relacionados à personalidade e aos relacionamentos pessoais que podem atuar sobre indivíduos biologicamente vulneráveis e desencadeá-los. No caso da depressão, especificamente, considera-se que esta seria consequência de vários processos psicológicos, genéticos, biológicos e ambientais, podendo afetar pessoas em quaisquer faixas etárias e de ambos os sexos, sendo que muitos estudos indicam uma prevalência até duas vezes maior no sexo feminino (MORENO, D. H.; DIAS; MORENO, R. A., 2010).

Segundo estudo de atualização das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão, a prevalência de depressão é duas a três vezes mais frequente nas mulheres e 80% dos indivíduos tratados terão um segundo episódio ao longo de suas vidas, sendo que cada episódio duro, em média, 4 a 5 meses (FLECK et al., 2009).

Além da maior prevalência no sexo feminino, alguns estudos (LIMA, 1999; RAI et al., 2013) encontraram associação significativa dos transtornos depressivos com o estado civil (maior prevalência entre indivíduos viúvos, separados e divorciados do que nos casados e solteiros), religião (maior prevalência entre os espíritas), renda familiar (maior prevalência em indivíduos com baixas rendas) e apoio social (afetivo, material e emocional) em fases da vida em que este é necessário (maior prevalência em indivíduos carentes deste apoio) (GUIMARÃES et al., 2006). No estudo de Lima (1999) o nível de escolaridade é referido

também como fator significativamente associado à prevalência da depressão (maior prevalência em indivíduos com baixa escolaridade).

Em resumo, a depressão é uma patologia altamente prevalente, com maior tendência a afetar adultos jovens, de curso episódico ou crônico, mais comum em mulheres, em indivíduos solitários e em pessoas com menores rendas e nível de escolaridade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mundialmente a depressão como a principal causa de absenteísmo no trabalho, estimando que a mesma desponte como a principal causa de incapacidade para o trabalho antes do ano 2020 (SILVA, G. G. J. et al., 2009). Refere ainda que o risco para a perda do número de dias trabalhados é, aproximadamente, cinco vezes mais alto nos indivíduos com depressão maior e 1,6 vezes mais alto nos indivíduos com depressão menor, comparados com os trabalhadores sem transtornos depressivos (NETTERSTROM et al., 2008).

No Brasil, segundo dados estatísticos da Previdência Social, em 2011 foram concedidos 61.916 benefícios por episódios depressivos, sendo que deste total, foram concedidos apenas 3.946 benefícios por episódios depressivos classificados como doença ocupacional (auxílio acidente/doença relacionados ao trabalho). Provavelmente, de acordo com estudos brasileiros anteriores, há pouco reconhecimento donexo causal entre estes transtornos depressivos e a atividade laboral ou ambiente de trabalho (JARDIM, 2011).

Estabelecer a relação entre a depressão e o trabalho é uma tarefa complexa, pois a associação causal entre estes, é de difícil comprovação. Entretanto, existe um consenso de que certas características do trabalho e dos locais de trabalho são prejudiciais à saúde mental e podem aumentar as chances de desenvolvimento de distúrbios depressivos, principalmente em indivíduos vulneráveis. Entre estes, o estresse se destaca como um dos principais (GILBODY; BOWER; RICK, 2012). Existem alguns instrumentos validados para detectar e mensurar distúrbios depressivos. Um deles é o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*). O PHQ-9 é resultado do estudo PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) conduzido nos Estados Unidos na década de 1990, o qual desenvolveu o instrumento PRIME-MD que avalia cinco grupos de transtornos mentais: ansiedade, humor, manifestações somatoformes, uso de álcool e tabaco. Como a aplicação deste instrumento era demorada, os pesquisadores optaram por dividi-lo em instrumentos específicos para cada tipo de transtorno, originando diferentes PHQs. Por ser inteiramente autoadministrável e ter validade diagnóstica comparável à aplicação do PRIME-MD, o PHQ-9 é a versão mais utilizada atualmente na detecção de sintomas depressivos (KROENKE; SPITZER, 2002). Especificamente, o PHQ-9 pode ser interpretado de três formas: na forma de algoritmo, identificando os indivíduos com

um episódio depressivo maior e rastreando possíveis casos de Transtornos Depressivos Maiores; como uma medida contínua, com escores de 0 a 27 pontos, avaliando os níveis de sintomas de depressão através dos pontos de corte (maior ou igual a 5, 10, 15 e 20 pontos, representando, respectivamente, depressão leve, moderada, severa e grave); e como uma medida contínua com escores de 0 a 27 pontos, classificando os indivíduos de modo dicotômico utilizando um único ponto de corte, geralmente maior que 10 (MUNHOZ, 2012).

Em nosso estudo, escolhemos o PHQ-9 na forma de medida contínua categórica para avaliar os níveis de sintomas de depressão por ser um instrumento de acesso livre, mais rápido e fácil de ser aplicado (SANTOS et al., 2013).

## 2.4 A UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Este estudo foi realizado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, especificamente na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), tendo como população de estudo os servidores públicos federais Técnicos Administrativos em Educação (TAEs).

Juiz de Fora, a Atenas mineira como era conhecida, sempre foi referência cultural e educacional, dotada de ambiente propício para receber um centro voltado para a cultura, educação e pesquisa. Em 1954, o então Governador de Minas Gerais, Juscelino Kubitschek, anunciou pela primeira vez sua intenção de criar uma instituição de ensino pública na cidade. Em 1960, já Presidente da República, Juscelino Kubitschek enviou ao Congresso Nacional o projeto de lei criando a Universidade de Juiz de Fora (UJF), reunindo cinco associações civis particulares sem fins lucrativos: as faculdades de Medicina, Direito, Farmácia e Odontologia e a Escola de Engenharia e Ciências Econômicas. A lei foi sancionada em 23 de dezembro do mesmo ano, porém, somente em 20 de agosto de 1965, através da lei n. 4.759, a UJF passou a chamar-se Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) foi criada, então, como polo acadêmico e cultural da região Sudeste do Estado de Minas Gerais. Foi construída entre os bairros de São Pedro e de São Mateus, distante do centro da cidade com o objetivo de propiciar um ambiente tranquilo e adequado ao aprendizado. Por apresentar um espaço amplo, de grande beleza natural e com excelente infraestrutura, cativou os moradores da cidade como área de lazer e para atividades físicas, além de ter contribuído muito para o desenvolvimento

socioeconômico da cidade. Ao longo dos anos, a UFJF passou por várias reformas e processos de ampliação de seu campus, seus cursos e quadro de servidores.

Atualmente, a UFJF atrai estudantes de todo o Brasil e também do exterior pela sua qualidade e boa localização, pois a cidade de Juiz de Fora está próxima dos grandes centros urbanos do país, tais como Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo (Figura 2).

**Figura 2. Mapa da localização da cidade de Juiz de Fora-MG**



Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (c2009-2014a)<sup>1</sup>

A Universidade conta com 16 unidades acadêmicas, 35 cursos de graduação, 55 cursos de especialização, MBA e residência, 23 cursos de mestrado, 9 cursos de doutorado, 10 cursos técnicos e um colégio de ensino fundamental e médio (Colégio de Aplicação João XXIII), com um número total de 18.868 alunos e de 2.132 servidores, sendo 769 professores efetivos, 200 professores substitutos, 19 professores visitantes e 1.240 técnicos administrativos em educação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2009-2014b).

Seu Campus conta com uma área total de 1.346.793, 80 m<sup>2</sup> e com diversas unidades externas distribuídas pela cidade, com uma área de 74.506, 04 m<sup>2</sup>. Algumas destas unidades externas são o Museu de Arte Murilo Mendes (MAMM), as duas unidades do Hospital Universitário – unidade Santa Catarina e unidade Dom Bosco, o Cine Theatro Central, entre outras (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2009-2014b).

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/mapas/>>.

O Campus Universitário, também conhecido como Cidade Universitária, é constituído pelas unidades acadêmicas (institutos e faculdades), além de alguns centros, tais como o Centro Regional de Inovação e Transferência de Tecnologia (CRITT), o Centro de Biologia da Reprodução (CBR) e o Centro de Ciências da Saúde (CCS), onde estão localizadas as faculdades de enfermagem e fisioterapia (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, [c2009-2014] a). A faculdade de medicina, que até há pouco tempo estava localizada no CCS, recentemente foi transferida para a unidade Dom Bosco do Hospital Universitário, onde foi construída uma nova e moderna edificação, propiciando maior contato dos seus alunos com as práticas hospitalares (Figura 3).

**Figura 3. Mapa do Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora**



Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (c2009-2014a)<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/mapas/>>.



A UFJF aderiu ao Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) em 2007, sendo, então, criadas 1.355 vagas em cursos de graduação e habilitação até 2011 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2012a).

Os investimentos também foram crescentes, sendo que em 2012 foram investidos mais de R\$ 530 milhões, os quais tornaram possíveis a execução de importantes projetos como a criação do Jardim Botânico e do Parque Científico e Tecnológico, e a expansão e melhoria da infraestrutura do Campus. Conseqüentemente, também se fez necessária a ampliação de seus recursos humanos, através da contratação de novos professores e técnicos administrativos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2012b).

O corpo técnico-administrativo da UFJF engloba profissionais que desempenham cargos e funções próprias das áreas administrativas, técnicas, de pesquisa e de serviços (BRASIL, 1998). São os Técnicos Administrativos em Educação (TAEs), servidores efetivos de nível de escolaridade variada, desde a formação básica até a formação superior, que exercem uma grande diversidade de funções, tais como os auxiliares e assistentes administrativos, técnicos de laboratório, engenheiros, pedreiros, marceneiros, vigilantes, motoristas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, técnicos em informática, entre outros. Todos foram selecionados através de concurso público e regidos pelo Regime Jurídico dos Servidores Públicos Federais (BRASIL, 1990).

Assim como outros servidores públicos, os TAEs se diferenciam dos trabalhadores dos setores privados em vários aspectos e, em consequência disso, estão submetidos a determinantes de saúde específicos relacionados a esses trabalhos específicos, que resultam em diferentes perfis de morbidade e mortalidade relacionados à atividade laboral e diferentes necessidades de acompanhamento e intervenção (PEREZ, 2011).

Os servidores públicos, como o próprio nome já informa, têm seu trabalho voltado para o atendimento à população, trabalho este de grande importância para a economia da sociedade, muito embora o Estado venha seguindo um caminho em direção à redução de seu papel, em especial através de uma política de privatização. No cenário atual, vem ocorrendo mudanças no serviço público com relação a sua própria administração, ao trabalho dos servidores e às necessidades e anseios dos cidadãos. Diante disto, a saúde do servidor público vem sendo mais estudada, discutida e buscada, ainda que de modo incipiente e lento (ASSUNÇÃO, 2012).

As diferentes relações de trabalho dos servidores públicos em relação aos trabalhadores dos setores privados são claras. O servidor público, em especial o servidor

federal, tem como empregador o Governo e, não, um padrão comum, o qual contrata o indivíduo para exercer uma função relacionada com o tipo de atividade que sua empresa exerce economicamente (fábricas têxteis, montadoras de peças e veículos, comércio, educação privada, indústrias, etc.). O setor público atua na prestação de serviços variados e, portanto, acaba empregando diferentes tipos de profissionais (administradores, advogados, professores, enfermeiros, médicos, engenheiros, odontólogos, assistentes sociais, etc.). No setor privado a organização dos trabalhadores é realizada pelos ramos de atividade, por categorias, e seu trabalho é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já os servidores públicos organizam-se por setores da administração pública e são regidos por legislações específicas. Outra diferença que influencia de modo importante as relações de trabalho dos servidores é a menor rotatividade neste serviço, o que propicia uma tendência ao aumento da idade dos servidores em atividade (PEREZ, 2011).

Entretanto, alguns estudos mais recentes indicam um aumento da proporção de servidores insatisfeitos com seu trabalho (KAUR et al., 2009; WADA et al., 2009). Entre os motivos relatados desta insatisfação estão a redução de sua autonomia profissional, o aumento das pressões exercidas tanto pelas chefias quanto pelos usuários, o tempo de trabalho despendido na resolução de questões burocráticas, a desvalorização da profissão, o pequeno reconhecimento recebido pela sua função, a precariedade das condições de trabalho e a baixa remuneração. Outro fator sugerido como agravante dessa situação é a mudança ocorrida na forma de atendimento que o servidor prestava. Antes o atendimento era fornecido atrás de guichês onde o servidor ficava menos exposto e tinha uma sensação de maior segurança, para o atual que privilegia o contato mais direto com o cidadão, seguindo uma política de acolhimento deste. Isso obriga o servidor a lidar mais de perto com a falta de compreensão, as dificuldades e as exigências do usuário (ASSUNÇÃO, 2012).

Com relação às atividades de assistência, vigilância e promoção da saúde dos servidores públicos federais, até há pouco tempo atrás, estas não eram bem estruturadas e padronizadas.

Servidores insatisfeitos e entristecidos por longos períodos, na maioria dos casos, acabam adoecendo, especialmente quando os gestores e as chefias não levam em consideração as suas reais necessidades de trabalho, criando regras que são incompatíveis com as funções daqueles e estabelecidas sem prévia avaliação e participação dos trabalhadores e até mesmo, sem comunicação em tempo suficiente para que o mesmo adapte-se às novas regras (ASSUNÇÃO, 2012). Este adoecimento pode se manifestar de modo gradativo ou não,

frequentemente através de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e transtornos mentais comuns, tais como a depressão.

Atualmente, os servidores da UFJF, contam com assistência médica através de um convênio com uma operadora de plano de saúde privada e, assim como todos os outros servidores federais, também contam com o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Este Subsistema foi criado com o objetivo de reverter a atual situação de adoecimento destes trabalhadores, por meio da implantação de uma política de saúde que apoie e proteja a saúde dos servidores públicos federais (ASSUNÇÃO, 2012).

Instituído pelo governo federal por meio do Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009 (BRASIL, 2009), o SIASS tem como objetivos coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícias oficiais (médica e odontológica), promover e acompanhar a saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, sendo que sua força de trabalho deve ser formada exclusivamente por servidores federais.

Este decreto foi seguido pela Portaria Normativa n. 3, de 7 de maio de 2010 (BRASIL, 2010) que estabeleceu orientações sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), a qual integra as ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador do Serviço Público Federal e define as diretrizes para a implantação das ações de vigilância e promoção à saúde destes servidores. Segundo a NOSS, essas ações devem ter caráter transdisciplinar, incluindo avaliações dos ambientes e processos de trabalho, acompanhamento da saúde do servidor e ações educativas em saúde, pautadas na metodologia de pesquisa-intervenção.

Através de treinamentos oferecidos pelo Governo Federal, os integrantes da Unidade SIASS da UFJF já se encontram aptos para executar essas ações de saúde. O setor de perícias tem funcionado regularmente e os exames periódicos de saúde dos servidores, executados pelos médicos e enfermeiros do trabalho, já estão sendo realizados. Consideramos a realização dos exames periódicos como uma vitória, uma conquista a muito almejada para os servidores da UFJF.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVOS GERAL**

Avaliar a prevalência de sintomas de depressão nos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)-MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Traçar o perfil socioeconômico e demográfico destes trabalhadores;
- Identificar os sintomas de depressão nos TAEs;
- Analisar a associação entre o perfil socioeconômico e demográfico e os sintomas de depressão.

#### **4 HIPÓTESES**

- Os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação apresentam elevada prevalência de sintomas depressivos em relação à população brasileira em geral.
- Os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação do sexo feminino apresentam maior prevalência de sintomas depressivos do que os do sexo masculino.
- Os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da faixa etária dos 25 aos 30 anos apresentam maior prevalência de sintomas depressivos do que os das faixas etárias dos 36 aos 50 anos e dos 50 anos ou mais.
- Os trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação solteiros, viúvos e separados apresentam maior prevalência de sintomas depressivos do que os casados ou que vivem em união estável.

## 5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A descrição dos métodos e técnicas utilizados em qualquer pesquisa é fundamental, pois permite conhecer exatamente como o estudo foi feito e, conseqüentemente, permite seu entendimento e a avaliação adequada dos resultados e conclusões da pesquisa. Além disso, fornece os dados necessários para que seja possível que outros pesquisadores sejam capazes de reproduzir todo o estudo ou parte dele (ABRAHAMSOHN, 2009).

Apresentaremos, então, neste tópico, os métodos, materiais e técnicas que foram utilizados na realização desta pesquisa.

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo – avaliação da prevalência dos sintomas de depressão nos técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF – consiste em um estudo transversal que faz parte de uma pesquisa exploratória transversal maior denominada Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida que vem sendo realizada desde 2011 na UFJF. Essa pesquisa é a base para a realização de um estudo prospectivo de coorte e, na sua primeira etapa, é feito o I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores da UFJF. O Inquérito aborda aspectos da saúde geral, saúde mental, hábitos alimentares, atividade física, tabagismo, etilismo, relações interpessoais familiares e no trabalho, condições socioeconômicas, perfil demográfico dentre outros, com o objetivo de conhecer e entender o processo saúde-doença destes trabalhadores.

Os estudos transversais têm sido utilizados na investigação de um número expressivo de problemas de saúde pública, com diversas finalidades, desde administrativas até analíticas. Eles permitem conhecer como se distribuem uma ou mais características de uma população específica em uma determinada época (KLEIN; BLOCH, 2009). Apresentam algumas desvantagens, tais como a vulnerabilidade ao viés de prevalência e seu baixo poder analítico, e algumas vantagens, tais como seu baixo custo, simplicidade analítica e alto potencial descritivo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2001).

## 5.2 SUJEITOS DO ESTUDO

O presente estudo constitui-se num censo e, portanto, seriam estudados todos os 1250 TAEs. Entretanto, nem todos os servidores entregaram o questionário e a população do estudo totalizou 823 trabalhadores (Quadro 1).

Consideramos como critério de inclusão todos os TAEs efetivos da universidade cenário da pesquisa, em exercício ativo da função. Os critérios de exclusão foram: afastamento do trabalho por licença para tratamento de saúde, licença maternidade; licença para acompanhar cônjuge e familiares; licença para mestrado e doutorado; prestação de serviços em outra instituição, cedido pela universidade; transferência para outro órgão público; aposentadoria, falecimento ou exoneração.

**Quadro 1.** Delimitação da população do estudo

<b>POPULAÇÃO FONTE</b>		<b>828</b>
<b>INELEGÍVEIS</b>	Licença relativa à saúde	40
	Aposentadoria	23
	Transferências	14
	Exoneração	11
	Licença para mestrado, doutorado e capacitação	10
	Férias	9
	Cedidos	3
	Óbitos	1
	<b>TOTAL DE INELEGÍVEIS</b>	<b>111</b>
<b>PERDAS</b>	Foram abordados, mas não devolveram o questionário	170
	Não foram encontrados em 3 tentativas	51
	<b>TOTAL DE PERDAS</b>	<b>226</b>
<b>RECUSAS</b>		<b>95</b>
<b>TOTAL DE PERDAS, RECUSAS E INELEGÍVEIS</b>		<b>427</b>

Fonte: A autora

Consideramos como critério de inclusão todos os TAEs efetivos da universidade cenário da pesquisa, em exercício ativo da função. Os critérios de exclusão foram: afastamento do trabalho por licença para tratamento de saúde, licença maternidade; licença para acompanhar cônjuge e familiares; licença para mestrado e doutorado; prestação de

serviços em outra instituição, cedido pela universidade; transferência para outro órgão público; aposentadoria, falecimento ou exoneração. Rearranjado acima. Retirar daqui.

### 5.3 ESTRATÉGIA DE COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

A coleta de dados para esta pesquisa utiliza parte do I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida dos Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Esse inquérito consiste de um questionário autopreenchível, contém perguntas objetivas e separadas em 12 blocos, de A a L. Cada um dos blocos se refere à avaliação de uma condição em especial, abordando os seguintes temas:

- Bloco A: estado geral de saúde
- Bloco B: sintomas depressivos
- Bloco C: saúde bucal
- Bloco D: hábitos alimentares
- Bloco E: atividade física
- Bloco F: uso de bebida alcoólica e tabaco
- Bloco G: aspectos de vida familiar, com amigos e em grupos, apoio recebido de outras pessoas, ocorrência de situações desagradáveis.
- Bloco H: condições de trabalho - estresse
- Bloco I: capacidade de trabalho
- Bloco J: condições de trabalho – riscos e incômodos
- Bloco K: vida familiar, moradia, renda
- Bloco L: exames realizados para prevenção de câncer

Este estudo focalizou apenas os Blocos A (primeira pergunta), B e K (Anexo A).

Além de aplicar ou entregar o questionário durante o período de dois anos (de 2011 a 2013), os pesquisadores mensuraram altura, peso, circunferência abdominal, pressão arterial (em dois momentos) e calcularam o Índice de Massa Corpórea no local de trabalho do servidor, complementando os dados coletados sobre as condições de saúde dos TAEs. Para isto, os pesquisadores foram submetidos a treinamento para a abordagem dos participantes, apresentação do projeto, entrega dos questionários e protocolos para exame físico através de simulação. Na impossibilidade do servidor responder o questionário no trabalho, o mesmo



pôde ficar com o caderno de perguntas com prazo de 10 dias para que os pesquisadores retornassem e os recolhessem.

### 5.3.1 Instrumento

Conforme apresentamos no referencial teórico a utilização do PHQ-9 se justifica por este ser um instrumento que vem sendo utilizado na atenção primária à saúde, por ser um questionário simples de autoavaliação, que permite realizar a pesquisa de sintomas de transtornos depressivos e definir a severidade de cada quadro, assim como o acompanhamento do tratamento dos transtornos depressivos, apresentando 88% de sensibilidade e 88% de especificidade (BAADER et al., 2012).

O PHQ-9 apresenta 9 itens que avaliam a presença de sintomas depressivos presentes nas 2 últimas semanas (critérios do DSM-IV). Cada item apresenta um índice de severidade, em uma escala de 0 a 3, sendo: 0 = nenhuma vez; 1 = vários dias; 2 = mais da metade dos dias; e 3 = quase todos os dias.

De acordo com a pontuação obtida, tem-se a seguinte classificação (KROENKE; SPITZER; WILLIANS, 2001): 5 ou mais pontos = depressão leve; 10 ou mais pontos = depressão moderada; 15 ou mais pontos = depressão moderadamente severa (ou severa); 20 ou mais pontos = depressão severa (ou grave).

A presença de sentimento de que *seria melhor estar morto* ou desejo de *ferir-se* conta ponto quando presente sem necessidade de levar em consideração a escala do índice de severidade/duração nas últimas duas semanas.

Alguns autores adotam esse outro tipo de classificação que utiliza o índice de severidade maior ou igual a 2 como principal parâmetro:

- *Depressão maior*: presença de 5 ou mais dos 9 sintomas depressivos com um índice de severidade maior ou igual a 2 (*mais da metade dos dias*), sendo *ânimo depressivo* ou *anedonia* um dos sintomas (KROENKE; SPITZER; WILLIANS, 2001).
- *Outros transtornos depressivos*: presença de 3 a 4 sintomas depressivos com um índice de severidade maior ou igual a 2 (*mais da metade dos dias*), sendo *ânimo depressivo* ou *anedonia* um dos sintomas (BAADER et al., 2012; KROENKE; SPITZER; WILLIANS, 2001).

- *Sintomas depressivos positivos*: presença de 1 ou 2 sintomas depressivos, sem preencher os demais critérios anteriores (BAADER et al., 2012).
- *Sintomas depressivos negativos*: ausência de índice de severidade maior ou igual a 2 (*mais da metade dos dias*) (BAADER et al., 2012).

Como medida de severidade, o PHQ-9 pode apresentar escores de 0 a 27. No final do questionário existe um item indagando quanto ao grau de dificuldade que o(s) sintoma(s) referido(s) causa ao indivíduo no trabalho, no lar ou no relacionamento interpessoal (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001).

Em nosso estudo, escolhemos o PHQ-9 na forma de medida contínua com escores de 0 a 27 pontos, avaliando os níveis de sintomas de depressão através dos pontos de corte (maior ou igual a 5, 10, 15 e 20 pontos, representando, respectivamente, depressão leve, moderada, severa e grave) por ser um instrumento de acesso livre, mais rápido e fácil de ser aplicado (MUNHOZ, 2001).

#### 5.4 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Concluída a etapa de preenchimento dos questionários descritos, estes foram recolhidos, lançados no banco de dados, processados e analisados.

A análise foi realizada através de estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis do estudo. Foram utilizados o *Teste do Qui-quadrado* e o *Teste T de Student*. A seguir, foi realizada a Análise de Regressão Multinomial, para descrever a realidade da população de estudo.

Os sintomas depressivos constituíram a variável dependente e as variáveis independentes foram utilizadas para traduzir a associação entre estes sintomas e as características sociodemográficas dos TAEs (Quadro 2).

**Quadro 2.** Descrição das variáveis independentes

VARIÁVEIS	FORMA DE COLETA	TIPO DA VARIÁVEL
<b>Demográficas</b>		
<i>Sexo</i>	Observada pelo entrevistador (masculino e feminino)	Catégorica binária
<i>Idade</i>	Referida (anos completos)	Numérica - posteriormente, categorizada
<i>Cor da pele (IBGE)</i>	Referida (Branca, Preta, Amarela, Indígena, Parda)	Catégorica nominal
<i>Estado civil</i>	Referida casado(a), união estável, separado(a) ou divorciado(a), viúvo, solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)	Catégorica nominal
<b>Socioeconômicas</b>		
<i>Escolaridade</i>	Referida (1º grau completo, 1º grau incompleto, 2º grau completo, 2º grau incompleto, universitário completo, universitário incompleto, pós-graduação)	Catégorica nominal
<i>Religião</i>	Referida	Catégorica nominal
<i>Filhos</i>	Referida (Sim/Não)	Catégorica nominal
<i>Renda familiar</i>	Referida	Numérica categorizada

Fonte: A autora.

Posteriormente, foi realizada a análise de regressão multivariada pelo SPSS, versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

## 5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas através da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), a pesquisa Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora. Por atender às exigências éticas e científicas fundamentais para a realização de pesquisas com seres humanos, a pesquisa foi aprovada com o parecer n. 224/2010 (Anexo B), obtendo renovação em agosto de 2013 (Anexo C).

Para iniciar a pesquisa e, antes de realizar o estudo-piloto, foi solicitada autorização da Pró-reitoria de Recursos Humanos da UFJF.

Ao abordar os participantes, os pesquisadores esclareceram os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário de sua participação. Foi explicado que cada um deles deveria preencher o questionário e que, a seguir, seriam aferidos seu peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial. Antes de receberem os questionários, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), no qual consta a garantia de que seus dados não seriam divulgados individualmente e nominalmente e outros esclarecimentos.

Todos os membros da equipe de coleta e os digitadores dos dados assinaram um Termo de Sigilo e Confidencialidade (Apêndice B), no qual se comprometeram a manter o mais absoluto sigilo com relação às informações a que tiveram acesso através dos questionários.

Em nenhum momento os questionários foram identificados com os nomes dos participantes, sendo os mesmos identificados por uma senha numérica. Os questionários foram devolvidos à professora/pesquisadora responsável pelo estudo assim que os dados foram lançados no banco de dados.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A análise dos dados revelou que a população deste estudo foi composta por 423 homens (51, 5%) e 399 mulheres (48, 5%), com idades entre 20 anos e 68 anos, sendo que 06 indivíduos não referiram o sexo. Com relação ao estado civil, 63, 6% dos servidores eram casados ou viviam em união estável. Quanto à cor da pele, a maioria dos servidores referiu ser da cor branca (66, 9%) e quanto ao grau de escolaridade, a maioria (54, 4%) possuía pós-graduação. Da mesma maneira, a maior parte dos servidores (57, 5%) era da religião católica e tinha uma renda familiar mensal entre 4 e 6 salários mínimos (33, 3%), sendo que 66, 6% tinham filhos. Com relação ao estado geral de saúde, 35, 6% dos servidores o classificaram como muito bom e 52, 0% como bom (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo sexo, idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, religião, renda familiar, presença de filhos e estado geral de saúde. Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828)

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Perdas
			Continua
<i>Sexo</i>			6
Masculino	423	51, 5	
Feminino	399	48, 5	
<i>Idade</i>			54
20 a 35 anos	211	27, 3	
36 a 50 anos	265	34, 2	
51 ou mais	298	38, 5	
<i>Escolaridade</i>			8
1º Grau	51	6, 2	
2º Grau	134	16, 3	
Universitário	189	23, 0	
Pós-graduação	446	54, 4	
<i>Cor da pele</i>			10
Branca	547	66, 9	
Parda	172	21, 0	
Preta	93	11, 4	
Amarela/Indígena	6	0, 7	

Conclusão...

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência Absoluta (n)</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Perdas</b>
<i>Estado Civil</i>			12
Casado(a) ou vive em união	519	63,6	
Separado(a) ou divorciado(a)	81	9,9	
Viúvo(a)	19	2,3	
Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)	197	24,1	
<i>Religião</i>			52
Católica	446	57,5	
Espírita	138	17,8	
Protestante	109	14,0	
Outra	10	1,3	
Nenhuma	73	9,4	
<i>Renda Familiar (salários mínimos/mês)</i>			27
1 a 3	152	19,0	
4 a 6	267	33,3	
7 a 9	124	15,5	
Mais de 9	258	32,2	
<i>Filhos</i>			8
Sim	497	66,6	
Não	323	39,4	
<i>Estado Geral de Saúde</i>			5
Muito Bom	277	33,6	
Bom	407	49,4	
Regular	89	10,8	
Ruim	9	1,1	
Muito ruim	1	0,1	

Fonte: A autora

O PHQ-9 revelou que a maioria dos servidores (67,3%) não apresentaram sintomas de depressão e que 22,1% deles apresentaram sintomas de depressão leve, sendo que 44 indivíduos não responderam completamente o PHQ-9 e, 20% dos que responderam, deixaram, pelo menos, uma questão sem resposta (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização dos Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora de acordo com a presença de sintomas de depressão avaliada pelo PHQ-9, Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828)

<b>Escore</b>		<b>Frequência Absoluta pontos (n)</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
0 – 4	(sem sintomas)	528	67,3
5 – 9	(sintomas de depressão leve)	173	22,1
10 – 14	(sintomas de depressão moderada)	49	6,3
15 – 20	(sintomas de depressão severa)	27	3,4
21 – 27	(sintomas de depressão grave)	7	0,9

Fonte: A autora

O PHQ-9 também revelou que a maioria dos entrevistados (56, 5%) utilizou algum tipo de medicamento nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário, sendo que 23, 9% afirmaram ter feito uso de antidepressivos, 17% de ansiolíticos e indutores do sono, 41, 7% de analgésicos, e 19, 9% de anti-inflamatórios.

Como observamos baixa prevalência de sintomas severos e graves, durante a análise bivariada foi preciso categorizar os sintomas de depressão em apenas quatro tipos: sem sintomas, sintomas de depressão leve, sintomas de depressão moderada e sintomas de depressão severa/grave com o objetivo de otimizar a análise dos dados sem, contudo, interferir nos resultados.

Após o cruzamento das informações obtidas no PHQ-9 com as variáveis sociodemográficas consideradas neste estudo, obtivemos os resultados demonstrados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Distribuição das características sociodemográficas dos técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo os sintomas de depressão, Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828)

Variáveis	Sintomas de depressão n (%)				Total	p
	Nenhum	Depressão Leve	Depressão Moderada	Depressão Severa/Grave		
<i>Sexo</i>						
Masculino	306 (75, 7)	65 (16, 1)	24 (5, 9)	9 (2, 2)	404 (100, 0)	0, 000
Feminino	218 (58, 1)	108 (28, 8)	24 (6, 4)	25 (6, 7)	375 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>524 (67, 3)</b>	<b>173 (22, 1)</b>	<b>48 (6, 2)</b>	<b>34 (4, 4)</b>	<b>779 (100, 0)</b>	
<i>Idade (anos)</i>						
20-35	116 (55, 8)	61 (29, 3)	20 (9, 6)	11 (5, 3)	208 (100, 0)	0, 000
36-50	179 (70, 2)	56 (22, 0)	10 (3, 9)	10 (4, 0)	255 (100, 0)	
51 ou mais	204 (75, 0)	43 (15, 8)	15(5, 5)	10 (3, 7)	272 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>499 (67, 9)</b>	<b>160 (21, 8)</b>	<b>46 (6, 5)</b>	<b>31 (10, 5)</b>	<b>735 (100, 0)</b>	
<i>Cor da pele</i>						
Preta	55 (65, 5)	20 (23, 8)	6 (7, 1)	3 (3, 6)	84 (100, 0)	0, 009
Parda	105 (66, 9)	34 (21, 7)	7 (4, 5)	11 (7, 0)	157 (100, 0)	
Branca	360 (68, 1)	116 (21, 9)	35 (6, 6)	18 (3, 4)	529 (100, 0)	
Amarela/Indígena	3 (50, 0)	1 (16, 7)	0 (0, 0)	2 (33, 4)	6 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>523 (67, 4)</b>	<b>171 (22, 0)</b>	<b>48 (6, 2)</b>	<b>34 (4, 4)</b>	<b>776 (100, 0)</b>	
<i>Escolaridade</i>						
1º grau	33 (76, 7)	5 (11, 6)	3 (7, 0)	2 (4, 7)	43 (100, 0)	0, 362
2º grau	89 (73, 6)	19 (15, 7)	6 (5, 0)	7 (5, 8)	121 (100, 0)	
Universitário	113 (62, 8)	46 (25, 6)	12 (6, 7)	9 (5, 0)	180 (100, 0)	
Pós-graduação	289 (66, 6)	102 (23, 5)	27 (6, 2)	16 (3, 7)	434 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>524 (67, 4)</b>	<b>172 (22, 1)</b>	<b>48 (6, 2)</b>	<b>34 (4, 4)</b>	<b>778 (100, 0)</b>	
<i>Estado civil</i>						
Casado/União	346 (69, 9)	100 (22, 2)	29 (5, 9)	20 (4, 0)	495 (100, 0)	0, 490
Separado/divorciado	46 (59, 7)	18 (23, 4)	6 (7, 8)	7 (9, 1)	77 (100, 0)	
Viúvo	12 (70, 6)	5 (29, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	17 (100, 0)	
Solteiro	118 (63, 8)	49 (26, 5)	11 (5, 9)	7 (3, 7)	185 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>522 (67, 4)</b>	<b>172 (22, 2)</b>	<b>46 (5, 9)</b>	<b>34 (4, 4)</b>	<b>774 (100, 0)</b>	
<i>Filhos</i>						
Sim	326 (70, 0)	94 (20, 6)	23 (4, 9)	23 (5, 0)	446 (100, 0)	0, 960
Não	196 (64, 0)	77 (24, 8)	24 (7, 7)	11 (3, 5)	311 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>525 (67, 6)</b>	<b>171 (22, 0)</b>	<b>47 (6, 0)</b>	<b>34 (4, 4)</b>	<b>777 (100, 0)</b>	
<i>Religião</i>						
Católica	291 (69, 3)	87 (20, 7)	27 (6, 4)	15 (3, 6)	420 (100, 0)	0, 221
Espírita	91 (67, 9)	32 (23, 9)	6 (4, 5)	5 (3, 7)	134 (100, 0)	
Protestante	67 (66, 3)	21 (20, 8)	7 (6, 9)	6 (6, 0)	101 (100, 0)	
Outra	4 (44, 4)	2 (22, 2)	1 (11, 1)	2 (22, 2)	9 (100, 0)	
Nenhuma	43 (59, 7)	21 (29, 2)	4 (5, 6)	4 (5, 6)	72 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>496 (67, 4)</b>	<b>163 (22, 1)</b>	<b>45 (6, 1)</b>	<b>32 (4, 4)</b>	<b>736 (100, 0)</b>	

Fonte: A autora



Com relação ao sexo, 28, 8% das mulheres e 16, 1% dos homens apresentavam sintomas de depressão leve. Com relação à idade, nas faixas dos 20 aos 35 anos e dos 36 aos 50 anos ocorreu maior prevalência de sintomas de depressão leve. Dentre os servidores da cor branca, os quais constituíam a maioria da população do estudo, 68, 1% não apresentavam sintomas de depressão, 21, 9% apresentavam sintomas de depressão leve, 6, 6% apresentavam sintomas de depressão moderada e 3, 4% apresentavam sintomas de depressão severa ou grave ( $p = 0, 009$ ). Quanto ao estado civil, 20, 2% dos servidores casados, 23, 4% dos separados ou divorciados, 29, 4% dos viúvos e 26, 5% dos solteiros apresentavam sintomas de depressão leve. Dentre os servidores que afirmaram ter filhos, 20, 2% apresentavam sintomas de depressão leve enquanto 24, 8% dos que afirmaram não ter filhos apresentavam sintomas de depressão leve, esta diferença não foi significativa ( $p > 0, 05$ ), observando-se a distribuição muito próxima entre os que responderam ao inquérito ( $n = 466$  e  $n = 311$ , respectivamente). Quanto à religião, contrariando alguns estudos, nossa pesquisa não encontrou diferenças significantes ( $p > 0, 05$ ). Quanto à escolaridade, nosso estudo também não encontrou diferenças significantes ( $p > 0, 05$ ), sendo que a maioria da população ( $n = 434$ ) possuía pós-graduação.

O cruzamento das informações obtidas no PHQ-9 com as variáveis socioeconômicas e de estado geral de saúde revelou que, dentre os servidores que referiram estado geral de saúde muito bom ( $n = 277$ ) e bom ( $n = 407$ ), 15, 5% e 25, 6%, respectivamente, apresentavam sintomas de depressão leve. As chances de se encontrar sintomas de depressão reduziram em percentual à medida que o estado geral de saúde referido melhorava para os indivíduos com depressão moderada e severa/grave. Com relação à renda familiar, não encontramos diferenças significantes ( $p > 0, 05$ ), observando-se que a maioria da nossa população enquadrava-se em apenas duas faixas salariais: de 4 a 6 salários mínimos ( $n = 258$ ) e mais de 9 salários mínimos ( $n = 251$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição das características socioeconômicas e de saúde dos técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo os sintomas de depressão, Juiz de Fora, MG, 2013-2014 (n = 828)

Variáveis	Sintomas de depressão n (%)				Total	p
	Nenhum	Depressão Leve	Depressão Moderada	Depressão Severa/Grave		
<i>Renda familiar (salários mínimos)</i>						0,213
1-3	88 (65, 2)	27 (20, 0)	8 (5, 9)	12 (8, 9)	135 (100, 0)	
4 - 6	170 (65, 9)	56 (21, 7)	21 (8, 1)	11 (4, 3)	258 (100, 0)	
7 - 9	80 (67, 8)	30 (25, 4)	4 (3, 4)	4 (3, 4)	118 (100, 0)	
Mais de 9	173 (68, 9)	57 (22, 7)	14 (5, 6)	7 (2, 8)	251 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>511 (67, 1)</b>	<b>170 (22, 3)</b>	<b>47 (6, 2)</b>	<b>34 (4, 4)</b>	<b>762 (100, 0)</b>	
<i>Estado de saúde</i>						0,000
Muito bom	225 (81, 2)	43 (15, 5)	8 (2, 9)	1 (0, 4)	277 (100, 0)	
Bom	265 (65, 1)	104 (25, 6)	27 (6, 6)	11 (2, 7)	407 (100, 0)	
Regular	37 (41, 6)	23 (25, 8)	12 (13, 5)	17 (19, 1)	89 (100, 0)	
Ruim	1 (11, 1)	2 (22, 2)	2 (22, 2)	4 (44, 4)	9(100, 0)	
Muito ruim	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (100, 0)	1 (100, 0)	
<b>Total</b>	<b>528 (67, 4)</b>	<b>172 (22, 2)</b>	<b>49 (6, 3)</b>	<b>34 (4, 3)</b>	<b>783 (100, 0)</b>	

Fonte: A autora

## 6.2 ANÁLISE MULTIVARIADA

Para esta análise, utilizamos apenas as variáveis sexo, idade e estado geral de saúde referido pelo fato das outras variáveis não terem alcançado significância estatística na análise preliminar. Assim, para realizar a análise de regressão logística multinomial estratificada por nível de depressão foi necessário reagrupar as variáveis, sem que isto tenha afetado os resultados preliminares. Ainda, como o desfecho para este tipo de análise precisava ser binário, utilizamos como categoria de referência a ausência de sintomas. Esta análise de regressão, descrita na tabela multivariada, em relação aos sintomas de depressão leve revelou que os servidores com idades entre 20 e 35 anos tem 157% mais chances de ter estes sintomas com relação à faixa etária de 51 anos ou mais. Estes dados apresentaram significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Os servidores que referiram ter estado geral de saúde muito bom e bom apresentaram, respectivamente, 78, 5% e 47, 8% menos chances de ter sintomas de depressão leve em relação aos que referiram estado geral de saúde regular/ruim, com significância

estatística ( $p < 0,001$  e  $p < 0,05$ ). Os homens apresentaram 57,4% menos chances de ter sintomas de depressão leve em relação às mulheres, com significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Para os sintomas de depressão moderada os servidores com idades entre 20 e 35 anos apresentaram 173% mais chances de ter estes sintomas em relação à faixa etária de 51 anos ou mais, com significância estatística ( $p = 0,007$ ). Os servidores que referiram ter estado geral de saúde muito bom e bom apresentaram, respectivamente, 92% e 74% menos chances de ter sintomas de depressão leve em relação aos que referiram estado geral de saúde regular/ruim, com significância estatística ( $p < 0,001$ ). Os homens apresentaram 44% menos chances em relação às mulheres de ter estes sintomas, porém sem significância estatística ( $p > 0,05$ ).

Para os sintomas de depressão severa ou grave os servidores que referiram ter estado geral de saúde muito bom e bom apresentaram, respectivamente, 99% e 94% menos chances de apresentar estes sintomas em relação aos que referiram estado geral de saúde regular/ruim, com significância estatística ( $p < 0,001$ ). Os homens apresentaram 81% menos chances de ter estes sintomas com relação às mulheres, com significância estatística ( $p < 0,001$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Análise multivariada estratificada por nível de depressão

Continua

PHQ-9 Sem sintomas/Variáveis	Estimativas do parâmetro			
	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Limite inferior	Limite superior
<b>Depressão leve</b>				
<i>Idade</i>				
Ordenada na origem	0,428			
20 a 35 anos	0,000	2,572	1,607	4,117
36 a 50 anos	0,160	1,394	0,877	2,215
51 ou mais anos	–	–	–	–
<i>Estado geral de saúde</i>				
Muito bom	0,000	0,215	0,111	0,417
Bom	0,035	0,522	0,286	0,955
Regular/Ruim	–	–	–	–
<i>Sexo</i>				
Masculino	0,000	0,426	0,291	0,624
Feminino	–	–	–	–
<b>Depressão moderada</b>				
<i>Idade</i>				
Ordenada na origem	0,041			
20 a 35 anos	0,007	2,733	1,310	5,701
36 a 50 anos	0,641	0,818	0,351	1,908
51 ou mais anos	–	–	–	–

## Conclusão

PHQ-9 Sem sintomas/Variáveis	Estimativas do parâmetro			
	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Limite inferior	Limite superior
Bom	0,001	0,256	0,116	0,568
Regular/Ruim	.	.	.	.
<i>Sexo</i>				
Masculino	0,081	0,566	0,298	1,073
Feminino	–	–	–	–
<b>Depressão severa ou grave</b>				
<i>Idade</i>				
Ordenada na origem	0,983			
20 a 35 anos	0,076	2,445	0,910	6,568
36 a 50 anos	0,681	1,232	0,456	3,332
51 ou mais anos	–	–	–	–
<i>Estado geral de saúde</i>				
Muito bom	0,000	0,006	0,001	0,045
Bom	0,000	0,061	0,026	0,146
Regular/Ruim	–	–	–	–
<i>Sexo</i>				
Masculino	0,000	0,192	0,080	0,460
Feminino	–	–	–	–

Fonte: A autora

Notas: a. A categoria de referência é: *Sem sintomas*.  
b. Intervalo de Confiança (IC) = 95%

## 7 DISCUSSÃO

Nosso estudo revelou que a prevalência de sintomas de depressão leve nos Técnicos Administrativos em Educação da UFJF foi de 22, 1%, enquanto a prevalência de depressão na população geral brasileira foi de aproximadamente 17% no estudo de Andrade e colaboradores (2002).

O presente estudo contou com uma população constituída por servidores públicos com distribuição semelhante em relação ao sexo, sendo 423 homens (51, 5%) e 399 mulheres (48, 5%). A prevalência de sintomas de depressão leve foi significativamente ( $p = 0, 000$ ) maior no sexo feminino ( $n = 108$ ; 28, 8%) do que no sexo masculino ( $n = 65$ ; 16, 1%). A maior prevalência de sintomas de transtornos mentais em mulheres é verificada em diversos estudos. No estudo de Guimarães e outros (2006), que avaliou a prevalência anual de sintomas de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo, houve associação significativa entre sexo e sintomas de transtornos mentais ( $p = 0, 01$ ), com maior prevalência para o sexo feminino (39%).

Estudos realizados com a população geral também demonstraram maior prevalência de sintomas de desordens mentais comuns no sexo feminino. Bautista e outros (2012) realizaram estudo relacionando fatores pessoais e sociodemográficos com sintomas depressivos na população mexicana com idades de 12 a 65 anos encontrando prevalências de 7, 5% em mulheres e de 2, 5% em homens.

Molina e outros (2012), em seu estudo conduzido para avaliar a prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontraram o dobro de prevalência de depressão nas mulheres quando comparadas ao sexo masculino. Araya e outros (2001), em seu estudo sobre a prevalência de desordens mentais comuns entre adultos de Santiago, Chile, observou igualmente maior prevalência destas desordens em mulheres (33, 6%), com diferença significativa com relação aos homens (15, 7%).

Lima (1999), após revisar pesquisas populacionais, tais como o estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA-NIMH), a Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), a Pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS) e o Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica, observou que em todas essas pesquisas a prevalência de depressão nas mulheres foi duas vezes maior do que nos homens. Porém, o mesmo autor adverte que o sexo feminino não parece ser um

fator de risco por si só, mas sim o ambiente e o suporte social da maior parte das culturas em relação às mulheres.

Piccinelli e Wilkinson (2000), em estudo sobre depressão e as diferenças com relação ao sexo, associam a maior prevalência de depressão em mulheres com os fatores de risco aos quais estão expostas, tais como abuso sexual, papel social limitado associado a baixo suporte social e efeitos dos hormônios femininos. Entretanto, reforçam que os hormônios femininos têm efeito parcial, menor do que os outros fatores sociais e ambientais.

De fato, após a grande inserção das mulheres em todas as áreas profissionais, elas passaram a assumir um maior volume de atividades e responsabilidades, com até triplas jornadas de trabalho. Atualmente, a mulher tem que administrar suas atividades profissionais, responsabilidades maternas e atividades de manutenção do lar, o que gera um aumento do estresse que pode predispor a quadros de transtornos mentais, particularmente, estados depressivos e ansiosos.

Em nossa população de estudo a prevalência de sintomas de depressão leve foi estatisticamente significativa ( $p = 0,009$ ) para a cor preta. Diferentemente do estudo de Cunha, Blank e Boing (2005) sobre a tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos que encontrou maiores taxas de afastamento para a raça branca, sendo que os principais motivos de licenças foram os transtornos mentais e comportamentais e, entre estes, os mais frequentes foram os transtornos mentais moderados e os episódios depressivos. Já no estudo de Gonçalves e outros (2014) a respeito das taxas de transtornos mentais comuns em usuários da atenção primária à saúde das cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, a variável raça não apresentou associação significativa com a prevalência de depressão.

Com relação à idade, o presente estudo encontrou associação significativa na análise multivariada entre a prevalência de sintomas de depressão e a faixa etária dos 20 aos 35 anos. Ressalta-se ainda que esta população que permanecerá por maior tempo no serviço devido à menor rotatividade decorrente do fato destes trabalhadores serem concursados e efetivos, característica dos serviços públicos. Nossos resultados estão em consonância com os estudos de Araya e outros (2001), que apresentaram maior prevalência nos indivíduos na faixa dos 25 aos 29 anos.

Nosso estudo não revelou diferença significativa entre estado civil e sintomas de depressão ( $p = 0,490$ ), contrariando a maioria dos estudos populacionais, os quais indicam maior prevalência com resultados estatisticamente significantes para os indivíduos separados (ARAYA et al., 2001), separados ou divorciados (RASUL et al., 2001) e separados e viúvos

(GUIMARÃES et al., 2006; REGIER et al., 1999). Esta discordância pode ser devida à distribuição de nossa população, pois esta foi constituída de aproximadamente 70% de indivíduos casados ou vivendo em união estável, sendo que, na população geral, cerca de 50,06% dos indivíduos são casados ou vivem em união estável segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre escolaridade e sintomas de depressão. Entretanto, a conclusão ficou prejudicada, pois a maioria da nossa população de estudo (54, 4%) possuía um nível elevado de escolaridade já que este é um dos requisitos para o ingresso no serviço público. Religião também não foi associada significativamente aos sintomas de depressão.

O estudo de Guimarães e outros (2006) apontou associação significativa entre suspeição de transtornos mentais e religião, sendo que a maior prevalência encontrada foi entre os indivíduos da religião espírita (48%,  $p = 0, 04$ ). Todavia, entre os demais estudos de investigação de prevalência de sintomas de desordens mentais comuns, tais como a depressão, referenciados nesta pesquisa, nenhum deles levou em conta a variável religião, tornando difícil tecer maiores considerações, fazer comparações e obter dados mais conclusivos.

O presente estudo não encontrou associação significativa entre os sintomas de depressão e a renda familiar, em consonância com o estudo de Andrade e outros (2002) sobre a prevalência de desordens mentais em indivíduos da cidade de São Paulo. Porém, a renda familiar de nossa população de estudo era, em sua maioria, de média a elevada (4 a 6 salários mínimos = 33, 3% e mais de 9 salários mínimos = 32, 2%), o que pode ter influenciado nossos resultados. Vale ressaltar que cerca de 20% da nossa população tinha uma renda familiar mensal entre 1 a 3 salários mínimos, considerada uma renda baixa. O fato dos TAEs apresentarem condições de trabalho diferentes da população geral, tal como a estabilidade no emprego e maior grau de escolaridade, mesmo com uma renda baixa, pode ter contribuído para uma melhor qualidade de vida e para uma menor prevalência de sintomas de depressão.

Neste sentido, vários estudos populacionais sugerem que pessoas com baixa escolaridade e renda apresentam maiores prevalências de transtornos mentais. O estudo de Regier e outros (1993) a respeito da prevalência de desordens mentais nos Estados Unidos revelou que os indivíduos de rendas mais baixas apresentaram prevalência destes transtornos duas vezes e meia maior do que os de rendas mais elevadas.

Da mesma maneira, o estudo de Ludemir e Melo Filho (2002), em Olinda, Pernambuco, indicou maior prevalência de transtornos mentais comuns em indivíduos com piores rendas familiares. No estudo de Guimarães e outros (2006), além da suspeição de

transtornos mentais apresentar associação significativa com a renda familiar, foi evidenciada uma tendência de queda do número de indivíduos com esta suspeição conforme aumentava a renda familiar.

Gonçalves e outros (2014), em um estudo multicêntrico brasileiro sobre a prevalência dos transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde, encontraram, igualmente, associação significativa entre prevalência destes transtornos e baixa renda.

O fato de ter ou não filhos não foi associado significativamente à presença de sintomas de depressão, mesmo levando-se em conta que a maioria dos servidores tenha referido possuir filhos (66, 6%).

Embora a variável estado de saúde referido, incluída neste estudo, tenha apresentado associação significativa com sintomas de depressão, não encontramos na literatura outros estudos que utilizassem tal variável para tecermos comparações. Porém, chamou atenção o fato da maioria dos participantes da pesquisa ter considerado seu estado geral de saúde como bom e muito bom, mas ao mesmo tempo apresentando sintomas de depressão leve (25, 6% e 15, 5%, respectivamente), podendo sugerir que os sintomas de depressão leve não afetem de modo significativo o sentido do estado geral de saúde.

Finalmente, o presente estudo apresentou algumas limitações. Primeiro, como todo estudo de prevalência, este estudo permite apenas descrever a ocorrência, a distribuição dos sintomas depressivos e suas características em uma determinada população e em um determinado período, sem o poder de inferir causalidade.

Outra limitação foi decorrente da utilização dos questionários autopreenchíveis como instrumento de coleta, pois vários sujeitos da pesquisa deixaram questões sem respostas ou responderam de forma incompleta. Ainda, por ter utilizado dados coletados a partir de uma população específica, a de servidores públicos federais, seus resultados não são necessariamente representativos de uma população geral.

O fato de o estudo ter utilizado como critério de exclusão os servidores licenciados por motivo de saúde é mais um fator de limitação, pois estes poderiam ter representado resultados de prevalência de sintomas de depressão acima dos obtidos.

É importante ressaltar também que foram observados poucos estudos na literatura utilizando como instrumento de rastreamento de sintomas de depressão o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Embora este seja um instrumento validado, de boa confiabilidade para este tipo de pesquisa, sua utilização limitou um pouco a comparação de nossos resultados com os de outros estudos a respeito do tema.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram que a prevalência de sintomas depressivos encontrada nos TAEs da UFJF foi equiparável à prevalência de transtornos depressivos na população geral do país. A prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino foi mais elevada do que nos homens, confirmando nossa segunda hipótese. Nosso estudo não demonstrou diferença significativa entre os sintomas de depressão e o estado civil, contrariando nossa terceira hipótese.

O volume de pesquisas em Saúde do Trabalhador envolvendo servidores públicos federais ainda é pouco significativo para entendermos a realidade da saúde e da vida dessa população. Portanto, esperamos que o presente estudo, ao focalizar estes servidores, venha a preencher algumas lacunas quanto à saúde destes trabalhadores.

Especificamente, ao avaliar a prevalência de sintomas de depressão e sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos nos TAEs da UFJF, conseguimos conhecer um pouco mais a respeito das condições de saúde mental destes servidores públicos a fim de melhor planejarmos e executarmos ações e programas preventivos em saúde do trabalhador.

A continuidade da pesquisa a respeito desta população, inclusive realizando-se estudos qualitativos, será de grande importância no sentido de obter sucesso nesta desafiadora missão de equacionar práticas de prevenção para esta população tão heterogênea.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSOHN, P. **Redação científica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Berlin, v. 37, n. 7, p. 316-325, Jul 2002.
- ARAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, London, v. 178, p. 228-233, Mar 2001.
- ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). **Promoção e vigilância em saúde**: guia para as ações no setor público federal. Belo Horizonte: [s.n.], 2012.
- BAADER, T. M. et al. Validación y utilidade de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión em pacientes usuários de atención primaria em Chile. **Revista chilena de neuro-psiquiatria**, Santiago, v. 50, n. 1, p. 10-22, Mar 2012.
- BARBOSA-BRANCO, A.; BÜLTMANN, U; STEENSTRA, I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1854-1866, out. 2012.
- BAUTISTA, C. F. et al. Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in Mexican population aged 12 to 65. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 395-404, 2012.
- BENAZZI, F. Various forms of depression. State of the art. **Dialogues in clinical neuroscience**, Neuilly-sur-Seine, v. 8, n. 2, p. 151-161, 2006.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria n. 1.105, de 28 de setembro de 1998. Aprova as alterações do Estatuto da Universidade Federal de Juiz de Fora, com sede na cidade de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 set. 1998. Seção 1, p. 4. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/files//2009/01/estatuto.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora n. 9. Programa de prevenção de riscos ambientais. In. EQUIPE ATLAS. **Segurança e medicina do trabalho: Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977**. 62. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p.95-98.

BRASIL. Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 abr. 2009. p. 4.

BRASIL. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria Normativa n. 3, de 7 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 maio 2010. Seção 1, p. 80.

BRASIL. Decreto n. 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 nov. 2011a.p. 9.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Auxílios-doença acidentários e previdenciários segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10**. 2011b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional-tabelas/>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n1/pdf/v10n1a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a23.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2013.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n.2, p. 226-236, 2009.

CRUZ, C. R. B. et al. Transtornos Mentais como causa de absenteísmo entre servidores públicos em São Paulo. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 265-266, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

DEL PORTO, J. A. Depressão: conceito e diagnóstico. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 6-11, maio 1999. Suplemento 1.

DIAS, E. C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 59-85.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. Mental health promotion in the workplace: a good practice report. In: EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **Working environment information**: working paper. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

FERNANDES, J. D. et al. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 803-811, set./out. 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Positivo, 1997.

FLECK, M. P. et al. Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 31, p. S7-S17, maio, 2009. Suplemento 1.

GILBODY, S.; BOWER, P.; RICK, J. Better care for depression in the workplace: integrating occupational and mental health services. **The British journal of psychiatry**, London, v. 200, n. 6, p. 442-443, Jun 2012.

GONÇALVES, D. A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014.

GUIMARÃES, L. A. M. et al. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 7-18, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**: nupcialidade. 2011. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010NFM.asp?o=14&i=P>>. Acesso em: 14 out. 2014.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **American journal of public health**, Washington, v. 71, n. 7, p. 694-705, Jul 1981.

KAUR, S. et al. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a tertiary hospital in Delhi. **Indian journal of medical sciences**, Mumbai, v. 63, n. 4, p. 139-144, Apr 2009.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-179.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L. The PHQ-9: a new depression and severity measure. **Psychiatric annals**, Thorofare, v. 32, n. 9, p. 1-7, 2012.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of general internal medicine**, Secaucus, v. 16, n. 9, p. 606-613, Sep 2001.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 7, p. 7-19, 1997. Suplemento 2.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEIGH, J. et al. Global burden of disease and injury due to occupational factors. **Epidemiology**, Cambridge, v. 10, n. 5, p. 626-631, Sep 1999.

LIMA, M. S. Depressão: epidemiologia e impacto social. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 1-5 maio, 1999. Suplemento 1.

LUDEMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-231, 2002.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MORENO, D. H.; DIAS, R. S.; MORENO, R. A. Transtorno do humor. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.219-234.

MUNHOZ, T. N. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos**: estudo de base populacional. 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

NETTERSTROM, B. et al. The relation between work related psychosocial factors and the development of depression. **Epidemiologic reviews**, Baltimore, v. 30, p. 118-132, 2008.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revistas psicologia: organizações e trabalho**, Brasília, v.9, n.1, p. 51-67, 2009.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **História**. [c201-]. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 13 maio 2013.

PEREZ, M. D. Entrevista à Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva. **Curso de Epidemiologia em Saúde do Servidor Público** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por<[angelica.abdalla@ufjf.edu.br](mailto:angelica.abdalla@ufjf.edu.br)> em 4 abr. 2011.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression: critical review. **The British journal of psychiatry, London**, v. 177, p.486-492, 2000.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1999.

RAI, D. et al. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. **The British journal of psychiatry**, London, v. 202, n. 3, p. 195-203, 2013.

RASUL, F. et al. sociodemographic factors, smoking and common mental disorder in the Renfrew and paisley (MIDSPAN) study. **Journal of health psychology**, London, v. 6, n. 2, p. 149-158, 2001.

REGIER, D. A. et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and socio-demographic characteristics: the epidemiological catchments area study. **Acta psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 88, n. 1, p. 35-47, Jul 1993.

ROCHA, L. E.; NUNES, E. D. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 122-137.

ROSENSTOCK, L.; CULLEN, M.; FINGERHUT, M. Occupational health. In: JAMISON, D. T. et al. (Eds.). **Disease control priorities in developing countries**. 2. ed. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2006. Chapter 60, p. 1127-1146. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11750/pdf/ch60.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013. DCP.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 149-170.

RUITENBURG, M. M.; FRINGS-DRESEN, M. H. W.; SLUITER, J. K. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. **BMC health services research**, London, v. 12, p. 292, 2012.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Epidemiologia e saúde do trabalhador no Brasil. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 568-580.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1533-1543, ago. 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, E. B. F. et al. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 505-514, jul./set. 2012.

SILVA, G. G. J. et al. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 3, n. 119, p. 79-87, 2009.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3393-3402, 2011.

TIMBÓ, M. S. M.; EUFRÁSIO, C. A. F. O meio ambiente do trabalho saudável e suas repercussões no Brasil e no mundo, a partir de sua evolução histórica. **Pensar**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 344-366, jul./dez. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Comunicação. **UFJF divulga relatório de gestão de 2011 e faz balanço do Reuni**. 3 abr. 2012a. <<http://www.ufjf.br/secom/2012/04/03/ufjf-divulga-relatorio-de-gestao-de-2011-e-faz-balanco-do-reuni/>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Comunicação. **UFJF anuncia maior pacote de investimentos da história; em 2012 foram mais de R\$ 530 milhões**. 10 dez. 2012b. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/secom/2012/12/10/ufjf-anuncia-maior-pacote-de-investimentos-da-historia/>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Institucional**: dados estatísticos. c2009-2014b. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/dados-estatisticos/>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Institucional**: mapas. c2009-2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/mapas/>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. SECOM – Secretaria de Comunicação. **Cerimonial** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <[angelica.abdalla@ufjf.edu.br](mailto:angelica.abdalla@ufjf.edu.br)> em 11 jul.2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde**: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte: UFMG, 2010. Relatório Técnico-científico. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708\\_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf)>. Acesso em: 10 jul.2013.

VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1999. v. 6, p. 428-470.

WADA, K. et al. Physician job satisfaction and working conditions in Japan. **Journal of occupational health**, Tokyo, v. 51, n. 3, p. 261-266, 2009.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression, a hidden burden**. [2012?]. Disponível em:  
<[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/flyer\\_depression\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf?ua=1)  
>. Acesso em: 28 maio 2013.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP/UFJF  
 3603690 – JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

FACULDADE DE ENFERMAGEM  
 PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. ROSANGELA MARIA GRECO  
 ENDEREÇO: FACULDADE DE ENFERMAGEM CAMPUS UNIVERSITÁRIO, S/N – BAIRRO SÃO PEDRO  
 CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG – FONE: (32) 21023821/21023824  
 E-MAIL: [rosangela.greco@uff.edu.br](mailto:rosangela.greco@uff.edu.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “*Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida*” (título provisório). Neste estudo pretendemos conhecer as condições de trabalho e vida bem como o perfil epidemiológico dos trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação (TAE) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de estarmos subsidiando ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: A aplicação de um formulário para levantamento de dados e a realização de avaliação física com verificação de sinais vitais, peso e altura, o que implicará em risco mínimo para o Sr (a), e caso venha a contrair danos em decorrência do referido estudo, podendo ser comprovado, será indenizado pelos pesquisadores responsáveis. Este formulário ficará guardado por no mínimo 5 anos com o pesquisador. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
 36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “pesquisa “Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida” (título provisório), de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura participante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura pesquisador \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura testemunha \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE: 32 3220 3788

TIRE SUAS DÚVIDAS SOBRE RISCOS, ACESSE: <http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>

## APÊNDICE B – Termo de Sigilo e Confidencialidade



**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

### TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente Termo, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (nome, nacionalidade, estado civil,  
profissão), residente na \_\_\_\_\_  
(endereço completo), CPF número \_\_\_\_\_ e RG número \_\_\_\_\_,  
pesquisador (a) da Pesquisa "Trabalhadores Técnicos Administrativos da Universidade Federal de Juiz de  
Fora: Condições de Trabalho e Vida" (título provisório), se obriga a manter o mais absoluto sigilo com  
relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso sobre a pesquisa desenvolvida no âmbito dessa  
Universidade. Para tanto, declara e se compromete:

a) a manter sigilo, tanto escrito como verbal, ou, por qualquer outra forma, de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir, mas não se limitando a: técnicas, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, plantas, programas de computador, discos, disquetes, processos, projetos, dentre outros;

b) a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros, de dados, informações científicas ou materiais obtidos com sua participação, sem a prévia análise da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a possibilidade de proteção, nos órgãos especializados, dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;

c) a não tomar, sem autorização da Universidade, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações sigilosas a que tenham acesso.

d) que todos os documentos, inclusive o caderno de protocolo, contendo dados e informações relativas a qualquer pesquisa são de propriedade do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;

e) que todos os materiais, sejam genéticos, modelos, protótipos e/ou outros de qualquer natureza pertencem ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;

O presente Termo tem natureza irrevogável e irretroatável, e o seu não cumprimento acarretará todos os efeitos de ordem penal, civil e administrativa contra seus transgressores.

Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo, fica eleito o foro da Comarca de Juiz de Fora, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

**ANEXOS**

**ANEXO A – Blocos A, B e K do Inquérito sobre Condições de Trabalho e de vida dos  
Trabalhadores da UFJF**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de  
Vida dos Trabalhadores da UFJF**

2011

## INSTRUÇÕES

- Antes de responder, leia toda a pergunta e todas as opções de resposta.
- Tenha calma, e preste atenção ao que está sendo perguntado.
- Não deixe perguntas ou itens em branco a não ser que o próprio questionário o (a) instrua a fazer isto.
- Se você não se lembrar com exatidão o que está sendo perguntado, tente responder da forma mais aproximada possível.
- Para todas as perguntas, há sempre uma resposta que se aplica melhor ao seu caso.
- Qualquer dúvida pode perguntar para quem está aplicando o questionário.

Muito Obrigado!  
Sua participação é muito importante.



## BLOCO A

Vamos começar, com perguntas sobre o seu estado de saúde.

A1. De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1  Muito bom  
 2  Bom  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim

A2. De modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?

- 1  Muito bom  
 2  Bom  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim

A3. Alguma vez um MÉDICO ou outro PROFISSIONAL DE SAÚDE lhe informou que você tinha ou tem pressão alta?

- 1  Sim , apenas uma vez  
 2  Sim, mais de uma vez  
 3  Não → Se Não, passe para a pergunta A5

A4. Com que idade você foi informado (a) pela primeira vez que tinha pressão alta?

Com \_\_\_\_ anos de idade

As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o (a) impediram de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas), nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

A5. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas atividades habituais por algum problema de saúde que você teve ou tem? Considere QUALQUER problema de saúde, por exemplo – dores (dente, cabeça, etc), infecções, qualquer tipo de acidente, estados de depressão ou ansiedade, outros.

- 1  Sim  
 2  Não → Se Não, passe para a pergunta B1

## BLOCO B

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

B1. Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?

1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

2. Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva.

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia.

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

5. Falta de apetite ou comendo demais.

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

6. Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a).

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.

0 Nenhuma vez     1 Vários dias     2 Mais da metade dos dias     3 Quase todos os dias

8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado (a) ou inquieto (a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.

0  Nenhuma vez    1  Vários dias    2  Mais da metade dos dias    3  Quase todos os dias

9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto (a).

0  Nenhuma vez    1  Vários dias    2  Mais da metade dos dias    3  Quase todos os dias

B2. Se você assinalou QUALQUER um dos problemas citados acima (questão B1), indique o grau de DIFICULDADE que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

0  Nenhuma dificuldade    1  Alguma dificuldade    2  Muita dificuldade    3  Extrema dificuldade

B3. Nas ÚLTIMAS SEMANAS, você usou algum medicamento?

- 1  Sim  
2  Não

→ Se SIM, que medicamento(s) você usou nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?

\_\_\_\_\_

## BLOCO K

**As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos.**

K1. Em que dia/mês/ano você nasceu? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

K2. Em que município, estado e País você nasceu?

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

K3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1  Preta  
 2  Parda  
 3  Branca  
 4  Amarela  
 5  Indígena

K4. Atualmente, você é...

- 1  Casado(a) ou vive em união  
 2  Separado(a), ou divorciado(a)  
 3  Viúvo(a)  
 4  Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

K5. Qual o seu sexo?

- 1  Masculino  
 2  Feminino

K6. O seu trabalho, na UFJF, exige que tipo de qualificação?

- 1  1º grau incompleto  
 2  1º grau completo  
 3  2º grau incompleto  
 4  2º grau completo  
 5  Universitário Incompleto  
 6  Universitário Completo  
 7  Pós -graduação

K7. Qual a sua formação profissional?

\_\_\_\_\_

K8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

---

K9. Você tem filhos?

- 1  Sim Quantos? \_\_\_\_\_  
 2  Não

K10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

- 1  Menos de um ano  
 2  De 1 a 3 anos  
 3  De 4 a 6 anos  
 4  De 7 a 9 anos  
 5  10 ou mais anos

K11. A residência onde você mora é?

- 1  Própria já pago  
 2  Própria ainda pagando  
 3  Alugada  
 4  Cedida  
 5  Outra condição Qual? \_\_\_\_\_

K12. Quantos banheiros existem em sua casa? \_\_\_\_\_

K13. Quantas pessoas moram com você ? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

- 1  Mora sozinho (a)  
 2  De 1 a 3 pessoas  
 3  De 4 a 6 pessoas  
 4  De 7 a 9 pessoas  
 5  10 ou mais pessoas

K14. Por favor informe o o parentesco das pessoas que moram com você, a idade e o sexo.			
Nº	Parentesco/relação com você	Idade	Sexo

K15. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?	
1	<input type="checkbox"/> Eu mesmo (a)
2	<input type="checkbox"/> Meu cônjuge ou companheiro(a)
3	<input type="checkbox"/> Eu e meu cônjuge, igualmente
4	<input type="checkbox"/> Meu pai ou minha mãe
5	<input type="checkbox"/> Meu filho ou minha filha
6	<input type="checkbox"/> Não tem chefe
7	<input type="checkbox"/> Outra pessoa Quem _____

K16. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?	
1	<input type="checkbox"/> Não frequentou escola
2	<input type="checkbox"/> 1º grau incompleto
3	<input type="checkbox"/> 1º grau completo
4	<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto
5	<input type="checkbox"/> 2º grau completo
6	<input type="checkbox"/> Universitário incompleto
7	<input type="checkbox"/> Universitário Completo
8	<input type="checkbox"/> Pós-graduação

K17. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?	
1	<input type="checkbox"/> Sim, uma
2	<input type="checkbox"/> Sim, mais de uma
3	<input type="checkbox"/> Não

K18. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:	
Televisão em cores	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Videocassete ou DVD	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Geladeira duplex ou freezer	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Aspirador de pó	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

K19. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?	
1	<input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo
2	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 salários mínimos
3	<input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 salários mínimos
4	<input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 salários mínimos
5	<input type="checkbox"/> Entre 4 e 5 salários mínimos
6	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 salários mínimos
7	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 7 salários mínimos
8	<input type="checkbox"/> Entre 7 e 8 salários mínimos
9	<input type="checkbox"/> Entre 8 e 9 salários mínimos
10	<input type="checkbox"/> Entre 9 e 10 salários mínimos
11	<input type="checkbox"/> Mais de 10 salários mínimos

K20. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas
---

**ESTA PARTE É PARA SER PREENCHIDA APENAS PELO PESQUISADOR**

Nº DO FORMULÁRIO \_\_\_\_\_ DATA DA COLETA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORÁRIO DE INICIO \_\_\_\_\_ HORÁRIO DE TÉRMINO \_\_\_\_\_

1ª AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PULSO

2ª AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PULSO

PESO

ALTURA

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

OUTRAS OBSERVAÇÕES



## ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 224/2010

**Protocolo CEP-UFJF:** 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

**Projeto de Pesquisa:** Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador Responsável:** Rosângela Maria Greco

**Pesquisador Participante:** Maria Teresa Bustamante Teixeira

**Instituição:** Universidade Federal de Juiz de Fora

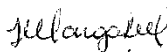
**Sumário/comentários:**

O CEP analisou o Protocolo 2141.201.2010 e considerou que:

- O estudo apresenta embasamento teórico que sustenta os objetivos propostos, a saber. Conhecer a realidade das condições de vida e saúde dos TAE/UFJF; Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde dos TAE; Desenvolver pesquisas sobre aspectos socioculturais, biológicos e da organização do trabalho relacionados ao processo saúde doença; Contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde; Estruturar um programa permanente de pesquisa que tenha como público alvo os trabalhadores da UFJF;
- Trata-se de um estudo exploratório transversal cujos resultados serão a base para o desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte. O instrumento para coleta dos dados será um formulário auto-preenchível com questões estruturadas sobre: dados pessoais, hábitos de vida, história mórbida pregressa e atual, familiar, ocupacional, acidentes e condições de trabalho, será realizada também uma avaliação física dos TAE que constará de aferição de sinais vitais (pulso, temperatura, respiração e pressão arterial), bem como peso, altura e verificação do índice de massa corporal. A coleta de dados será feita em 3 fases: survey em 2011, e monitoramento prospectivo (coorte) em 2016 e em 2021. A aplicação do formulário e as avaliações físicas serão realizadas nas 52 unidades que compõe a UFJF.
- Foi apresentado documento de concordância e autorização do dirigente da Instituição.
- Há descrição do orçamento financeiro e a indicação de que as despesas do projeto serão custeadas pelo próprio pesquisador.
- O cronograma foi apresentado com indicativo de que a pesquisa começa em agosto de 2010, tendo seu término previsto para julho de 2011.
- O orçamento da pesquisa foi apresentado, os pesquisadores informam que os recursos para o custeio da pesquisa serão buscados junto a fontes de financiamento, caso não seja possível os próprios cobrirão as despesas.
- O TCLE apresenta-se numa linguagem clara e compreensível para o sujeito e informa o contato do pesquisador.
- A qualificação dos pesquisadores é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Os currículos de ambos os pesquisadores foram devidamente apresentado utilizando-se o modelo Lattes/CNPq.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 19 de agosto de 2010.

  
Profa. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias  
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2010
ASS: _____

## ANEXO C– Renovação da Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
3663696- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Emenda ao Parecer nº 224/2010

**Protocolo CEP-UFJF:** 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

**Projeto de Pesquisa:** Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador Responsável:** Rosângela Maria Greco

**Pesquisador Participante:** Maria Teresa Bustamante Teixeira

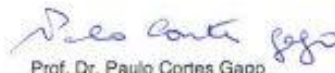
**Data prevista para término da primeira etapa da pesquisa:** Julho de 2014.

**Instituição:** Universidade Federal de Juiz de Fora

### Comentário:

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO a solicitação de prorrogação no cronograma ao estudo supracitado considerando a justificativa apresentada. Informa que o documento da referida solicitação será anexado ao projeto e arquivado no CEP. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Situação:** Emenda ao projeto Aprovada.  
Juiz de Fora, 14 de agosto de 2013.

  
Prof. Dr. Paulo Cortes Gago  
Coordenador do CEP/UFJF

<b>RECEBI</b>
DATA: ___/___/2013.
ASS: _____