



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE  
UMA UNIVERSIDADE FEDERAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

JEANE DA COSTA DUTRA



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE  
UMA UNIVERSIDADE FEDERAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**JEANE DA COSTA DUTRA**  
Mestrando

**MARIANA LIMA CORRÊA**  
Coorientadora

**LUCAS NEIVA SILVA**  
Orientador

**RIO GRANDE, RS, JUNHO DE 2021**

### Ficha Catalográfica

D978p Dutra, Jeane da Costa.  
Prevalência de depressão em Técnicos Administrativos em  
Educação de uma Universidade Federal no Extremo Sul do Brasil /  
Jeane da Costa Dutra. – 2021.  
107 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –  
FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio  
Grande/RS, 2021.  
Orientador: Dr. Lucas Neiva Silva.  
Coorientadora: Dra. Mariana Lima Corrêa.

1. Depressão 2. Trabalhadores 3. Setor Público 4. Saúde Mental  
5. Estudo Transversal I. Silva, Lucas Neiva II. Corrêa, Mariana Lima  
III. Título.

CDU 613.86

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

**JEANE DA COSTA DUTRA**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE  
UMA UNIVERSIDADE FEDERAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito  
Parcial para obtenção do título de mestre junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Neiva Silva

RIO GRANDE, RS, JUNHO DE 2021

**JEANE DA COSTA DUTRA**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE  
UMA UNIVERSIDADE FEDERAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Lucas Neiva Silva  
Orientador

Prof. Dr. Augusto Duarte Faria  
Examinador externo

Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo  
Examinadora interna

Prof. Dr. Alan Goularte Knuth  
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, JUNHO DE 2021

## LISTA DE SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional das Doenças (10ª edição)
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição)
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição)
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
QAN-R	Questionário de Atos Negativos Revisado, versão reduzida
RS	Rio Grande do Sul
TAEs	Técnicos Administrativos em Educação

# Prevalência de depressão em técnicos administrativos em educação de uma universidade federal no extremo sul do Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a prevalência de depressão e seus fatores associados em Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brasil.

**População alvo:** Técnicos-Administrativos em Educação da Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brasil.

**Delineamento:** Estudo transversal de base populacional.

**Desfecho:** Depressão (sintomas de episódio depressivo maior), rastreado através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9).

**Processo amostral:** A amostragem foi feita de forma estratificada por unidades acadêmicas e administrativas da universidade. O cálculo de tamanho de amostra estimou um N de 307 participantes.

**Análise:** A análise dos dados foi realizada no software *Stata*<sup>®</sup> 14.0. Foi adotado o nível de significância de 5%. Um modelo hierárquico de análise foi utilizado para o controle de fatores de confusão. Após análise descritiva, foi realizada análise multivariada com regressão de Poisson, considerando um  $p < 0,20$  para as variáveis permanecerem no modelo, através do método *backward*.

**Resultados:** O estudo contou com 340 participantes. A prevalência de depressão foi 37,1%. O risco de apresentar sintomas depressivos foi maior em pessoas do sexo feminino (RP = 1,52; IC95% 1,11 - 2,08), fumantes (RP = 1,62; IC95% 1,11 - 2,35) e com estresse alto no trabalho (RP = 1,50; IC95% 1,04 - 2,17). Maior categoria de idade (RP = 0,37; IC95% 0,20 - 0,67) e ter uma crença religiosa (RP = 0,71; IC95% 0,54 - 0,92) foram considerados fatores de proteção.

**Conclusão:** Estes achados corroboram com a tendência mundial do impacto progressivo da depressão na vida das pessoas, incluindo os prejuízos no trabalho, como baixo rendimento

e afastamento. É importante a continuidade de estudos nessa população, pois esse tipo de estudo é escasso no país.

**Descritores:** depressão; trabalhadores; setor públicos; saúde mental; estudo transversal



## Prevalence of depression in administrative technicians in education at a federal university in the extreme south of Brazil

### ABSTRACT

**Aim:** To describe the prevalence of depression and its associated factors in Administrative Technicians in Education (TAEs) at the Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brazil.

**Target population:** Administrative Technicians in Education (TAEs) at the Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brazil.

**Design:** Cross-sectional population-based study.

**Outcome:** Depression (major depressive episode), screening using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

**Sampling:** Sampling was stratified by academic and administrative units of the university. The sample size calculation estimated an N of 307 participants.

**Analysis:** Data analysis was performed using Stata® 14.0 software. A significance level of 5% was adopted. A hierarchical analysis model was used to control for confounding factors. After descriptive analysis, multivariate analysis with Poisson regression was performed, considering a  $p < 0.20$  for variables to remain in the model, using the backward method.

**Results:** The study had 340 participants. The prevalence of depression was 37.1%. The risk of presenting depressive symptoms was higher in females (PR = 1.52; 95%CI 1.11 - 2.08), smokers (PR = 1.62; 95%CI 1.11 - 2.35) and with higher stress at work (PR = 1.50; 95%CI 1.04 – 2.17). Higher age categories (PR = 0.37; 95%CI 0.20 – 0.67) and having a religious belief (PR = 0.71; 95%CI 0.54 – 0.92) were considered protective factors.

**Conclusion:** These findings corroborate with the worldwide trend of the progressive impact of depression on people's lives, including work impairments, such as low performance and sick leave. It is important to continue studies in this population, due to the scarcity of studies carried out in the country.

**Key words:** depression; workers; mental health; public sector; cross-sectional study

## CONTEÚDO DO VOLUME

1. Projeto .....	12
2. Relatório de campo .....	41
3. Normas da Revista a qual o artigo .....	47
4. Artigo .....	64
5. Nota à imprensa .....	88
6. Anexos.....	91
7. Apêndices .....	93

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
1.1. Conceituação e classificação dos transtornos depressivos .....	14
1.2. Trabalho e saúde mental .....	15
1.3. Processo de busca de referências .....	16
1.4. Prevalência de depressão.....	23
1.5. Fatores associados à depressão .....	23
1.5.1. Fatores demográficos.....	24
1.5.2. Fatores sociais .....	24
1.5.3. Fatores comportamentais.....	25
1.5.4. Fatores laborais.....	26
2. JUSTIFICATIVA.....	27
3. OBJETIVOS.....	28
3.1. Objetivo geral.....	28
3.2. Objetivos específicos .....	28
4. HIPÓTESES.....	28
5. MÉTODO .....	28
5.1. Delineamento .....	29
5.2. Local do estudo.....	29
5.3. População alvo.....	29
5.4. Critérios de inclusão e de exclusão.....	30
5.5. Riscos e benefícios .....	30
5.6. Amostragem.....	30
5.7. Variáveis .....	30
5.7.1. Variável dependente.....	30
5.7.2. Variáveis independentes .....	31
5.8. Instrumentos .....	31
5.8.1. Dados gerais .....	31
5.8.2. Instrumento de rastreio de sintomas depressivos .....	31
5.8.3. Avaliação do uso de álcool e tabaco .....	32
5.8.4. Instrumento de avaliação do estresse no trabalho .....	32
5.8.5. Instrumento de avaliação do assédio moral .....	33

5.9. Treinamento da equipe .....	33
5.10. Logística .....	34
5.11. Análise estatística.....	34
5.12. Asp�ctos �ticos .....	35
6. DIVULGA�O DOS RESULTADOS.....	36
7. FINANCIAMENTO .....	36
8. CRONOGRAMA.....	36
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
10. RELATÓRIO DE CAMPO .....	42
10.1. Pesquisa Saúde e Bem-Estar do Servidor da FURG (SABES).....	43
11. NORMAS DA REVISTA .....	48
12. ARTIGO .....	65
Introdu�o.....	68
Metodos.....	70
Resultados.....	75
Discussão .....	78
Considera�es finais .....	83
Referências .....	83
13. NOTA � IMPRENSA .....	90
14. ANEXOS .....	92
14.1. ANEXO 1 – Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	93
15. APÊNDICES .....	94
15.1. APÊNDICE 1 – Questionário completo da pesquisa .....	95
15.2. APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107

## **Projeto**

# 1. INTRODUÇÃO

Estimativas da Organização Mundial de Saúde de 2015 mostram que cerca de 322 milhões de pessoas de todas as idades (4,4% da população) sofrem de depressão em todo o mundo. Nas Américas, cerca de 50 milhões de pessoas vivem com depressão (5,0% da população) (*World Health Organization, 2017*). No Brasil, mais de 11,5 milhões de pessoas apresentam transtornos depressivos (5,8% da população) (*World Health Organization, 2017*). O Brasil lidera os índices de depressão na América Latina, sendo o segundo das Américas e o quinto a nível mundial (*World Health Organization, 2017*). Dados de 2013 mostraram uma prevalência de 7,6% no Brasil de autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão em adultos recebido em algum momento da vida (Stopa *et al*, 2013). A região Sul foi a mais prevalente, sendo o Rio Grande do Sul o estado com maior prevalência (13,2% do total) (Stopa *et al*, 2013). Entre 2005 e 2015 houve um aumento de mais de 18% em casos de depressão no mundo. (*World Health Organization, 2017*).

## 1.1. CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Atualmente, o termo depressão tem sido usado popularmente para se referir à tristeza, um sintoma, uma síndrome ou uma ou várias doenças. Nas classificações mundialmente utilizadas, depressão refere-se aos Transtornos Depressivos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-V) (*American Psychiatric Association, 2014*) e aos Transtornos de Humor na 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 1997).

Depressão resulta de uma complexa interação entre fatores sociais, psicológicos e biológicos. Dependendo do número e da severidade dos sintomas, um episódio depressivo pode variar entre leve, moderado e grave (*American Psychiatric Association, 2014; World Health Organization, 2016*). A depressão pode aparecer nos mais variados quadros clínicos na forma de sintoma, como: “transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a

situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas” (Del Porto, 1999). Como síndrome, depressão pode incluir alterações do humor como tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia, assim como outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas como sono e apetite (Del Porto, 1999).

No presente estudo, o termo depressão didaticamente será utilizado para referir-se ao rastreamento de sintomas do Episódio Depressivo Maior descrito no DSM-V. O transtorno depressivo maior caracteriza-se por episódios depressivos distintos de no mínimo duas semanas de duração que envolvem alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões inter-episódicas (*American Psychiatric Association, 2014*).

## **1.2. TRABALHO E SAÚDE MENTAL**

O termo trabalho tem origem na palavra *tripalium*, do Latim, que se refere a uma espécie de tortura. Com as grandes transformações impostas pela Revolução Industrial, a Saúde do Trabalhador passou a ser um fator de preocupação, pois trabalhadores saudáveis seriam maiores fontes de produção (Oliveira, 2003). Então, começa uma outra revolução, a da classe dos trabalhadores por melhores condições de trabalho (Oliveira, 2003). Os direitos da classe dos trabalhadores só foram conquistados no século XX (Oliveira, 2003). Apesar do trabalho ter uma importância para o bem-estar psíquico, desde sua concepção o trabalho teve uma relação direta com o sofrimento (Oliveira, 2003). Hoje, esse sofrimento pode se exteriorizar pela insatisfação em relação ao conteúdo e exigências da tarefa, a desvalorização por parte dos colegas e supervisores, etc. (Oliveira, 2003).

Os transtornos de humor e comportamento, incluindo depressão, estão entre as causas mais frequentes de afastamento do trabalho (Barbosa-Branco; Bültmnn; Steenstra, 2012). O aumento dos índices de afastamento do trabalho por estes transtornos é uma tendência mundial (Barbosa-Branco; Bültmnn; Steenstra, 2012). Um estudo com 8.185 servidores do judiciário no extremo sul do Brasil investigou a prevalência de afastamento do trabalho por transtornos mentais e do comportamento, 16,5% dos servidores haviam sido afastados do trabalho por licença saúde. Destes, 219 indivíduos foram afastados por transtornos mentais

e do comportamento. Dos 219, 58,4% foram afastados por transtornos de humor (Fonseca e Carlotto, 2011).

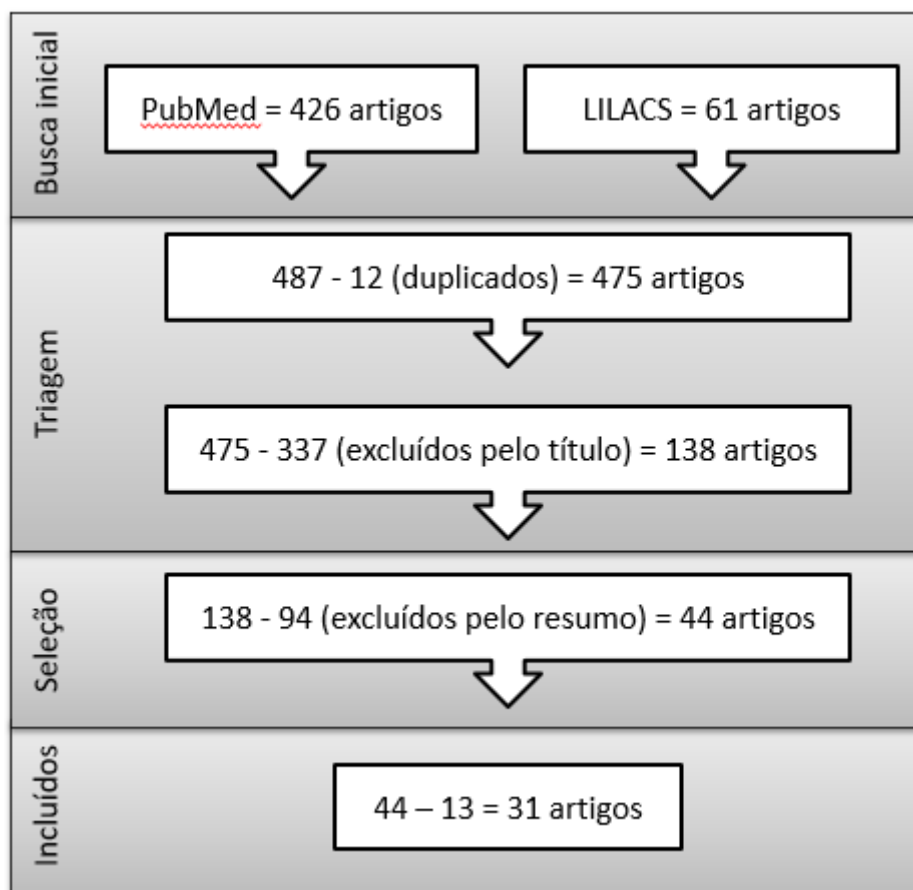
A depressão contribui de forma importante para a carga global de doenças e, segundo projeções, até 2020 será a doença mais incapacitante ao redor do mundo (*World Health Organization*, 2017). Uma pesquisa realizada nos registros de licenças médicas de uma instituição federal de ensino superior do Brasil constatou que houve um aumento de 35% nos registros de licenças médicas por professores diagnosticados com transtornos mentais e do comportamento entre 2000 e 2012, sendo a depressão a mais prevalente (Silva, 2015). Outro estudo no Brasil com 60.000 pessoas identificou que indivíduos com depressão apresentam 148% mais chance de apresentar Distúrbio Osteomuscular relacionado ao trabalho quando comparadas com indivíduos sem depressão (Assunção e Abreu, 2017).

### **1.3. PROCESSO DE BUSCA DE REFERÊNCIAS**

A revisão sistemática sobre a prevalência de depressão e seus fatores associados em Técnicos-Administrativos em Educação da Universidade Federal do Rio Grande foi realizada nas bases de dados *PubMed* e *LILACS*. Na *PubMed*, foram utilizados os seguintes descritores: *Prevalence AND Depression AND Workers*. Os critérios de inclusão na *PubMed* foram: os termos constarem nos títulos ou nos resumos e estudos publicados nos últimos 10 anos. Foram encontrados 426 artigos relacionados ao tema. Na *LILACS*, foram utilizados os mesmos descritores, com os critérios de busca padrões e estudos publicados nos últimos 10 anos. 61 artigos foram encontrados, sendo excluídos 11 artigos duplicados em relação à pesquisa anterior.

As buscas totalizaram 476 artigos. 338 artigos foram excluídos pelo título por não corresponderem ao tema em estudo ou não ter população de trabalhadores. Dos 138 artigos restantes, 94 foram excluídos pelo resumo devido à: duplicações, desfecho diferente do desfecho de interesse, população-alvo não consistia em trabalhadores ou por terem metodologias diferentes (estudos qualitativos, experimentais ou revisões). Dos 44 restantes, 31 artigos foram selecionados para compor esta revisão.





**Figura 1** - Fluxograma de seleção dos artigos

**Quadro 1** - Síntese dos principais resultados da busca

Autor, ano e país	Delineamento	Amostra	Instrumentos	Prevalência	Fatores associados
Al-Maskari <i>et al</i> , 2011, Emirados Árabes	Transversal	239 trabalhadores migrantes	DASS-42	25,1	Doença física (97/301), (AOR = 2,9; IC 95% 2,26-5,18), trabalho na indústria de construção (124/304), (AOR = 2,2; IC 95% 1,56-3,83), ganhando menos de 1.000 Dirham dos Emirados Árabes Unidos por mês (prevalência 203/314), (AOR = 1,8; IC 95% 1,33-3,16), e trabalhando mais de 8 h por dia (prevalência 213/315), (AOR = 2,7; IC 95% 1,19-6,27).
Alterman <i>et al</i> , 2018, EUA	Transversal	3.691 trabalhadores agrícolas	CES-D	8,3 h e 17,1 m	Para os homens, anos de escolaridade, composição familiar, grande dificuldade em se separar da família, saúde geral regular ou ruim,

					capacidade de ler inglês, medo de ser despedido do emprego atual na fazenda e método de pagamento. Para mulheres medo de ser demitida, saúde geral regular ou ruim, ter filhos ≤15 anos de idade, estar desacompanhada de sua família nuclear, expectativa de tempo continuando a fazer trabalhos agrícolas nos Estados Unidos e status de autorização.
Ansoleaga <i>et al</i> , 2014, Chile	Transversal	3.010 trabalhadores	DSM-IV	5 h e 15 m	Maiores nas mulheres do que nos homens (15% vs. 5%). Trabalhadoras expostas a Isostrain (OR = 2,34; IC 95%: 1,42-3,85), recompensas baixas (OR = 2,13; IC 95%: 1,41-3,21) e trabalhadores masculinos expostos a demandas psicológicas (OR = 3,04; IC95%: 1,94-4,76) e desequilíbrio esforço-recompensa (OR = 2,19; IC95%: 1,39-3,46)
Ardito <i>et al</i> , 2014, Europa	NA	33.907 trabalhadores	NA	NA	Entre os homens o RR dos sintomas depressivos foi significativamente aumentado para a exposição a demandas psicológicas intermediárias e altas demandas para esconder emoções, enquanto alta capacidade de discrição, <b>alto apoio de colegas, alto apoio dos gerentes, altas recompensas e alta segurança no trabalho</b> diminuíram significativamente o risco. Entre as mulheres, as altas demandas psicológicas e as demandas emocionais intermediárias aumentam significativamente o risco de sintomas depressivos, enquanto a alta autoridade de decisão, o <b>apoio intermediário dos colegas, o alto apoio dos gerentes, o clima social elevado, as altas recompensas e a</b>

					<b>segurança no emprego</b> protegem contra o risco.
Carvalho <i>et al</i> , 2015, São Paulo	NA	174 motoristas de ônibus	NA	60,9	Ser mulher, ter menor idade, apresentar desequilíbrio esforço-recompensa e ter alto grau de comprometimento com o trabalho.
Castañeda <i>et al</i> , 2011, México	Transversal	190 profissionais de saúde	NA	18,9 m	Ser assistente social, maior de 40 anos, com companheiro estável e menos de 15 anos com ela, ter filhos, ter escolaridade maior que 12 anos, ter mais de 10 anos de antiguidade institucional e no cargo atual de trabalho, turno da manhã, contratação de base e não ter outro emprego além do institucional.
Charoenpaitoon <i>et al</i> , 2012, Tailândia	Transversal	444 trabalhadoras da indústria de eletrônicos	CES-D	28,8 m	Relacionamentos familiares ruins, baixa recompensa e suporte social pobre tiveram 5,83 vezes (IC 95%: 2,66-12,79), 2,58 vezes (IC 95%: 1,20-5,53) e 4,63 vezes (IC 95%: 1,60 a 13,40) maior risco de sofrer de depressão, respectivamente.
Cho <i>et al</i> , 2013, Coreia	NA	4.833 trabalhadoras nas áreas de manufatura, finanças e serviços	CES-D	20,0	O estresse no trabalho (OR = 3,58, IC 95% = 3,06-4,21) e a qualidade do sono (OR = 3,81, IC 95% = 3,18-4,56).
Da Silva <i>et al</i> , 2016, São Paulo	Transversal	2.940 trabalhadoras de atenção primária	PHQ-9	36,3	Maior duração do emprego na atenção primária; ter um trabalho passivo, ativo ou de alta exigência; falta de feedback do supervisor em relação ao desempenho; e baixo apoio social de colegas e supervisores.
De Araújo <i>et al</i> , 2019, Brasil	Transversal	10.034 trabalhadores do setor público	CIS-R	4,8	Os quartis de maior 'esforço' (RP = 1,85; 1,44-2,37), maior 'supercomprometimento' (RP = 3,62; 2,80-4,70) e menor 'recompensa' (RP = 3,44; 2,55-4,64) foram associados com DE

De Souza <i>et al</i> , 2012, Brasil	Transversal	158 trabalhadores de linhas de alta tensão	CES-D	18,4	O grupo de trabalhadores com baixa recompensa apresentou prevalência de depressão 6,2 vezes maior do que o grupo com alta recompensa. A taxa de prevalência de depressão foi 3,3 vezes maior nos trabalhadores em situação de desequilíbrio esforço-recompensa do que naqueles em equilíbrio esforço-recompensa.
De Vargas <i>et al</i> , 2011, São Paulo	Transversal	67 trabalhadores de enfermagem	BDI	28,4	Estado civil (OR = 1,52), trabalho noturno (OR = 1,46) e jornada dupla (OR = 2,11).
Do <i>et al</i> , 2020, Vietnã	Transversal	1200 trabalhadores da indústria	PHQ-9	30,5	Ensino médio (OR = 0,64, IC 95% = 0,44–0,95); morar em dormitório (OR = 3,07, IC 95% = 1,51–6,24), morar com irmãos (OR = 2,98; IC 95% = 1,32–6,75), ter dois filhos ou mais (OR = 1,45, IC 95% = 1,03–2,03), anos de experiência elevados (OR = 0,94; IC 95% = 0,89–0,98), sofrendo de esgotamento, transtorno por uso de álcool (OR = 2,38; IC 95% = 1,72–3,28) e tabagismo (OR = 0,38, IC 95% = 0,23–0,61).
Fitch <i>et al</i> , 2017, Bangladesh	Transversal	600 trabalhadoras de fábricas de roupas	PHQ-9	23,5	Emprego de meio período (odds ratio-OR): 2,36, (IC 95%: 1,01–5,51), dor crônica (OR: 1,67, IC 95%: 1,01–2,78), dois ou mais eventos traumáticos da vida (OR: 6,43, IC 95%: 2,85–14,55) e disúria (OR: 2,50, IC 95%: 1,02–6,15)
Ghawadra <i>et al</i> , 2019, Malásia	Transversal	932 enfermeiras	DASS-21	18,8	NA
Hwang <i>et al</i> , 2017, Coreia do Sul	Transversal	500 trabalhadoras em mercados tradicionais	CES-D	17,3	IMC aumentado ( $\beta = 0,297$ , $p = 0,017$ ), estado nutricional ruim ( $\beta = 0,596$ , $p < 0,001$ ), condição de vendedor ambulante ( $\beta = 2,589$ , $p = 0,001$ ), estresse no trabalho ( $\beta = 0,491$ , $p < 0,001$ ), dor lombar ( $\beta = 0,377$ , $p = 0,011$ ), autoeficácia inferior ( $\beta = -$

					0,368, $p = 0,002$ ) e função familiar diminuída ( $\beta = -0,633$ , $p = 0,001$ ) afetou os sintomas depressivos dos trabalhadores.
James <i>et al</i> , 2018, Austrália	Transversal	1.799 trabalhadores da indústria de mineração	K10	NA	Indivíduos mais jovens; fatores de saúde individuais (história prévia de depressão, ansiedade ou problemas com drogas / álcool); comportamentos de saúde (uso de drogas ilícitas no último mês); e uma série de fatores do local de trabalho (preocupação com a perda do emprego; menor satisfação com o trabalho; turnos de trabalho com mais de 12 horas de duração; trabalho na mineração por motivos financeiros e sociais (redes sociais mais pobres).
Kasemy <i>et al</i> , 2016, Egito	Transversal	600 trabalhadoras em unidades de saúde da família	NA	37,5	Atividades relacionadas ao trabalho continuadas durante o tempo em casa, como telefonemas ou mensagens [odds ratio (OR) = 5,10; 95% (IC): 1,69-15,39], quando os problemas de trabalho afetam a concentração e as interações com a família (OR = 148,67; IC 95%: 50,04-441,71) e dificuldade com as tarefas domésticas (OR = 6,63; IC 95%: 1,64-26,73). Ser divorciado ou viúvo (OR = 4,10; IC 95%: 2,28-7,36), renda insuficiente (OR = 2,59; IC 95%: 1,68-3,97) e residência rural (OR = 1,74; IC 95%: 1,08-2,78).
Lee <i>et al</i> , 2015, Coreia	Transversal	Mulheres trabalhadoras	NA	15,5	Depressão foi mais comum em trabalhadoras mais velhas e naquelas com trabalho de meio período. Os fumantes atuais eram significativamente mais propensos a ter depressão positiva. As variáveis significativas de depressão foram estado civil (OR = 2,02; IC 95% [1,05, 3,89]), tabagismo (OR = 1,55; IC 95% [1,01, 2,38]), estresse

					(OR = 0,20; IC de 95% [0,15, 0,26]), condição de emprego (OR = 1,77; IC de 95% [1,34, 2,33]) e estado de saúde (OR = 2,10; IC de 95% [1,53, 2,87]).
Luca <i>et al</i> , 2014	Transversal	1.013 funcionários públicos	BDI	83% 138 (14%) leve, 31 (3%) moderada e três (0,3%) grave.	O risco de depressão aumentou com o aumento da idade.
Marchand <i>et al</i> , 2015, Canada	Transversal	2.162 trabalhadoras	BDI-II	5,8	Sexo, idade, ocupação e setor econômico.
Minh, 2014, Vietnã	Transversal	420 trabalhadoras de uma fábrica de calçados	DSM-IV	18,8	Alta demanda psicológica (OR ajustado = 3,0, IC 95%: 1,1-8,3), baixo suporte social (OR ajustado = 4,7, IC 95%: 1,2-12,8), materiais de proteção laboral inadequados (OR = 4,1, IC 95%: 2,2-10,1) e absenteísmo no trabalho (OR = 6,2, IC 95%: 2,5-18,9).
Obi <i>et al</i> , 2015, Nigéria	Transversal	309 trabalhadoras de saúde		14,9	Mais mulheres (18,0%) do que homens (8,7%). O sentimento de tristeza pela família, pelas condições de vida e de trabalho foi mais consistente entre os deprimidos.
Oliveira Santana <i>et al</i> , 2019, Sergipe	Transversal	63 trabalhadoras da saúde do setor público	CID-10	26,5	Predominantemente do sexo feminino (90,5%), casados (54,0%), possuíam o título de mestre (33,3%) e eram técnicos de enfermagem (34,9%).
Pavicic Žeželj <i>et al</i> , 2019, Oriente Médio	NA	1.747 trabalhadoras da indústria de petróleo e gás	PHQ-9	18	NA
Sherchand <i>et al</i> , 2018, Nepal	NA	10 trabalhadoras	BDI	15	Depressão moderada foi significativamente maior nas mulheres do que nos homens [3,2 (1,1-9,6), P = 0,03] e estilo de vida sedentário [2,9 (1,1-8,2), P = 0,04]
Shin <i>et al</i> , 2018, Coreia do Sul	Transversal	2.889 trabalhadoras	PHQ-9	NA	NA

Souza <i>et al</i> , 2012, Nordeste	Transversal	158 trabalhadores de linhas elétricas de alta tensão	CES-D	18,4	NA
Takeuchi <i>et al</i> , 2013, Japão	Transversal	1.266 trabalhadores	DSM-IV	5,5	NA
Tran <i>et al</i> , 2019, Vietnã	NA	289 trabalhadores industriais	PHQ-9	38,6	NA
Valente <i>et al</i> , 2016, Pará e Amapá	NA	1,046 bancários	PHQ-9	32	Altas demandas, baixos níveis de controle e baixo suporte social estiveram associados

NA – Não se aplica.

#### 1.4. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO

Na revisão bibliográfica realizada, a prevalência estimada de sintomas leves a moderados de depressão em trabalhadores variou entre 4,8% a 83%. Esta variação pode ser explicada pelo fato de terem sido utilizadas diferentes metodologias, em diferentes faixas etárias de diferentes culturas e com instrumentos diversos. Por esse motivo esses estudos não são comparáveis. Entre os trabalhos que utilizaram o instrumento de rastreamento de sintomas depressivos *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), a prevalência variou entre 18% e 38,6% (Pavičić Žeželj *et al*, 2019; Tran *et al*, 2019).

Um estudo no estado de São Paulo – Brasil com 2.940 trabalhadores de atenção primária estimou uma prevalência de 36,3% de sintomas depressivos (Da Silva *et al*, 2016). Outro estudo nos estados do Pará e Amapá – Brasil estimou uma prevalência de 32% de sintomas depressivos em 1.046 bancários (Valente *et al*, 2016). Ambos os trabalhos utilizaram o instrumento PHQ-9.

#### 1.5. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO

A partir do instrumento utilizado na pesquisa e da revisão de literatura realizada foram identificadas as variáveis que poderiam ser estudadas como fatores associados, sendo

possível identificar que os principais fatores de risco associados à depressão são: sexo feminino, idade, morar sozinho, baixa renda, escolaridade maior, uso de álcool, tabagismo, tempo maior de trabalho na universidade e no setor, estresse no trabalho e assédio moral.

### 1.5.1. FATORES DEMOGRÁFICOS

**Sexo:** Vários estudos demonstram que a prevalência de sintomas depressivos é maior nas mulheres em relação aos homens (Carvalho *et al*, 2015; Oliveira Santana *et al*, 2019; Obi *et al*, 2015). Um estudo com 3.010 trabalhadores Chilenos demonstrou que a prevalência de sintomas depressivos foi maior nas mulheres (15%) do que nos homens (5%) (Ansoleaga *et al*, 2014). Alguns estudos não encontraram diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres (valente, 2016).

**Idade:** Devido à falta de estudos com a população alvo, a revisão foi realizada com populações de trabalhadores diferentes. Neste cenário, alguns estudos evidenciaram que ter menor idade estaria relacionado a uma maior chance de sintomas depressivos (Carvalho *et al*, 2015; James *et al*, 2018). Outros estudos evidenciaram que ter maior idade estaria relacionado a uma maior chance de sintomas depressivos (Castañeda *et al*, 2011; Lee *et al*, 2015).

### 1.5.2. FATORES SOCIAIS

**Morar sozinho:** Estudos demonstram a importância do suporte social na proteção contra transtornos mentais. Um estudo na Tailândia com 444 mulheres que trabalham na indústria de eletrônicos demonstrou que ter relacionamentos familiares ruins e suporte social pobre tiveram respectivamente 5,83 vezes (IC 95%: 2,66-12,79) e 4,63 vezes (IC 95%: 1,60 a 13,40) maior risco de sofrer de depressão (Charoenpaitoon *et al*, 2012). Outro estudo com 500 trabalhadoras em mercados tradicionais na Coreia do Sul identificou que a função familiar foi mais pobre no grupo de sintomas depressivos, em comparação com o grupo de sintomas não depressivos ( $\beta = -0,633$ ,  $p = 0,001$ ) (Hwang *et al*, 2017).

**Renda:** A influência da baixa renda no risco para sintomatologia depressiva é evidenciada em diversos estudos. Um estudo com 3.010 trabalhadores chilenos demonstrou que ter



maiores dificuldades econômicas aumenta o risco para sintomas depressivos tanto em homens (OR = 2,05; IC 95%: 1,37-3,05) como em mulheres (OR = 1,84; IC 95%: 1,30-2,59) (Ansoleaga *et al*, 2014). Outro estudo com 239 trabalhadores migrantes nos Emirados Árabes Unidos demonstrou que ter menor renda aumenta o risco para sintomas depressivos (AOR = 1,8; IC 95% 1,33-3,16) (Al-Maskari *et al*, 2011).

**Escolaridade:** Estudos na população geral demonstram que o risco para depressão é maior conforme menor escolaridade. Em estudos com populações de trabalhadores, dependendo do nível de instrução exigido, os resultados podem ser enviesados, pois a maioria ou toda a população estudada pode estar em um nível de escolaridade mais alta. Um estudo com 190 profissionais de saúde mexicanas encontrou que ter escolaridade maior que 12 anos foi fator de risco para depressão (Castañeda *et al*, 2011). Outro estudo no Brasil com 63 trabalhadores da saúde do setor público verificou que, entre aqueles trabalhadores que necessitaram de licença médica, onde a depressão foi a causa mais frequente, a maioria possuía título de mestre (Oliveira Santana, 2019).

**Crença religiosa:** Na revisão da literatura realizada para esse estudo, nenhum artigo avaliou a associação de crença religiosa com depressão. No entanto, vários estudos já foram realizados considerando essa associação. Um estudo no Brasil com 552 trabalhadores de uma universidade pública encontrou uma associação estatisticamente significativas entre Suspeição para Transtornos Mentais e religião (Guimarães *et al*, 2006).

### 1.5.3. FATORES COMPORTAMENTAIS

**Uso de álcool:** O uso de álcool é outro fator de risco para sintomas depressivos (James *et al*, 2018). Um estudo no Vietnã com 420 funcionários de uma fábrica de calçados apontou que o absenteísmo decorrente do uso de álcool no trabalho aumenta em 6,2 vezes a chance para depressão (OR = 6,2, IC 95%: 2,5-18,9) (Minh, 2014). Outro estudo no Vietnã com 1200 trabalhadores da indústria demonstrou que quem tinha transtorno por uso de álcool tinha 138% mais risco para sintomas depressivos (OR = 2,38; IC 95% = 1,72-3,28) (Do *et al*, 2020).

**Tabagismo:** Muitos estudos relatam uma associação positiva entre tabagismo e doença mental. No entanto, a literatura permanece mista quanto à direção dessa associação

(Fluharty *et al*, 2017). Um estudo com trabalhadoras Coreanas detectou que fumantes atuais eram significativamente mais propensas a ter depressão (OR = 1,55; IC 95% = 1,01, 2,38) (Lee *et al*, 2015). Um outro estudo com 1200 trabalhadores da indústria do Vietnã apontou que tabagismo foi fator de proteção para depressão (OR = 0,38, IC 95% = 0,23, 0,61) (Do *et al*, 2020).

#### **1.5.4. FATORES LABORAIS**

**Tempo de trabalho na universidade e no setor:** A revisão evidenciou que quanto maior o tempo de trabalho, maior o risco para sintomas depressivos. Um estudo com 190 profissionais de saúde mexicanas encontrou que ter mais de 10 anos de trabalho institucional e no cargo atual de trabalho foi fator de risco para depressão (Castañeda *et al*, 2011). Outro estudo no Vietnã com 1200 trabalhadores da indústria demonstrou que anos de experiência elevados foram associados a sintomas depressivos positivos (OR = 0,94; IC 95% = 0,89-0,98) (Do *et al*, 2020).

**Estresse no trabalho:** Esta variável avalia demanda, controle e apoio social relacionado ao trabalho. Diversos estudos relacionam estresse no trabalho com maior risco para sintomas depressivos (Al-Maskari *et al*, 2011; Ansoleaga *et al*, 2014; Carvalho *et al*, 2015; Charoenpaitoon *et al*, 2012; Cho *et al*, 2013; Da Silva *et al*, 2016; De Araújo *et al*, 2019; de Souza *et al*, 2012; Do *et al*, 2020; Hwang *et al*, 2017; James *et al*, 2018; Kasemy *et al*, 2016; Lee *et al*, 2015; Minh, 2014; Obi *et al*, 2015). Um estudo com 4.833 trabalhadoras nas áreas de manufatura, finanças e serviços da Coreia evidenciou que o estresse no trabalho aumenta 2,58 vezes a chance para sintomas depressivos (OR = 3,58, IC 95% = 3,06-4,21) (Cho *et al*, 2013). Na Nigéria, um estudo com 309 trabalhadores da saúde demonstrou que pessoas com alta demanda psicológica tem duas vezes mais chances para sintomas depressivos (ORa = 3,0, IC 95% = 1,1-8,3) e pessoas com baixo suporte social no trabalho tem 3,7 vezes mais chance para sintomas depressivos (ORa = 4,7, IC 95% = 1,2-12,8) (Obi *et al*, 2015). No Brasil, em estudo com 158 trabalhadores de linhas de alta tensão, o grupo de trabalhadores com baixa recompensa apresentou prevalência de depressão 6,2 vezes maior do que o grupo com alta recompensa (de Souza *et al*, 2012). No Egito, um estudo com 600 mulheres trabalhadoras em unidades de saúde da família que realizam atividades relacionadas ao

trabalho continuadas durante o tempo em casa, como telefonemas ou mensagens têm 4,10 vezes mais chance para depressão (OR = 5,10; IC 95% = 1,69-15,39) (Kasemy *et al*, 2016). Um estudo no Vietnã com 420 funcionários de uma fábrica de calçados apontou que trabalhadores com materiais de proteção laboral inadequados tinham 3,1 maior chance para sintomas depressivos (OR = 4,1, IC 95% = 2,2-10,1) (Minh, 2014).

**Assédio moral:** Nenhum dos estudos da revisão da literatura realizada para este estudo avaliou diretamente o Assédio Moral associado ao risco para depressão. No entanto, uma revisão sistemática e meta-análise com N = 115,783 demonstrou associações positivas entre assédio moral no local de trabalho e sintomas de depressão ( $r = 0,28$ , IC 95% = 0,23-0,34) e concluiu que o assédio moral no local de trabalho está consistentemente, e de forma bidirecional, associado à redução da saúde mental (Verkuil *et al*, 2015).

## 2. JUSTIFICATIVA

Estimativas da Organização Mundial de Saúde de 2015 mostram que cerca de 322 milhões de pessoas (4,4% da população) sofrem de depressão em todo o mundo. O Brasil é o quinto na escala de prevalência de depressão a nível mundial. Entre 2005 e 2015 houve um aumento de mais de 18% em casos de depressão no mundo (*World Health Organization*, 2017). Esse transtorno contribui de forma importante para a carga global de doenças e, projeções estimam que será o transtorno mais incapacitante no mundo até 2020 (*World Health Organization*, 2017). O aumento dos índices de afastamento do trabalho por transtornos de humor é uma tendência mundial, sendo a depressão a mais frequente (Barbosa-Branco; Bültmnn; Steenstra, 2012).

O conhecimento a respeito da prevalência de depressão e dos fatores associados em Técnicos-Administrativos em Educação da Universidade Federal do Rio Grande, região sul do Brasil, preenche uma lacuna, pois com base no levantamento bibliográfico realizado, verificou-se que os trabalhos desse tipo nessa população específica são inexistentes na região sul do Brasil. Este estudo pode contribuir no monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde nessa parcela de trabalhadores do país. Assim como apontar prioridades no desenvolvimento de medidas de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de

vida, contribuindo para a diminuição dos índices de afastamento do trabalho e os prejuízos públicos consequentes. Por se tratar de servidores públicos com estabilidade em longo prazo, este esforço se torna ainda mais importante para reduzir o adoecimento psíquico, promovendo um ambiente de trabalho saudável. Este estudo pretende contribuir para a conscientização e desmistificação em torno da depressão, assim como minimizar os prejuízos a longo prazo, contribuindo no esforço mundial em busca do melhor entendimento sobre a fenomenologia da depressão e os fatores que contribuem para o seu agravo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Descrever a prevalência de depressão e seus fatores associados em Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brasil.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar a prevalência de depressão nos TAEs;
- Traçar o perfil sociodemográfico, comportamental e laboral dos TAEs;
- Analisar a associação entre depressão e o perfil sociodemográfico, comportamental e laboral dos TAEs.

### **4. HIPÓTESES**

- A prevalência de depressão em TAEs da Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brasil estará na faixa entre 18% a 38,6%.
- A prevalência de depressão tende a ser maior em indivíduos do sexo feminino, com idade maior, que moram sozinhos, de baixa renda, com escolaridade maior, que fazem uso de álcool e tabaco, com tempo maior de trabalho na universidade e no setor, com maior estresse no trabalho e que sofrem assédio moral.

### **5. MÉTODO**

Este estudo é um recorte proveniente de um consórcio de pesquisa, realizado por alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O principal objetivo do consórcio é investigar indicadores de saúde mental e bem-estar entre os Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da FURG – RS, Brasil. Serão coletados os aspectos demográficos, socioeconômicos e laborais. As informações serão coletadas por meio de um questionário fechado, impresso e autoaplicável.

## **5.1. DELINEAMENTO**

Estudo observacional do tipo transversal. O delineamento transversal permite identificar as condições de saúde, através da prevalência do desfecho de interesse, de uma determinada população ou amostra em um determinado período no tempo. Os estudos transversais costumam ser mais rápidos e baratos quando comparados a outros estudos. Atualmente, apesar de suas fragilidades, como falta de temporalidade e não poder determinar causalidade, são os mais utilizados para pesquisas em saúde (Bonita, Beaglehole e Kjellström, 2010; Gordis, 2010).

## **5.2. LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo foi realizado na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), uma instituição de ensino superior pública, com matriz no município do Rio Grande, localizado no litoral Sul do Rio Grande do Sul – Brasil. A FURG também possui polos nos municípios de Santa Vitória do Palmar, São Lourenço do Sul e Santo Antônio da Patrulha. A universidade oferece cursos nas modalidades presencial e Ensino a Distância. Atualmente, a principal forma de acesso à graduação é através do Exame Nacional do Ensino Médio, havendo também processos seletivos específicos para indígenas e quilombolas. De acordo com o anuário de 2017, ano do início do projeto, a universidade possuía 9.714 alunos de graduação e 1.644 de pós-graduação, distribuídos nos quatro polos (Universidade Federal do Rio Grande, 2017).

## **5.3. POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo do estudo compreende 1.194 Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs), contabilizados no anuário de 2017 (Universidade Federal do Rio Grande, 2017).

#### **5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO**

Os critérios de inclusão no estudo são: estar devidamente alocado em um dos quatro polos da universidade e assinar o termo de assentimento.

Os critérios de exclusão são: estar em qualquer modalidade de afastamento total, seja remunerado ou não; apresentar alguma dificuldade ou incapacidade de responder aos questionários adequadamente devido a uma deficiência física ou cognitiva.

#### **5.5. RISCOS E BENEFÍCIOS**

Os riscos do estudo para os participantes foram mínimos. Destaca-se como risco o desconforto e o incômodo em responder ao questionário. Reitera-se que a participação foi voluntária, podendo optar por não participar do estudo ou desistir de participar a qualquer momento no andamento do estudo, sem qualquer penalização. Em caso de identificação de maior risco, o participante será encaminhado ao Centro de Atenção Psicológico da CAP-FURG (Tel: (53)3293-5234) para avaliação e atendimento.

Como benefício do estudo evidencia-se a devolução dos indicadores de saúde para os participantes. Este mapeamento pode ajudar na implementação de ações de promoção, prevenção e tratamento, contribuindo para a saúde mental dos trabalhadores.

#### **5.6. AMOSTRAGEM**

Será realizado um censo nos 1.194 Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) contabilizados no anuário de 2017 do FURG (Universidade Federal do Rio Grande, 2017).

#### **5.7. VARIÁVEIS**

##### **5.7.1. VARIÁVEL DEPENDENTE**

A variável dependente do estudo é Depressão (sintomas de episódio depressivo maior), que foi rastreado através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Após obter o escore para depressão, o desfecho será dicotomizado (sim e não), a fim de identificar a prevalência do transtorno.

## 5.7.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Variável	Tipo	Coleta	Operacionalização
Sexo	Referida	Masculino e Feminino	Dicotômica
Idade	Referida	Em anos completos	Categórica ordinal
Mora sozinho	Referida	Sim e não	Dicotômica
Renda	Referida	Em tercis de renda individual	Categórica ordinal
Escolaridade	Referida	Até superior completo, especialização, mestrado ou mais	Categórica ordinal
Crença religiosa	Referida	Sim e não	Dicotômica
Uso de álcool	Referida	Sim e não	Dicotômica
Uso de tabaco	Referida	Não fuma, fumante, ex-fumante	Categórica ordinal
Tempo de trabalho na universidade	Referida	Em anos completos	Categórica ordinal
Tempo de trabalho no setor	Referida	Em anos completos	Categórica ordinal
Estresse no trabalho	JSS	Em tercis	Categórica ordinal
Assédio moral	QAN-R	Sim e não	Dicotômica

## 5.8. INSTRUMENTOS

### 5.8.1. DADOS GERAIS

As variáveis independentes sociodemográficas e as laborais que avaliam o tempo de trabalho no setor e na universidade, serão autorreferidas, coletadas através de um questionário (Apêndice 2) padronizado pelos professores e alunos participantes da pesquisa.

### 5.8.2. INSTRUMENTO DE RASTREIO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

O rastreio de sintomas depressivos será realizado através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). O PHQ-9 (Anexo 1) foi traduzido e validado para uso em pesquisas no Brasil (Santos *et al*, 2013). Esse instrumento vem sendo utilizado na atenção primária à

saúde, por ser um questionário simples de autoavaliação. O PHQ-9 é amplamente utilizado em estudos nacionais e internacionais, o que permite a comparabilidade dos resultados. O PHQ-9 apresenta 88% de sensibilidade e 88% de especificidade (Baader *et al*, 2012).

O PHQ-9 constitui-se de 10 questões que avaliam sintomas depressivos nas duas últimas semanas. Estes sintomas estão de acordo com a sintomatologia de Episódio Depressivo Maior na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (*American Psychiatric Association*, 2014). As possíveis respostas são: 0 = nenhum dia; 1 = menos de uma semana, 2 = uma semana ou mais e 3 = quase todos os dias. Será criada uma variável dicotômica chamada EDM e definido o ponto de corte em 9 pontos, sugerido no estudo de validação da versão brasileira do PHQ-9 (Santos *et al*, 2013). Sendo assim, a operacionalização da variável EDM ficará assim: 1 = “Sim” para sintomas depressivos, representados por um escore maior ou igual a 9 pontos na somatória dos resultados do PHQ-9 e 0 = “Não” para sintomas depressivos, representados por um escore menor que 9 pontos.

### **5.8.3. AVALIAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E TABACO**

O uso de álcool e tabaco serão avaliados por questões adaptadas do modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde para avaliação de uso de substâncias em inquéritos (*World Health Organization*, 1980). Para o uso de álcool, a primeira questão é se o indivíduo já experimentou a substância alguma vez na vida. Em caso positivo, segue a pergunta se o participante usou a substância nos últimos 12 meses. Em caso positivo, segue a questão sobre o uso nos últimos 30 dias. Também é avaliado a frequência do uso nos 30 dias. A variável dicotômica Uso de Álcool será avaliada pela questão que avalia o uso de álcool nos últimos 30 dias. A variável Tabagismo será categorizada em “não fuma”, “fumante” e “ex-fumante”, onde fumantes são aqueles que fumaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias e ex-fumantes são aqueles que não fumaram nos últimos 30 dias, mas fumaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

### **5.8.4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTRESSE NO TRABALHO**



Para mensurar o estresse no trabalho, será utilizada a *Job Stress Scale* (JSS), criada por Tores Theorell (1996), traduzida e validada para pesquisas com amostras brasileiras (Alves *et al*, 2004). Composta por 17 itens avaliados por escalas *Likert* (1-4), variando entre “frequentemente” à “Nunca/Quase nunca” e “Concordo totalmente” à “discordo totalmente”. A escala é dividida em três subescalas: demanda, pressões de natureza psicológicas quantitativas (tempo e velocidade de realização do trabalho) e qualitativas (conflitos entre demandas contraditórias); Controle, possibilidade de o trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para realização do seu trabalho; Apoio Social (suporte), relação com colegas e chefes. A variável Características do Trabalho será operacionalizada somando-se os escores de cada uma das três escalas e a soma dos escores das três escalas.

### **5.8.5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ASSÉDIO MORAL**

O assédio moral será avaliado através do Questionário de Atos Negativos Revisado, versão reduzida (QAN-R), composto por 22 itens. O instrumento original, *Negative Acts Questionnaire- Revised* (Einarsen *et al*, 1994) foi traduzido e validado para pesquisas no Brasil (Maciel & Gonçalves, 2008). A primeira parte do instrumento avalia a exposição a atos negativos no trabalho, potenciais de assédio moral, nos últimos seis meses. A avaliação é realizada através de uma escala *Likert* de cinco pontos (nunca, de vez em quando, mensalmente, semanalmente e diariamente). Os comportamentos descritos não mencionam o termo assédio moral, referindo-se a atos diretos (agressão verbal, intimidação) e indiretos (isolamento, pressão). A segunda parte apresenta uma proposta de definição de assédio moral, sendo avaliada diretamente nos últimos seis meses por sim ou não. Além disso, acrescenta-se perguntas sobre duração e características do evento. A variável Assédio Moral foi dicotomizada em sim ou não a partir do score da pontuação dos 22 itens.

### **5.9. TREINAMENTO DA EQUIPE**

A aplicação dos questionários e tabulação dos dados será realizada por equipes de graduandos e mestrandos, bolsistas e voluntários, vinculados ao Centro de Estudos Sobre Risco e Saúde. As equipes de aplicação dos questionários serão treinadas a fim de evitar vieses e interferências nas respostas, objetivando uma coleta dos dados de forma

padronizada e fidedigna. As equipes de tabuladores serão instruídas na utilização do software SPSS® 17.0, onde já existirá uma tabela padrão, confeccionada pelos coordenadores da pesquisa, para inserção dos dados coletados. Cada questionário será inserido duas vezes, por tabuladores diferentes, para posterior checagem dos dados.

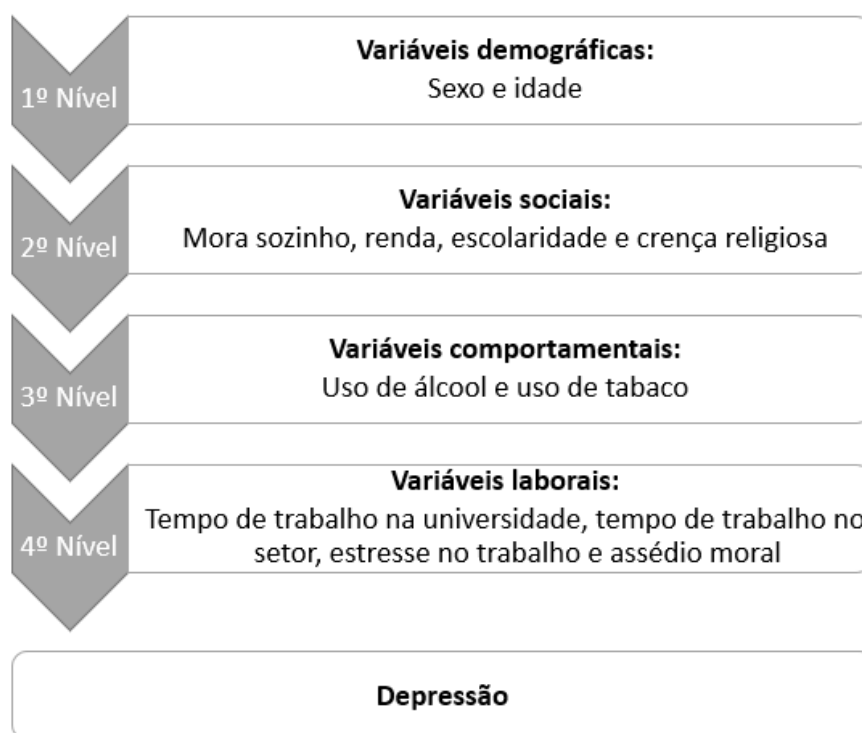
## **5.10. LOGÍSTICA**

A coleta dos dados será realizada de outubro de 2018 a dezembro de 2019. Inicialmente será feito contato com as chefias de cada setor para fazer o agendamento da aplicação dos questionários em grupos de Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) daquele setor. Quando não for possível aplicar em todos, será agendado dia e hora para aplicação individual. Os TAEs que não forem encontrados no primeiro contato serão procurados uma segunda vez para aplicação do questionário. Se não forem encontrados da segunda vez, será dado como perda. Inicialmente será realizada uma apresentação do projeto. Em seguida será entregue o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Se concordar em participar, o termo será assinado e então o TAE recebe um questionário para ser preenchido individualmente e em sigilo. Ao final, o TAE depositará aleatoriamente o questionário em uma urna, para que não possa ser identificado evitando o viés de respostas socialmente aceitas e/ou retaliações ou constrangimentos no ambiente de trabalho. Os que se recusarem a participar serão tratados como recusas, sendo registrado sexo e idade, a fim de avaliar se as recusas tiveram um perfil diferente dos respondentes.

## **5.11. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os questionários serão tabulados no software SPSS® 17.0. A análise dos dados será realizada no *software Stata*® 14.0. Será adotado o nível de significância de 5%. Na análise descritiva, será apresentada a prevalência de depressão (desfecho) e as principais características dos indivíduos através das variáveis independentes. Na análise bivariada, será avaliada a associação das variáveis independentes com a variável dependente utilizando o teste qui quadrado. Na análise multivariada, para identificar a associação das variáveis independentes com o desfecho, será utilizada a regressão de Poisson, onde será adotado o modelo hierárquico de análise para o controle de fatores de confusão entre as variáveis. Será

considerado um  $p < 0,20$  para as variáveis permanecerem no modelo, através do método *backward*.



**Figura 2** - Modelo Conceitual de Análise

## 5.12. ASPÉCTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos serão respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo passou por análise e julgamento pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande.

Será entregue a todos os participantes um Termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), para que informem o desejo de participar ou não da pesquisa. É garantido pelos pesquisadores o sigilo de todas as informações colhidas, bem como a identidade dos participantes. A qualquer momento os participantes poderão desistir da participação na pesquisa sem necessidade de justificativa ou qualquer prejuízo.

## 6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Será gerado um relatório detalhado a ser entregue para a Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas e para a Reitoria da FURG, para que as informações obtidas possam ser utilizadas em benefício dos servidores. Os resultados serão tornados públicos através da apresentação pública e defesa da dissertação e da disponibilização do volume final nas bibliotecas da FURG. Também serão divulgados através de apresentações em congressos e seminários relacionados ao tema e da publicação de artigos científicos.

## 7. FINANCIAMENTO

As despesas deste estudo ficarão a cargo do pesquisador responsável.

Descrição	Quantidade	Valor unitário em R\$	Valor total em R\$
Papel A4	3	20,00	60,00
Canetas	10	1,00	10,00
Fotocópias	6.000	0,08	480,00
<i>Tonner</i> para impressora	1	250,00	250,00
Pastas organizadoras	5	8,00	40,00
Urnas	2	90,00	180,00
Pranchetas	5	18,00	90,00
Total	5	18,00	90,00
Total			1.110,00

## 8. CRONOGRAMA

Ano	18	19	2020											
ATIVIDADES			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Construção do projeto	X	X												
Qualificação do projeto		X												
Envio ao comitê de ética	X													
Treinamento da equipe	X													
Coleta dos dados (campo)	X	X	X	X										

Tabulação dos dados				X	X	X								
Análise dos dados							X	X	X					
Construção da dissertação								X	X	X	X	X	X	
Defesa da dissertação														X

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Maskari F, Shah SM, Al-Sharhan R, Al-Haj E, Al-Kaabi K, Khonji D, Schneider JD, Nagelkerke NJ, Bernsen RM. Prevalence of depression and suicidal behaviors among male migrant workers in United Arab Emirates. *J Immigr Minor Health* 2011; 13(6):1027-32.

Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública* 2004; 164-171.

Ansoleaga E, vezina M, Montano R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cad. Saúde Pública* 2014; 107-118.

Assunção AA, Abreu MNS. Factor associated with self-reported work-related musculoskeletal disorders in Brazilian adults. *Revista de Saúde Pública* 2017; 51:1-10.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-V. 5. ed. 2014.

Baader TM, Molina JLF, Venezian SB, Rojas CC, Farías RS, Fierro-Freixenet C, Backenstrass M, Mundt C. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2012; 10-22.

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* 2012.

Bonita R, Beaglehole R, Kjellström. *Epidemiologia básica*. 2ª ed. São Paulo: Santos 2010; p.1-38.

Carvalho RB. Fatores de risco psicossocial do trabalho associados ao adoecimento psíquico dos motoristas de ônibus urbano. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 2015.

Castaneda AE, Garcia AGJ. Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos y laborales. Rev. colomb. Psiquiatr. 2011; 420-432.

Charoenpaitoon S, Jirapongsuwan A, Sangon S, Sativipawee P, Kalampakomrn S. Factors associated with depression among Thai female workers in the electronics industry. J Med Assoc Thai 2012; 95 Suppl 6:S141-6.

Cho HS, Kim YW, Park HW, Lee KH, Jeong BG, Kang YS, Park KS. The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. Ann Occup Environ Med. 2013; 25(1):12.

Da Silva AT, Lopes CS, Susser E, Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. Am J Public Health 2016; 106 (11): 1990-1997.

De Araújo TM, Siegrist J, Moreno AB, de Jesus Mendes da Fonseca M, Barreto SM, Chor D, Griep RH. Effort-Reward Imbalance, Over-Commitment and Depressive Episodes at Work: Evidence from the ELSA-Brasil Cohort Study. Int J Environ Res Public Health 2019;16(17):3025.

De Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Koifman S, Porto LA. Depression in high voltage power line workers. Revista Brasileira de Epidemiologia 2012, 235-245.

Del Porto J. Conceito e diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. 1999.

Do HN, Nguyen AT, Nguyen H, Bui TP, Nguyen QV, Tran N, Nguyen LH, Pham HQ, Ha GH, Hoang CL, Tran BX, Latkin CA, Ho R, Ho C. Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Mental Health Service Use of Industrial Workers: Evidence from Vietnam. International journal of environmental research and public health 2020; 2929.

Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and Harassment at Work and Their Relationships to Work Environment Quality: An Exploratory Study. *European Work and Organizational Psychologist* 1994; 381-401.

Fitch TJ, Moran J, Villanueva G, Sagiraju HKR, Quadir MM, Alamgir H. Prevalence and risk factors of depression among garment workers in Bangladesh. *Int J Soc Psychiatry*. 2017; 244-254.

Fonseca RMC, Cartotto MS. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário o estado do Rio Grande do Sul. *Psicologia em Pesquisa* 2011; 117-125.

Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2017; 3-13.

Gordis L. *Epidemiologia*. São Paulo: Revinter 2010.

Guimarães LAM, MartinsII DA, GrubitsIII S, Caetano D. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Rev. bras. saúde ocup*. 2006; 7-18.

Hwang WJ, Kim JA, Rankin SH. Depressive Symptom and Related Factors: A Cross-Sectional Study of Korean Female Workers Working at Traditional Markets. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(12):1465.

James C, Tynan R, Roach D, Leigh L, Oldmeadow C, Rahman M, Kelly B. Correlates of psychological distress among workers in the mining industry in remote Australia: Evidence from a multi-site cross-sectional survey. *PLoS One* 2018; 13(12):e0209377.

Kasemy ZA, Salama AA, Abo Salem ME, Negm N. Factors related to depression symptoms among working women in Menoufia, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2016; 91(4):163-168.

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

Lee KJ, Kim JI. Relating Factors for Depression in Korean Working Women: Secondary Analysis of the Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2015; 9(3):265-70.

Maciel RH, Gonçalves RC. Pesquisando o assédio moral: a questão do método e a validação do Negative Acts Questionnaire (NAQ) para o Brasil. In L. A. P. Soboll 2008; 167-185.

Minh KP. Work-related depression and associated factors in a shoe manufacturing factory in Haiphong City, Vietnam. *Int J Occup Med Environ Health* 2014; 27(6):950-8.

Obi IE, Aniebue PN, Okonkwo K, Okeke TA, Ugwunna N. Prevalence of depression among health workers in Enugu, South East Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2015; 18(3):342-7.

Oliveira NT. Somatização e sofrimento no trabalho. *Revista Virtual Textos & Contextos* 2003.

Oliveira Santana BR, Barros AO, Rebello de Matos RMP, Pimentel D. Depressive disorders as cause of absenteeism among public sector health care workers in Sergipe, Brazil, from 2009 to 2017. *Rev Bras Med Trab* 2020; 346-354.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Rev. São Paulo 1997.

Pavičić Žeželj S, Cvijanović PO, Mika F, Stamenković S, Mahmutović VS, Šabanagić HS. Symptoms among Industrial Workers in Vietnam and Correlated Factors: A Multi-Site Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(9):1642.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSPD, Silva NTBD, Tams BD, Pamella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública* 2013; 1533-43.

Silva PE. Adoecimento e sofrimento de professores universitários: dimensões e ético-políticas. *Psicologia: Teoria e Prática* 2015; 17:61-71.

Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Koifman S, Porto LA. Depressão em trabalhadores de linhas elétricas de alta tensão. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2012; 235-245.



Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2013; 170-180.

Tran BX, Vu GT, Pham KTH, Vuong QH, Ho MT, Vuong TT, Nguyen HT, Nguyen CT, Latkin CA, Ho CSH, Ho RCM. Depressive Symptoms among Industrial Workers in Vietnam and Correlated Factors: A Multi-Site Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(9):1642.

Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* 1996; 1:9-26.

Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Anuário 2017, v. 1, p. 1-468.

Valente MS, Menezes PR, Pastor-Valero M, Lopes CS. Depressive symptoms and psychosocial aspects of work in bank employees. *Occup Med (Lond)* 2016; 54-61.

Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data. *PloS one* 2015; 10(8).

World Health Organization. A methodology for student drug-use surveys. Geneva 1980; 55p.

World Health Organization. Mental Health and Older Adults Fact Sheet nº 381. Geneva 2016.

World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Geneva 2017.

## **10. RELATÓRIO DE CAMPO**

## **10.1. PESQUISA SAÚDE E BEM-ESTAR DO SERVIDOR DA FURG (SABES)**

### **0. Antecedentes**

Inicialmente seria realizado um censo nas escolas do município, sendo este o projeto inicial para o qual foi dedicado o primeiro ano do mestrado. Devido a pandemia de COVID-19 esse projeto foi cancelado e no segundo ano do mestrado este novo projeto foi feito do zero.

### **1. Consórcio de pesquisa**

O Centro de Estudos sobre Risco e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CERIS/FURG), em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP/FURG), com apoio da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP/FURG) e do Sindicato do Pessoal Técnico-Administrativo da FURG (APTAFURG), realizou um consórcio de pesquisa para construir um diagnóstico epidemiológico da saúde e bem-estar físico e mental dos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da universidade.

A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) ocorreu em julho de 2018 com o número de registro 93342518.4.0000.5324. A coleta dos dados foi realizada pelos alunos de graduação do curso de Psicologia e pós-graduandos do PPGSP, ambos da FURG, bolsistas ou voluntários, vinculados ao CERIS.

### **2. Amostragem e cálculo amostral**

Foram realizados dois cálculos amostrais utilizando o software Epi Info 7. O primeiro cálculo foi conduzido para mensurar o número necessário de respondentes para que fossem estimados com poder estatístico suficiente (80%) a prevalência dos desfechos estudados. O tamanho da população-alvo estimado para o ano de 2019 foi de 782 TAEs alocados no campus carreiro (FURG, 2019). A partir da revisão da literatura, estudos que mediram sintomas depressivos entre trabalhadores utilizando o mesmo instrumento que a presente pesquisa (PHQ-9) apontaram proporções de indivíduos com sintomas depressivos que variam entre 18% e 38,6% (Da Silva *et al*, 2016; Valente *et al*, 2016; Fitch *et al*, 2017; Tran *et al*, 2019; Pavicic *et al*, 2019; Do *et al*, 2020). Dessa forma, a expectativa de prevalência de

depressão nessa amostra era de aproximadamente 30,0%. Portanto, considerando uma margem de erro aceitável de 4 pontos percentuais e um nível de significância de 5%, a amostra final foi estimada em um mínimo de 307 participantes. O segundo cálculo foi conduzido para avaliar o tamanho necessário de amostra para medir associações estatisticamente significativas. Para tal, foram usados os parâmetros razão exposto-não exposto 2:1, razão de prevalência de 3,0, Poder de 80%, nível de significância de 5%, sendo acrescidos 10% para perdas e recusas e 15% para controle de confundidores. Dessa forma, faz-se necessário amostrar 424 indivíduos.

A amostragem foi feita de forma estratificada por unidades acadêmicas e administrativas da universidade. Essa estratégia foi adotada para garantir a representatividade de todos os setores da instituição. Assim, cada unidade foi visitada em dia e horário previamente combinado com a chefia local, incluindo todos os turnos de funcionamento do setor. Todos os indivíduos elegíveis que estavam presentes no momento da coleta de dados foram convidados para participar. Todas as unidades foram visitadas pelo menos duas vezes.

A seguir é apresentado o cálculo de poder estatístico das variáveis dependentes.

Variável	Cat, N expostos, prevalência	Cat, N não expostos (ref.), prevalência	Poder
Sexo	Feminino, 198, 44,4%	Masculino, 135, 27,4%	88,6%
Idade	30 +, 295, 35,65 %	20-29, 42, 50%	43,8%
Mora sozinho	Não, 292, 35,3%	Sim, 47, 48,9%	43,2%
Renda	2º e 3º tercil, 189, 39,4%	1º tercil, 126, 38,9%	1,8%
Escolaridade	Especialização ou +, 243, 37,5%	Até superior completo, 92, 37,0%	2,0%
Crença religiosa	Sim, 228, 32,0%	Não, 104, 48,1%	80,7%
Uso de álcool	Não, 47, 29,8%	Sim, 256, 41,0%	34,0%
Tabagismo	Sim, 125, 39,2%	Não, 215, 35,8%	11,0%
Tempo de trabalho na universidade em anos	> 2, 250, 34,4%	<= 2, 87, 44,8%	38,5%
Tempo de trabalho no setor em anos	> 1, 241, 34,0%	<= 1, 95, 46,3%	55,5%
Estresse no trabalho	2º e 3º tercil, 204, 42,2%	1º tercil, 116, 29,3%	63,1%

Assédio moral	Sim, 249, 42,6%	Não, 70, 21,4%	90,2%
---------------	-----------------	----------------	-------

### 3. Estudo piloto

O estudo piloto aconteceu com os TAEs da Universidade Federal de Pelotas, no intuito de testar e cronometrar a aplicação do questionário, bem como verificar problemas na interpretação das perguntas. O aplicador do estudo piloto foi um dos coordenadores da pesquisa em um setor com 20 TAEs.

### 4. Logística do trabalho de campo

Após o estudo piloto, foi realizado um treinamento com a equipe do CERIS para aplicação dos questionários, a fim de evitar vieses e interferências nas respostas, objetivando uma coleta dos dados de forma padronizada e fidedigna, garantindo a confidencialidade dos dados coletados. A equipe foi composta por 5 estudantes de graduação do curso de psicologia, 1 técnico do Centro de Atendimento Psicológico (CAP) da FURG e 5 estudantes de pós-graduação. A pesquisa foi coordenada pelo Prof. Lucas Neiva-Silva, do curso de Psicologia da FURG e pelo Psicólogo Lauro Miranda Demenech, técnico do Centro de Atendimento Psicológico da FURG (CAP).

Após o treinamento da equipe, foram realizadas reuniões com os diretores de cada unidade administrativa e acadêmica para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a autorização para a realização da coleta naquele setor. Nessas reuniões, foram entregues cartazes da pesquisa e indicado o Centro de Apoio Psicológico (CAP) para todos os TAEs que, ao responderem o questionário, identificassem algum problema de saúde mental. Logo após a autorização da direção e agendamento, foi iniciada a aplicação dos questionários nos TAEs. No dia da coleta de dados, inicialmente era realizada uma apresentação do projeto. Em seguida era entregue o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Os TAEs que concordaram em participar, assinaram o termo e então receberam o questionário para ser preenchido individualmente no seu próprio posto de trabalho e em sigilo. Ao final, o servidor depositava o questionário em uma urna, para não ser identificado, evitando o viés de respostas socialmente aceitas e/ou retaliações ou constrangimentos no ambiente de

trabalho. Quando não foi possível aplicar em todos os TAEs, foi agendado novo dia e horário para aplicação individual dos que faltaram. Os TAEs que não foram encontrados no primeiro contato foram procurados uma segunda vez para aplicação do questionário. Os que não foram encontrados da segunda vez, foram dados como perda. Os servidores que se recusaram a participar foram tratados como recusas.

A coleta dos dados foi realizada de outubro de 2018 a fevereiro de 2020 nas seguintes unidades acadêmicas e institutos: Centro de Ciências Computacionais (C3), Escola de Engenharia (EE), Escola de Química e de Alimentos (EQA), Faculdade de Direito (FADIR), Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Instituto de Ciências Econômicas Administrativas e Contábeis (ICEAC), Instituto das Ciências Humanas e da Informação (ICHI), Instituto de Educação (IE), Instituto de Letras e Artes (ILA), Instituto de Matemática, Estatística e Física (IMEF), Instituto de Oceanografia (IO), Pró-Reitoria de Planejamento e Administração (PROPLAD) Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESP), Pró-Reitoria de Infraestrutura (PROINFRA), Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PROGRAD), Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEP), Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC), Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE).

Em fevereiro de 2020, a coleta de dados foi interrompida, em razão da pandemia de COVID-19. Foi considerada a possibilidade de dar seguimento à coleta de dados de forma on-line, mas compreendeu-se que as variáveis investigadas, tanto de saúde física, psíquica e aspectos laborais estavam afetados pela pandemia. Isso, principalmente, porque uma das medidas para o combate da pandemia foi o isolamento social, o qual corroborou para que a população mundial interrompesse suas atividades laborais e sociais. A quarentena, as medidas de isolamento social e as diretrizes criadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) fizeram com que a FURG interrompesse as atividades presenciais em março de 2020.

A tabulação dos dados foi realizada pela mesma equipe do CERIS. A equipe de tabuladores foi instruída na utilização do software SPSS® 17.0, onde já existia uma tabela padrão, confeccionada pelos coordenadores da pesquisa, para inserção dos dados coletados.

O autor principal deste trabalho entrou nessa pesquisa em 2019, participando de parte da organização da aplicação dos questionários, da coleta e tabulação dos dados.

## 5. Números finais

Ao todo foram aplicados 351 questionários, sendo que 340 responderam de forma completa os instrumentos relacionados à sintomatologia depressiva e demais variáveis.

## 6. Cronograma

Atividade	2018										2019										2020						
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
Elaboração de projeto	X	X	X	X																							
Revisão da literatura	X	X	X	X																							
Encaminhamento ao CEPAS					X																						
Coleta dos dados						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tabulação dos dados											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 7. Custo

As despesas deste estudo ficaram a cargo do pesquisador responsável.

Descrição	Quantidade	Valor unitário em R\$	Valor total em R\$
Papel A4	3	20,00	60,00
Canetas	10	1,00	10,00
Fotocópias	6.000	0,08	480,00
Tonner para impressora	1	250,00	250,00
Pastas organizadoras	5	8,00	40,00
Urnas	2	90,00	180,00
Pranchetas	5	18,00	90,00
Total	5	18,00	90,00
Total			1.110,00

## **11. NORMAS DA REVISTA**



## Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de pesquisas sobre temas específicos considerados relevantes para a saúde pública, bem como artigos para discussão e análise do estado da arte da área e subáreas, mesmo que não diretamente relacionados ao tema central sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e tem como objetivo enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização permanente das tendências do pensamento e das práticas em saúde pública em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência e Tecnologia.

A Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada no modelo Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar, copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados reconhecidas nacional e internacionalmente.

Ao enviar seu artigo, você deve estar ciente do que é uma pré-impressão e como você deve se apresentar a este primeiro estágio da Ciência Aberta. A pré-impressão disponibiliza artigos e outras comunicações científicas imediatamente ou em paralelo com sua avaliação e validação pelos periódicos. Esse procedimento acelera a comunicação dos resultados da pesquisa, garante a autoria intelectual e permite que os autores recebam comentários que aprimorem seu trabalho antes de submetê-lo a qualquer periódico. Embora o artigo possa permanecer apenas no repositório de pré-impressão (se os autores não quiserem submetê-lo a um periódico), os periódicos continuam a exercer as funções fundamentais de validação, preservação e divulgação da pesquisa. Portanto:

(1) Você pode enviar seu artigo agora para o servidor de preprints da SciELO (<https://preprints.scielo.org>) ou outro servidor confiável. Nesse caso, será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores para verificar se o manuscrito segue os critérios essenciais quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, receberá um doi que garante sua imediata divulgação internacional.

(2) Concomitantemente, se desejar, envie para a Revista Ciência & Saúde Coletiva. Ambos os processos são compatíveis.

(3) Você poderia optar por enviar o artigo apenas para a Revista Ciência & Saúde Coletiva. O envio para o repositório de pré-impressão não é obrigatório.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada taxa de submissão de R \$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US \$ 100,00 (100 dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Esse apoio dos autores é imprescindível para financiar o custo da Revista, possibilitando a publicação com acesso universal aos leitores.

#### Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de pesquisas sobre temas específicos considerados relevantes para a saúde pública, bem como artigos para discussão e análise do estado da arte da área e subáreas, mesmo que não diretamente relacionados ao tema central sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e tem como objetivo enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização permanente das tendências do pensamento e das práticas em saúde pública em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência e Tecnologia.

A Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada no modelo Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar, copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados reconhecidas nacional e internacionalmente.

Ao enviar seu artigo, você deve estar ciente do que é uma pré-impressão e como você deve se apresentar a este primeiro estágio da Ciência Aberta. A pré-impressão disponibiliza artigos e outras comunicações científicas imediatamente ou em paralelo com sua avaliação e validação pelos periódicos. Esse procedimento acelera a comunicação dos resultados da pesquisa, garante a autoria intelectual e permite que os autores recebam comentários que aprimorem seu trabalho antes de submetê-lo a qualquer periódico. Embora o artigo possa

permanecer apenas no repositório de pré-impressão (se os autores não quiserem submetê-lo a um periódico), os periódicos continuam a exercer as funções fundamentais de validação, preservação e divulgação da pesquisa. Portanto:

(1) Você pode enviar seu artigo agora para o servidor de preprints da SciELO (<https://preprints.scielo.org>) ou outro servidor confiável. Nesse caso, será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores para verificar se o manuscrito segue os critérios essenciais quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, receberá um DOI que garante sua imediata divulgação internacional.

(2) Concomitantemente, se desejar, envie para a Revista Ciência & Saúde Coletiva. Ambos os processos são compatíveis.

(3) Você poderia optar por enviar o artigo apenas para a Revista Ciência & Saúde Coletiva. O envio para o repositório de pré-impressão não é obrigatório.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada taxa de submissão de R \$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US \$ 100,00 (100 dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Esse apoio dos autores é imprescindível para financiar o custo da Revista, possibilitando a publicação com acesso universal aos leitores.

Diretrizes para a organização das questões temáticas

Dentro da diversidade de revistas da área, a marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva é seu enfoque temático em linha com a vocação da ABRASCO de realizar estudos aprofundados, bem como promover e divulgar o debate acadêmico e a discussão entre pares sobre temas considerados importantes e relevantes e destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas estão programadas em torno de quatro modalidades de envio:

- Por Termo de Referência enviado por docentes / pesquisadores da área de saúde coletiva (de forma espontânea ou sugerida pelos Editores-Chefes) quando considerarem pertinente o aprofundamento de determinada matéria.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisas inéditas e abrangentes de relevância para a área, sobre resultados apresentados na forma de artigos dentro das diretrizes acima descritas. Nessas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública de artigos anunciados em página da revista, e coordenados por Editores Convidados. Neste caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com a sua abrangência para serem julgados pelo seu mérito por pareceristas. Trabalhos para esta modalidade somente serão aceitos se enviados para o e-mail informado na convocação.
- Por Organização Interna de Editores-Chefes internos, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deverá conter: (1) título (mesmo provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) Convidado (s); (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos propostos já com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto consistindo em uma opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão do assunto; e (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordem o tema.

Por decisão editorial, o número máximo de artigos escritos por um mesmo autor em uma edição temática não pode ser superior a três, seja como primeiro autor ou coautor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de contribuidores estrangeiros. Como em qualquer outra forma de apresentação, essas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

#### Notas sobre a política editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de publicar artigos originais, que tragam novidades e proporcionem avanço no conhecimento em Saúde Coletiva. Qualquer texto que se enquadre neste escopo é sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

1. O artigo deve tratar de questões de interesse local ou situar-se apenas no plano descritivo.
2. Em sua introdução, os autores devem deixar clara a natureza inédita da contribuição de seu artigo. Também é altamente recomendável que o autor explique detalhadamente na carta ao editor porque seu artigo é uma novidade e como ele contribui para o avanço do conhecimento.
3. A discussão dos dados deve apresentar uma análise que simultaneamente valorize a especificidade da pesquisa ou revise os achados e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
4. O artigo qualitativo deve apresentar de forma explícita análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. O texto também deve valorizar o conhecimento nacional e internacional.
5. Quanto aos artigos quantitativos, a revista prioriza os de base populacional e os oriundos de amostragem aleatória. Trabalhos que não se enquadrem na linha editorial são aqueles com amostras pequenas ou apenas descritivas de conveniência ou análises sem embasamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
6. As avaliações devem resumir o estado da arte atual e interpretar as evidências disponíveis, produzindo uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, nossa orientação é publicar apenas resenhas de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, trazendo novos conhecimentos para a Saúde Coletiva.

Nota importante - Diante do aumento exponencial da demanda da Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 trabalhos originais), todos os artigos passam por uma primeira triagem, realizada pela Editora-Chefe. A decisão de aceitá-lo ou não é baseada nas prioridades mencionadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e rica interpretação da discussão. Atualmente, apenas uma pequena proporção dos originais é encaminhada aos revisores e recebe parecer detalhado considerando esses critérios.

A revista C&SC adota as “Regras para submissão de propostas de artigos para publicação em revistas médicas”, do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, tais como a título de exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se uma análise cuidadosa do texto pelos autores.

#### Seções da publicação

Editorial: é da responsabilidade dos editores-chefes ou editores convidados e não deve conter mais de 4.000 caracteres com espaços.

Artigos temáticos: devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos da pesquisa não devem ultrapassar 40.000 caracteres com espaços.

Artigos temáticos livres: devem ser de interesse da saúde pública mediante submissão gratuita de autores por meio da página do periódico. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, nomeadamente até 40.000 caracteres com espaços, com resultados de pesquisas e apresentar análises e avaliações das tendências teóricas, metodológicas e conceptuais da área.

Artigos de revisão: consistem em textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, sujeitos a métodos de análise temática teoricamente consagrada ou não solicitada, não podendo ultrapassar 45.000 caracteres com espaços.

Opinião: textos que expressam posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20.000 caracteres com espaços.

Sinopse: análise crítica de livros relacionados à área temática da saúde coletiva, publicados nos dois anos anteriores, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres incluindo os espaços. Os autores da sinopse devem incluir os detalhes completos da referência do livro no início do texto. As referências citadas ao longo do texto devem obedecer às mesmas regras dos artigos. No momento do envio da sinopse os autores deverão inserir uma reprodução em alta resolução da capa do livro em formato jpeg como um anexo no sistema.

Cartas: com depoimentos e sugestões sobre o que é publicado em números anteriores da revista (não mais de 4.000 caracteres com espaços).

Nota: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e se estende desde a palavra "introdução" até a última referência bibliográfica. O resumo e as ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

#### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser redigidos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem conter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de rodapé ou no final do artigo.
2. Os textos devem estar em espaço duplo, em Times New Roman com fonte 12, com margens de 2,5 cm, em formato MS Word e enviados apenas por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados são propriedade da revista C&SC, sendo proibida a reprodução total ou parcial dos mesmos em qualquer meio, impresso ou eletrônico, sem prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser oferecidos simultaneamente a outras revistas.

5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisas envolvendo seres humanos são de responsabilidade exclusiva dos autores e devem estar de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, conforme revisada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, utilizar ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e validade das citações são da exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, sendo às vezes exigida a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com feições gráficas (caixa alta, diminuição de margem, etc.).

9. O título deve ter no máximo 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres incluindo espaços (desde a palavra "resumo" até a última palavra-chave), que deve especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo os autores devem indicar no máximo cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, o que certamente despertará o interesse do leitor pelo artigo, e pelas palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS / MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>)

10. Na submissão de artigos para a plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha registro ORCID (Open Researcher and Contributor ID). Porém, quando o artigo for aprovado para publicação na SciELO, todos os autores deverão possuir registro no ORCID. Portanto, para os autores que ainda não o possuem, recomenda-se que o registrem e



validem no ScholarOne. Para se cadastrar no ORCID acesse o site (<https://orcid.org/>), e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) e, em seguida, em na página de Login, clique no botão Login com ORCID iD.

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na redação dos artigos de forma que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; b) redação do artigo ou revisão crítica; e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou na concepção e texto final e CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).

2. O artigo deve ter até oito autores no cabeçalho. Os demais serão incluídos no final do artigo.

#### Nomenclatura

1. As regras de nomenclatura de saúde pública / saúde comunitária, bem como as abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, devem ser rigidamente cumpridas. Abreviaturas devem ser evitadas no título e no resumo.

2. A designação completa a que uma abreviatura se refere deve preceder sua primeira aparição no texto, a menos que seja uma unidade de medida padrão.

#### Ilustrações e escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Recorde-se que a revista é impressa apenas numa cor, nomeadamente a preto, e se o material ilustrativo for a cores, será convertido para escala de cinzentos.

2. O número de materiais ilustrativos não pode ser superior a cinco por artigo, com exceções relativas a artigos de sistematização de áreas específicas de uma área temática. Nesse caso, os autores negociarão com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser produzido em formato Word ou Excel e submetido com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. As tabelas e gráficos não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

5. Gráficos e figuras podem ser produzidos em Excel, Word ou PPT. Os autores devem enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e nos formatos PDF ou JPEG, GRAY SHADES. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser submetidos em JPEG, GRAY TONES, com resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm altura x 15cm largura. A imagem original deve ser de boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se a figura original estiver comprometida. Gráficos e figuras também devem ser apresentados com títulos e fontes. As figuras e gráficos devem caber no máximo em uma página (tamanho A4, 15cm de largura x 20cm de altura, fonte tamanho 9).

6. Arquivos de imagem, como mapas ou fotos, devem ser salvos (ou exportados para) os formatos JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer caso, o material deve ser gerado e salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e no maior tamanho possível (dentro de 21 cm de altura x 15 cm de largura). Qualquer texto da figura deve ser formatado em Times New Roman, tamanho de fonte 9. As fontes e legendas também devem ser enviadas em um formato editável que permita o recurso "copiar / colar". Este tipo de figura também deve ser submetido com títulos e fontes.

7. Os autores que inserem escalas em seus trabalhos devem declarar explicitamente na carta de submissão de seus artigos se são do domínio público ou se tiveram permissão para usá-los.

#### Mensagens de Agradecimento

1. Quando incluídos, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores serão responsáveis pela obtenção da autorização escrita das pessoas indicadas nas mensagens de agradecimento, desde que os leitores possam deduzir que tais pessoas concordam com os dados e conclusões alcançados.
3. As mensagens de agradecimento pelo apoio técnico constarão de parágrafo distinto das demais modalidades de contribuição.

#### Financiamento

O RC&SC atende a Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação / Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Gabinete que estabelece a citação obrigatória da CAPES para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

#### Referências

1. As referências serão numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor deve ser citado no texto, seguido de et al.
2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF"<sup>11</sup> (p.38).

Exemplo 2: "Como avisa Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade ..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo em ordem numérica seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Os nomes de pessoas, cidades e países devem ser citados no idioma original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em revistas

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na destinação de recursos para a saúde: a experiência do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Uso de medicamentos veterinários, pesticidas e produtos químicos relacionados em ambientes aquáticos: demandas, considerações regulatórias e riscos para a saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Teste de esforço clínico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Emissão com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com atenção especial às crianças brasileiras. Cad Saude Publica 1993; 9 (Suplemento 1): 71-84.

#### 5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. Lancet 1996; 347: 1337.

Livros e outras monografias

#### 6. Pessoa

física como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

#### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, compiladores. Pesquisa qualitativa em serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

#### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de pesticidas e produtos químicos relacionados. Brasília: DILIQ / IBAMA; 2001.

#### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes aos agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É remédio ou veneno. Pesticidas, saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes em neurofisiologia clínica. Anais do 10º Congresso Internacional de EMG e Neurofisiologia Clínica, 15 a 19 de outubro de 1995, Kyoto, Japão. Amsterdã: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro da adolescência, 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. Londres: Escola de Saúde Pública; 2002

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores de escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### Outros trabalhos publicados

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos de idade. Jornal do Brasil, 31 de janeiro de 2004; p. 12

Lee G. Hospitalizações ligadas à poluição por ozônio: o estudo estima 50.000 internações por ano. The Washington Post, 21 de junho de 1996; Sect. A: 3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

HIV + / AIDS: os fatos e o futuro [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book, 1995.

#### 15. Documentos jurídicos

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços pertinentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 de setembro

## Material futuro ou não publicado

Leshner AI. Mecanismos moleculares de dependência de cocaína. N Engl J Med Forthcoming 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. Próximo 2004.

## Material eletrônico

### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. Emerg Infect Dis [jornal na Internet] 1995 Jan-Mar [citado em 5 de junho de 1996]; 1 (1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma na comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado em 12 de julho de 2004]; 67 (2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

### 17. Monografia em formato eletrônico

CDI, dermatologia clínica ilustrada [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

### 18. Programa de computador

Hemodinâmica III: os altos e baixos da hemodinâmica [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando (FL): Sistemas Educacionais Computadorizados; 1993

Os artigos serão avaliados através de Peer Review por pelo menos três consultores da área do conhecimento da investigação, de instituições de ensino e / ou investigação nacionais e estrangeiras, com comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis

sugestões, o artigo será aceito se houver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando houver dois pareceres desfavoráveis.



## **12. ARTIGO**

**Prevalência de depressão em técnicos administrativos em educação de uma  
universidade federal no extremo sul do Brasil**

Jeane da Costa Dutra<sup>1</sup>

Mariana Lima Corrêa<sup>2</sup>

Lauro Miranda Demenech<sup>3</sup>

Lucas Neiva Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal do Rio Grande

<sup>2</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina  
da Universidade Federal de Pelotas

<sup>3</sup> Centro de Atendimento Psicológico da FURG (CAP)

**Resumo:** Estudo transversal de base populacional que teve por objetivo descrever a prevalência de depressão e seus fatores associados em 340 Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do município do Rio Grande (FURG) – RS. A prevalência de depressão através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) foi 37,1%. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e multivariável, com uso de regressão de Poisson. Foram verificadas maiores probabilidades de depressão em participantes do sexo feminino (RP 1,52; IC95% 1,11; 2,08), fumantes (RP 1,62; IC95% 1,11; 2,35) e que relataram estresse alto no trabalho (RP 1,50; IC95% 1,04; 2,17). Aumento na categoria de idade ( $p < 0,001$ ) e possuir crença religiosa (RP 0,71; IC95% 0,54; 0,92) foram considerados fatores de proteção para o risco de sintomas depressivos. Estes achados corroboram com a tendência mundial do impacto progressivo da depressão na vida das pessoas, incluindo os prejuízos no trabalho, como baixo rendimento e afastamento.

**Palavras-chave:** depressão; trabalhadores; saúde mental; setor público; estudo transversal

**Abstract:** Cross-sectional population-based study that aimed to describe the prevalence of depression and its associated factors in 340 Administrative Technicians in Education (TAEs) of the Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – RS. The prevalence of depression, assessed using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), was 37.1%. Descriptive, bivariate and multivariate analysis were performed using Poisson regression. Greater probabilities of depression were found in female participants (PR 1.52; 95%CI 1.11; 2.08), smokers (PR 1.62;

95%CI 1.11; 2.35) and with higher stress at work (PR 1.50; 95%CI 1.04; 2.17). Increased age category ( $p < 0.001$ ) and religious belief (PR 0.71; 95%CI 0.54; 0.92) were considered protective factors for the risk of depressive symptoms. These findings corroborate with the worldwide trend of the progressive impact of depression on people's lives, including work impairments, such as low performance and sick leave.

**Key words:** depression; workers; mental health; public sector; cross-sectional study

## INTRODUÇÃO

Apesar do trabalho ter uma importância para o bem-estar psíquico, desde sua concepção teve uma relação direta com o sofrimento, tendo sua origem na palavra *tripalium*, do Latim, que se refere a uma espécie de tortura<sup>1</sup>. Alguns fatores que contribuem para o sofrimento laboral estão relacionados à insatisfação com a demanda, controle e apoio social no trabalho<sup>2,3</sup>, sendo que o sofrimento laboral está diretamente relacionado a sintomas depressivos.

A depressão é considerada um dos principais problemas de saúde mental no mundo, com prevalências que vão até 20% da população mundial<sup>4</sup>. Em 2015, a Organização Mundial de Saúde estimou que cerca de 322 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo<sup>5</sup>. Nas Américas, cerca de 50 milhões de pessoas vivem com depressão e, no Brasil, mais de 11,5 milhões de pessoas apresentam transtornos depressivos. O Brasil lidera os índices de depressão na América Latina, sendo o segundo das Américas e o quinto em nível mundial.

Entre 2005 e 2015 houve um aumento superior a 18% de casos de depressão no mundo e, segundo projeções, até 2020 **ser** a doença mais incapacitante ao redor do mundo<sup>5</sup>. Os transtornos de humor e comportamento, incluindo depressão, estão entre as causas mais frequentes de afastamento do trabalho, sendo que o aumento dos índices de afastamento do trabalho por estes transtornos é uma tendência mundial<sup>6, 7</sup>. Uma pesquisa realizada nos registros de licenças médicas de uma instituição federal de ensino superior do Brasil constatou que houve um aumento de 35% nos registros de licenças médicas por professores diagnosticados com transtornos mentais e do comportamento entre 2000 e 2012, sendo a depressão a mais prevalente<sup>8</sup>.

Considerando o caráter incapacitante da depressão, bem como sua contribuição para a carga global de doenças<sup>5</sup>, torna-se fundamental o conhecimento das consequências desse transtorno nos mais diversos grupos populacionais. Estudos abordando essa temática em servidores públicos são escassos, principalmente utilizando dados do sul do Brasil. Ademais, este estudo pode contribuir para o monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde nessa parcela de trabalhadores do país, identificando prioridades no desenvolvimento de medidas de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida e diminuição dos índices de afastamento do trabalho.

Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever a prevalência de depressão e seus fatores associados em Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do município do Rio Grande – RS, Brasil.

## **METODOS**

### **Delineamento e participantes**

Estudo observacional do tipo transversal realizado com Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do Rio Grande – RS, Brasil. Foram incluídos no estudo os TAEs que estavam alocados no **campus Carreiros** da universidade. Foram considerados como critérios de exclusão: afastamento do cargo no momento da coleta de dados e presença de dificuldade ou incapacidade de responder aos questionários adequadamente devido a uma deficiência física ou cognitiva.

### **Amostragem e cálculo amostral**

Foram realizados dois cálculos amostrais utilizando o software Epi Info 7. O primeiro cálculo foi conduzido para mensurar o número necessário de respondentes para que fossem estimados com poder estatístico suficiente (80%) a prevalência dos desfechos estudados. O tamanho da população-alvo estimado para o ano de 2019 foi de 782 TAEs alocados no *campus Carreiros*<sup>9</sup>.

A partir da revisão da literatura, estudos que mediram sintomas depressivos entre

trabalhadores utilizando o mesmo instrumento que a presente pesquisa (PHQ-9) apontaram proporções de indivíduos com sintomas depressivos que variam entre 18% e 38,6%<sup>10, 11, 12, 13, 14, 15</sup>. Dessa forma, a expectativa de prevalência de depressão nessa amostra era de aproximadamente 30,0%. Portanto, considerando uma margem de erro aceitável de 4 pontos percentuais e um nível de significância de 5%, a amostra final foi estimada em um mínimo de 307 participantes. O segundo cálculo foi conduzido para avaliar o tamanho necessário de amostra para medir associações estatisticamente significativas. Para tal, foram usados os parâmetros razão exposto-não exposto 2:1, razão de prevalência de 3,0, Poder de 80%, nível de significância de 5%, sendo acrescidos 10% para perdas e recusas e 15% para controle de confundidores. Dessa forma, faz-se necessário **amostrar 424 indivíduos**.

A amostragem foi feita de forma estratificada por unidades acadêmicas e administrativas da universidade. Essa estratégia foi adotada para garantir a representatividade de todos os setores da instituição. Assim, cada unidade foi visitada em dia e horário previamente combinado com a chefia local, incluindo todos os turnos de funcionamento do setor. Todos os indivíduos elegíveis que estavam presentes no momento da coleta de dados foram convidados para participar. Todas as unidades foram visitadas pelo menos duas vezes.

## Instrumentos, variáveis e logística

A coleta dos dados foi realizada de outubro de 2018 a fevereiro de 2020, tendo sido interrompida em razão da suspensão das atividades presenciais em decorrência da pandemia da COVID-19. Foi aplicado um questionário fechado, impresso e autoaplicável com o objetivo de coletar indicadores de saúde mental e bem-estar, como aspectos demográficos, socioeconômicos e laborais, entre os Técnicos-Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do Rio Grande – FURG - RS, Brasil. A equipe recebeu treinamento para coleta de dados, a fim de evitar vieses e interferências nas respostas.

Os diretores de cada unidade foram contatados para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a autorização para a realização da coleta naquele setor. Após a autorização da direção e agendamento, foi iniciada a aplicação dos questionários nos TAEs. Os TAEs que não foram encontrados no primeiro contato foram procurados uma segunda vez para aplicação do questionário; aqueles que não foram encontrados da segunda vez, foram considerados perdas.

O rastreio de sintomatologia depressiva foi realizado através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). O ponto de corte foi definido em 9 pontos, conforme estudo de validação da versão brasileira do PHQ-9 (Santos *et al*, 2013). Sendo assim, pontuação  $\geq 9$  foi considerado como tendo depressão. Por possuir poucas questões, o PHQ-9 é de rápida aplicação, sendo amplamente utilizado em pesquisas populacionais. Neste artigo, por uma



questão de acessibilidade ao leitor e busca por descritores, a “sintomatologia depressiva” será substituída pelo termo “depressão”.

As variáveis independentes sociodemográficas e as laborais que avaliam o tempo de trabalho no setor e na universidade foram coletadas através de um questionário padronizado. O uso de álcool e tabaco foram avaliados por questões adaptadas do modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde para avaliação de uso de substâncias em inquéritos<sup>16</sup>. O uso de álcool foi avaliado pela questão que avalia o uso de álcool nos últimos 30 dias. O tabagismo foi categorizado em “não fumante”, “fumante” e “ex-fumante”, em que fumantes foram aqueles que fumaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias; e ex-fumantes foram aqueles que não fumaram nos últimos 30 dias, mas fumaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

O estresse no trabalho foi avaliado com a *Job Stress Scale*<sup>17</sup>, traduzida e validada para pesquisas com amostras brasileiras<sup>18</sup>. A escala é dividida em três subescalas: demanda, controle, apoio social (suporte). Neste estudo, os resultados foram apresentados em tercís, divididos em Alto, Médio e Baixo.

O assédio moral foi avaliado através do Questionário de Atos Negativos Revisado, versão reduzida (QAN-R), composto por 22 itens. O instrumento original, *Negative Acts Questionnaire- Revised*<sup>19</sup> foi traduzido e validado para pesquisas no Brasil<sup>20</sup>.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada no *software Stata*® 14.0. Em um primeiro momento, foi realizada análise descritiva das características da amostra. Após, foi conduzida análise multivariada através de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, através de um modelo hierárquico de análise (Figura 1) para o controle de fatores de confusão<sup>21</sup>. Foi considerado um  $p < 0,20$  para as variáveis permanecerem no modelo, através do método *backward*. O nível de significância adotado foi de 5%.

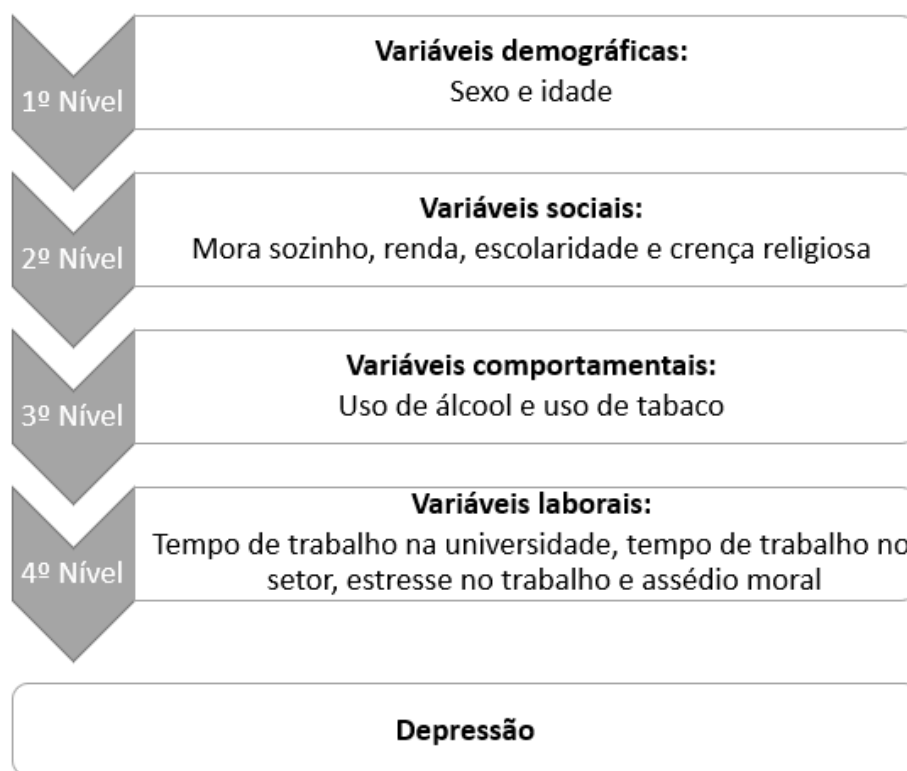


Figura 1 - Modelo Conceitual de Análise

#### Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, sob o número de registro 93342518.4.0000.5324. Todos os

TAEs que concordaram em participar assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A pesquisa contou com um total de 351 participantes. 340 indivíduos responderam adequadamente ao instrumento de rastreio de depressão. A prevalência geral de depressão foi 37,1%. A Tabela 1 mostra a descrição da amostra de acordo com as variáveis independentes.

Dentre os participantes, a maioria era do sexo feminino (59,5%), 42,1% tinham entre 30 e 39 anos, 13,9% moravam sozinhos, 40,0% tinham uma renda individual variando entre R\$ 496,00 e R\$ 4.000,00, 36,7% tinham mestrado ou mais, 68,7% tinham uma crença religiosa, 84,5% relataram fazer uso de álcool no último mês e 9,7% faziam uso de tabaco. Quanto às variáveis laborais, 29,4% tinham de 3 a 6 anos de tempo de trabalho na universidade, 28,3% tinham até 1 ano de tempo de trabalho no setor, 29,1% apresentaram alto nível de estresse no trabalho e 78,1% relataram já ter sofrido assédio moral.

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com variáveis demográficas, sociais e laborais e prevalência de depressão em Técnicos-Administrativos em Educação da Universidade Federal do Rio Grande (N=340). Rio Grande do Sul, Brasil - 2020.

Variável	N (%)	Prevalência	p (x <sup>2</sup> )
Depressão (N=340)			
Sim	126 (37,1)		
Não	214 (62,9)		
Sexo (N=333)			0,002
Feminino	198 (59,5)	44,4%	
Masculino	135 (40,5)	27,4%	
Idade (N=337)			< 0,001
20 a 29 anos	42 (12,5)	50,0%	
30 a 39 anos	142 (42,1)	44,4%	

40 a 49 anos	91 (27,0)	34,1%	
>= 50 anos	62 (18,4)	17,7%	
Mora sozinho (N=339)			0,072
Sim	47 (13,9)	48,9%	
Não	292 (86,1)	35,3%	
Renda (N=315)			0,015
1 (496,00 a 4.000,00)	126 (40,0)	38,9%	
2 (4.000,01 a 5.700,00)	84 (26,7)	51,2%	
3 (5.700,01 a 30.000,00)	105 (33,3)	30,5%	
Escolaridade (N=335)			0,015
Até superior completo	92 (27,5)	37,0%	
Especialização	120 (35,8)	28,3%	
Mestrado ou mais	123 (36,7)	46,3%	
Crença religiosa (N=330)			0,005
Sim	228 (68,7)	32,0%	
Não	104 (31,3)	48,1%	
Uso de álcool (N=303)			0,147
Sim	256 (84,5)	41,0%	
Não	47 (15,5)	29,8%	
Tabagismo (N=340)			0,360
Não fuma	215 (63,2)	35,8%	
Fumante	33 (9,7)	48,5%	
Ex-fumante	92 (27,1)	35,9%	
Tempo de trabalho na universidade em anos (N=337)			0,007
0 a 2	87 (25,8)	44,8%	
3 a 6	99 (29,4)	42,4%	
7 a 11	71 (21,1)	38,0%	
12 a 44	80 (23,7)	21,3%	
Tempo de trabalho no setor em anos (N=336)			0,003
0 a 1	95 (28,3)	46,3%	
2 a 4	91 (27,1)	41,8%	
5 a 9	78 (23,2)	38,5%	
10 a 40	72 (21,4)	19,4%	
Estresse no trabalho (N=320)			0,040
Baixo (10 a 24)	116 (36,2)	29,3%	
Médio (25 a 28)	111 (34,7)	38,7%	
Alto (29 a 40)	93 (29,1)	46,2%	
Assédio moral (N=318)			0,001
Sim	249 (78,1)	21,4%	
Não	70 (21,9)	42,6%	

A Tabela 2 mostra os resultados das análises bruta e ajustada. Após análise ajustada, mantiveram-se associadas as variáveis sexo, idade, crença religiosa, tabagismo e estresse no

trabalho. Dessa forma, ser do sexo feminino aumentou o risco de depressão em 52% em relação ao sexo masculino (RP = 1,52; IC95% 1,11 - 2,08). A idade apresentou uma tendência significativa, onde verificou-se maior risco para depressão conforme menor a idade do participante (RP = 0,37; IC95% 0,20 – 0,67). Ter uma crença religiosa foi considerado fator de proteção para o risco de depressão, que foi 29% menor em relação a quem não tem uma crença religiosa (RP = 0,71; IC95% 0,54 – 0,92). Em relação ao uso de tabaco, fumantes tiveram um risco 62% maior de ter sintomas depressivos quando comparados aos não fumantes (RP = 1,62; IC95% 1,11 – 2,35). Por fim, os participantes com estresse alto tiveram um risco para sintomas depressivos 50% maior em relação aos que apresentaram estresse baixo (RP = 1,50; IC95% 1,04 – 2,17).

Tabela 2. Análise bruta e ajustada entre sintomas depressivos e as variáveis independentes. Análise conduzida com quatro níveis hierárquicos, através de Regressão de Poisson. População de Técnicos-Administrativos em Educação da Universidade Federal do Rio Grande (N= 340). Rio Grande do Sul, Brasil - 2020.

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>Análise bruta RP (IC95%)</b>	<b>Análise ajustada RP (IC95%)</b>
Sexo (N=333)		p=0,003	p=0,010
Feminino	59,5	1,62 (1,18; 2,23)	1,52 (1,11; 2,08)
Masculino	40,5	1	1
Idade (N=337)		p=<0.001 <sup>1</sup>	p=<0.001 <sup>1</sup>
20 a 29 anos	12,5	1	1
30 a 39 anos	42,1	0,89 (0,62; 1,27)	0,84 (0,60; 1,19)
40 a 49 anos	27,0	0,68 (0,45; 1,03)	0,65 (0,44; 0,97)
>= 50 anos	18,4	0,36 (0,19; 0,66)	0,37 (0,20; 0,67)
Mora sozinho (N=339)		p=0,053	p=0,074
Sim	13,9	1	1
Não	86,1	1,39 (1,00; 1,93)	1,33 (0,97; 1,82)
Renda (N=315)		p=0.014 <sup>2</sup>	p=0.025 <sup>2</sup>
1 (496,00 a 4.000,00)	40,0	1	1
2 (4.000,01 a 5.700,00)	26,7	1,32 (0,97; 1,78)	1,36 (0,97; 1,92)
3 (5.700,01 a 30.000,00)	33,3	0,78 (0,55; 1,13)	0,87 (0,58; 1,28)
Escolaridade (N=335)		p=0,019 <sup>2</sup>	p=0.096 <sup>2</sup>
Até superior completo	27,5	1	1

Especialização	35,8	0,77 (0,52; 1,14)	0,79 (0,53; 1,19)
Mestrado ou mais	36,7	1,25 (0,90; 1,74)	1,14 (0,78; 1,66)
Crença religiosa (N=330)		p=0,003	p=0,011
Sim	68,7	0,66 (0,50; 0,87)	0,71 (0,54; 0,92)
Não	31,3	1	1
Uso de álcool (N=303)		p=0,176	p=0,437
Sim	84,5	1	1
Não	15,5	1,38 (0,87; 2,19)	1,19 (0,77; 1,85)
Tabagismo (N=340)		p=0,301 <sup>2</sup>	p=0,037 <sup>2</sup>
Não fuma	63,2	1	1
Fumante	9,7	1,35 (0,91; 2,01)	1,62 (1,11; 2,35)
Ex-fumante	27,1	1,00 (0,72; 1,39)	1,06 (0,77; 1,46)
Tempo de trabalho na universidade em anos (N=337)		p=0,002 <sup>1</sup>	p=0,846 <sup>1</sup>
0 a 2	25,8	1	1
3 a 6	29,4	0,95 (0,68; 1,31)	1,00 (0,67; 1,51)
7 a 11	21,1	0,85 (0,58; 1,24)	1,19 (0,71; 1,99)
12 a 44	23,7	0,48 (0,30; 0,78)	0,93 (0,48; 1,80)
Tempo de trabalho no setor em anos (N=336)		p=<0,001 <sup>1</sup>	p=0,137 <sup>1</sup>
0 a 1	28,3	1	1
2 a 4	27,1	0,89 (0,65; 1,23)	0,83 (0,60; 1,16)
5 a 9	23,2	0,82 (0,58; 1,17)	0,86 (0,57; 1,28)
10 a 40	21,4	0,42 (0,25; 0,70)	0,65 (0,37; 1,15)
Estresse no trabalho (N=320)		p=0,011 <sup>1</sup>	p=0,030 <sup>1</sup>
Baixo (10 a 24)	36,2	1	1
Médio (25 a 28)	34,7	1,32 (0,92; 1,91)	1,20 (0,84; 1,73)
Alto (29 a 40)	29,1	1,58 (1,10; 2,26)	1,50 (1,04; 2,17)
Assédio moral (N=318)		p=0,004	p=0,111
Sim	78,1	2,00 (1,24; 3,20)	1,51 (0,91; 2,49)
Não	21,9	1	1

<sup>1</sup> p de tendência. <sup>2</sup> p de heterogeneidade.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de depressão foi de 37,1%, um percentual elevado quando comparado a estudos anteriores que utilizaram o instrumento de rastreamento de sintomas depressivos PHQ-9, entre 18% e 38,6%<sup>14,13</sup>. Este valor está de acordo com outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento no Brasil. Um estudo no estado de São Paulo com 2.940 trabalhadores de atenção primária estimou uma prevalência de 36,3% de sintomas

depressivos<sup>9</sup>. Outro estudo nos estados do Pará e Amapá estimou uma prevalência de 32% de sintomas depressivos em 1.046 bancários<sup>11</sup>.

Em relação ao sexo, vários estudos demonstram que a prevalência de sintomas depressivos é maior nas mulheres em relação aos homens<sup>22, 23, 3</sup>. Um estudo com 3.010 trabalhadores Chilenos demonstrou que a prevalência de sintomas depressivos foi maior nas mulheres (15%) do que nos homens (5%)<sup>24</sup>. Estudos demonstram que homens e mulheres enfrentam condições diferenciadas em relação ao trabalho. As **mulheres tendem a receber salários menores**, tratamentos diferentes de colegas e superiores, altas demandas devido a exigências além do trabalho, além de questões biológicas<sup>24</sup>. Essas e outras questões evidenciam a maior exposição do sexo feminino ao risco de sintomas depressivos.

Com relação à idade, verificou-se maior proteção para sintomas depressivos conforme maior a idade do participante. O maior risco para sintomas depressivos em pessoas de menor idade está de acordo com alguns estudos<sup>22, 25</sup>. Estudos na população geral apontam para uma maior prevalência de depressão nas faixas etárias mais altas, no entanto o aumento de casos em jovens é uma preocupação mundial<sup>5</sup>. No ambiente de trabalho público, com estabilidade em longo prazo, pessoas mais jovens poderiam estar mais vulneráveis a fatores de risco para depressão, enquanto as de maior idade estariam mais preparadas para lidar com esses mesmos fatores<sup>22</sup>.

A escolaridade perdeu a significância após o ajuste para fatores de confusão. Estudos na população geral demonstram que o risco para depressão é maior quanto menor for a escolaridade. Em estudos com populações de trabalhadores, dependendo do nível de instrução exigido na instituição ou cargos, os resultados podem ser enviesados, pois a maioria da população estudada pode estar em um nível de escolaridade mais alta.

Os participantes que possuíam crença religiosa tiveram um risco 29% menor para sintomas depressivos em relação a quem não tinha uma crença religiosa. Não foram encontrados artigos que avaliassem a associação entre crença religiosa com depressão entre trabalhadores. No entanto, alguns estudos apontam associação entre religiosidade e saúde mental. Um estudo no Brasil com 552 trabalhadores de uma universidade pública encontrou uma associação estatisticamente significativa entre Suspeição para Transtornos Mentais e religião<sup>26</sup>. O sofrimento psíquico é um dos motivos que levam as pessoas a buscarem uma religiosidade, em busca de conforto e apoio social. As religiões tendem a dar algum sentido para os sofrimentos, bem como o auxílio para vivenciá-los<sup>26</sup>.

O uso de álcool (no último mês) não teve diferença significativa para risco de depressão neste estudo. Apenas 47 pessoas relataram não fazer uso de álcool, o que pode ter afetado no poder para inferir essa associação. Estudos demonstram que o uso de álcool é um fator de risco para sintomas depressivos<sup>25</sup>. Sugere-se que futuros estudos possam avaliar mais detalhadamente o



padrão de uso do álcool, e possíveis prejuízos, para avaliar a possível associação com depressão em trabalhadores.

Fazer uso de tabaco foi associado a um maior risco para sintomas depressivos, corroborando com outros estudos. Um estudo com trabalhadoras Coreanas detectou que os fumantes atuais eram significativamente mais propensos a ter depressão (OR = 1,55; IC 95% = 1,01, 2,38)<sup>27</sup>.

A direção da associação prospectiva entre tabagismo e depressão é inconsistente na literatura, não sendo conclusivo se o tabagismo leva à depressão ou indivíduos com sintomas depressivos acabam se tornando fumantes<sup>28</sup>. Apesar de alguns estudos apontarem o tabagismo como fator de proteção<sup>15</sup>, essa é uma estratégia de enfrentamento paliativa, pois pode atenuar momentaneamente os sintomas depressivos, mas não evita, nem combate os fatores desencadeantes da depressão. Uma revisão sistemática de 852 artigos identificou três mecanismos primários que estão por trás do tabagismo persistente entre fumantes deprimidos: baixo afeto positivo, alto afeto negativo e comprometimento cognitivo, propondo que fumantes deprimidos experimentam maiores aumentos no valor esperado de fumar em face desses três estados motivacionais<sup>29</sup>.

O estresse alto no trabalho foi associado a um maior risco para sintomas depressivos. Diversos estudos relacionam o estresse no trabalho com maior risco para sintomas depressivos<sup>30, 24, 22, 31, 9, 32, 15, 33, 25, 34, 27, 35</sup>. Um estudo com 4.833 trabalhadoras nas áreas de manufatura, finanças e serviços da Coreia evidenciou que o estresse no trabalho aumenta 2,58 vezes a chance para

sintomas depressivos (OR = 3,58, IC 95% = 3,06-4,21)<sup>36</sup>. Na Nigéria, um estudo com 309 trabalhadores da saúde demonstrou que pessoas com alta demanda psicológica tem duas vezes mais chances para sintomas depressivos (ORa = 3,0, IC 95% = 1,1-8,3) e pessoas com baixo suporte social no trabalho têm 3,7 vezes mais chance para sintomas depressivos (ORa = 4,7, IC 95% = 1,2-12,8)<sup>3</sup>. No Brasil, em estudo com 158 trabalhadores de linhas de alta tensão, o grupo de trabalhadores com baixa recompensa apresentou prevalência de depressão 6,2 vezes maior do que o grupo com alta recompensa<sup>2</sup>.

Como pontos fortes, destaca-se o uso de um instrumento padronizado e amplamente utilizado para rastreio de sintomas depressivos no Brasil e no mundo, além da contribuição para a literatura de uma população pouco estudada. Como limitações, destaca-se que a pesquisa foi interrompida precocemente devido à pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), ocasionando uma redução da amostra, que pode ter levado a menor poder estatístico para algumas associações. Estudos de prevalência permitem descrever a ocorrência e distribuição do desfecho e sua associação com outras variáveis, mas não permite inferir causalidade. O viés de causalidade reversa é um risco a ser considerado para algumas variáveis do estudo como estresse e uso de tabaco. O questionário autoaplicável está sujeito a vieses e interferências nas respostas, assim como o não preenchimento de algumas questões. A exclusão de trabalhadores afastados por questões de saúde pode ter influenciado na prevalência de sintomas depressivos, com uma possível subnotificação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prevalência de sintomatologia depressiva de 37,1% foi alta quando comparada a outros estudos com trabalhadores. Os resultados demonstram que os fatores independentemente associados a maior risco de sintomas depressivos foram ser do sexo feminino, ser fumante e estresse alto no trabalho. Porém, conforme maior a idade e possuir uma crença religiosa são fatores que podem proteger o indivíduo do desenvolvimento de depressão.

Estes achados corroboram com a tendência mundial do impacto progressivo da depressão na vida das pessoas, incluindo os prejuízos no trabalho, como baixo rendimento e afastamento. Atualmente no Brasil, a diminuição drástica de investimentos na área da educação, com a redução de servidores e a conseqüente sobrecarga laboral são preocupantes. Em um país que almeja alcançar uma boa qualidade do ensino, é essencial oferecer boas condições de trabalho para seus servidores. Isso ressalta a importância de políticas públicas em diferentes instâncias direcionadas para a saúde mental e bem-estar psicológico dos servidores da área da educação.

## **REFERÊNCIAS**

- 1 Oliveira NT. Somatização e sofrimento no trabalho. Revista Virtual Textos & Contextos 2003.
- 2 De Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Koifman S, Porto LA. Depression in high voltage power line workers. Revista Brasileira de Epidemiologia 2012, 235-245.

- 3 Obi IE, Aniebue PN, Okonkwo K, Okeke TA, Ugwunna N. Prevalence of depression among health workers in Enugu, South East Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2015; 18(3):342-7.
- 4 Motta CC, Moré CLOO, & Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 911-920.
- 5 World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva 2017.
- 6 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* 2012.
- 7 Fonseca RMC, Cartotto MS. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário o estado do Rio Grande do Sul. *Psicologia em Pesquisa* 2011; 117-125.
- 8 Silva PE. Adoecimento e sofrimento de professores universitários: dimensões e ético-políticas. *Psicologia: Teoria e Prática* 2015; 17:61-71.
- 9 Universidade Federal do Rio Grande – FURG. *Anuário* 2017, v. 1, p. 1-468.
- 10 Da Silva AT, Lopes CS, Susser E, Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health* 2016; 106 (11): 1990-1997.
- 11 Valente MS, Menezes PR, Pastor-Valero M, Lopes CS. Depressive symptoms and psychosocial aspects of work in bank employees. *Occup Med (Lond)* 2016; 54-61.

12 Fitch TJ, Moran J, Villanueva G, Sagiraju HKR, Quadir MM, Alamgir H. Prevalence and risk factors of depression among garment workers in Bangladesh. *Int J Soc Psychiatry*. 2017; 244-254.

13 Tran BX, Vu GT, Pham KTH, Vuong QH, Ho MT, Vuong TT, Nguyen HT, Nguyen CT, Latkin CA, Ho CSH, Ho RCM. Depressive Symptoms among Industrial Workers in Vietnam and Correlated Factors: A Multi-Site Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(9):1642.

14 Pavičić Žeželj S, Cvijanović PO, Mika F, Stamenković S, Mahmutović VS, Šabanagić HS. Symptoms among Industrial Workers in Vietnam and Correlated Factors: A Multi-Site Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(9):1642.

15 Do HN, Nguyen AT, Nguyen H, Bui TP, Nguyen QV, Tran N, Nguyen LH, Pham HQ, Ha GH, Hoang CL, Tran BX, Latkin CA, Ho R, Ho C. Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Mental Health Service Use of Industrial Workers: Evidence from Vietnam. *International journal of environmental research and public health* 2020; 2929.

16 World Health Organization. A methodology for student drug-use surveys. Geneva 1980; 55p.

17 Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* 1996; 1:9-26.

18 Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública* 2004; 164-171.

19 Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and Harassment at Work and Their Relationships to Work Environment Quality: An Exploratory Study. *European Work and Organizational Psychologist* 1994; 381-401.

20 Maciel RH, Gonçalves RC. Pesquisando o assédio moral: a questão do método e a validação do Negative Acts Questionary (NAQ) para o Brasil. In L. A. P. Soboll 2008; 167-185.

21 Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997 Feb;26(1):224-7.

22 Carvalho RB. Fatores de risco psicossocial do trabalho associados ao adoecimento psíquico dos motoristas de ônibus urbano. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 2015.

23 Oliveira Santana BR, Barros AO, Rebello de Matos RMP, Pimentel D. Depressive disorders as cause of absenteeism among public sector health care workers in Sergipe, Brazil, from 2009 to 2017. *Rev Bras Med Trab* 2020; 346-354.

24 Ansoleaga E, vezina M, Montano R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cad. Saúde Pública* 2014; 107-118.

25 James C, Tynan R, Roach D, Leigh L, Oldmeadow C, Rahman M, Kelly B. Correlates of psychological distress among workers in the mining industry in remote Australia: Evidence from a multi-site cross-sectional survey. *PLoS One* 2018; 13(12):e0209377.

26 Guimarães LAM, MartinsII DA, GrubitsIII S, Caetano D. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Rev. bras. saúde ocup.* 2006; 7-18.

27 Lee KJ, Kim JI. Relating Factors for Depression in Korean Working Women: Secondary Analysis of the Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2015; 9(3):265-70.

28 Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res.* 2017; 3-13.

29 Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction.* 2017 Mar;112(3):401-412.

30 Al-Maskari F, Shah SM, Al-Sharhan R, Al-Haj E, Al-Kaabi K, Khonji D, Schneider JD, Nagelkerke NJ, Bernsen RM. Prevalence of depression and suicidal behaviors among male migrant workers in United Arab Emirates. *J Immigr Minor Health* 2011; 13(6):1027-32.

31 Charoenpaitoon S, Jirapongsuwan A, Sangon S, Sativipawee P, Kalampakomrn S. Factors associated with depression among Thai female workers in the electronics industry. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 Suppl 6:S141-6.

32 De Araújo TM, Siegrist J, Moreno AB, de Jesus Mendes da Fonseca M, Barreto SM, Chor D, Griep RH. Effort-Reward Imbalance, Over-Commitment and Depressive Episodes at Work: Evidence from the ELSA-Brasil Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(17):3025.

33 Hwang WJ, Kim JA, Rankin SH. Depressive Symptom and Related Factors: A Cross-Sectional Study of Korean Female Workers Working at Traditional Markets. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(12):1465.

34 Kasemy ZA, Salama AA, Abo Salem ME, Negm N. Factors related to depression symptoms among working women in Menoufia, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2016; 91(4):163-168.

35 Minh KP. Work-related depression and associated factors in a shoe manufacturing factory in Haiphong City, Vietnam. *Int J Occup Med Environ Health* 2014; 27(6):950-8.



36 Cho HS, Kim YW, Park HW, Lee KH, Jeong BG, Kang YS, Park KS. The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. *Ann Occup Environ Med.* 2013; 25(1):12.

## **13. NOTA À IMPRENSA**

## **PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Jeane da Costa Dutra, Mariana Lima Corrêa, Lucas Neiva Silva.

O Centro de Estudos sobre Risco e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CERIS/FURG), em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP/FURG), com apoio da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP/FURG) e do Sindicato do Pessoal Técnico-Administrativo da FURG (APTAFURG), realizou um consórcio de pesquisa coordenado pelo professor Dr. Lucas Neiva-Silva para investigar a saúde e bem-estar físico e mental dos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da universidade.

A pesquisa contou com um total de 340 participantes; destes, 37,1% apresentaram depressão. O maior risco de depressão esteve associado a ser do sexo feminino, fumante e apresentar estresse alto no trabalho. Porém, conforme maior a idade e possuir uma crença religiosa são fatores que podem proteger o indivíduo do desenvolvimento de depressão.

O impacto dos transtornos depressivos na vida e, conseqüentemente, no trabalho das pessoas é um problema de saúde pública. Estes achados são resultado da dissertação de mestrado do aluno Jeane da Costa Dutra do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FURG, sob orientação do professor Dr. Lucas Neiva-Silva.

Estes achados corroboram com a tendência mundial do impacto progressivo da depressão na vida das pessoas, incluindo os prejuízos no trabalho, como baixo rendimento e afastamento. Isso ressalta a importância de políticas públicas em diferentes instâncias direcionadas para a saúde mental e bem-estar psicológico dos servidores da área da educação.

## **14. ANEXOS**

## 14.1. ANEXO 1 – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

### BLOCO H – SINTOMAS DEPRESSIVOS

Agora vamos fazer perguntas sobre como você tem se sentido **nas últimas duas semanas**.

- H1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H7. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H8. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H9. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias
- H10. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?  
(0) Nenhum dia (2) Uma semana ou mais  
(1) Menos de uma semana (3) Quase todos os dias

## **15. APÊNDICES**

## 15.1. APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO COMPLETO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG  
CENTRO DE ESTUDOS SOBRE RISCO E SAÚDE – CERIS



### PESQUISA: SAÚDE E BEM-ESTAR DO SERVIDOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Versão 1

#### INSTRUÇÕES GERAIS:

- Este questionário pretende coletar informações sobre questões gerais de saúde física, psíquica e laboral.
- As respostas são **confidenciais** e o preenchimento é **individual**. Contamos com a sua colaboração e sinceridade.
- O questionário será constituído em sua maior parte por questões de múltipla escolha nas quais você deve marcar com um "X" a alternativa que mais se enquadra com a sua resposta.
- Em algumas das perguntas é possível marcar mais de uma alternativa. Quando isso ocorrer, será indicado na própria questão.

#### BLOCO A – CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

A1. Sexo:

(0) Masculino (1) Feminino

A2. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

A3. Idade: \_\_\_\_\_ anos.

A4. Cidade em que você nasceu: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

A5. Qual cidade você mora atualmente? \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

A6. Qual cidade você morava antes de assumir seu cargo na FURG? \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

A7. Qual o seu peso atual? \_\_\_ \_\_\_ (Kg)

A8. Qual a sua altura? \_\_\_ \_\_\_ (cm)

A9. Qual a sua situação atual de relacionamento conjugal?

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| (0) Solteiro(a) / Sem relação conjugal | (3) Casado(a)                    |
| (1) Namorando                          | (4) Separado(a) ou desquitado(a) |
| (2) Tem companheiro(a) / "Vive junto"  | (5) Viúvo(a)                     |

A10. Como você se classifica em termos de cor de pele?

- |            |                   |
|------------|-------------------|
| (0) Branca | (2) Parda         |
| (1) Preta  | (3) Amarela       |
|            | (4) Outras: _____ |

A11. Com quantas pessoas você mora? \_\_\_\_\_ (pessoas)

A12. Com quem você mora? (**caso necessário, marque mais de uma resposta**)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| (0) Sozinho                                    | (3) Cônjuge/companheiro/namorado (a) |
| (1) Com os pais, padrasto/madrasta ou parentes | (4) Amigos                           |
| (2) Com filhos                                 |                                      |

A13. Você professa alguma religião?

(0) Não → **PULE PARA A QUESTÃO A15**

(1) Sim

A14. Qual a sua religião?

(1) Católica

(4) Judaica

(7) Outra: \_\_\_\_\_

(2) Espírita

(5) Umbanda/candomblé

(3) Evangélica

(6) Budista

A15. Que importância a religião tem na sua vida?

(0) Máxima

(3) Pouca

(1) Muita

(4) Nenhuma

(2) Mais ou menos importante

A16. **Não contando situações** como casamento, batizado e enterros, com que frequência você tem frequentado os serviços, cultos ou atividades religiosas?

(0) Nunca

(3) Semanalmente

(1) Anualmente

(4) Diariamente

(2) Mensalmente

A17. Somando todas as suas fontes financeiras, qual foi a **SUA RENDA NO ÚLTIMO MÊS?**

R\$: \_\_\_\_\_.

A18. Somando a sua renda com a das pessoas da sua família que moram com você, qual foi a **RENDA FAMILIAR TOTAL NO ÚLTIMO MÊS?**

R\$: \_\_\_\_\_.

A19. Qual o **seu** grau de instrução?

(0) Não frequentou escola

(4) 2º grau completo

(8) Mestrado

(1) 1º grau incompleto

(5) Ensino superior incompleto

(9) Doutorado

(2) 1º grau completo

(6) Ensino superior completo

(3) 2º grau incompleto

(7) Especialização

A20. Qual o grau de instrução do seu **pai**?

(0) Não frequentou escola

(4) 2º grau completo

(8) Mestrado

(1) 1º grau incompleto

(5) Ensino superior incompleto

(9) Doutorado

(2) 1º grau completo

(6) Ensino superior completo

(10) Não conheci/morreu cedo

(3) 2º grau incompleto

(7) Especialização

A21. Qual o grau de instrução da sua **mãe**?

(0) Não frequentou escola

(4) 2º grau completo

(8) Mestrado

(1) 1º grau incompleto

(5) Ensino superior incompleto

(9) Doutorado

(2) 1º grau completo

(6) Ensino superior completo

(10) Não conheci/morreu cedo

(3) 2º grau incompleto

(7) Especialização

## BLOCO B – DADOS LABORAIS

*Gostaríamos que você respondesse algumas perguntas sobre o seu trabalho. Ressaltamos que este questionário é **confidencial** e que nenhuma pessoa/instituição (chefias, colegas, Pró-Reitorias) terá acesso às informações individuais, a não ser o pesquisador responsável (e, ainda assim, sem possibilidade de identificação).*

B1. Em que ano que você entrou na FURG? \_\_\_\_\_

B2. Há quanto tempo você trabalha na FURG? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses



- B3. Qual o nível de classificação (classe) do seu cargo atual?
- (1) Classe E                      (4) Classe B                      (7) Não sei  
(2) Classe D                      (5) Classe A  
(3) Classe C                      (6) PUCRCE

B4. Em qual setor você está lotado atualmente? \_\_\_\_\_

B5. Há quantos anos você trabalha no seu setor atual? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

- B6. Atualmente, você exerce função gratificada (FG)?
- (0) Não  
(1) Sim

- B7. Você já esteve lotado em outro setor da FURG?
- (0) Não  
(1) Sim → Quantos: \_\_\_\_\_

B8. Qual a sua carga horária semanal normal: \_\_\_ horas

- B9. **No último mês**, você fez horas extras?
- (0) Não  
(1) Sim → Quantas horas? \_\_\_\_\_ horas

- B10. **No último mês**, você trabalhou fora do seu expediente de trabalho?
- (0) Não  
(1) Sim → Quantas horas? \_\_\_\_\_ horas

30.1. De que forma que você trabalhou fora do seu expediente de trabalho?

**(caso necessário, marque mais de uma resposta)**

- (1) E-mail  
(2) Ligação telefônica  
(3) Conversas por aplicativos (WhatsApp, Messenger, etc)  
(4) Outros: \_\_\_\_\_

B11. Desde que você entrou na FURG, você já teve algum acidente de trabalho, evento traumático e/ou doença relacionada ao trabalho? **(caso necessário, marque mais de uma resposta)**

- 31.1. Acidente de trabalho: (0) Não    (1) Sim, quantas vezes: \_\_\_\_  
31.2. Acidente de trajeto casa/trabalho/casa: (0) Não    (1) Sim, quantas vezes: \_\_\_\_  
31.3. Doenças relacionadas ao trabalho: (0) Não    (1) Sim, quantas vezes: \_\_\_\_  
31.4. Assalto no campus da Universidade: (0) Não    (1) Sim, quantas vezes: \_\_\_\_  
31.5. Outro evento traumático: (0) Não    (1) Sim, qual: \_\_\_\_\_

### BLOCO C – ATIVIDADE FÍSICA

Vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas, você deve saber que:

- **ATIVIDADES FÍSICAS FORTES** são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal.
- **ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS** são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido que o normal
- Em todas as perguntas sobre atividade física, responda somente sobre aquelas que duram **PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS**

***Agora gostaríamos que você pensasse apenas nas atividades feitas no seu TEMPO LIVRE (LAZER)***

- C1. Quantos dias por semana você faz caminhada em seu tempo livre?  
 \_\_\_ dias por SEMANA  
 (0) Nenhum → **PULE PARA A QUESTÃO C3**
- C2. Nos dias em que você faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos
- C3. Quantos dias por semana você faz atividades físicas **FORTES** no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.  
 \_\_\_ dias por SEMANA  
 (0) Nenhum → **PULE PARA A QUESTÃO C5**
- C4. Nos dias em que você faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos
- C5. Quantos dias por semana você faz atividades física **MODERADAS** fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.  
 \_\_\_ dias por SEMANA  
 (0) Nenhum → **PULE PARA A QUESTÃO C7**
- C6. Nos dias em que você faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos

**Agora gostaríamos que você pensasse como SE DESLOCA DE UM LUGAR A OUTRO quando este deslocamento dura pelo menos 10 minutos seguidos. Pode ser a ida e volta do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.**

- C7. Quantos dias por semana você usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?  
 \_\_\_ dias por SEMANA  
 (0) Nenhum → **PULE PARA A PERGUNTA C9**
- C8. Nesses dias, quanto tempo no total você pedala por dia?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos
- C9. Quantos dias por semana você caminha para ir de um lugar a outro?  
 \_\_\_ dias por SEMANA  
 (0) Nenhum → **PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO (BLOCO D – COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO)**
- C10. Nesses dias, quanto tempo no total você caminha por dia?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos

#### BLOCO D – COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

As próximas questões são sobre o tempo que você permanece sentado no dia-a-dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentando enquanto descansa, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus ou carro.

- D1. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos
- D2. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos

As próximas perguntas referem-se somente ao tempo que permanece sentado **NO TRABALHO**

- D3. Durante um **dia de semana**, quanto tempo no total você gasta sentado **durante o TRABALHO**?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos
- D4. Durante um **dia de final de semana**, quanto tempo no total você gasta sentado **durante o TRABALHO**?  
 \_\_\_ horas \_\_\_ minutos

#### BLOCO E – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Agora, temos algumas perguntas sobre características do seu trabalho na FURG. Por favor, marque com um “X” na alternativa que mais se encaixa com a sua resposta.

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
E1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?				
E2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)				
E3. Seu trabalho exige demais de você?				
E4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?				
E5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?				
E6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?				
E7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?				
E8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?				
E9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?				
E10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?				
E11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?				
<b>A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito do seu ambiente de trabalho na FURG</b>				
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
E12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.				
E13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.				
E14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.				
E15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.				
E16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.				
E17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.				

#### BLOCO F – COMPORTAMENTOS NEGATIVOS E CONFLITOS NO TRABALHO

Esta parte é sobre comportamentos negativos e conflitos no trabalho. Os comportamentos seguintes são, com frequência, considerados exemplos de comportamentos negativos no local de trabalho. Marque com um "X" no número que melhor corresponde à sua experiência **NOS ÚLTIMOS SEIS MESES**.

1 Nunca	2 De vez em quando	3 Mensalmente	4 Semanalmente	5 Diariamente
------------	-----------------------	------------------	-------------------	------------------

**Nos últimos seis meses, com que frequência você foi submetido aos seguintes atos negativos no seu trabalho?**

	Nunca	De vez em quando	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
F1. Alguém reteve informações que podem afetar o seu desempenho no trabalho?	1	2	3	4	5
F2. Foi humilhado(a) ou ridicularizado(a) em relação ao seu trabalho	1	2	3	4	5
F3. Foi obrigado(a) a realizar um trabalho abaixo do seu nível de competência	1	2	3	4	5
F4. Áreas ou tarefas de sua responsabilidade foram retiradas ou substituídas por tarefas mais desagradáveis ou mais simples	1	2	3	4	5
F5. Espalharam boatos ou rumores sobre você	1	2	3	4	5
F6. Foi ignorado(a), excluído(a) ou “colocado na geladeira”	1	2	3	4	5
F7. Foram feitos comentários ofensivos sobre a sua pessoa (isto é, sobre hábitos seus ou suas origens), suas atitudes ou sobre sua vida privada	1	2	3	4	5
F8. Gritaram com você ou você foi alvo de agressividade gratuita (ou demonstraram ter raiva de você)	1	2	3	4	5
F9. Foi alvo de comportamentos intimidativos tais como “apontar o dedo”, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloqueio de seu caminho ou passagem	1	2	3	4	5
F10. Recebeu sinais ou dicas de que você deve pedir demissão ou largar o trabalho (ou transferir-se para outra unidade)	1	2	3	4	5
F11. Foi constantemente lembrado dos seus erros e omissões	1	2	3	4	5
F12. Foi ignorado ou foi recebido com uma reação hostil quando tentou uma aproximação	1	2	3	4	5
F13. Recebeu críticas persistentes ao seu trabalho ou esforço	1	2	3	4	5
F14. Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados	1	2	3	4	5
F15. Pessoas com as quais você não tem intimidade lhe aplicaram “pegadinhas”	1	2	3	4	5
F16. Foi solicitado(a) a realizar tarefas despropositadas ou com um prazo impossível de ser cumprido	1	2	3	4	5
F17. Foram feitas alegações contra você	1	2	3	4	5
F18. Sofreu supervisão excessiva de seu trabalho	1	2	3	4	5
F19. Foi pressionado a não reclamar um direito que você tem (por exemplo, afastamento do trabalho, feriado, adicional de salário, bônus, despesas de viagem, etc.)	1	2	3	4	5
F20. Foi submetido(a) a sarcasmos ou alvo de brincadeiras excessivas	1	2	3	4	5
F21. Foi exposto a uma carga de trabalho excessiva	1	2	3	4	5
F22. Foi ameaçado(a) de violência ou abuso físico ou foi alvo de violência real	1	2	3	4	5

**Leia o seguinte trecho:**

Define-se assédio como: “uma situação em que um ou vários indivíduos, persistentemente, durante um certo período de tempo, percebe-se como alvo ou sendo submetido a atos negativos de uma ou várias pessoas, em uma situação em que a vítima do assédio tem dificuldades de se defender contra essas ações. Um único incidente não pode ser considerado assédio.”



F23. Usando a definição acima anterior, por favor, se você foi vítima de assédio no trabalho nos últimos seis meses

(0) Não → **PULE PARA O BLOCO G – SINTOMAS DE ANSIEDADE**

- (1) Sim, muito raramente (4) Sim, várias vezes por semana  
 (2) Sim, de vez em quando (5) Sim, quase diariamente  
 (3) Sim, várias vezes por mês

F24. Quando o assédio começou?

- (1) Durante os últimos 6 meses (3) Entre 1 e 2 anos atrás  
 (2) Entre 6 e 12 meses atrás (4) Mais de dois anos atrás

F25. Quantas pessoas o assediaram?

Número de homens: \_\_\_\_\_

Número de mulheres: \_\_\_\_\_

F26. Quem o assediou? (você pode marcar mais de uma categoria)

- (1) Superior(es)  
 (2) Colega(s)  
 (3) Subordinado(s)  
 (4) Cliente(s) / Estudante(s)

F27. Quantos foram assediados?

- (1) Só você  
 (2) Você e vários outros colegas  
 (3) Todos do seu grupo de trabalho

F28. Você observou ou testemunhou alguma situação de assédio sofrida por outras pessoas no seu local de trabalho nos últimos 6 meses?

- (0) Não, nunca (2) Sim, de vez em quando  
 (1) Sim, mas raramente (3) Sim, frequentemente

#### BLOCO G – SINTOMAS DE ANSIEDADE

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma **durante a última semana, incluindo hoje**, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente (Não me incomodou muito)	Moderadamente (Foi muito desagradável mas pude suportar)	Gravemente (Difícilmente pude suportar)
F1. Dormência				
F2. Sensação de calor				
F3. Tremores nas pernas				
F4. Incapaz de relaxar				
F5. Medo que aconteça o pior				
F6. Atordoado ou tonto				
F7. Palpitação ou aceleração do coração				
F8. Sem equilíbrio				
F9. Aterrorizado				
F10. Nervoso				
F11. Sensação de sufocação				





14. Dos últimos 30 dias, quantos dias você fez uso dessa substância? \_\_\_\_\_ (dias)

15. Quanto ao ato de fumar, você se considera:

(0) fumante (fuma ao menos um cigarro por dia)

(2) fumante ocasional (frequência menor que um cigarro por dia)

(1) ex-fumante (parou de fumar há mais de um mês, independente do quanto fumava)

16. Nos dias que você fuma ou fumava, em média quantos cigarros são/eram? \_\_\_\_\_ (cigarros).

17. Que idade você tinha quando começou a fumar? \_\_\_\_\_ (anos completos)

18. Há quantos anos você fuma? \_\_\_\_\_ (anos completos)

Agora gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre uso de **ÁLCOOL**. Alguns exemplos de substâncias que contém **ÁLCOOL** são: *cerveja, vodka, cachaça, vinho, uísque, etc.*

19. Você já experimentou alguma vez na sua vida **ÁLCOOL**?

(0) Não → **PULE PARA O BLOCO J – QUALIDADE DE VIDA**

(1) Sim

110. Usou **ÁLCOOL** pelo menos uma vez nos últimos 12 meses?

(0) Não → **PULE PARA O BLOCO J – QUALIDADE DE VIDA**

(1) Sim

111. Usou **ÁLCOOL** pelo menos uma vez nos últimos 30 dias?

(0) Não → **PULE PARA BLOCO J – QUALIDADE DE VIDA**

(1) Sim

112. Dos últimos 30 dias, quantos dias você fez uso dessa substância? \_\_\_\_\_ (dias)

#### BLOCO J – QUALIDADE DE VIDA

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

EXEMPLO					
Pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.



Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
J1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
J2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **O QUANTO** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
J3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
J4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
J5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
J6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
J7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
J8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
J9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **QUÃO COMPLETAMENTE** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
J10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
J11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
J12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
J13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
J14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
J15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
J16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

J17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
J18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
J19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
J20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
J21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
J22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
J23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
J24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
J25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
J26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

#### BLOCO K – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas finais acerca do questionário, da experiência de tê-lo respondido, bem como deixaremos um espaço final para que você possa escrever livremente comentários, sugestões e críticas.

K1. Caso esse questionário não fosse confidencial, você se sentiria à vontade para responde-lo?

(0) Não      (1) Sim

K2. Algumas das partes do questionário tratam de assuntos delicados, que podem mobilizar sentimentos ou emoções difíceis de lidar. Por esse motivo, apesar do caráter confidencial, você gostaria de voluntariamente se identificar, para que, dependendo dos resultados, possamos entrar em contato com você e oferecer esse suporte?

(0) Não      (1) Sim

NOME: \_\_\_\_\_  
 Desejo ser contatado(a) por:  
 ( ) e-mail: \_\_\_\_\_  
 ( ) Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

K3. Neste espaço, você poderá nos deixar comentários, sugestões e críticas

---



---



---



---



---

## 15.2. APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Rio Grande – FURG  
Centro de Estudos sobre Risco e Saúde – CERIS – ICHI – Psicologia



### Termo De Consentimento Livre e Esclarecido Do Participante

#### Pesquisa: “Saúde e Bem-Estar do Servidor da Universidade Federal do Rio Grande”

Prezado(a) servidor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um estudo que tem por objetivo investigar a saúde e bem-estar dos Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Caso aceite participar, você responderá individualmente um questionário autoaplicável, com questões sobre aspectos demográficos, atividade física, estresse no trabalho, assédio moral, sintomas de ansiedade e depressão, uso de álcool e tabaco e qualidade de vida.

Sua participação neste estudo é de livre escolha. Em qualquer momento ela poderá ser interrompida, sem necessidade de esclarecimentos ou aviso prévio e sem acarretar nenhum prejuízo a você. As informações fornecidas por você serão analisadas em conjunto com os de outros participantes e não será divulgada a identificação de nenhum usuário. Não há despesas pessoais nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Ao responder o questionário, pode surgir algum desconforto emocional, uma vez que, responder a perguntas, mesmo que simples e diretas, podem desencadear sentimentos desconfortáveis. Caso isto ocorra, você poderá ser encaminhado para atendimento psicológico gratuito no Centro de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande – CAP/FURG. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas. Você poderá ainda contatar o pesquisador responsável, Lucas Neiva-Silva, professor do curso de Psicologia da Furg (53 3293-5234 ou lucasneivasilva@gmail.com). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com os pesquisadores por um período de 5 anos.

Se você concorda em participar do estudo, por favor, preencha e assine o seguinte termo:

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos e procedimentos deste estudo, concordando em participar voluntariamente da pesquisa. Entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Assinatura do(a) PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma voluntária o consentimento livre e esclarecido do(a) participante identificado acima para a participação neste estudo.

Assinatura do(a) APLICADOR(A): \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_