

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE
NÚCLEO DE GESTÃO
CURSO: ADMINISTRAÇÃO

WENDSON BATISTA FONSECA

**A SAÚDE MENTAL E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO:
UM ESTUDO COM BANCÁRIOS NO MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE**

CARUARU/PE
2016

WENDSON BATISTA FONSECA

**A SAÚDE MENTAL E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO: UM
ESTUDO COM BANCÁRIOS NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Administração, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título
de Bacharelado em Administração.

Orientador: José Artur Muniz

CARUARU/PE
2016

Catálogo na fonte:
Bibliotecária – Simone Xavier CRB/4 - 1242

F676s Fonseca, Wendson Batista.
A saúde mental e a capacidade para o trabalho: um estudo com bancários no município de Santa Cruz do Capibaribe - PE. / Wendson Batista Fonseca. – 2016.
78f. : il. ; 30 cm.

Orientador: José Artur Muniz.
Monografia (Trabalho de conclusão de Curso) – Universidade Federal de Pernambuco, CAA, Administração, 2016.
Inclui Referências.

1. Capacidade para o trabalho. 2. Bancários. 3. Saúde mental. 4. Beck, Inventário de depressão. I. Muniz, José Artur (Orientador). II. Título.

658 CDD (23. ed.) UFPE (CAA 2016-414)

**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM
ADMINISTRAÇÃO NO CAMPUS DO AGRESTE**

Às 17 horas do dia 15 do mês de julho do ano de 2016, na sala O12, compareceu à defesa pública do Trabalho de Conclusão (TCC), requisito obrigatório à obtenção do título de BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO, o(a) aluno(a) WENDSON BATISTA FONSECA, Para apresentar o TCC intitulado “**A SAÚDE MENTAL E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO: UM ESTUDO COM BANCÁRIOS NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE**”

Constituíram a banca examinadora do TCC, o Prof. D. Sc. Sandro Valença (examinador), o Prof. M.Sc. Francisco Ricardo Bezerra Fonseca (examinador) e o Prof. M.Sc. José Artur Muniz (orientador).

Após a apresentação do TCC e as observações dos membros da banca examinadora, definiu-se que o trabalho foi considerado “_____”, com conceito (_____) pontos. Eu, Prof. M. Sc. José Artur Muniz (orientador), lavrei a presente ata, que segue assinada por mim e pelos demais membros da banca examinadora.

Observações:

Assinaturas:

Membros da Banca Examinadora:

**M.Sc. José Artur Muniz
Orientador**

**Prof. M.Sc. Francisco Ricardo Bezerra Fonseca
Examinador**

**Prof D.Sc. Sandro Valença
Examinador**

*... somos, verdadeiramente, o que
sentimos.*

*Aliás, os sentimentos revelam nosso desempenho
no passado, nossa atuação no presente e
nossa potencialidade no futuro."*

HAMMED - Francisco do Espírito Santo Neto

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste trabalho. Em especial ao meu orientador, o Professor Artur Muniz, sem o qual este trabalho não seria possível.

Um agradecimento especial também aos amigos e amigas da jornada acadêmica, em especial Maísa Monteiro, Lílian Monteiro e Bruna Costa, que estiveram presentes em diversos momentos nessa jornada.

Aos amigos bancários da cidade de Santa Cruz do Capibaribe, que tanto contribuíram para este trabalho e com os quais mantenho fraterno desejo de melhoria nas condições de vida e felicidade.

Aos meus pais, um agradecimento especial. Sem eles nada disso seria possível.

RESUMO

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) é um dos instrumentos mais utilizados para a mensuração da capacidade para o trabalho. O propósito do ICT é a identificação de o quão bem um trabalhador está neste momento e estará num futuro próximo. O ICT também identifica a capacidade de desempenhar um trabalho de acordo com as exigências deste, da saúde e capacidade física e mental do trabalhador. O Inventário de Depressão de Beck (IDB) foi desenvolvido com o objetivo de identificar a presença de depressão em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. O IDB é um dos instrumentos mais utilizados no mundo para identificação de depressão. Este instrumento pode ser aplicado inclusive por pessoas que não sejam da área de saúde. O Objetivo deste trabalho é investigar a existência de relação entre os dois instrumentos utilizados para pesquisa, o ICT e o IDB em bancários da cidade de Santa Cruz do Capibaribe, Pernambuco. A primeira parte apresenta uma revisão histórica sobre saúde laboral. Depois é apresentado uma explanação sobre o trabalho bancário. São apresentadas, ainda, as ferramentas utilizadas para a medição da capacidade para o trabalho e depressão. Para identificar a correlação entre as duas variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados indicam forte relação entre Capacidade para o Trabalho e Saúde Mental. Concluiu-se, então, que o ICT sofre variação negativa na presença de depressão.

Palavras-chave: Índice de Capacidade Para o Trabalho, Inventário de Depressão de Beck, bancários, Spearman.

ABSTRACT

The Work Ability Index (WAI) is one of the most widely used instruments for measuring capacity for work. The purpose of WAI is to identify how well a worker is at the moment and will be in the near future. The WAI also identifies the ability to perform a job according to its requirements, health, physical and mental capacity of the worker. The Beck Depression Inventory (BDI) was developed to identify the presence of depression in psychiatric and non-psychiatric patients. The BDI is one of the most used instruments in the world to identify depression. This instrument can be applied even by persons who are not from the healthcare area. The objective of this study is to investigate the existence of a correlation between the two instruments used for research, WAI and the BDI in a bank in the city of Santa Cruz do Capibaribe, state of Pernambuco. The first part presents a historical review of occupational health. After, an explanation of the banking work is presented. Herein are described the tools used for the measurement of ability to work and depression. To identify the correlation between the two variables, we used the Spearman correlation coefficient. The results indicate a strong relationship between Capacity for Work and Mental Health. It is concluded then that the WAI undergoes negative change in the presence of depression.

Keywords: Work Ability Index, the Beck Depression Inventory, banking worker, Spearman.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de idade da amostra.....	50
Figura 2: Distribuição de gênero da amostra.....	51
Figura 3: Indivíduos com função gratificada.....	51
Figura 4: Tempo de função gratificada.....	52
Figura 5: Diagrama de Caixas de ICT agrupado pelo IDB.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Atividades de apoio à promoção da Capacidade para o Trabalho.....	25
Quadro 2: Definições de Confiabilidade segundo Cronbach (1947).....	32
Quadro 3: Estudos de confiabilidade e validade sobre o Índice de Capacidade para o Trabalho.....	33
Quadro 4: Estudos sobre a validade e a Confiabilidade do IDB.....	36
Quadro 5: Questionários estruturados que surgiram após o estudo de Beck (1967).....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dimensões do ICT e seus escores.....	27
Tabela 2: Classificação da Capacidade para o Trabalho.....	27
Tabela 3: Índice de Capacidade para o Trabalho segundo a Idade.....	28
Tabela 4: Escores do Inventário de Depressão de Beck.....	47
Tabela 5: ICT encontrado na amostra.....	52
Tabela 6: IDB encontrado na amostra.....	53
Tabela 7: Coeficiente de Correlação de Spearman.....	54
Tabela 8: Calculo de escore do ICT.....	75

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	15
2.1 Justificativa Teórica.....	15
2.2 Justificativa Prática.....	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4. REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1 Contexto Histórico entre Saúde, Saúde Mental e o Trabalho.....	17
4.1.2 Contexto Histórico Brasileiro.....	19
4.2 Características do Trabalho no Setor Bancário.....	21
4.3 Capacidade Para o Trabalho.....	22
4.4 Índice de Capacidade para o Trabalho.....	23
4.5 Aspectos da Avaliação Psicométrica de Instrumentos.....	29
4.5.1 Validade.....	29
4.5.1.1 Validade de Construto.....	29
4.5.1.2 Validade de Conteúdo.....	30
4.5.1.3 Validade de Critério.....	31
4.5.2 Confiabilidade.....	31
4.6 Estudos sobre a Validade e Confiabilidade do ICT e do IDB.....	32
4.7 Saúde Mental no Trabalho.....	38
4.7.1 Depressão.....	40
4.7.2 Principais Questionários Utilizados na Identificação de Doenças Mentais.....	44
4.7.2.1 Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN).....	44
4.7.2.2 Escala de Depressão de Hamilton.....	45
4.7.2.3 Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (EDEA).....	45
4.8 Inventário de Depressão de Beck (IDB).....	45
5. METODOLOGIA	48
5.1 Tipo de pesquisa.....	48
5.2 Amostra.....	48
5.3 Descrição do procedimento.....	49
6. ANÁLISE DE RESULTADOS	50
6.1 Levantamento Socioeconômico e Funcional.....	50
6.2 Distribuição do ICT na Amostra Estudada.....	52
6.3 Distribuição do IDB na Amostra Estudada.....	53
6.4 Validade Correlacional.....	50
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8. REFERÊNCIAS	58
9. ANEXOS	71

1. INTRODUÇÃO

As condições de trabalho cada vez mais envolvem modelos de produção e prestação de serviço acelerados, os quais determinam o aumento de produtividade, por meio da combinação entre ritmo, carga de trabalho e redução de intervalos. Tal situação gera uma tendência de aumento progressivo de riscos ocupacionais, que pode originar efeitos crônicos à saúde e ao envelhecimento dos trabalhadores. Nesse sentido, capacidade para o trabalho pode ser entendida como princípio de bem-estar laboral, com alicerces nas capacidades física e mental apresentada pelo profissional na execução das tarefas do trabalho. (HILLESHEIN e LAURET, 2012)

O conceito de Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) é resultado da combinação entre os recursos humanos em relação a aspectos físicos, mentais, sociais do trabalho e sua interação com o ambiente, além de cultura organizacional. Nesse contexto, a partir dos anos 1980, com o início da reestruturação produtiva do trabalho, o envelhecimento funcional torna-se prioridade no campo da saúde do trabalhador. A capacidade para o trabalho torna-se um importante indicador, por abarcar os aspectos anteriormente citados e por ser capaz de responder “o quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou futuro próximo e sua capacidade para executar tarefas”. (MARTINEZ *et al*, 2009)

Durante a primeira revolução industrial a medicina do trabalho focava a manutenção da força física e perguntava ao sujeito “o que você faz?”; na modernidade, a pergunta é “o que você pensa?”. Hoje, para que o trabalhador seja considerado saudável é necessário que seja pensante, ágil nas suas tomadas de decisão. Tal situação é diferente do que pensava Taylor em 1911, que afirmava que o trabalhador não precisava pensar. (DA COSTA LEÃO e CARLOS BRANT 2015)

Nesse contexto, Silva-Júnior e Fischer (2015) afirmam que os transtornos mentais estão entre as principais causas de ausências do trabalho. Comumente incapacitantes, tais quadros elevam o absenteísmo e redução de produtividade, tornando-se fator de risco para o surgimento da depressão, que é uma doença associada ao desequilíbrio psicológico do binômio esforço-recompensa.

No mundo como um todo constatou-se um aumento considerável de pedidos de aposentadoria por incapacidade, como também o aumento dos gastos com enfermidades mentais. (SOARES e VILLELA 2012) No ano de 2000, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) realizou uma pesquisa sobre saúde mental de trabalhadores da Alemanha,

Estados Unidos, Finlândia, Polônia e Reino Unido. O resultado mostrou que os problemas de saúde mental crescem de forma alarmante: uma em cada dez pessoas sofria de ansiedade e depressão, o que leva ao desemprego e à hospitalização, em alguns casos (SCANFONE e TEODOSIO 2004).

Nesse sentido, Duran e Cocco (2004) definem capacidade para o trabalho como o quanto o trabalhador está apto no presente e no futuro próximo para fazer seu trabalho, criando relação com a saúde e os recursos mentais. Sendo assim, a saúde mental do trabalhador se mostra um fator importante para a determinação da capacidade para o trabalho.

Para os bancários, os processos de reestruturação produtiva e globalização econômica acarretaram mudanças significativas no modelo de organização do trabalho. No setor bancário, estes processos resultaram em demissão em massa, automação e terceirização. Tais processos afetaram diretamente a saúde do trabalhador bancário. (BLASER PETARLI *et al*, 2015)

Portanto, levando-se em consideração as características do trabalho bancário, o ICT e sua relação com as doenças mentais, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Existe relação entre o ICT e a prevalência de depressão entre os bancários da agência estudada?

2. JUSTIFICATIVA

A seguir serão apresentadas as justificativas para a elaboração deste trabalho.

2.1 Justificativa teórica

A Saúde ou doença podem se traduzir no equilíbrio dinâmico entre o potencial genético, a capacidade de adaptabilidade e riscos ambientais, englobando aspectos subjetivos, objetivos e psicossociais do trabalhador. Todos os aspectos devem ser levados em conta quando se trata da regulação e proteção da saúde e segurança laboral. (PENIDO e PERONE 2013)

A capacidade para o trabalho tem ligação direta com a saúde do trabalhador. Duran e Cocco (2004) asseveram que capacidade para o trabalho pode ser descrita como o quão o trabalhador se sente e sentir-se-á capaz de realizar uma tarefa.

O setor bancário passou por uma intensa transformação nas últimas décadas, em decorrência, principalmente, do intenso processo de informatização. (LARANJEIRA, 1997) A mudança tecnológica e as alterações nos modelos de gestão sofridas nos últimos anos neste setor contribuíram para a desqualificação do bancário. (MERLO e BARBARINI, 2002)

Sendo assim, estudar a capacitação para o trabalho e a saúde mental dos trabalhadores, mais especificamente a prevalência da depressão entre estes, e buscar verificar se há relação entre tais fatores pode nos oferecer importantes ferramentas para prevenção e cuidados da saúde do trabalhador.

2.2 Justificativa Prática

O trabalho bancário sofreu muitas transformações ao longo dos anos. Muitas dessas transformações acarretaram em prejuízos para a vida laboral dos funcionários. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirma que problemas mentais são causa significativa de incapacidade de trabalhadores e que os casos aumentam no mundo todo. Nesse sentido, este trabalho busca verificar se há relação entre os fatores do ICT e do Inventário de Becker para encontrar ou não correlação prática entre estes dois indicadores.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o Índice de Capacidade para o Trabalho em funcionários de uma agência bancária do agreste do estado de Pernambuco, a fim de verificar, na amostra, se há relação entre a capacidade para o trabalho e a prevalência de depressão. O Índice de Depressão de Beck será o instrumento utilizado para verificar os índices de prevalência de depressão.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o Índice de Capacitação para o Trabalho entre os bancários;
- Identificar a prevalência de depressão entre os bancários;
- Verificar se há correlação entre os resultados obtidos através da aplicação das duas variáveis utilizadas neste estudo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contexto histórico entre saúde, saúde mental e o trabalho

Além de ser fundamental à reprodução social da humanidade, sustentando, entre outros aspectos, a produção econômica, o trabalho é parte expressiva do cotidiano e importante para a constituição da subjetividade e identidade social dos indivíduos e coletividades. O trabalho é fator determinante no processo dinâmico entre saúde e doença, sendo destrutivo, benéfico ou ambos. (SANTANA e SILVA, 2008)

Entre as questões sociais mais relevantes de nossa época, principalmente no campo mental, área dos maiores sofrimentos o homem testemunha, a saúde do trabalhador cresce em importância. Tal questão também se torna relevante em face das transformações diárias que a revolução tecnológica trás para a relação existente entre capital, trabalho e sociedade. (FERREIRA e PENIDO 2013)

Desde a antiguidade, se conhece que o trabalho pode ser fonte de lesões e adoecimentos. Vários documentos antigos citam acidentes de trabalho, embora sejam registros esparsos. No Novo Testamento, evangelho de Lucas, o desabamento da torre de Siloé é um exemplo. Tal tragédia que teria matado dezoito prováveis trabalhadores. (CHAGAS *et al*, 2011)

Euclides de Alexandria e seus princípios de geometria, 300 anos a.C., ou a “Lei das Alavancas” de Arquimedes, 287 a.C também contribuíram, a seu tempo, com projetos que tinham o objetivo de diminuir o esforço do homem. Esses projetos traziam em seu seio o propósito de melhorar as condições de trabalho para a agricultura e outras áreas daquele período. (RODRIGUES, 2009).

Em 1700, o Médico Bernardino Ramazzini, que é considerado pai da medicina ocupacional, através de um esforço para estudo de enfermidades relacionadas o trabalho, descreveu doenças ligadas a mais de 50 atividades profissionais da época. (RAMAZZINI, 1700/2001)

A revolução Industrial, iniciada no século XVIII, fez subir o número de doenças relacionadas ao trabalho. Operários confinados, uso crescente de máquinas, longas jornadas e condições degradantes de trabalho foram algumas das razões para o crescimento do número de doenças. Mesmo o trabalho assalariado existindo desde mundo antigo, se tornou forma de inserção no processo produtivo durante o período de industrialização. (CHAGAS *et al*, 2011)

As exigências do trabalho e da vida representavam para a mão de obra da época uma ameaça. O trabalho passa a trazer riscos de doenças e sofrimentos específicos, descritos na época como Miséria Operária, que era comparada à doença contagiosa que necessitava de tratamento. (DEJOURS, 1998)

Na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, teve início o primeiro serviço de medicina do trabalho, em resposta aos movimentos trabalhistas. Foi criada a Inspetoria de Fábricas, órgão estatal que verificava como a saúde do trabalhador estava sendo protegida no ambiente fabril. Mais tarde, tais atividades foram assumidas pelas empresas, com a incorporação da Medicina do Trabalho. O Estado passou a ter apenas papel de regulador. (SANTANA e SILVA, 2008)

Naquele momento, a submissão dos trabalhadores a um processo acelerado de produção exigiu uma intervenção na atividade laboral, sob a pena de inviabilizar a existência do próprio processo produtivo. (MENDES e DIAS, 1991)

Do século XIX até a Primeira Guerra Mundial, a medicina voltava-se à proteção física dos trabalhadores. Apenas após o início da Primeira Guerra houve um aumento nas reivindicações voltadas para a manutenção da qualidade de vida no trabalho. Apesar da relevância do tema, a medicina do trabalho somente se voltou para o ambiente relacional do trabalho e seus efeitos para a saúde mental dos trabalhadores no último terço do século XX. (DA FONSECA, 2015)

Com o fim do conflito bélico, iniciou-se um grande esforço industrial. A tecnologia industrial evoluiu de forma acelerada, concomitantemente ao rearranjo da nova divisão internacional de trabalho. A medicina do trabalho, em relação aos parâmetros da época, revelou-se impotente para intervir nos processos de produção, que era baseado em modelos racionais e "científicos". (MENDES e DIAS, 1991)

Em 1959, após anos de estudo e trocas de denominações, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Conferência Internacional do Trabalho, passou a adotar algumas recomendações para a manutenção da saúde dos trabalhadores, tais como: "Contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões" e "contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores" (MENDES e DIAS, 1991)

4.1.2 Contexto histórico brasileiro

No Brasil, o cuidado à saúde dos trabalhadores era primordialmente de caráter assistencial. Chamadas de “doenças da pobreza”, os problemas de saúde dos trabalhadores tinham ações curativas custeadas principalmente por eles. Para a garantia da seleção dos trabalhadores mais saudáveis, foram criadas Caixas de Aposentadoria, que tinham caráter securitário e proviam cuidados médicos aos trabalhadores. (SANTANA e SILVA, 2008)

No início do século XX o Brasil, comprometendo-se com a formação de novos trabalhadores, movimentou-se em torno da saúde e educação. O êxodo rural tornou a vida na cidade em tudo mais complexa, problema agravado com a precariedade do sanitarismo da época. Naquele período, com o mercado carente em mão de obra, e com um índice de 85% de analfabetismo entre a população, o Estado toma para si a tarefa de educador dos trabalhadores para o processo produtivo do trabalho. (MOTTA, 2005)

Mesmo o Brasil mantendo-se como país agrícola até o início do século XX, a classe operária surge com velocidade com o crescimento da industrialização brasileira. Composta por imigrantes e trabalhadores nacionais, a mão de obra crescia cada vez mais, o que intensificou os movimentos populares da época. (BEZERRA e MACHADO, 2008)

Segundo Motta (2005), em 1917 a situação insustentável no Brasil fez com que surgissem as primeiras greves, que contaram com repressões policiais aos trabalhadores. Segundo Lourenço Filho (1946) *apud* Motta (2005), em paralelo aos movimentos operários que surgiam, também surgiram estudos em torno da fisiologia, psicotécnica e higiene mental no trabalho, desenvolvidos principalmente pelo Instituto de Higiene e pela Escola Politécnica.

Com o rápido crescimento da indústria da época, o aproveitamento racional da força de trabalho através de teste de seleção foi a saída encontrada para os problemas causados pelo vertiginoso crescimento da indústria e pela diminuição da jornada de trabalho. A proposta era profissionalizar o brasileiro, torná-lo apto aos novos modelos de trabalho que surgiam na época. Para que este objetivo fosse atingido, a psicotécnica e a seleção foram utilizados; a primeira selecionava pelas aptidões e tendências; o segundo distribuía os aprendizes entre máquinas e ferramentas. (MOTTA, 2005)

O desenvolvimento de uma legislação trabalhista só surgiu durante a República Velha (1889-1930), posteriormente ampliada durante o governo Vargas (1930-1945) com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). (CHAGAS *et al*, 2011)

Getúlio Vargas, de forma provisória, a presidência da República brasileira em 1930. O então governo federal redimensionou e criou órgãos e estruturas governamentais a fim de tentar apaziguar as insatisfações de grupos sociais da época. Apesar das medidas terem fins políticos, foram capazes de atender tanto os interesses dos donos dos meios de produção, quanto os interesses dos trabalhadores. (LIMA, 2009)

Apesar do desenvolvimento rápido das leis trabalhistas, as questões de saúde só foram levadas em consideração quando interferiam na produção da força de trabalho e de acumulação. Vida e trabalho estão ligadas, mas menções à saúde laboral apareciam de forma secundária naquela época. Questões estas que foram aos poucos conquistadas através de movimentos operários sindicais ao longo da história. (MOTTA, 2005)

Em 1947 foi criado o ISOP (Instituto de Seleção e Orientação Profissional), que tinha como objetivo principal ajustar o trabalhador ao trabalho. Para tanto, estudava as aptidões dos trabalhadores e os requisitos psicológicos necessários ao tipo de trabalho. O ISOP, à época, era o maior centro de formação de técnicos psicologistas. (MOTTA, 2005)

Myra e López, psicólogo e psiquiatra, designado para a direção técnica do ISOP, afirmou que o Instituto se destinava a dar ao Brasil técnicos em organização do trabalho nos moldes dos institutos espanhóis e parisienses. Dedicando-se à formação de técnicos no Brasil e pessoas de países sul-americanos, para despertar a vocação dos adolescentes, mostrando-os a necessidade de orientações em bases científicas. (FREITAS, 1973)

Até a década de 1960, as ênfases psicotécnicas e psicométricas foram bem aceitas, até o momento do surgimento de novas concepções e práticas que estudavam a relação entre a psicologia e o trabalho, como a educação e o treinamento das organizações. É possível perceber, portanto, que os primeiros estudos da psicologia do trabalho no Brasil servem ao avanço do comércio e Indústria. (DA COSTA LEAO, 2012)

Nas décadas de 1970 e 1980 a psicologia do trabalho no Brasil demonstrou menos interesse dos pesquisadores, principalmente pelo envolvimento com setores conservadores. As publicações tornaram-se raras nesse período. Entretanto, de 1980 até a atualidade, a psicologia do trabalho teve seu maior crescimento no Brasil. Este fato pode ser observado no aumento das linhas de pesquisa na pós-graduação *stricto sensu*, no surgimento de três revistas especializadas no assunto, como a Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho, a Revista de Psicologia Social do Trabalho e a Revista Brasileira de Orientação Profissional. (BORGES, 2010)

Atualmente no Brasil, os Transtornos Mentais têm grande parcela entre as doenças responsáveis por concessão de auxílio previdenciário. No ano de 2015 foram concedidos 1.828.337 auxílios-doença previdenciários, seguindo o código da CID 10 (Classificação

Internacional de Doenças). Desse total, 161.946 foram benefícios concedidos a pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais, o que representa aproximadamente 8,86% do total de concessões. (BRASIL, 2016)

4.2 Características do Trabalho no Setor Bancário

O setor bancário passou por uma intensa transformação nas últimas décadas, em decorrência, principalmente, do intenso processo de informatização. Mudanças estruturais do setor também fizeram parte desta transformação, o que resultou em significativas alterações das condições de trabalho no setor. (LARANJEIRA, 1997) O desenvolvimento tecnológico e as alterações sofridas na forma de gestão foram também responsáveis pela desqualificação do trabalhador bancário. (MERLO e BARBARINI, 2002)

A reforma bancária de 1964 fez com que o volume de serviços que os bancos prestam crescesse de forma intensa, principalmente em função do desenvolvimento da economia e da prestação de novos serviços. Os bancos começaram, então, a receber tributos, contribuições previdenciárias, realizar venda de seguros e a administrar variados tipos de investimentos. (MERLO e BARBARINI, 2002)

Durante os anos 1980 e 1990, os bancos receberam um grande influxo tecnológico, o que levou a mudanças dramáticas na organização do trabalho. As mudanças ocorridas não se referem somente ao maquinário e aos softwares utilizados, mas também a todo o processo de organização do trabalho (HUNTER *et al*, 2001)

Merlo e Barbarini (2002) afirmam que a reestruturação no Brasil se intensificou após 1866 com a implantação do Plano Cruzado. Para os autores, essa reestruturação causou o fechamento de agências, exclusão de contas pequenas e não rentáveis, demissões progressivas e terceirização de atividades. Silva *et al* (2007) afirma que esta é a primeira fase da reestruturação produtiva do setor.

A segunda fase da reestruturação do setor bancário veio com o Plano Collor I, com o surgimento de uma nova onda de demissões e um acentuado desenvolvimento dos processos de automação bancária. (SILVA *et al*, 2007)

Na atual fase, a fase da terceirização, os bancos enxugam sua estrutura com a criação de novos produtos e serviços que redesenham suas atividades no setor. A fase atual também e

caracteriza pela intensificação dos processos de reengenharia, automação e redução de níveis hierárquicos. (SILVA et al, 2007)

Nas últimas décadas, no setor bancário, houve um aumento no surgimento de distúrbios físicos, como as doenças osteomusculares, distúrbios mentais e comportamentais. (GAVIRAGHI, 2016)

4.3 Capacidade Para o Trabalho

Capacidade é definida pelo dicionário Michaelis (2016) como “poder, aptidão ou possibilidade de fazer ou produzir qualquer coisa”

A capacidade para o trabalho se constitui como uma das bases de bem estar para todas as pessoas. Entretanto, a satisfação comum depende de cuidados. Muitos fatores ameaçam a própria atividade laboral, podendo ter influência no estilo de vida e no ambiente de trabalho (TUOMI, 2010)

Os primeiros estudos no campo de Capacidade para o Trabalho surgiram na Finlândia, através de pesquisas realizadas pelo Finnish Institute of Occupational Health (FIOH- Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional). Estes estudos, que permitiram embasamento governamental para criação de políticas de atenção e manutenção da capacidade para o trabalho, a partir dos anos 1980, também forneceram as bases teóricas para discussão do tema. (Martinez et al, 2010)

Ao longo dos últimos anos o conceito de capacidade para o trabalho passou por algumas mudanças. A definição baseada na saúde passou a ser emparelhada com modelos integrados, que consideram que a capacidade para o trabalho é promovida por fatores diversos. Saúde ocupacional, segurança social e reabilitação laboral são exemplos de fatores que passaram a ter mais importância para manutenção e provimento da capacidade para do trabalho. (ILMARINEN, 2009) Possibilidades de ascensão profissional e desenvolvimento da carreira se mostraram como promotores de melhoria da capacidade para o trabalho. (TUOMI *et al*, 2000)

Quando se trata de saúde ocupacional, o conceito de capacidade para o trabalho está associado ao equilíbrio entre os recursos de uma pessoa possui e as exigências do trabalho a ser desempenhado. Os recursos de uma pessoa consistem em sua saúde, habilidades funcionais, educação, competências, valores e atitudes. No outro oposto, o trabalho é constituído por seu ambiente, conteúdo real, demandas e organização de trabalho. (ILMARINEN, 2009)

A promoção da capacidade para o trabalho tem como alvos as exigências do trabalho, os trabalhadores, saúde e capacidade funcional. Melhor capacidade para o trabalho é associada, nos últimos anos, a uma diminuição do risco de aposentadoria prematura. (TUOMI *et al*, 2000)

A avaliação da capacidade para o trabalho foi feita a partir do Índice de Capacidade para o Trabalho. A pergunta “o quão bom é o trabalho no presente, em um futuro próximo, e o quão capaz ele ou ela está para realizar seu trabalho, de acordo com as demandas de trabalho, saúde e recursos mentais.” (TUOMI *et al*, 2000)

4.4 Índice de Capacidade para o Trabalho

Proposto por Tuomi *et al* (2010), o ICT permite que a avaliação da capacidade para o trabalho seja realizada a partir do ponto de vista e percepção do próprio trabalhador. Por ser um instrumento de saúde ocupacional, além de avaliar a capacidade para o trabalho, pode ser usado nos exames de saúde e outros levantamentos no local de trabalho.

Elaborado entre os anos 1981 e 1992 na Finlândia, o ICT foi baseado em pesquisas de capacidade para o trabalho e no modelo de estresse-desgaste. (MARTINEZ *et al*, 2009) Estas pesquisas foram realizadas em servidores municipais em processo de envelhecimento e foram instituídas para prever a incapacidade para o trabalho em grupos de trabalhadores com 50 anos de idade. (TUOMI *et al*, 2010)

Por abordar aspectos relativos à saúde, condições de trabalho, bem-estar psicossocial, a capacidade para o trabalho ficou cada vez mais relevante, sobretudo a partir dos anos 1980, quando o envelhecimento da população e reestruturação produtiva começaram a ter mais relevância. (MARTINEZ *et al*, 2008). O ICT foi traduzido para 25 idiomas e é usado em diferentes países europeus, Brasil e China. (MARTUS *et al*, 2010)

Seja em pequenas, médias ou grandes empresas, o hábito medir a capacidade para o trabalho tornou-se função chave para manter a saúde ocupacional, como escala contínua de qualidade em sistemas de gestão. (KUJALA *et al*, 2005) É amplamente utilizado na investigação da saúde ocupacional por levar em consideração aspectos relevantes de demanda do trabalho e saúde laboral. (Martus *et al*, 2010)

O ICT é constituído de sete subescalas sobre a idade em relação as exigências do trabalho, o número de doenças, o comprometimento causado pelo trabalho, ausências, e prognóstico do próprio sujeito sobre recursos físicos e mentais. (MARTUS *et al*, 2010)

Tuomi *et al* (2010) afirmam que o ICT é “um auxílio concreto para elaborar um panorama geral a respeito da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que as afetam”. Os autores também afirmam que o ICT pode ser utilizado periodicamente, tornando-se importante ferramenta para aumento de produtividade de uma organização.

Com caráter preditivo, o ICT permite que a partir da auto avaliação do trabalhador sejam elaborados programas de prevenção e manutenção à saúde pelo empregador, devendo ser utilizado em serviços de saúde ocupacional. (DURAN e COCCO, 2004) Nesse sentido, Tuomi *et al* (2010) afirmam que as medidas de apoio a serem tomadas dependem da capacidade funcional e de trabalho, além das próprias condições de trabalho.

Se a capacidade de trabalho é excelente, é dever da equipe de saúde ocupacional que analisa o ICT explicar os motivos que levam os trabalhadores a manter tal condição e quais os fatores opostos, ligados à deterioração da capacidade para o trabalho. Ações estimulantes à boa capacidade para o trabalho são apoiadas. (TUOMI *et al* 2010).

Se a capacidade para o trabalho é moderada, os trabalhadores devem ser incentivados para promoção de sua capacidade. Ajuda médica, atividades físicas e boa alimentação também são recomendados. Problemas com superiores, ambiente e colegas de trabalho devem ser corrigidos. (TUOMI *et al*, 2010)

Por outro lado, se a capacidade para o trabalho é baixa, a reabilitação deve ser avaliada e medidas estabelecidas. O ambiente de trabalho deve ser avaliado e os riscos corrigidos, para que a organização se torne mais eficiente. Deve ser considerada também a subjetividade do trabalhador, sendo estudadas as possibilidades de mudanças de tarifa, rodízios e turnos livres, por exemplo. (TUOMI *et al*, 2010)

Tuomi *et al* (2010) afirmam “O Índice de Capacidade para o Trabalho é um auxílio concreto para elaborar um panorama geral a respeito da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que as afetam.” Os autores propõem um conjunto de 5 grupos de atividades que devem ser seguidas para o apoio à capacidade para o trabalho. As atividades podem ser vistas no Quadro 1.

Quadro 1: Atividades de apoio à promoção da Capacidade para o Trabalho

1. Determinação do ICT e realização de exames feitos por um profissional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • ICT • Entrevista por profissional de saúde, avaliação do estado feral de saúde, etc.
2. Exames Complementares	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratório e outros exames • Outros exames, como os que focalizam a capacidade funcional física e psicológica
3. Avaliação geral da capacidade para o trabalho e da capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Em plano individual • Em plano de grupos no trabalho, que pode ser separado por departamento, idade, etc.
4. Medidas de Saúde Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre capacidades de trabalho e funcional • Instruções de formas de manter e fortalecer a capacidade para o trabalho • Atividades para manutenção e fortalecimento da Capacidade para o trabalho <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adequando a carga e o ambiente de trabalho <ol style="list-style-type: none"> a. Trabalho muscular b. Posições de trabalho incômodas c. Movimentos Monótonos d. Ferramentas e espaço de trabalho e. Condições Climáticas f. Uso de Máquinas g. Substâncias Perigosas ▪ Melhorando a comunidade e a organização de trabalho

	<ul style="list-style-type: none"> a. Possibilidades de desenvolvimento b. Responsabilidade c. Trabalho de gerenciamento e supervisão d. Informações e apoio e. Uso do conhecimento f. Escala de Trabalho g. Falta de liberdade h. Trabalho criativo ▪ Melhorando a capacidade funcional e provimento de habilidades profissionais <ul style="list-style-type: none"> a. Exercício b. Sono e descanso c. Dieta e hábitos alimentares d. Redução/eliminação do consumo de álcool e tabaco e. Atividades de lazer e passatempo f. Manutenção e promoção da habilidade profissional g. Reabilitação profissional médica ▪ Outras atividades de apoio
5. Medidas de Acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da capacidade de trabalho • Acompanhamento do trabalho e das condições de trabalho • Acompanhamento das atividades da equipe de saúde ocupacional • Acompanhamento das informações e das atividades

O ICT é um instrumento com 10 dimensões, que consideram a opinião do trabalhador sobre doenças, exigências físicas e mentais e absentéismo. O escore pode variar de 7 a 49, sendo 49 o resultado de melhor capacidade para o trabalho. (TUOMI *et al*, 2010) O questionário pode ser encontrado no anexo I.

Tabela 1: dimensões do ICT e seus escores

Dimensões	Escore
1. Capacidade para Trabalho atual	0-10
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas	2-10
3. Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico	1-7
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	1-6
5. Absenteísmo nos últimos 12 meses	1-5
6. Prognóstico próprio de capacidade para o trabalho para os próximos 2 anos	1, 4 ou 7
7. Recursos mentais	1-4
8. Escore ICT	7-49

Fonte: TUOMI *et al* (2010)

Dentro do intervalo de 7 a 49 pontos existem 4 faixas que determinam o nível de capacidade para o trabalho de determinado indivíduo, conforme a Tabela 2.

De acordo com a pontuação alcançada são definidas as medidas necessárias para a melhoria da capacidade para o trabalho. (TUOMI *et al*, 2010)

Tabela 2: Classificação da Capacidade Para o Trabalho

Pontuação	Capacidade Para o Trabalho	Medidas Necessárias
7-27	Baixa	Restaurar a Capacidade para o Trabalho
28-36	Moderada	Melhorar a Capacidade para o Trabalho
37-43	Boa	Dar suporte à Capacidade para o trabalho
44-49	Ótima	Manter a Capacidade para o trabalho

Fonte: TUOMI *et al* (2010) p. 11

Esse índice foi construído de forma que 15% dos trabalhadores com a pior classificação na capacidade para o trabalho formaram a categoria baixa e os 15% com melhor capacidade para o trabalho formaram a categoria

excelente. A classificação moderado e bom foram divididas pela mediana, em outras palavras, o número de pontos divide a distribuição do Índice de Capacidade pelo Trabalho pela metade. (TUOMI *et al*, 2010, p. 12)

Kujala *et al* (2005) realizaram um estudo com 3725 indivíduos, sendo 2021 homens e 1704 mulheres. Neste estudo os pesquisadores aplicaram um questionário similar ao ICT, acrescentando a pergunta: “Você já teve alguma doença ou ferimento diagnosticado ou tratado por um médico?” Concluíram com a proposição de uma nova classificação para capacidade para o trabalho, baseada na idade, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3: Índice de Capacidade para o Trabalho segundo a Idade

Idade \leq 35		Idade $>$ 35 anos	
Baixa	7-36	Baixa	7-27
Moderada	37-40	Moderada	28-36
Boa	41-44	Boa	37-43
Excelente	45-49	Excelente	44-49

Fonte: KUJALA *et al* (2005)

4.5 Aspectos da avaliação psicométrica de instrumentos

A objetividade de um estudo é avaliada de acordo com o nível de validade e confiabilidade de suas observações. Portanto, validade é a confiança das conclusões tiradas de uma análise, e confiabilidade é a consistência avaliativa de um procedimento de pesquisa. (PAIVA JUNIOR *et al*, 2011) Os estudos de validade e confiabilidade das ferramentas utilizadas neste estudo serão apresentados a seguir.

4.5.1 Validade

Validade é o julgamento do grau em que evidências empíricas e racionalizações teóricas apoiam a adequação e a propriedade das deduções feitas sobre o objeto de estudo, que podem ser baseadas em escores de testes ou outros modelos avaliativos. (MESSICK, 1990)

A validade se relaciona diretamente ao grau em que um instrumento mede a variável que pretende medir. Sendo assim, a validade de um instrumento é calculada de acordo com sua capacidade de medir aquilo que se propõe a medir. (MARTINS, 2006) Validade e precisão de testes psicológicos são elementos indispensáveis para garantir a confiabilidade dos resultados das aplicações. (NORONHA e VENDRAMINI, 2003)

Como parâmetro de medida, a validade também é discutida no âmbito das ciências psicossociais. Ela pode ser utilizada em ciências físicas, em alguns casos, mas nestas o ponto principal é a precisão, que pode ser obtida por meio da simples calibração dos instrumentos. Nas ciências psicossociais a validade se apresenta na congruência entre a medida e a propriedade medida dos objetos. A validade pode ser de três classes: validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério. (PASQUALI, 2009)

4.5.1.1 Validade de construto

A validade de construto, por ser direta na verificação de legitimidade da representação de comportamentos e traços latentes, é considerada a forma mais fundamental de validade. Inaugurado entre 1950 e 1954, o conceito de construto foi primeiramente definido por estudos da *American Psychological Association Committee on Psychological Tests*, que resultaram em recomendações técnicas para testes psicológicos. (PASQUALI, 2009)

Neste tipo de validade, é necessário que o ponto de partida seja uma variável logicamente definida. Tal variável é inserida em um sistema de conceitos, que tem relações teoricamente explicadas por meio de consequências práticas em determinadas condições, podendo ser extraídas e testadas. (VIANNA, 1983)

Se os resultados se repetem em uma série de testes, o instrumento tem validade de construto. Sendo assim, o acúmulo de provas e resultados semelhantes validam o construto. Sendo a constatação da correlação entre variáveis e escores dos testes e o estudo da estabilidade dos escores sob diversas condições ações necessárias para esclarecer o significado do instrumento. (VIANNA, 1983)

Cronbach e Meehl, em 1955, no artigo *Construct validity in psychological tests*, elaboraram o conceito de construto, que o caracterizava enquanto teste de mensuração de atributo que ainda não foi definido operacionalmente. Dessa forma, os construtos só são pesquisáveis se forem passíveis de representação comportamental, ao menos. (PASQUALI, 2009)

4.5.1.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo representa o início dos mecanismos associativos entre conceitos e indicadores, que podem ser observados e medidos. É utilizada para verificar correlação entre os itens de uma medida e como estes itens determinam o mesmo conteúdo. (ALEXANDRE, COLUCI, 2011)

Até a década de 1950, a preocupação com a validação de testes psicológicos revela pesquisas e conceitos sobre validade. A validade de conteúdo, no conceito da época, procura examinar a aceitabilidade da amostra para a constituição da prova. Questões aplicadas ao examinado, observação e operações são situações utilizadas na verificação da aceitabilidade, pois permitem que se observe comportamentos e se extraia conclusões. (BESSA, 2008)

Este tipo de validade consiste na verificação da representatividade da amostra de um teste dentro de um universo de comportamentos. Pode ser aplicada quando é possível realizar a determinação do universo de comportamentos, como nos testes de desempenho, por exemplo. (PASQUALI, 2009)

4.5.1.3 Validade de critério

Na validade de critério, a validação do teste em questão depende da estabilidade do critério estudado. Assim, se o critério for alterado, é alterado também a validade do teste. (PASQUALI, 2009)

Este tipo de validade consiste no grau em que é eficaz na predição de desempenho de um sujeito. Sendo o desempenho do sujeito um critério que serve de confronto para a medida a avaliação da medida do teste. (PASQUALI, 2009)

A validade de critério é dividida em dois tipos: preditiva e concorrente. O tempo de coleta das informações pelo teste é o diferencial entre estes dois tipos. Quando a coleta ocorre de forma simultânea, a validação é concorrente; Quando os dados do critério são coletados após as informações propostas pelo teste, a validade é considerada preditiva. (PASQUALI, 2009)

4.5.2 Confiabilidade

Confiabilidade e validade se relacionam intimamente, sendo complementares uma à outra. Enquanto a validade se associa ao grau de certeza em relação ao conceito medido, a confiabilidade está relacionada à homogeneidade das respostas de avaliadores diferentes. (DE BEM *et al*, 2010)

Uma medida é considerada confiável e válida quando há uma associação com o menor erro em relação ao conceito que se pretende medir. Os erros ligados à pesquisa podem estar relacionados com o pesquisador, instrumento ou ao respondente. O planejamento de um instrumento de pesquisa de forma adequada diminui possíveis erros. (DE BEM *et al*, 2010)

A utilização de indicadores multidimensionais inter-relacionados torna a medição do conceito mais abrangente. Nesse sentido, o coeficiente Alfa proposto por Cronbach (1951) é o mais utilizado quando se trata de medição da confiabilidade, pois considera a homogeneidade dos itens da escala e necessita apenas de única aplicação do instrumento. (DE BEM *et al*, 2010)

Cronbach (1947) define confiabilidade de quatro formas. Cada uma delas, segundo o autor, mede coisas diferentes. Apesar das críticas em relação a nomenclatura, o autor afirma que o importante é evitar a confusão entre elas. As definições apresentadas por Cronbach (1947) podem ser vistas no Quadro 2.

Quadro 2: Definições de Confiabilidade segundo Cronbach (1947)

Coeficiente de estabilidade	Confiabilidade é o grau com que o resultado de um teste de pontuação indica diferenças individuais imutáveis em qualquer tratamento.
Coeficiente de estabilidade e equivalência	Confiabilidade é o grau com que o resultado de um teste de pontuação permanece com diferenças imutáveis no universo e na amostra definida para o teste.
Coeficiente de equivalência	Confiabilidade é o grau com que o resultado de um teste de pontuação indica o estado do indivíduo no instante presente e no universo definido pelo teste.
Auto correlação hipotética	Confiabilidade é o grau com que o resultado de um teste de pontuação indica diferenças individuais em quaisquer traços no momento presente.

Fonte: Cronbach (1947)

Por se basear no modelo estresse-desgaste, o construto de capacidade para o trabalho é multifatorial. Causadores de desgaste da capacidade para o trabalho, as cargas físicas e mentais, o ambiente, ferramentas de trabalho e características e recursos do trabalhador. (SILVA JUNIOR *et al*, 2011)

4.6. Estudos sobre a validade e confiabilidade do ICT e do IDB

No Quadro 3 são apresentados estudos que utilizaram o ICT como instrumento de medição da Capacidade para o Trabalho e que chegaram a resultados considerados estatisticamente confiáveis. No Quadro 4 são apresentados os estudos que utilizaram o IDB para identificação da prevalência de depressão e que chegaram a resultados estatisticamente confiáveis.

Quadro 3: Estudos de confiabilidade e validade realizados sobre Índice de Capacidade para o Trabalho

Autor	Características amostrais	Questionário utilizado	Modelo estatístico	Resultados
Renosto <i>et al</i> (2009)	153 trabalhadores, representando 93% do total de trabalhadores do setor metalomecânico de duas empresas do município de Caxias do Sul, RS.	Índice de Capacidade para o Trabalho	Teste e reteste do ICT. O T-teste pareado foi realizado para comparar as médias dos escores totais do ICT, Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), Kappa, gráfico Bland-Altman e teste não paramétrico de Wilcoxon.	CCI = 0,84, T-teste não apresentou diferenças importantes entre as aplicações. Kappa ponderado para o ICT categórico foi igual a 0,72.
Martinez et al (2009)	Estudo transversal realizado com 475 trabalhadores (87,5% da população elegível) do setor de transmissão de energia, estações avançadas de distribuição de energia, recursos humanos e contabilidade de uma empresa do setor elétrico de Campinas, SP.	Índice de Capacidade para o Trabalho e o Medical Outcomes Studym 36 – Item short form health survey (SF-36)	Análise fatorial exploratória, Teste Mann-Whitney, coeficiente correlacional de Spearman, o teste de Kolmogory-Sminov e o coeficiente Alfa de Cronbach.	Os três principais fatores encontrados somaram variância de 57,9%. O primeiro, que representa os recursos mentais no ICT somou 20,6%; o segundo, que fala sobre a percepção própria para capacidade do trabalho, somou 18,9%; o terceiro, que fala da presença de doenças, somou 18,4%.
Silva Junior et al (2011)	Estudo de base censitária realizado em 1509 trabalhadores de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares.	Índice de Capacidade para o Trabalho, variáveis sócio-demográficas, ocupacionais, hábitos e estilo de vida,	Testes de Kolmogorv-Sminov, Spearman, matriz de correlação policórica, Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald.	O ICT apresentou alta consistência e confiabilidade, com Alfa de Crhonbach em 0,8 e Ômega em 0,87. Encontrou relação importante entre o ICT

		escala de demanda-controle, recuperação pós trabalho e o Self-Report Questionaire. (SRQ-20)		e os outros construtos analisados.
Magnago et al (2012)	592 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul.	Índice de Capacidade para o Trabalho e Escala Métrica de Dor, para detecção de dor musculoesquelética (MDE).	Teste qui-quadrado de Fisher, regressão binária pelo método Enter, Medida de associação Odds Ratio e seus intervalos de confiança, e a avaliação de multicolinearidade por meio do cálculo do fator de inflação de variância (VIF).	Com relação a DME, 8,6% não se referiram a dor na semana anterior à entrevista; 11,6% apresentaram dor de fraca intensidade, 35,7% dor moderada, 39% dor forte e 5,1% dor insuportável. Já em relação ao ICT 5,7% apresentaram baixa capacidade, 37,6% apresentaram moderada capacidade, 41,4% apresentaram boa capacidade, e 15,3% apresentaram capacidade para trabalho ótima.
Beltrame et al (2014)	157 trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar de um hospital universitário do Rio Grande do Sul.	Índice de Capacidade para o Trabalho e questionário socioeconômico-demográfico.	Para análise multivariada foi utilizado o teste de regressão de Poisson. No modelo bruto ajustado, foi encontrado um nível de significância de 0,25. Em toda a análise a associação foi considerada estatisticamente significativa. O resultado de Alfa de Cronbach evidenciou a satisfatória consistência do instrumento ($\alpha = 0,73$)	79,6% dos trabalhadores obtiveram classificação ótima no ICT. 31,8% apresentaram sintomas de distúrbios mentais leves e 15,9% apresentaram problemas musculoesqueléticos. Trabalhadores que não tempo para lazer apresentaram 2,67

				vezes mais índice de capacidade para o trabalho reduzido.
Iunes et al (2015)	213 professores, 188 técnicos administrativos e 124 funcionários terceirizados da Universidade Federal de Alfenas, MG.	Índice de Capacidade para o Trabalho e o Questionário Nórdico Musculoesquelético.	Alfa de Cronbach e teste e reteste das variáveis, resultando em níveis satisfatórios de validade e confiabilidade das ferramentas utilizadas.	47,9% dos professores apresentaram boa capacidade para o trabalho. 43,6% dos técnicos ótima capacidade para o trabalho. Professores e técnicos administrativos apresentaram índice de 36,15% de problemas na coluna cervical/pescoço. 23,28% dos terceirizados reportaram algum tipo de dor.

Fonte: Do autor (2016)

Quadro 4: Estudos sobre a validade e confiabilidade do IDB

Autor	Características amostrais	Questionário utilizado	Modelo estatístico	Resultados
Gorenstein e Andrade (1998)	217 estudantes universitários e 53 graduados, sendo 120 homens e 150 mulheres. Os estudantes eram da cidade de São Paulo.	Inventário de Depressão de Beck e Escala de Depressão de Hamilton.	Análise fatorial, Alfa de Cronbach, comparação de escores dos universitários com pacientes de uma clínica psiquiátrica.	Escore médio de $8,5 \pm 7,0$, sendo significativamente maior entre as mulheres ($9,7 \pm 7,8$), do que entre os homens ($7,1 \pm 5,6$). 86,9% das pessoas apresentaram escore abaixo de 16. 7,5% das pessoas apresentaram escores entre 16 e 20. 5,6% apresentaram escores acima de 20.
Aben <i>et al</i> (2002)	202 pacientes infartados do Hospital Universitário de Maastricht, na Holanda.	Inventário de Depressão de Beck, Escala de Depressão de Hamilton, Escala de Depressão e Ansiedade	Alfa de Cronbach,	15,8% dos pacientes preenchiam os critérios de depressão maior; 9,4% os de depressão menor, com prevalência geral de 25,2%. Todas as escalas foram consideradas aceitáveis para identificação de prevalência de depressão em pacientes infartados, com pior desempenho em mulheres.

Gandini <i>et al</i> (2007)	208 mulheres portadoras de câncer.	Inventário de Depressão de Beck	Análise fatorial, método de extração dos componentes principais e rotação de oblím. Alfa de Cronbach.	Correlação significativamente alta entre os fatores pesquisados, revelando interdependência entre os fatores. Foi encontrada alta correlação entre os fatores “visão negativa de si mesmo” e “função física”
Argimon <i>et al</i> (2013)	88 alunos com idades entre 12 e 17 anos de uma escola de Ensino Fundamental. 44 adolescentes eram do sexo feminino e 44 do sexo masculino	Inventário de Depressão de Beck	Alfa de Cronbach, estatísticas descritivas, análise de variância	Alta consistência no coeficiente Alfa de Cronbach (0,79). A média do IDB foi de 11,11.

Fonte: Do autor (2016).

4.7 Saúde mental no trabalho

O trabalho, como categoria central para o homem, permite que este seja agente de transformação do mundo e de si mesmo, criando cultura, e o que distingue o homem dos demais seres vivos (MARX, 1996). O trabalho, segundo Freud (1936/2010), pode ser considerado técnica para afastar o sofrimento mental através dos deslocamentos de libido, reorientando os instintos de modo a evitar as frustrações do mundo externo. Nesse sentido, através da sublimação dos instintos, o homem obtém o máximo de prazer a partir das fontes de trabalho, psíquico ou intelectual.

Mais do que fonte de subsistência, o trabalho constrói laços sociais. Sendo essencial para o equilíbrio e saúde psíquica, o trabalho também é fonte de reconhecimento pessoal e é importante no processo de construção da subjetividade. Mas o trabalho também pode se tornar fonte de adoecimento orgânico e mental. Hoje, os transtornos mentais são causa significativa de afastamento laboral e de concessão de benefícios previdenciários (DE ARAUJO *et al*, 2011).

Ao longo de décadas a relação entre saúde mental e trabalho tem sido objetivo de pesquisa de diversas áreas de conhecimento, como administração, psicologia e sociologia. No campo psicológico, as pesquisas tiveram início nos anos 1950, com os estudos de Guillant (1954) e Christophe (1952, 1957) sobre afecções mentais causadas pelo trabalho. (VASCONCELOS e FARIA, 2008) Mas o que é saúde mental?

A OMS (2013) define saúde mental como parte integral para a saúde e bem-estar: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social; e não somente a ausência de doença ou enfermidade”

Houtman e Kompier (2001) afirmam que saúde mental é um conceito muito carregado de valor e que por isso não há um consenso sobre sua definição. Os autores afirmam que saúde mental é:

1. **Um estado:** um estado de bem-estar total, psicológico e social do indivíduo numa cultura e sociedade determinados. Sendo o prazer, a comodidade, a satisfação estados de ânimo e positivos; e ansiedade, depressão e insatisfação, estados negativos
2. **Um processo:** indicativo de uma conduta de afrontamento, como dois aspectos chave para a conduta mental: lutar pela independência e autonomia.
3. **O Resultado de um processo:** um estado crônico, devido a um confronto com um fator estressante, como ocorre nos casos de estresse pós-traumático ou a presença contínua de um fator estressante não necessariamente intenso. É o que ocorre com os

esgotamentos, processos depressivos, transtornos cognitivos e abuso de substâncias psicoativas.

Do mesmo modo que “saúde” não significa apenas ausência de doença, “saúde mental” não significa apenas a ausência de perturbações mentais. Saúde mental é cada vez mais entendida como o resultado de complexas interações biológicas, psicológicas e sociais. (ALVES e RODRIGUES, 2010)

Pessoas com transtornos mentais enfrentam taxas desproporcionais de incapacidade e mortalidade em relação a pessoas que não sofrem destes transtornos. A depressão eleva de 40% a 60% as chances por morte prematura de pessoas que têm a doença, devido a problemas de saúde física que, muitas vezes, são deixados sem supervisão (OMS, 2013).

No contexto laboral, há de se ressaltar que muitos trabalhos, por sua própria natureza, oferecem mais condições para o aparecimento de doenças físicas e mentais. Um trabalhador de uma cadeia de montagem, por exemplo, não consegue controlar seu ritmo de trabalho e a monotonia diária, ou um operário da mineração, que pode estar exposto a um ambiente de condições extremas. (ZANELLI *et al*, 2011).

Por outro lado, há os trabalhos realizados no setor de serviços. Caracterizado por altas demandas psicológicas, pressão por tempo e ritmo de trabalho, bem como falta de reconhecimento e por ter que se relacionar de forma intensa com colegas e clientes (ZANELLI *et al*, 2011).

No serviço bancário, o trabalho passa por grandes modificações. As atividades laborais se intensificaram para os bancários nos últimos anos, devido a fusão de postos de trabalho, diminuição de níveis hierárquicos e programas de reengenharia, que buscam o aumento da eficiência operacional e maximização de resultados. Em muitos casos, o medo de perder o emprego é o maior motivador para o trabalho dos bancários. (SEGNINI, 1999)

Dejours (1994) afirma que o sofrimento psíquico, dentro de seus limites, é propulsor da produtividade, pois a frustração e agressividade resultantes estimulam o aumento de ritmo de trabalho. Segundo o autor, esta exploração não cria doenças mentais, mas favorece o surgimento de descompensações psiconeuróticas.

No mesmo contexto, Mendes (1995) afirma que os indivíduos chegam ao trabalho com sua história de vida própria. Os problemas, então, nascem dos conflitos entre a necessidade de prazer que o indivíduo tem e o automatismo e exigências de adaptação que a organização oferece. Freud (1930/2010) afirma que os homens querem ser felizes e assim permanecer, sendo o propósito da vida dos homens programado pelo princípio do prazer.

Se por um lado o prazer resulta da vivência de uma situação desejada pelo indivíduo (FREUD, 1930/2010), o sofrimento resulta da não satisfação das necessidades. Estas, que têm origem no inconsciente, são, muitas vezes, reveladas em forma de projetos e expectativas para a vida (MENDES, 1995).

4.7.1 Depressão

Estima-se que mais de 350 milhões de pessoas sofram de depressão no mundo. Diferente de uma simples variação de humor, a tristeza causada pela depressão é duradoura, de moderada ou severa intensidade. Pode causar sofrimento no trabalho, escola e família. No pior dos casos, leva ao suicídio. Mais de 800.000 pessoas cometem suicídio a cada ano no mundo. (OMS, 2016)

Em muitos países, menos de 10% dos depressivos recebem tratamento efetivo. Poucos recursos, profissionais pouco treinados e estigmas sociais são barreiras para o tratamento da depressão. (OMS, 2016)

Beck (1988) afirma que o ser humano, como forma de assegurar sua sobrevivência, evoluiu na elaboração de sistemas de informação do ambiente. Segundo o autor, o homem constrói sua realidade, selecionando, transformando, codificando e recuperando informação.

Na depressão o indivíduo aprecia de forma exagerada a perda ou provação. De modo geral, nos estados psicopatológicos, ocorre uma mudança na forma como o processamento de informações acontece nas pessoas. (BECK, 1988)

Historicamente, uma das primeiras análises da depressão, que atravessou o tempo, situa-se no canto VI (versos 200-203) da *Ilíada* de Homero, através da descrição dos sofrimentos vividos por Belerofonte, condenado pelos deuses a vagar na solidão e desespero por tentar ascender ao Olimpo. De Homero também surge a primeira referência ao *pharmakon*, medicamento que era produzido com uma mistura entre plantas e rituais com o objetivo de diminuir o sofrimento. (PERES, 2010)

A depressão pode ter várias formas de nomeação: depressão melancólica, depressão neurótica, melancolia psicótica, melancolia neurótica, depressão histérica, depressão endógena, etc. (PERES, 2010)

O teólogo Oxford Robert Burton (1577-1640) talvez tenha fornecido a descrição mais antiga da depressão. No seu livro *Anatomia da Melancolia*, publicado em 1620, o autor descreve a “melancolia ventosa”, que foi descrita como vapores que sobem ao cérebro, causando tristeza, apatia, medo e problemas imaginativos. (CRYAN e LEONARD, 2010)

Usado pela primeira vez em 1680 para apontar desânimo e perda de interesse, o termo depressão é relativamente novo. Samuel Johnson, em 1750, incorporou o termo depressão ao dicionário. Contudo, o conceito de depressão tem sua origem a partir de menções de alteração de humor ao longo da história, principalmente nas referências à melancolia. (DE SOUZA e DE LACERDA, 2013)

Hipócrates V a.C., o pai da medicina, apresenta a melancolia, que era considerada por ele um estado de medo e tristeza de longa duração. Para Hipócrates, a melancolia tinha duas formas: a endógena, aquela que não tem motivo aparente; e a exógena, que resulta de trauma exterior. (TEIXEIRA, 2005) Hipócrates em sua Teoria dos Humores, define quatro humores básicos: sangue, bÍlis amarela, bÍlis negra e linfa. O acúmulo da bÍlis negra tornaria o indivíduo melancólico. A melancolia passa então a ser apresentada como doença. (COSTA e MEDEIROS, 2015)

Na Idade Média, século XII, na Escola de Salerno, a melancolia era considerada resultado da influência da bÍlis negra, ainda sob influência da Teoria dos Humores de Hipócrates. Mais tarde a teoria dos humores se liga à astrologia, acercando a influência que os astros teriam sobre os homens (PERES, 2010)

No entanto, é atribuído a Aristóteles o primeiro relato sobre a melancolia, prevalecendo por toda a Antiguidade. Em sua Problemática XXX aborda a relação entre genialidade e loucura. Para Aristóteles, a melancolia surge num organismo pré-disposto. Portanto, para o filósofo grego, a melancolia deixava de ser uma doença e se inseria na própria natureza humana. (PERES, 2010) As patologias mentais não são citadas de modo sistemático por Aristóteles. Contudo, é recorrente em suas obras a abordagem de condições e disposições que afetam o homem. (CARVALHO, 2015)

Já nos séculos XVI, XVII e XVIII, no período classicista, Michel Foucault afirma que na época foi produzida uma ideia de transmissão de qualidades do corpo para a alma, do humor para as ideias e do órgão para o comportamento. A.C. Lorry, no século XVIII, concebe dois tipos de melancolia: nervosa e humoral. Contrações do sistema nervosos seriam as responsáveis pelo comportamento melancólico. (PERES, 2010)

Mas foi no final do século XVIII que a primeira tentativa de uma nosografia dos transtornos mentais tomou forma, com o trabalho de Phillippe Pinel. As obras de Pinel foram um marco para o surgimento da psiquiatria. Observação metodológica, reforma dos locais de internamento e causa dos desequilíbrios mentais ou afetivos foram objetos de estudos e apontamentos de Pinel. (CHERUNBINI, 2006)

Importante para a atribuição de nova etiologia para o adoecer mental, a definição de neurastenia, em 1869, por George Beard estava ligada à exaustão geral, dores variadas, entre outros sintomas físicos. Hoje, a neurastenia é conhecida como doença síndrome da fadiga crônica. Fatores sociais passam, então, a ser considerados fontes de adoecimento mental. (PERES, 2010; ZORZANELLI, 2009)

A teoria dos humores é descartada no século XIX, o que fez com que perdesse força a designação de melancolia e surgisse as expressões “monotonia triste” e “lipemania”. Emil Kraepelin, nesse período, descreveu a psicose maníaco-depressiva, uma alternância entre quadro maníaco-delirantes e depressivos (PERES, 2010; RODRIGES, 2000; KOCSIS e ALLEN, 1987) Kraepelin também descreveu o que ele chamava de estados de depressão psicogênicos, isto é, quadros depressivos que têm sua gênese em episódios desfavoráveis da vida cotidiana. (RODRIGUES, 2000)

Os pensamentos de Emil Kraepelin e Sigmund Freud foram decisivos para a transição da psiquiatria vitoriana do século XIX para a psiquiatria moderna do século XX. A prática em saúde mental sofreu uma importante divisão, influenciada por esses dois homens: a psicanálise, fundamentada na psicologia; e, do outro lado, a psiquiatria, que tem seus fundamentos na neurobiologia. (QUEVEDO e SILVA, 2013)

Mas foi somente ao longo do século XX que surgiram algumas dicotomias, em um esforço para distinguir os tipos de depressão, não somente pela gravidade do quadro, mas também pela sua etiologia. Depressão hereditária/psicogênica; autônoma/reativa; psicótica/neurótica; primária/secundária são exemplos de dicotomias que foram motivo de discussão ao longo do século XX. (RODRIGUES, 2000)

Freud (2010), ao abordar o tema melancolia, faz também distinção em relação ao luto. Para ele, o luto, que pode ser causado por uma perda, pode envolver graves afastamentos das atitudes normais para com a vida, mas não deve ser considerado patologia. A melancolia, por outro lado, é considerada pelo autor como patologia, que pode ter origem ou não nas mesmas influências que produziram o luto. Freud afirma:

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo exterior, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em auto recriminação e auto envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (Freud 1917, p.153)

Para Freud existe uma tendência para auto avaliação cruel pelo indivíduo. Uma intensa recriminação está presente no depressivo, juntamente com um contínuo sentimento de ódio a si próprio. Confusão, perda de memória, dificuldade de raciocínio contribuem para este estado. (PERES, 2010)

O que hoje é chamado clinicamente de depressão era chamado de melancolia, numa tradição da Grécia antiga e dos romanos, que a consideravam como temperamento típico dos indivíduos portadores de alguma excepcionalidade. A melancolia toma sentido diferente com Freud, que liga-a a comportamentos patológicos. Nos dias atuais, denominada depressão, a melancolia é tida como doença mental, estudada como uma disfunção orgânica e psíquica. (BERLINCK, 2008)

Na melancolia, diferente do luto, o objeto perdido é o próprio motivo da condição trágica do sujeito. O indivíduo inicia um movimento de assassinato de si mesmo. Então surge a autoflagelação, como reação existente no conflito entre moral e ódio ao objeto. (PINHEIRO *et al*, 2016)

A influência da psicanálise atingiu seu ápice na década de 1960, perdurando até a década de 1970. A partir da década de 1960, as abordagens psicológicas cognitivas surgem com forte influência para os tratamentos de depressão. (QUEVEDO e SILVA, 2013)

A psiquiatria contemporânea, quando deixa de empregar a palavra melancolia e passa a utilizar o termo depressão, tem um objetivo de oferecer à depressão uma etiologia em que ela seja definida como desordem mental ou afetiva de tipo neuroquímico. (BERLINK, 2008)

Desde 1974, com o desenvolvimento da fluoxetina, que foi primeiro inibidor seletivo da receptação de serotonina, os antidepressivos crescem em vendas no mundo. A década de 1980 iniciou um período de expressivo desenvolvimento das neurociências. Tal fato permitiu uma ampliação nas investigações sobre síndromes psicopatológicas, o que fez com que a psiquiatria ficasse no mesmo patamar das outras especialidades médicas. (QUEVEDO e SILVA, 2013)

Vários estudos epidemiológicos já provaram sua importância para estimativas de prevalência e distribuição de diversos transtornos psiquiátricos em diferentes locais. Estes estudos demonstram que a identificação de transtornos mentais em pacientes por meio de instrumentos de avaliação é possível, mesmo que o entrevistador não seja da área médica. (LACERDA *et al*, 2009)

Entrevistas estruturadas e questionários como o IDB e a Escala de Depressão de Hamilton são ferramentas importantes e comumente utilizadas para o estudo e identificação do curso da Depressão Maior. (BRINGMANN *et al*, 2015)

A popularidade das escalas de auto avaliação advém do fato de elas serem de fácil administração. Tais escalas são de pouca ou nenhuma utilidade em pacientes semianalfabetos, analfabetos ou pacientes gravemente doentes. Um grande número de escalas tem surgido com o objetivo específico de identificar doenças mentais, como a depressão. (HAMILTON, 1960)

4.7.2 Principais questionários utilizados na identificação de doenças mentais

Existem hoje mais de 50 instrumentos para a detecção de depressão e transtornos depressivos. Um dos mais conhecidos é o Inventário de Depressão de Beck. O IDB foi inicialmente desenvolvido para medição da sintomatologia depressiva em pacientes com distúrbios psiquiátricos. Hoje, é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o grau de depressão. (LASA *et al*,2000)

A seguir são apresentados 3 dos principais questionários estruturados utilizados para a identificação de doenças mentais. Estes questionários apresentados foram desenvolvidos para auto avaliação pelo indivíduo, demonstrando a possibilidade de identificação de transtornos mentais é possível, como afirma Lacerda *et al* (2009). O Inventário de Depressão de Beck, questionário utilizado neste estudo, é apresentado logo após.

4.7.2.1 Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo (EFN)

O estudo da personalidade é tema recorrente na psicologia. Embora controverso, é de grande repercussão e importância para a pesquisa psicológica. Seja qual for o modelo observado, o estudo da personalidade procura observar o sujeito em sua totalidade. (TRENTINI, 2009)

Este instrumento é utilizado para a avaliação do neuroticismo, considerado uma das dimensões da personalidade humana. A partir do levantamento de traços de personalidade, este instrumento avalia o homem e sua personalidade em sua descrição na linguagem natural. (HUTZ e NUNES, 2001)

Em sua versão final, o teste é moldado em 82 questões, divididas em quatro sub-escalas: Escala de Vulnerabilidade, Escala de Desajustamento Psicossocial, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão. (HUTZ e NUNES, 2001)

4.7.2.2 Escala de depressão de Hamilton

Desenvolvida nos anos 1950, a escala de Depressão de Hamilton foi elaborada de modo que sejam consideradas a intensidade e frequência dos sintomas para o correto preenchimento da ferramenta. A escala se mostrou confiável e com elevado grau de validade em diversos estudos. (WILLIAMS, 1988)

A escala é composta por 17 variáveis. Alguns são definidos em categoria de intensidade crescente, enquanto outros são definidos por termos de valor igual. Nenhuma distinção é feita entre frequência e intensidade dos sintomas. (HAMILTON, 1960)

4.7.2.3 Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (EDEA)

Esta escala é uma forma abreviada da escala de 42 itens de Lovibond e Lovibond (1995) de auto relato de depressão, ansiedade e estresse. Este instrumento de medição se originou de itens que dizem respeito a ansiedade e a depressão. (HENRY e CRAWFORD, 2005)

A popularidade desta escala está também no fato de ser de domínio público. O fato de ter sido originada de escalas de depressão e ansiedade se deve à intenção original, que era fazer a distinção entre estas duas desordens psíquicas. (CRAWFORD e HENRY, 2003)

No estudo de Lovibond e Lovibond (1995) os autores atentaram o desenvolvimento de uma escala de medida que discrimina os construtos de depressão e ansiedade não únicos. Sintomas de ansiedade e depressão que são únicos para cada desordem. Os itens iniciais foram selecionados pelos pesquisadores e novos itens compatíveis adicionados sucessivamente. (CRAWFORD e HENRY, 2003)

Os novos itens adicionados levaram ao surgimento do fator estresse nesta escala. Em seu desenvolvimento, utilizou-se amostras gerais e não clínicas, mas com determinação em termos empíricos. (LOVIBOND e LOVIBOND, 1995)

4.8 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

O IDB é umas das medidas mais utilizadas na identificação e avaliação da gravidade de depressão em pacientes psiquiátricos e triagem de identificação de depressão em populações normais. (BECK, 1996)

Desenvolvido em 1961, o IDB é um questionário de 21 itens de auto-aplicação. Pode ser utilizado para identificação de depressão em populações normais e também em populações psiquiátricas com segurança. O IDB foi traduzido para inúmeras línguas. (JACKSON-KOKU, 2016)

Estudos clínicos revelam que indivíduos com depressão leve fazem uma auto-avaliação mais negativa e com menos expressões positivas. Isso revela a predominância de avaliações negativas em estados de depressão, ainda que leves. (BECK, 1988)

A observação clínica e os sintomas mais comuns em depressivos foram o ponto de partida para o desenvolvimento do IDB. As 21 questões foram desenvolvidas para um ranking de 0 a 3 em severidade do grau de depressão, sendo zero o menor grau. (JACKSON-KOKU, 2016)

Indivíduos em estado depressivo tendem a subestimar feedbacks positivos e superestimar os negativos, o que revela uma tendência para polarização negativa no processamento de informações. (BECK, 1988)

Após as publicações de Beck em 1967, vários estudos utilizando questionários estruturados foram apresentados. Os estudos que surgiam posteriormente corroboram o modelo de questionário estruturado de Beck como ferramenta válida para diagnóstico da sintomatologia depressiva. Alguns destes estudos podem ser observados no Quadro 5.

Quadro 5: Questionários estruturados que surgiram após o estudo de Beck (1967)

Autor	Questionário utilizado	População e objetivos
Blackburn, Jones e Lewin (1986)	<ul style="list-style-type: none"> (CST) Cognitive Style Test - Teste de Estilo Cognitivo 	72 indivíduos foram estudados, com idade entre 17 e 67 anos. Sendo 24 homens e 48 mulheres. Realizado para identificação de níveis de depressão e ansiedade no grupo, comparando os resultados dos testes realizados anteriormente por Wilkinson & Blackburn (1981)
Crandell e Chambless (1986)	<ul style="list-style-type: none"> (CCI) The Crandell Cognitions Inventory – O Inventário de cognições de Crandell 	212 indivíduos participaram do estudo. Composto por 100 questões que variam na escala de “quase nunca” até “quase sempre”, o questionário é utilizado para

		identificação de pensamentos depressivos.
Dobson e Shaw (1986)	<ul style="list-style-type: none"> • (II) Interpretation Inventory – Inventário de Interpretação-, • (CRT) Cognitive Response Test– Teste de resposta cognitiva -, • (DAS) Dysfunctional Attitude Scale– Escala de atitude disfuncional • (DADI) Differential Anxiety and Depression Inventory– Inventário de depressão e ansiedade diferencial. 	O II, o CRT, o DAS e o DADI foram quatro dos questionários aplicados pelos autores para avaliação cognitiva em pacientes hospitalizados. Em um segundo aspecto do estudo, foram aplicados questionários para identificação da depressão maior nos pacientes. Os grupos foram divididos entre deprimidos psiquiátricos, não deprimidos psiquiátricos e não psiquiátricos.

Fonte: BECK, 1988.

O Inventário de Depressão de BECK encontra-se no Anexo 3. A classificação dos escores do IDB proposto por Beck (1988) é apresentada na tabela a seguir:

Tabela 4: Escores do Inventário de Depressão de Beck

Escore	Classificação
< 10	Sem depressão ou depressão leve
10-18	Depressão leve à moderada
19-29	Depressão moderada à severa
30-63	Depressão Severa

Fonte: BECK, 1998.

A depressão, como síndrome, apresenta um conjunto de sintomas, tais como tristeza, distúrbios de sono, autoconceito negativo e diversos problemas de apetite. Nesse sentido, o Inventário de Depressão de Beck é uma medida sensível na identificação da presença de depressão no indivíduo.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa tem caráter descritivo, que, segundo Raupp e Beuren, (2003) tem como destaque a descrição de características de uma população ou do estabelecimento de possível correlação entre variáveis estudadas. Segundo os autores, este tipo de pesquisa utiliza questionários padronizados para todos os entrevistados.

A pesquisa descritiva parte de um problema de pesquisa já identificado para descrever os fenômenos da realidade observada, de forma criteriosa. Deste modo, este tipo de pesquisa pode proporcionar uma visão nova sobre algo que seja já conhecido. (AUGUSTO *et al*, 2013)

Neste estudo, 3 questionários padronizados foram aplicados para todos os componentes do grupo estudado: um questionário socioeconômico, que incluía também informações sobre tempo de função; o Índice de Capacidade para o Trabalho; e o Inventário de Depressão de Beck.

Todos os questionários aplicados, embora de natureza técnica, podem ser aplicados por pessoas que não sejam da área da saúde física ou mental, desde que todos os seus pontos sejam explicados e dúvidas sejam sanadas.

É uma pesquisa de caráter transversal, que, segundo Costa *et al* (2002), pode ser utilizada em saúde pública para verificação de frequência de transtornos psiquiátricos e para avaliação de resultados obtidos em políticas e ações de melhoria.

5.2 Amostra

A amostra utilizada para a aplicação dos questionários é do tipo não-probabilística de amostragem conveniente. Segundo Luna F° (1998), este tipo de seleção de amostra tem o objetivo de selecionar um grupo similar ao que seria selecionado via análise probabilística e possibilita a aplicação das ferramentas de pesquisa entre as pessoas acessíveis da amostra.

Seguindo estas características, a amostra entrevistada é composta por 13 (treze) funcionários de uma única agência bancária que trabalham no município de Santa Cruz do Capibaribe, em Pernambuco.

5.3 Descrição dos procedimento

Questionário estruturado multidimensional aplicado em maio de 2016, em uma agência bancária do município de Santa Cruz do Capibaribe, Pernambuco. Os três questionários aplicados são os disponíveis nos anexos I, II e III. O primeiro busca identificar os fatores sociodemográficos e funcionais; o segundo é o ICT, proposto por Tuomi et al (2010) para a identificação da capacidade para o trabalho; o terceiro questionário aplicado é o IDB, proposto por Beck para a identificação da existência de depressão.

Os questionários foram aplicados para todos os indivíduos da amostra na mesma ordem apresentada pelos anexos. De um total de 16 funcionários, 13 responderam aos questionários propostos. Dos 3 que não responderam, 2 se encontravam de férias e 1 estava de licença médica.

Os questionários foram aplicados em dois dias, individualmente, com cada um dos funcionários. Os funcionários foram orientados verbalmente sobre o modo de preenchimento e leram as instruções que constam no instrumento.

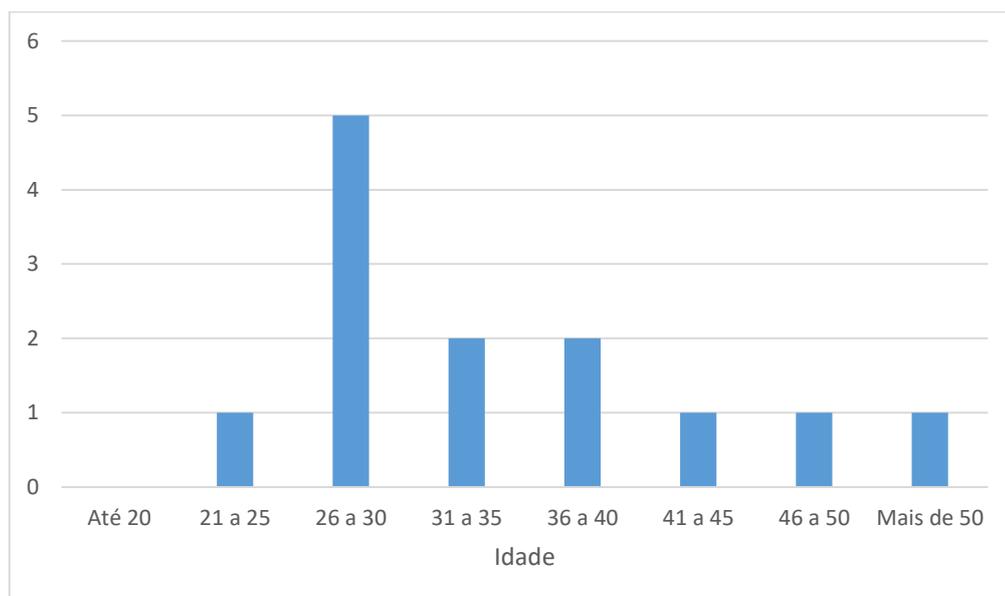
6. ANÁLISE DE RESULTADOS

Para análise de resultados, foram observados os resultados dos instrumentos de pesquisa, que inicia com um questionário sociodemográfico, que inclui ainda informações sobre o tempo na instituição e tempo de função gratificada, caso possua. Em seguida o questionário sobre o ICT e o IDB. Todos preencheram os questionários corretamente.

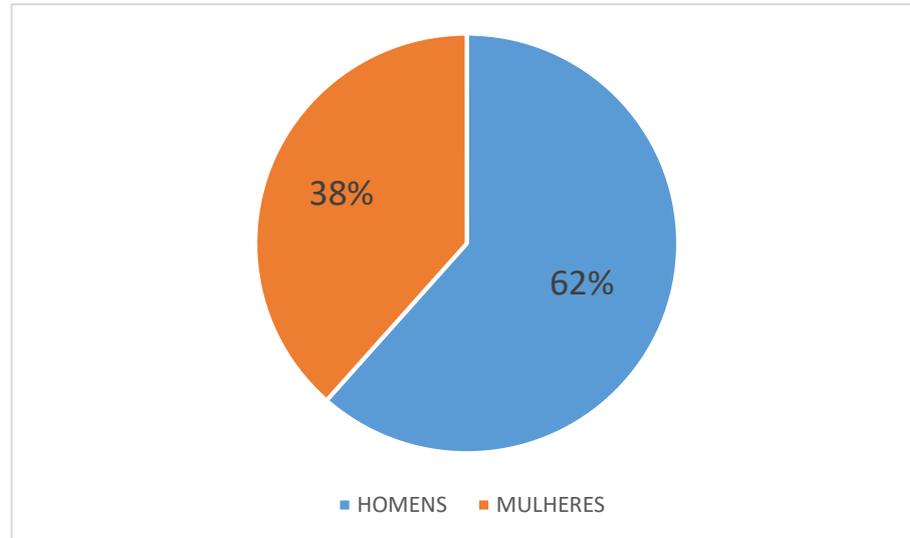
O ICT foi classificado com base nas conclusões da relação entre idade e ICT da pesquisa de Kujala *et al* (2005), que pode ser visto na Tabela 3.

6.1 Levantamento socioeconômico e funcional

Figura 1: Distribuição de idade da amostra



Na amostra, a predominância é de indivíduos jovens, com 8 (oito) de idade até 35 anos, que se enquadram na primeira faixa estabelecida por Kujala *et al* (2005) 5 (cinco) indivíduos possuem mais de 35 anos e se enquadram na segunda faixa etária definida por Kujala *et al* (2005) para definição do ICT.

Figura 2: Distribuição de gênero da amostra

São 5 (cinco) mulheres e 8 (oito) homens. 2 (dois) indivíduos de cada gênero apresentaram algum grau de depressão. Para a capacidade de trabalho, uma pessoa do sexo feminino apresentou baixa capacidade para o trabalho. Uma do sexo masculino apresentou baixa e duas apresentaram capacidade moderada.

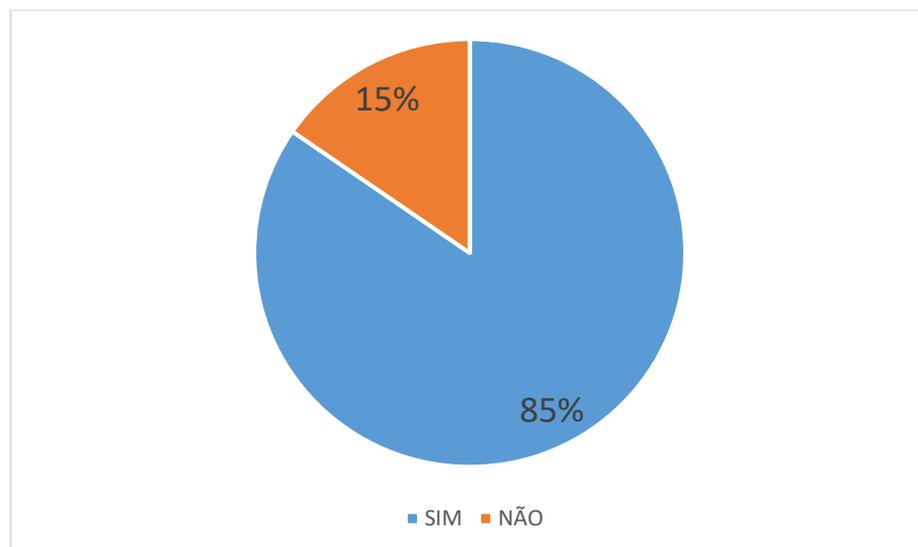
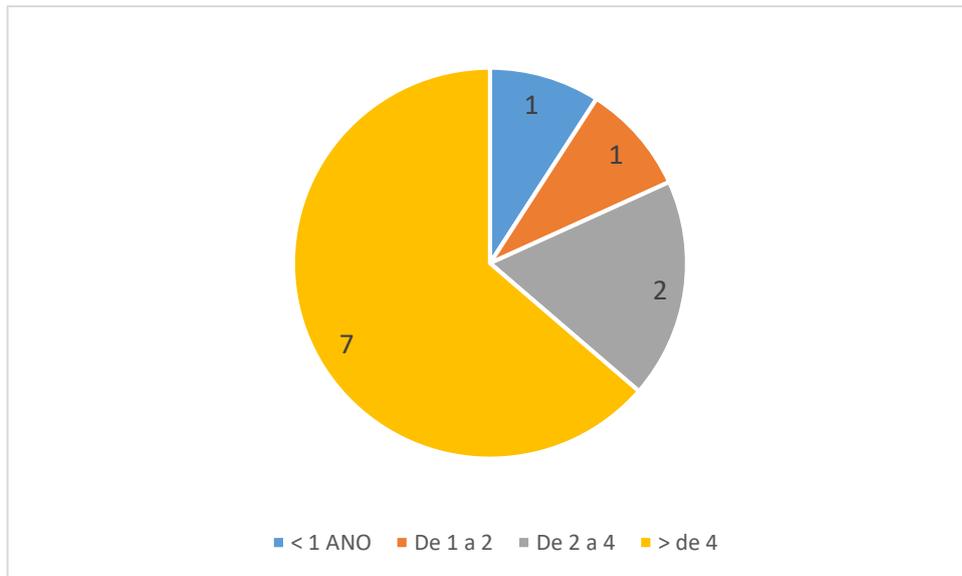
Figura 3: Indivíduos com função gratificada

Figura 4: Tempo de função gratificada

Dos 11(onze) indivíduos com função gratificada, 9 (nove) a ocupam a mais de dois anos. Dentre os 9 (nove), 3 (três) tiveram identificada algum nível de depressão, o que representa 33,33%.

6.2 Distribuição do ICT na amostra estudada

Tabela 5: ICT encontrado na amostra

Categoria	Frequência Observada	Valor Acumulado	Percentual Observado	Percentual Acumulado
	0	0	0,00000	0,0000
Baixa	2	2	15,38462	15,3846
Moderada	2	4	15,38462	30,7692
Boa	6	10	46,15385	76,9231
Ótima	3	13	23,07692	100,0000

Dois indivíduos, 15,3 % da população estudada, obtiveram uma baixa classificação no Índice de Capacidade para o Trabalho. 15,3% foram classificados com moderado ICT. Dentre estes 4 (quatro) indivíduos, 3 (três) obtiveram resultado positivo para a prevalência de depressão calculada pelo IDB. Um dos indivíduos com boa capacidade para o trabalho apresentou depressão leve ou moderada.

Entre os que apresentaram baixa ou moderada capacidade para o trabalho, dois tinham mais de 36 anos de idade, mais de 10 anos de trabalho na organização e mais de 5 anos com função gratificada.

6.3 Distribuição do IDB na amostra estudada

Tabela 6: IDB encontrado na amostra

Categoria	Frequência Observada	Valor Acumulado	Percentual Observado	Percentual Acumulado
	0	0	0,00000	0,0000
Sem Depressão ou Leve	9	9	69,23077	69,2308
Leve a Moderada	3	12	23,07692	92,3077
Moderada a Severa	1	13	7,69231	100,0000

Para a prevalência de depressão calculada pelo instrumento de Beck, aproximadamente 31% dos indivíduos foram identificados com depressão, nos graus Leve a Moderada e Moderada a Severa. 9 Indivíduos não apresentaram depressão ou apresentaram depressão leve. Dos 4 (quatro) indivíduos com algum grau de depressão, 3 (três) (75%) tinham função gratificada. O percentual de indivíduos com função gratificada e o tempo em que ocupam o cargo podem ser vistos nas Figuras 3 e 4, respectivamente.

6.4 Validade correlacional

A validade de construto, ou correlacional, verifica a legitimidade de comportamentos e traços latentes. (PASQUALI, 2009) Para a validação correlacional deste estudo, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Da Silva Junior *et al* (2011) utilizou Spearman para calcular a correlação entre o ICT e escalas relacionadas ao estresse psicossocial laboral, instrumentos de avaliação física e mental e escalas de recuperação pós-trabalho.

Fernandes *et al* (2013) utilizou Spearman para correlacionar o ICT com diversas variáveis. Sono, fadiga, alterações da personalidade, interferência na vida social e em atividades domésticas e não domésticas são exemplos de variáveis utilizadas pelos autores.

Ahlstrom *et al* (2010) estudou mulheres funcionárias de uma Organização de Serviços Humanos da Suécia. Neste estudo os autores utilizaram Spearman para correlacionar o ICT com variáveis ligadas à licença médica, sintomas de doenças e saúde.

O coeficiente de Spearman varia entre -1 e 1 no cálculo da correlação. É uma medida de associação linear, que utiliza gamas e ordens de determinados grupos e os compara. A correlação perfeita positiva é 1; a negativa, -1; a correlação negativa forte, -0,75; a correlação positiva forte, 0,75; a nenhuma correlação, 0. (MARTINEZ ORTEGA, 2009)

Tabela 7: Coeficiente de Correlação de Spearman

	ICT	IDB
ICT	1,00000	-0,682412
IDB	-0,682412	1,000000

O Cálculo do Coeficiente de Spearman foi realizado pelo Statistica 13.0 para Windows. O Software aponta significância estatística para a relação sempre que a diferença for maior que +/-0,5%. O cálculo de Spearman entre o ICT e o IDB da população estudada chegou a uma correlação considerada estatisticamente significativa de -0,682412.

Portanto, quando há um grau de Capacidade para o Trabalho positivo (1,000000), a prevalência de depressão tende a ser negativa (-0,682412) na amostra estudada. Por outro lado, quando há prevalência de depressão (1,000000), a Capacidade para o Trabalho se mostrou negativa na amostra (-0,682412).

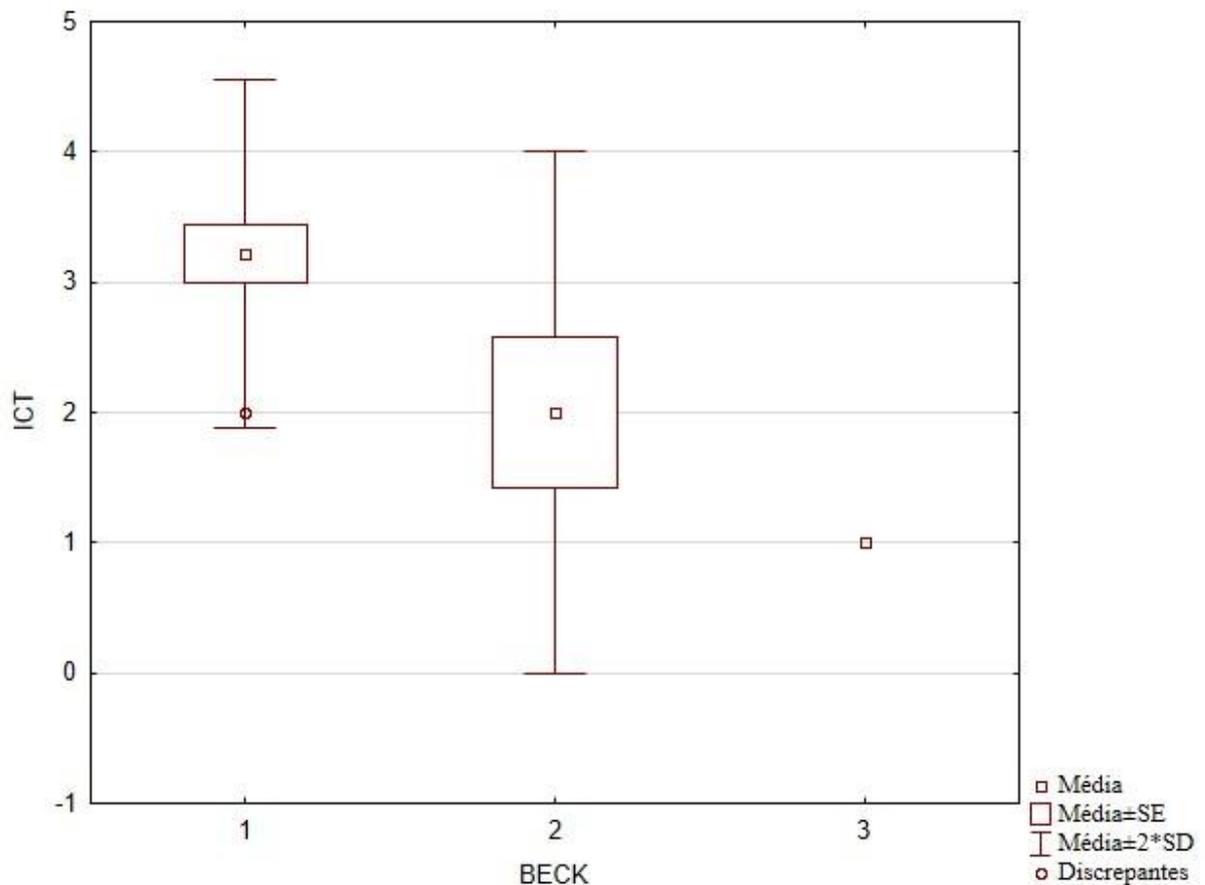
Resultado semelhante é encontrado em uma pesquisa realizada por Martinez e Latorre (2006) em pesquisa realizada com 224 trabalhadores de uma empresa de previdência privada. Os autores concluíram que quanto maior é a saúde física e mental, maior é a capacidade para o trabalho.

Marqueze e Moreno (2009) em pesquisa realizada com professores da área de saúde, também identificaram que aspectos de saúde mental têm grande relação com o Índice de Capacidade para o Trabalho.

Para identificar a correlação entre as variáveis também foi utilizado o diagrama de caixas, calculado pelo Statistica 13.0 para Windows.

O diagrama de caixas é utilizado para identificar o desempenho dos sujeitos analisados e é formado por uma caixa, que é limitada pelos percentis 25 e 75. Também possui traços internos que representam a mediana. 50% dos dados estão contidos na caixa, sendo 25% abaixo e 25% acima. As linhas que se encontram no exterior da caixa representam os valores máximos e mínimos. Valores discrepantes, também chamados de *outliers*, são representados por circunferências no diagrama. (MENDONÇA *et al.*, 2007) O diagrama de caixas é apresentado na Figura 5.

Figura 5: Diagrama de Caixas de ICT agrupado pelo IDB



Os traços verticais ligados às caixas do gráfico indicam alta correlação. No diagrama, quando menor foi o Índice de Depressão de Beck, maior o ICT encontrado. Observa-se, ainda,

uma tendência de diminuição da capacidade para o trabalho com o aumento na escala de depressão. Tal fato pode ser observado pelos quadrados menores, que demonstram tal característica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, assim como uma doença física, é um dos grandes incapacitantes laborais. No Brasil, 8,86% dos casos de concessão de auxílio previdenciário estão relacionados a problemas ligados a doenças mentais. Tal magnitude mostra a importância do estudo dos problemas ligados à saúde mental para o ambiente de trabalho.

O ICT, para ser calculado, considera a saúde mental do trabalhador em seus diversos componentes de abordagem. Dentre as perguntas que este questionário apresenta, há aquelas que questionam diretamente sobre uma variedade de doenças físicas e mentais, inclusive depressão. É possível perceber, portanto, que o ICT, sem o comparativo com a escala de Beck, já demonstra a importância da saúde mental para a boa capacidade para o trabalho.

A depressão, enquanto doença mental, mostrou, neste estudo, forte correlação com os baixos níveis de capacidade para o trabalho nos bancários estudados. Tal relação pode ser identificada com clareza na Figura 5. Também pode ser observada na Tabela 7, através do coeficiente de Spearman, que correlacionou com significância estatística a prevalência de depressão em pessoas com menor nível de capacidade para o trabalho.

Apesar deste estudo ter utilizado funcionários de apenas uma agência bancária para a realização da pesquisa, há diversos estudos que correlacionam doenças mentais à incapacidade para o trabalho. Vários autores referenciados nesta pesquisa encontraram e demonstraram as relações entre o ICT e doenças mentais semelhantes em seu estudo, seja em escolas, hospitais e escritórios de seguradoras.

Especificamente entre os bancários, a pressão por desempenho e as transformações tecnológicas que o setor enfrenta nos últimos anos apontam a importância de realização de estudos para identificação das consequências causadas por estas transformações. Entre os bancários pesquisados, há, sim, uma correlação inversa entre capacidade para o trabalho e depressão.

Seja no setor bancário ou em setor diverso, as doenças mentais representam um verdadeiro desafio para as pessoas e organizações. Incapacitação para o trabalho, entre sintomas e problemas, é apenas uma das consequências de quem sofre com a depressão ou doença mental diversa. Compreender os impactos do trabalho na vida mental das pessoas nos dias de hoje, com intensas mudanças tecnológicas e sociais, se faz importante para o desenvolvimento e promoção de ações que auxiliem e promovam a saúde integral do homem.

8. REFERÊNCIAS

ABEN, Ivo et al. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics*, v. 43, n. 5, p. 386-393, 2002. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com>> Acesso em 04/07/2016.

AHLSTROM, Linda et al. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health—a prospective study of women on long-term sick leave. *Scandinavian journal of work, environment & health*, p. 404-412, 2010. Disponível em <<http://www.jstor.org>> Acesso em 07/07/2016

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 2011 . Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 20/06/2016

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2010. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com>> Acesso em 26/05/2016.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima et al . Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo , v. 33, n. 85, p. 354-372, dez. 2013 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. acesso em 10/07/2016

AUGUSTO, Cleiciele Albuquerque et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Rev. Econ. Sociol. Rural*, Brasília , v. 51, n. 4, p. 745-764, Dez. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/>> Acesso em 20/07/2016.

BECK, Aaron T. et al. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, v. 67, n. 3, p. 588-597, 1996. Disponível em <<http://www.tandfonline.com> > Acesso em 07/07/2016.

-_____, Aaron T.; STEER, Robert A.; CARBIN, Margery G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com>> Acesso em 22/06/2016

BELTRAME, Marlize Tatsch et al. Work ability in hospital housekeeping services and associated factors. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 49-57, Dez. 2014 .Disponível em <<http://www.scielo.br> >. Acesso em 28/06/2016.

BERLINCK, Luciana Chaui. *Melancolia: rastros de dor e perda*. São Paulo: Editora Humanitas, 2008.

RAMAZZINI. De Morbis Artificum Diatriba [Diseases of Workers] *American Journal of Public Health* September 2001: Vol. 91, No. 9, pp. 1380-1382. Disponível em <<http://ajph.aphapublications.org>> Acesso em 25/06/2016

BESSA, Nícia M. Validade - O Conceito, a Pesquisa, os Problemas de Provas Geradas pelo Computador. *EAE - Estudos em Avaliação Educacional*, v. 18, n. 37, 2007 Disponível em <<http://www.fcc.org.br>>. Acesso em 22/06/2016.

BEZERRA, Claudiceia L.A.; MACHADO, Maria Cristina G. Lourenço Filho: A importância do Ensino da Literatura. Universidade Estadual de Maringá, 2008. Disponível em <<http://www.ppe.uem.br>>. Acesso em 28/04/2016.

BORGES, Livia de Oliveira. A Psicologia do Trabalho e das Organizações no Brasil floresce? *Estud. psicol. (Natal)*, Natal , v. 15, n. 3, p. 277-279, Dez. 2010. Available from <<http://www.scielo.br>> Acesso em 04/07/2016.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Previdência Social. Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Doença Previdenciários, Concedidos Segundo os Códigos da CID-10, Brasília, 2016. Disponível em <<http://www.mtps.gov.br>> Acesso em 24/05/2016

BRINGMANN, Laura F. et al. Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological medicine*, v. 45, n. 04, p. 747-757, 2015. Disponível em <<http://journals.cambridge.org>> Acesso em 05/07/2016.

CARVALHO, Cláudio Alexandre S. O Problema XXX e o Tratamento da Condição Melancólica em Aristóteles. *Revista Filosófica de Coimbra*. n. 47. Coimbra, 2015. Disponível em <<http://www.uc.pt>> Acesso em 26/06/2016.

CHAGAS, Ana Maria de Resende, SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos. Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores - Brasília: Ipea, 2011. Disponível em <<http://repositorio.ipea.gov.br>> Acesso em 15/06/2016.

CHERUNBINI, Karina Gomes. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da antiguidade clássica a Philippe Pinel. *Buscalegis – Biblioteca Jurídica Virtual*, 2006. Disponível em <<http://egov.ufsc.br/>> Acesso em 30/06/2016.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al . Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 5, n. 2, p. 164-173, ago. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.org>> Acesso em 29/06/2017

COSTA, Mariana Carvalho da; MEDEIROS, Cynthia Pereira de. Psicanálise e psiquiatria: duas abordagens ao tema das depressões. *ARIÚS - Revista de Ciências Humanas e Artes*, v.21, n.1. Campina Grande, 2015. Disponível em <<http://www.ch.ufcg.edu.br>>. Acesso em 29/06/2016.

CRAWFORD, John R.; HENRY, Julie D. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 42, n. 2, p. 111-131, 2003. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com>> Acesso em 07/07/2016

CRONBACH, Lee J. Test “reliability”: Its meaning and determination. *Psychometrika*, v. 12, n. 1, p. 1-16, 1947. Disponível em <<http://link.springer.com>> Acesso em 01/07/2016.

CRYAN, John F.; LEONARD, Brian E. (Ed.). *Depression: from psychopathology to pharmacotherapy*. Karger Medical and Scientific Publishers, 2010. Disponível em <<https://www.karger.com>> Acesso em 10/07/2016.

DA COSTA LEÃO, Luís Henrique. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 2, n. 2, p. 291-305, 2012. Disponível em <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/>> Acesso em 29/05/2016.

-_____, Luís Henrique; CARLOS BRANT, Luiz. Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.org>> Acesso em 26/06/2016

DE ARAÚJO, Tânia Maria *et al.* Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 6, 2011. Disponível em <<http://inseer.ibict.br>> Acesso em 30/06/2016.

DE BEM, Amilton Barreto *et al.* Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. *Avaliação (Campinas), Sorocaba*, v. 16, n. 2, p. 375-401, Julho 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/>> Acesso em 24/06/2016.

DE SOUZA, Thaís Rabanea; DE LACERDA, Acioly Luiz Tavares. Depressão ao longo da história. Disponível em <<https://ssl1571.websiteseuro.com>> Acesso em 23/06/2016

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez, 1998.

DURAN, Erika Christiane Marocco; COCCO, Maria Inês Monteiro. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-49, Fev. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 09/06/2016.

FERNANDES, Adília et al. Capacidade laboral e trabalho por turnos: um estudo realizado em enfermeiros. Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, p. 157-166, 2013. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt>> Acesso em 07/07/2016.

FERREIRA, Januário Justino; PENIDO, Laís de Oliveira. Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança do trabalho do Estado de Goiás – Goiânia: Cir Gráfica, 2013. Disponível em <<https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com>> Acesso em 22/04/2016.

DA FONSECA, Ricardo Tadeu Marques. Saúde mental para e pelo trabalho. Direito, v. 1, n. 2, 2015. Disponível em <<http://revistas.facbrasil.edu.br/>> Acesso em 22/06/2016

FREITAS, Eurídice. Origens e Organização do ISOP. Arquivo Brasileiro de Psicologia aplicada. Rio de Janeiro: 1973 Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br>>. Acesso em 29/04/2016.

FREUD, Sigmund, 1856-1939. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos (1930-1936) / Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

-_____, Sigmund. Mourning and Melancholia. Collected Papers, vol. IV, pages 152 - 170. 1917. Disponível em <<http://www.columbia.edu/>> Acesso em 01/06/2016

GANDINI, Rita de Cássia et al . Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. PsicoUSF, Itatiba , v. 12, n. 1, p. 23-31, jun. 2007 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em 10/07/2016.

GAVIRAGHI, Daniela et al. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. Revista Psicologia Organizações e Trabalho, v. 16, n. 1, p. 61-72, 2016. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>> Acesso em 02/07/2016.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, L. H. S. G. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998. Disponível em << <http://scielo.br> >>. Acesso em 04/07/2016.

HAMILTON, Max. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 23, n. 1, p. 56-62, 1960. Disponível em <<http://jnnp.bmj.com>> Acesso em 30/06/2016.

HENRY, Julie D.; CRAWFORD, John R. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, v. 44, n. 2, p. 227-239, 2005. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com> > Acesso em 07/07/2016

HILLESHEIN, Eunice Fabiani; LAURET, Liana. Capacidade para o trabalho características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Latino-AM. Enfermagem*. Maio-Jun, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 12/04/2016.

HOUTMAN, Irene L D; KOMPIER, Michiel A J. Trabajo y salud mental. In: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo – OIT*. Edição Eletrônica, Espanha 2001. Disponível em <<http://www.insht.es>> Acesso em 25/05/2016.

HUNTER, Larry W. et al. It's not just the ATMs: Technology, firm strategies, jobs, and earnings in retail banking. *Industrial & Labor Relations Review*, v. 54, n. 2, p. 402-424, 2001. Disponível em <<http://ilr.sagepub.com/content/54/2/402.short>> Acesso em 07/07/2016

HUTZ, Claudio S.; NUNES, C. H. S. S. Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ILMARINEN, Juhani. Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian journal of work, environment & health*, p. 1-5, 2009. Disponível em <<http://www.jstor.org>> Acesso em 20/06/2016.

IUNES, Denise Hollanda et al . Evaluation of musculoskeletal symptoms and of work ability in a higher education institution. *Fisioter. mov.*, Curitiba , v. 28, n. 2, p. 297-306, June 2015 Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 28/06/2016.

JACKSON-KOKU, Gordon. Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, v. 66, n. 2, p. 174-175, 2016. Disponível em <<http://occmed.oxfordjournals.org>> Acesso em 09/07/2016.

KOCSIS, James H; FRANCES, Allen J. A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am J Psychiatry*, 1987; 144:12. Disponível em <<http://ajp.psychiatryonline.org>> Acesso em 01/07/2016.

KUJALA, Veikko; REMES, JOUKO; EK, Ilen, TAMMELIN, Tuija, LAITINEN, Jaana. Classification of Work Ability Index among young employees. Oxford University Press of the Society of Occupational Medicine, 2005. Disponível em <<http://occmed.oxfordjournals.org>> Acesso em 19/05/2016.

LACERDA, Acioly Luiz Tavares de; QUARANTINI, Lucas de Castro; MIRANDA-SCIPA, Ângela M.A.; PORTO, José Alberto del. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LARANJEIRA, Sônia MG. Reestruturação produtiva no setor bancário: a realidade dos anos 90. *Educação & Sociedade*, v. 18, n. 61, p. 110-138, 1997. Disponível em Disponível em <<http://scielo.br>>. Acesso em 05/07/2016.

LASA, L. et al. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of affective disorders*, v. 57, n. 1, p. 261-265, 2000. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com>> Acesso em 01/07/2016

LIMA, Maria José de Oliveira. *As empresas familiares da cidade de Franca: um estudo sob a visão do serviço social*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 01/05/2016.

LOVIBOND, Peter F.; LOVIBOND, Sydney H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and

Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com>> Acesso em 04/07/2016.

LUNA Fº, Bráulio. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 71, n. 6, p. 735-740, Dez. 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 20/07/2016.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. Intensity of musculoskeletal pain and (in) ability to work in nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1125-1133, Dez. 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br>> . Acesso em 28/06/2016

MARQUEZE, Elaine Cristina; MORENO, Claudia Roberta de Castro. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. Psicologia em estudo, v. 14, n. 1, p. 75-82, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/>> Acesso em 09/07/2016.

MARTINEZ, Maria Carmen et al. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. suppl 1, p. 1553-1561, 2010. Disponível em <<http://www.producao.usp.br>> Acesso em 10/06/2016.

- _____, Maria Carmen et al. Saúde e capacidade para o trabalho de eletricitários do Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 3, p. 1061-1073, 2008. Disponível em <<http://www.producao.usp.br>> Acesso em 20/06/2016.

- _____, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Health and work ability among office workers. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 40, n. 5, p. 851-858, Oct. 2006. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em 10/07/2016.

- _____, Maria Carmen; LATORRE, Maria Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. Revista de Saúde Pública, São Paulo, Abr., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12/04/2016.

MARTINEZ ORTEGA, Rosa María et al . EL COEFICIENTE DE CORRELACION DE LOS RANGOS DE SPEARMAN CARACTERIZACION. Rev haban cienc méd, Ciudad de La Habana , v. 8, n. 2, jun. 2009 . Disponível em <<http://scielo.sld.cu>> Acesso em 12/07/2016.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre Confiabilidade e Validade. RBGN - Revista Brasileira de Gestão e Negócios. Vol.8, n 20, p.1-12. São Paulo, 2006. Disponível em <<https://rbgn.fecap.br> > Acesso em 19/06/2016.

MARTUS, P. et al. A comparative analysis of the Work Ability Index, Occup Med London (2010). Disponível em <<http://occmed.oxfordjournals.org>> Acesso em 20/05/2016.

MARX, Karl. O Capital: Critica da Economia Política. V. 1. São Paulo, Editora Nova Cultural: 1996

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995 Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 26/05/2016.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. Rev. Saúde pública. São Paulo, 1991. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>> Acesso em 24/04/2016

MENDONCA, Tânia Maria et al. As estruturas aditivas nas séries iniciais do ensino fundamental: um estudo diagnóstico em contextos diferentes. Relime, México , v. 10, n. 2, p. 219-239, jul. 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.org.mx>>. Acesso em 09/07/2016.

MERLO, A. R. C.; BARBARINI, Neuzi. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. Psicologia & Sociedade, v. 14, n. 1, p. 103-122, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 01/07/2016

MESSICK, Samuel. Validity of Test Interpretation and Use. Educational Testing Service, Princeton, N.J, 1990. Disponível em <<http://www.radford.edu>>. Acesso em 15/06/2016

MICHAELIS, Dicionário online. Editora Melhoramentos, 2016. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br>> Acesso em 20/06/2016

MOTTA, Júlia Maria Casulari. A psicologia e o mundo do trabalho no Brasil: relações, história e memória. São Paulo: Ágora, 2005

NORONHA, Ana Paula Porto; VENDRAMINI, Claudette Maria Medeiros. Parâmetros psicométricos: estudo comparativo entre testes de inteligência e de personalidade. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 16, n. 1, p. 177-182, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 01/07/2016.

OIT- Organização Internacional do Trabalho. *Mental Health in the Workplace*, 2000. Disponível em <<http://www.ilo.org/>> Acesso em 05/07/2016

OMS - Organização mundial da Saúde. *Depression –Fact Sheet*. 2016. Disponível em <<http://www.who.int>>. Acesso em 26/06/2016.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020*, 2013. Disponível em <<http://www.who.int/>> Acesso em 30/06/2016.

PAIVA JÚNIOR, Fernando Gomes de; LEÃO, André Luiz Maranhão de Souza; MELLO, Sérgio Carvalho Benício de. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em administração *Revista de Ciências da Administração*, Florianópolis, p. 190-209, dez. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br>>. Acesso em: 24/06/2016.

PASQUALI, Luiz. *Psicometria*. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 43, n. spe, p. 992-999, Dezembro, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/06/2016.

PENIDO, Laís de Oliveira; PERONE, Giancarlo. *Saúde Mental no Trabalho: Esclarecimentos Metodológicos para Juristas*. *Saúde Mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás - Goiânia*: Cir Gráfica, 2013.

PERES, Urania Tourinho. *Depressão e melancolia*. Zahar, 2003.

BLASER PETARLI, Glenda et al. Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória-ES, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 12, 2015. Disponível em <<http://web.b.ebscohost.com/>> Acesso em 25/06/2016.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. Psicol. clín., Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em 28/06/2016

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Org.). Depressão: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RENOSTO, Alexandra et al. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol, v. 12, n. 2, p. 217-25, 2009. Disponível em <<https://www.researchgate.net>> Acesso em 01/07/2016.

RODRIGUES, Marcus Vinicius. Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 12. Ed – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

RODRIGUES, Maria Josefina Sota Fuentes. O diagnóstico de depressão. Psicologia USP, 11 (1), 155-187, 2000. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br>> Acesso em 30/06/2016.

SANTANA, Vilma Sousa; SILVA, Jandira Maciel da. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde no Brasil: limites, avanços e desafios. Saúde Brasil. MS: 2008. Disponível em <<http://www.saudeetrabalho.com.br/>>. Acesso em 21/04/2016.

SCANFONE, Leila; TEODOSIO, Armindo dos Santos de Sousa. Assédio moral nas organizações: novas roupagens para uma antiga temática? E&G Economia e Gestão, Belo Horizonte, 2004

SEGNINI, Liliana Rolfsen Petrilli. Reestruturação nos bancos no Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. Educ. Soc., Campinas , v. 20, n. 67, p. 183-209, Aug. 1999 . Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 26/06/2016

SILVA JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida da et al . Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1077-1087, Jun 2011 . Disponível em <<http://www.scielo.org>>. Acesso em 28/06/2016

SILVA-JUNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina; Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. Rev Bras Epidemiol, outubro, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 13/04/2016.

SOARES, Lena Roddrigues; VILLELA, Wilza Vieira. O assédio moral na perspectiva de bancários. Revvista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 2012

TEIXEIRA, M.. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. Revista de Psicologia da UNESP, V. 4 N.1, São Paulo, 2005.

TRENTINI, Clarissa Marcelli et al. Correlações entre a EFN-escala fatorial de neuroticismo e o IFP-inventário fatorial de personalidade. Avaliação Psicológica, v. 8, n. 2, p. 209-217, 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/>> Acesso em 07/07/2016.

TUOMI, Kaija et al. Índice de Capacidade para o Trabalho. São Carlos: EdUFSCar, 2010.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. Psicol. Soc., Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 453-4. 2008 . Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 20/05/2016.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. Qualidade de vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, Janeiro/Março 2001. Disponível em < <http://www.regeusp.com.br/> > Acesso em 24/04/2016

VIANNA, Heraldo Marelim. Validade de construto em Testes Educacionais. EAE – Estudos em Avaliação Educacional, n. 08, 1983. Disponível em <<http://publicacoes.fcc.org.br>>. Acesso em 22/06/2016.

WILLIAMS, Janet BW. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*, v. 45, n. 8, p. 742-747, 1988. Disponível em <<http://archpsyc.jamanetwork.com>> Acesso em 07/07/2016

ZANELLI, José Carlos *et al* (Org.). *Processos Psicossociais nas Organizações e no Trabalho*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. A fadiga e seus transtornos: condições de possibilidade, ascensão e queda da neurastenia novecentista. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, v. 16, n. 3, p. 605-620, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 26/06/2016

9. ANEXOS

ANEXO 1

PESQUISA SOBRE A SAÚDE E O ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE BANCÁRIOS.

Esta é uma pesquisa de interesse acadêmico, e faz parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso para fins de Graduação em Administração. Ela visa conhecer as condições de saúde e a capacidade para o trabalho entre bancários no agreste de Pernambuco.

As respostas são individuais, anônimas e serão mantidas em absoluto sigilo. Por favor, responda o questionário com franqueza, você não irá gastar mais que 20 minutos. Desde já agradecemos sua participação.

DADOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1.01 Gênero:

Masculino Feminino

1.02 Faixa etária

() Até 20 anos () De 21 a 25 anos () De 26 a 30 anos () De 31 a 35 anos
() De 36 a 40 anos () De 41 a 45 anos () De 46 a 50 anos () Mais de 50 anos

1.03 Escolaridade

() 2º grau completo () Superior Incompleto () Superior completo
() Especialização () Mestrado () Doutorado

1.04 Estado Civil

() Solteiro () Casado () Divorciado () Outro:

1.05 Tempo que trabalha na organização

() Até 11 meses () De 11 meses a 2 anos e 11 meses
() De 3 anos a 4 anos e 11 meses () De 5 anos a 9 anos e 11 meses
() De 10 anos a 14 anos e 11 meses () De 15 anos a 20 anos e 11 meses
() Acima de 20 anos

1.06 Ocupa função gratificada?

() Sim () Não

1.06.1 Se ocupa função gratificada, há quanto tempo?

() Menos de um ano () De 1 a 2 anos
() De 2 a 4 anos () Mais de 4 anos

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO I: Índice de Capacidade para o trabalho

Este questionário possui 10 questões. Responda as questões conforme a escala solicitada em cada uma delas.

1- Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria a sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Estou incapaz para o trabalho

Estou em minha melhor capacidade para o trabalho
--

2- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

1	2	3	4	5
Muito Baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito Boa

3- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação as exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir da melhor forma de fazer)

1	2	3	4	5
Muito Baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito Boa

4- Na sua opinião, quais das lesões por acidente ou doenças citadas abaixo você possui ATUALMENTE. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico. Caso não tenha nenhuma doença, deixe em branco as questões e todos os seus subitens.

	Minha opinião	Diagnóstico do Médico
Lesões nas Costas		
Lesões nos braços/mãos		
Lesões nas pernas/pés		
Lesões em outras partes do corpo		
Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes		
Dor nas costas que se irradia para as pernas (ciática)		

Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes		
Artrite reumatoide		
Outra doença músculo/esquelética. Qual? _____		
Hipertensão arterial (Pressão Alta)		
Doença coronária, dor no peito durante o exercício (angina pectoris)		
Infarto do miocárdio, trombose coronariana		
Insuficiência Cardíaca		
Outra doença cardiovascular. Qual? _____		
Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)		
Bronquite crônica		
Sinusite crônica		
Asma		
Enfisema		
Tuberculose Pulmonar		
Outra Doença Respiratória. Qual? _____		
Distúrbio emocional severo. (Ex. depressão severa)		
Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)		
Problema ou diminuição de audição		
Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos ou lentes de contato de grau)		
Doença neurológica (Acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).		
Outra doença Neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____		
Pedras ou doença da vesícula biliar		
Úlcera gástrica ou duodenal		
Gastrite ou irritação duodenal		
Outra doença digestiva. Qual? _____		
Infecções das vias urinárias.		
Diarreia		
Constipação		
Gazes		
Doenças dos rins		
Doenças nos genitais ou aparelho reprodutor (p. ex. problemas nas trompas ou na próstata)		
Outra doença geniunitária. Qual? _____		
Tumor benigno		
Tumor Maligno (Câncer) Onde? _____		
Obesidade.		
Diabetes		
Colesterol Alto		
Bócio ou outra doença na tireoide		
Outra doença endócrina ou metabólica. Qual? _____		
Anemia		

Outra doença do sangue. Qual? _____		
Defeito de nascimento. Qual? _____		
Outro problema ou doença. Qual? _____		

5- Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta para esta pergunta)

- 1) Na minha opinião estou **totalmente incapacitado** para trabalhar.
- 2) Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar **apenas em tempo parcial**.
- 3) **Frequentemente** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- 4) **Algumas vezes** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- 5) Eu **sou capaz** de fazer o meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.
- 6) Não há impedimentos/eu não tenho doenças.

6- Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

1	2	3	4	5
De 100 a 365 dias	De 25 a 99 dias	De 10 a 24 dias	Até 9 dias	Nenhum

7- Considerando sua saúde, você acha que será capaz de DAQUI A 2 ANOS fazer seu trabalho atual?

1	4	7
É improvável	Não estou muito certo	Bastante provável

8- Você tem conseguido apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

9- Você tem se sentido ativo e alerta?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

10- Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Continuamente

ANEXO 3

Tabela 8: Cálculo do escore do ICT

Item	Nº de Questões	Número de Pontos (Escore) das respostas
1. Capacidade atual para o trabalho comparada a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos (valor assinalado no questionário)
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho
3. Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico	1 (Lista de 51 doenças)	Pelo menos: 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos
4. Perda estimada para o trabalho por causa das doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)
5. Falta ao Trabalho por doenças no último ano (12 meses)	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário)
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	1	1,4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)
7. Recursos mentais	3	Os pontos das questões são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Fonte: Tuomi *et al*(2010) p. 15

ANEXO 4

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria

	3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo		
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>

15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		