



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

[rbso@fundacentro.gov.br](mailto:rbso@fundacentro.gov.br)

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de  
Segurança e Medicina do Trabalho  
Brasil

Guimarães, Lílíana A. M.; Almeida Martins, Daniela de; Grubits, Sonia; Caetano, Dorgival  
Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São  
Paulo

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 31, núm. 113, 2006, pp. 7-18  
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100517132002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Liliana A. M. Guimarães<sup>2</sup>  
Daniela de Almeida Martins<sup>3</sup>  
Sonia Grubits<sup>4</sup>  
Dorgival Caetano<sup>5</sup>

## Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo<sup>1</sup>

### *Prevalence of mental disorders in university workers from a state university in São Paulo*

#### Resumo

Em uma amostra com 552 trabalhadores de uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal, objetivando estimar a prevalência anual de Suspeição para Transtornos Mentais (STM). Foi utilizado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos-QMPA (SANTANA, 1982) em versão validada para uso em população trabalhadora (GUIMARÃES, 1992). Encontrou-se uma prevalência anual de 35% de STM. Associações estatisticamente significativas foram obtidas entre STM e: gênero ( $p = 0,01$ ); estado civil ( $p = 0,05$ ); religião ( $p = 0,05$ ); renda familiar ( $p = 0,01$ ); maior número de faltas/mês ( $p = 0,00$ ). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre STM e: idade, escolaridade, local de trabalho. Obteve-se somente uma tendência à associação entre STM e mudança de local de trabalho no último ano ( $p = 0,08$ ). A alta prevalência de STM encontrada alerta para a magnitude do problema na organização, evidenciando a urgência da implantação de medidas preventivas relativas aos fatores psicossociais de risco e a necessidade de intervenções adequadas para o enfrentamento dos mesmos.

**Palavras-chaves:** prevalência de transtornos mentais, trabalhadores de universidade, sintomas psiquiátricos, questionário de morbilidade psiquiátrica de adultos, saúde do trabalhador.

#### Abstract

*In a cross-sectional study designed to assess the annual prevalence of Suspected Cases of Mental Disorders (SCMD), the Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire (QMPA; (Santana, 1982) adapted to the Brazilian working population (Guimarães, 1992) was administered to a stratified sample of 552 university workers from a State University in the city of Campinas, São Paulo. The annual prevalence of SCMD was 35%. Moreover, SCMD were significantly associated with gender ( $p=0.01$ ), marital status ( $p=0.05$ ), religion ( $p=0.05$ ), income ( $p=0.01$ ), absenteeism from work ( $p=0.00$ ) on one hand; and not associated with age, education, on the other. The results showed only a tendency of association between SCMD and the changing of workplace during the previous year. ( $p=0.08$ ). The high prevalence of SCMD highlights the magnitude of the problem and emphasizes the urgent need of correct preventive measures, actions and interventions to cope with the psychosocial risk factors.*

**Keywords:** prevalence of mental disorders, university workers, psychiatric symptoms, adult psychiatric morbidity questionnaire, occupational health.

<sup>1</sup> Projeto subvencionado pelo CNPq. Bolsa produtividade em pesquisa de Liliana A. M. Guimarães. Processo n° 307306/2004-6.

<sup>2</sup> Professora Doutora do curso de mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco de Mato Grosso do Sul (UCDB/MS); coordenadora do Núcleo de Estudos Multidisciplinares em Psicologia e do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho da UCDB/MS; professora colaboradora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-SP (Unicamp); coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho da Unicamp.

<sup>3</sup> Psicóloga do Trabalho da Diretoria Geral de Recursos Humanos da Universidade Estadual de Campinas-SP (Unicamp); mestranda em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco de Mato Grosso do Sul (UCDB/MS); membro do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

<sup>4</sup> Professora Doutora e coordenadora do curso de mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco de Mato Grosso do Sul (UCDB/MS).

<sup>5</sup> Professor Titular em Psiquiatria do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-SP (Unicamp).

## Introdução

A *International Labour Organization* (ILO, 1998/1999) reconhece a importância de se avaliar a extensão da incapacitação da força de trabalho mundial e também os contextos e cenários nos quais esta ocorre tendo em vista a implementação de programas de prevenção e reabilitação. Segundo Kessler e Ustün (2004), os Transtornos Mentais (TM) estão entre as principais causas de perda de dias de trabalho. Os TM menores (leves) causam em média perda de quatro (4) dias de trabalho/ano e os TM maiores (graves), cerca de duzentos (200) dias/ano. Brundtland (2000) refere que 5 das 10 principais causas de incapacitação no mundo dizem respeito aos seguintes TM: depressão maior, esquizofrenia, transtorno bipolar, alcoolismo e transtorno obsessivo-compulsivo. Esses transtornos, junto com a ansiedade, a depressão e o estresse, têm um impacto definitivo na população trabalhadora e devem ser relacionados ao contexto ocupacional.

A *World Health Organization* (WHO, 1996) acrescenta que depressão é a principal causa de perda de dias de trabalho no mundo e acredita que, antes do ano de 2020, ela emergirá como a principal causa de incapacitação e que os TM se constituirão na segunda causa mais importante para a carga global de doença no próximo século.

Os trabalhadores com TM apresentam um maior número de dias improdutivos ou incapacidade maior para um funcionamento pleno do que trabalhadores sem TM (GOERING *et al.*, 1996; KESSLER & FRANK, 1997). Conti e Burton (1994) acrescentam que a duração da incapacidade costuma ser mais longa para os trabalhadores com TM e Kessler e Frank (1997, p. 12) observam que “o número de perda de dias de trabalho causada por algum tipo de TM é de 6 dias/mês para cada 100 trabalhadores”.

No Brasil, utilizando o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) em 580 trabalhadores de mineração de ferro da cidade de Itabira, Minas Gerais, Guimarães (1992) encontrou uma prevalência anual para suspeição de TM de 15,8%, enquanto Rego *et al.* (1993), com o mesmo instrumento em uma amostra de 108 trabalhadores de uma indústria farmacêutica da cidade de São Paulo, obtiveram 43,4% de prevalência. Utilizando o questionário SRQ-20 (Self-Report Questionnaire), outros

estudos encontraram prevalência variando entre 20% a 60% de Suspeição de Transtorno Mental (STM) entre trabalhadores (PITTA, 1990; REGO, 1992; PALÁCIOS *et al.*, 1999).

Pesquisa coordenada por Barbosa Branco (2002) e realizada pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador da UnB (Universidade de Brasília), em parceria com o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social do Brasil), refere que o número de trabalhadores que se afasta de seu ambiente de trabalho por TM tem aumentado sensivelmente. Segundo a autora, entre os anos de 1999 e 2002, mais de 99% dos benefícios concedidos pelo INSS do Brasil a trabalhadores com TM foram considerados como não relacionados ao trabalho e sim aos problemas da vida pessoal dos trabalhadores, com o que a mesma discorda: 1) o adoecimento entre alguns ramos de atividade é muito maior para algumas doenças e acidentes, sem que isso esteja sendo devidamente caracterizado; 2) esses fatores estão sendo mascarados porque a imensa maioria das licenças expedidas apresenta como causa do afastamento a vida particular de cada trabalhador.

Alevato (1999) refere que a legislação previdenciária brasileira é uma das mais avançadas do mundo, dado o reconhecimento dos TM como doenças do trabalho. O estresse, a depressão e o alcoolismo foram reconhecidos como doenças que podem estar relacionadas com o trabalho pela Lei 3.048, de 6/5/1999 (BRASIL, 1999). Observa-se uma importante conquista por parte dos trabalhadores brasileiros, mas, no cotidiano, as mesmas leis encontram dificuldades quanto a sua aplicação e vigilância, com prejuízos substanciais às saúdes física e mental do trabalhador. A mesma autora (1999, p. 24) acrescenta que “(...) não adianta somente atender ao doente; é preciso evitar o sofrimento no trabalho”.

Barbosa Branco (2002, p. 34) afirma que:

(...) as empresas e os médicos contratados por essas empresas precisam pesquisar mais, prevenir mais e assumir mais as responsabilidades dos efeitos à saúde gerados pelas condições em que o trabalho é desenvolvido e o impacto que o mesmo pode ter sobre a saúde dos trabalhadores.

A assertiva acima se alinha aos objetivos da presente investigação na medida em

que, a partir da caracterização da prevalência dos TM, ações preventivas e interven-tivas (que levem em conta a especificida-de das demandas em SM desta população trabalhadora) poderão ser instrumentaliza-das, possibilitando a diminuição da preva-lência dos TM e conseqüentemente uma melhor saúde mental e qualidade de vida do trabalhador e da instituição.

O presente estudo é uma ação conjunta do Laboratório de Saúde Mental e Traba-lho do Departamento de Psicologia Médi-ca e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (LSMT/DPMP/FCM/Unicamp), da Diretoria Geral de Recursos Humanos

(DGRH) da Unicamp e parte do Projeto Ma-trix – Programa de Saúde Mental e Quali-dade de Vida do Trabalhador da Unicamp, implantado e desenvolvido na instituição a partir de 1998, tendo em vista atender à crescente demanda por atendimentos em saúde mental apresentada por seus traba-lhadores. Esta investigação contempla um dos subprojetos do programa: “A Investiga-ção da Prevalência da STM”.

Os objetivos deste estudo foram: (i) de-ctetar a prevalência anual de STM em tra-balhadores de uma instituição de ensino superior; (ii) caracterizar os aspectos socio-demográficos destes trabalhadores; e (iii) relacioná-los à presença de STM.

## Casuística e Método

Este estudo foi realizado na Unicamp, cujo *campus* universitário principal com-preende 19 unidades de ensino e pesquisa (o 2º fica em Piracicaba, a 75 quilômetros de Campinas; em Limeira, existe um Co-légio Técnico) e um vasto complexo hos-pitalar, além de várias unidades de apoio, no qual convivem diariamente cerca de 30.000 pessoas, entre estudantes, profes-sores, funcionários e usuários do equipamen-to de atenção à saúde da universidade.

Tendo sido o instrumento utilizado (QMPA) já validado em estudos anteriores, considerou-se suficiente que esta investi-gação se realizasse em apenas uma etapa, que possibilitaria estabelecer a prevalência de suspeita de TM e a análise de associa-ções com outras variáveis de importância.

### Amostragem

A amostra inicialmente foi estratificada pelo número de funcionários de cada uni-dade de lotação e determinada a partir de uma listagem fornecida pelo setor de RH da universidade, na qual constavam 46

unidades, que foram contatadas. Conside-raram-se para o cálculo amostral somente os funcionários contratados por CLT (Con-solidação das Leis do Trabalho) e pelo Re-gime de Trabalho Estatutário. Calculou-se o número amostral entre 10% e 15% por local de trabalho a partir da unidade po-pulacional.

Nas 46 unidades existentes em todos os *campi*, existem 5.799 funcionários – popu-lação do estudo (100%). Estimou-se em 751 (13%) o total de participantes (o maior) es-perados para a avaliação, considerando-se possíveis perdas por ausências, preenchi-mento incompleto dos instrumentos etc.

Destas 46 unidades, houve aplicação bem-sucedida em 36 (78%). Considerou-se aplicação bem-sucedida aquela unidade na qual compareceu o número mínimo de par-ticipantes esperado, reduzindo-se assim a amostra para 605 participantes (10,5%), sendo considerados válidos 552 (9,6%) questionários respondidos.

**Tabela 1** Amostra final dos participantes (n=552)

| <i>Categoria</i>  | <i>n</i> | <i>%</i> |
|---|----------|----------|
| Número de unidades contatadas                           | 46       | 100      |
| Número de unidades com aplicação bem-sucedida           | 36       | 78       |
| Número de funcionários e docentes                       | 5779     | 100      |
| Total de cartas-convites enviadas                       | 5779     | 100      |
| Número total de sujeitos esperados (o maior)            | 751      | 13       |
| Total de sujeitos que compareceram à aplicação          | 605      | 10,5     |
| Total de questionários respondidos considerados válidos | 552      | 09,6     |

### Procedimento

Sempre com a presença de um pesquisador, a aplicação dos instrumentos foi conduzida por 10 estagiários do 5º ano de Psicologia da PUC-Campinas (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) e da Unip (Universidade Paulista), uma vez que na Unicamp não existe curso de Psicologia. Os estagiários foram selecionados através de entrevista e currículo que indicassem interesse e alguma experiência em pesquisa de campo. Foram treinados em técnica de entrevista, em psicopatologia, auto e heteroaplicação (em outro estagiário) do questionário QMPA, correção e inserção dos dados no *software* estatístico SAS (*Statistical Analysis System*).

Inicialmente foi realizado um estudo piloto em uma unidade selecionada, na qual 15% dos funcionários presentes ao trabalho na data de aplicação foram aleatoriamente sorteados. Aos mesmos foi entregue uma carta-convite acompanhada de um número do sorteio com uma antecedência de 2 dias da data marcada para todos os presentes na unidade. Todos os funcionários e docentes participaram do sorteio, independentemente de idade, gênero, cargo ocupado etc.

Este foi o procedimento adotado no estudo como um todo. Em cada unidade, a aplicação foi realizada em um único dia, com todo o grupo sorteado, numa sala no próprio local de trabalho. Não foi estabelecido um tempo limite para as aplicações, o qual girou em torno de 30 minutos. Os instrumentos foram autopreenchidos a lápis e o trabalho de campo foi realizado de março a maio de 2000.

### Instrumentos

Foi utilizado o QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos), um instrumento de *screening* populacional com perguntas sobre queixas psicopatológicas nos últimos 12 meses. Foi desenvolvido por Santana (1982) e validado para

uso em trabalhadores de mineração de ferro por Guimarães (1992), que obteve os seguintes índices: sensibilidade = 95,8%, especificidade = 97,1% e taxa de classificação incorreta (TCI) = 3,1%.

A versão utilizada no presente projeto contém 42 questões com respostas dicotômicas (sim/não). O escore total resulta da soma da pontuação de cada pergunta, sendo que as 6 primeiras respostas afirmativas valem 7 (sete) pontos cada uma e as demais (com respostas afirmativas) valem 1 (um) ponto cada. As respostas negativas contabilizam 0 (zero) pontos cada. O ponto de corte utilizado foi = 7 (sete), sendo que os indivíduos com escore total  $\geq 7$  foram considerados STM e, abaixo de 7, não suspeitos.

Um questionário de dados sociodemográfico-ocupacionais foi construído a partir da respectiva seção do Questionário de Uso de Drogas (QUD), criado em 1993 pelo Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), órgão da Escola Paulista de Medicina, atual Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), ampliado e adaptado ao Questionário de Identificação desenvolvido pela Comissão de Vestibular da Unicamp.

### Processamento e Análise de Dados

Para tabulação e cálculos estatísticos dos resultados, foi utilizado o SAS. Utilizou-se o teste do *Qui-quadrado* para verificação de dependência entre as variáveis estudadas com alfa = 5%.

### Aspectos Éticos

O presente estudo cumpriu o disposto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

### Resultados

A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se na Tabela 2.

**Tabela 2** Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 543)

| <i>Variável</i>  | <i>Categoria</i>                 | <i>F (%)</i> |
|------------------|----------------------------------|--------------|
| Idade            | até 25 anos                      | 29 (5,40)    |
|                  | 26-35 anos                       | 154 (28,8)   |
|                  | 36-45 anos                       | 228 (42,6)   |
|                  | > 46 anos                        | 124 (23,2)   |
| Sexo             | masculino                        | 238 (44,0)   |
|                  | feminino                         | 302 (55,9)   |
| Estado civil     | solteiro                         | 132 (24,9)   |
|                  | casado                           | 316 (55,9)   |
|                  | viúvo                            | 13 (02,5)    |
|                  | separado                         | 29 (05,5)    |
|                  | outros                           | 40 (07,5)    |
| Escolaridade     | nunca estudou ou só até 3ª série | 22 (04,1)    |
|                  | da 4ª à 7ª série                 | 43 (8,0)     |
|                  | da 8ª ao 1º colegial             | 84 (15,6)    |
|                  | 2º grau completo                 | 82 (15,2)    |
|                  | superior incompleto              | 53 (9,90)    |
|                  | superior completo                | 254 (47,2)   |
| Religião         | nenhuma                          | 69 (13,0)    |
|                  | católica                         | 295 (55,6)   |
|                  | protestante/pentecostal          | 73 (13,7)    |
|                  | espírita                         | 58 (10,9)    |
|                  | outras                           | 36 (06,8)    |
| Número de filhos | 0                                | 147 (27,2)   |
|                  | 1                                | 126 (23,3)   |
|                  | 2                                | 165 (30,6)   |
|                  | 3 ou mais                        | 102 (18,9)   |
| Renda familiar   | até 5 salários                   | 37 (06,9)    |
|                  | de 6 a 8                         | 196 (33,1)   |
|                  | de 9 a 10                        | 82 (15,1)    |
|                  | de 11 a 12                       | 100 (18,4)   |
|                  | de 13 a 14                       | 60 (11,0)    |
|                  | 15 ou mais                       | 68 (12,5)    |

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre STM e trabalhar em determinada unidade. A seguir, a Tabela 3 mostra não haver associação estatisticamente significativa entre STM e idade e STM e escolaridade. Embora a maior prevalência de STM tenha ocorrido entre aqueles participantes que nunca estudaram (50%), não se pode assumir esse dado como conclusivo, pois este grupo se compôs somente de 6 pessoas. Com exceção do grupo que estudou de 1ª à 3ª série, nos demais ficou evidente uma tendência

de queda da prevalência de STM conforme se elevava a escolaridade.

A Tabela 3 mostra haver associação significativa entre STM e: 1) gênero ( $p=0,01$ ), com uma maior prevalência para o sexo feminino (39%); 2) estado civil ( $p=0,05$ ), com menor prevalência entre os casados (32%); 3) religião ( $p=0,04$ ), com maior prevalência de STM entre os espíritas (48%), sendo bem menor entre protestantes, pentecostais (30%) e católicos (31%); 4) renda familiar ( $p=0,01$ ), indicando que ganhar mais representa maior probabilidade de

não haver STM. Evidenciou-se uma tendência de inversão entre STM e renda familiar; 5) número de faltas/ano ao trabalho ( $p=0,00$ ), com maior prevalência de STM (66,7%) entre os participantes com maior número de faltas/ano ( $\geq 9$ ), sendo que aqueles que nunca faltaram apresentaram a menor prevalência de STM (31,2%). Uma

tendência observada, embora não estatisticamente significativa, foi entre STM e ter mudado de setor-departamento de trabalho nos últimos 12 meses ( $p=0,08$ ): os participantes que nunca mudaram de setor de trabalho apresentaram menor prevalência de STM (32,6%) e os que mudaram mais de 2 vezes, a maior (47,5%).

**Tabela 3** Relação entre variáveis sociodemográficas e prevalência de STM

| <i>Variável</i>       | <i>Categoria</i>        | <i>Prevalência</i> | <i>Valor P</i>    |
|-----------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| Idade                 | até 25 anos             | 27,6               | não significativo |
|                       | 26-35 anos              | 28,6               |                   |
|                       | 36-45 anos              | 39,0               |                   |
|                       | > 45 anos               | 36,3               |                   |
| Gênero                | masculino               | 29,0               | 0,01              |
|                       | feminino                | 39,0               |                   |
| Estado civil          | solteiro                | 34,1               | 0,05              |
|                       | casado                  | 32,0               |                   |
|                       | viúvo                   | 38,5               |                   |
|                       | separado legalmente     | 41,5               |                   |
|                       | outros                  | 55,0               |                   |
| Religião              | nenhuma                 | 42,0               | 0,04              |
|                       | espírita                | 48,3               |                   |
|                       | católica                | 31,5               |                   |
|                       | protestante/pentecostal | 30,0               |                   |
|                       | outras                  | 44,0               |                   |
| Renda familiar        | até 5 salários          | 58,1               | 0,01              |
|                       | de 6 a 8                | 43,5               |                   |
|                       | de 9 a 10               | 36,5               |                   |
|                       | de 11 a 12              | 32,0               |                   |
|                       | de 13 a 14              | 30,0               |                   |
|                       | 15 ou mais              | 22,1               |                   |
| Escolaridade          | nenhuma/até 3ª série    | 31,3               | não significativo |
|                       | de 4ª a 7ª série        | 44,2               |                   |
|                       | de 8ª ao 2º colegial    | 41,7               |                   |
|                       | 2º grau completo        | 40,2               |                   |
|                       | superior incompleto     | 37,7               |                   |
|                       | superior completo       | 28,7               |                   |
| Número de faltas/ano  | nenhuma                 | 31,2               | 0,01              |
|                       | 1 a 3 dias              | 53,2               |                   |
|                       | 4 a 8 dias              | 50,0               |                   |
|                       | 9 ou mais               | 66,7               |                   |
| Mudanças de setor/ano | 0                       | 32,6               | 0,08              |
|                       | 1                       | 40,5               |                   |
|                       | 2 ou +                  | 47,5               |                   |



## Discussão

Do total das unidades existentes e contatadas (46=100%), houve aplicação bem-sucedida (número de participantes esperados para aplicação dos questionários) em 36 (78%). As 10 unidades que não apresentaram *corum* mínimo de participantes foram aquelas em transição quanto à sua estrutura administrativa – fusão com outro setor, autonomia, extinção etc. Cabe mencionar que à época da coleta de dados havia ocorrido recentemente (1 mês) mudança de reitoria e, nesse período, é comum haver criação, fusão, extinção de centros, unidades etc. Assim sendo, não foi possível acessar os funcionários desses setores e avaliar as repercussões dessas transições sobre a saúde mental dos funcionários.

De um total de 751 (13%) participantes esperados, compareceram 605 (10,5%) e foram considerados válidos (completamente preenchidos) 552 questionários (9,6%) – amostra final da pesquisa. Essa participação pode ser considerada muito satisfatória, tendo em vista seu caráter voluntário e a natureza da investigação – Saúde Mental (SM) –, tema ainda considerado tabu. A realização no local de trabalho pode também tornar as pessoas desconfiadas. A participação de quase 10% dos trabalhadores da universidade (funcionários e docentes) pode revelar o desejo consciente ou inconsciente dos mesmos de tornar visíveis os problemas vivenciados no ambiente de trabalho e que repercutem em sua SM.

Cabe ressaltar alguns possíveis vieses para composição da amostra final: o trabalhador que não estava presente no dia do sorteio, que poderia estar afastado por doença e, assim sendo, não participou. Quanto à confiabilidade das respostas aos sintomas ocorridos nos últimos 12 meses anteriores à realização da pesquisa, o efeito *memória* pode ter exercido influência.

Deve-se assinalar também o nível heterogêneo de qualificação dos trabalhadores estudados (desde docentes com alta qualificação até profissionais ligados à faxina). Portanto, os achados devem ser considerados cuidadosamente, uma vez que tem sido observado que perguntas relativas à TM em diferentes instrumentos de pesquisa não têm apresentado o mesmo desempenho em grupos com alta e baixa qualificação profissional (HALLQVIST *et al.*, 1998).

Ressalta-se que os estudos de corte transversal assumem o ônus de identificar

apenas os *sobreviventes* ao efeito estudado (viés de prevalência). Essa restrição é particularmente relevante em estudos ocupacionais em decorrência do chamado efeito *trabalhador sadio*. Nesta investigação, no entanto, como a amostra foi composta por trabalhadores de uma instituição pública estadual paulista, na qual a maior parte deles possui estabilidade no emprego e os desligamentos por demissão são praticamente inexistentes, bem como os processos seletivos e de monitoramento da performance no trabalho não são tão exigentes quanto aqueles das instituições privadas, o possível *efeito sobrevivente* pode ser considerado mínimo.

No presente estudo, encontrou-se uma prevalência anual global de 35% de STM. Comparado a outros realizados no Brasil com diferentes grupos ocupacionais, nos quais se utilizou o mesmo instrumento (QMPA) e o delineamento de uma etapa, este índice foi aproximadamente o dobro daquele obtido em uma amostra de mineiros de ferro (15,6%) por Guimarães (1992) e menor (43,4%) do que o encontrado por Rego *et al.* (1993) em trabalhadores de uma indústria farmacêutica.

Estudos epidemiológicos em nosso meio utilizando outras medidas de avaliação, como o SRQ-20 (*Self-Report Questionnaire*), têm sido realizados. Pitta (1999) investigou trabalhadores de um hospital da cidade de São Paulo e obteve uma prevalência anual de 20,8% de STM. Palácios *et al.* (1999), em bancários de um banco estatal do Rio de Janeiro, encontraram prevalências entre 19,4% e 60%, a depender da agência estudada. Araújo *et al.* (2003) relataram 33,3% de prevalência em enfermeiras de um hospital público de Salvador, Bahia, variando de 20% entre enfermeiras a 36,4% entre auxiliares de enfermagem, e Rego (1992) estudou trabalhadores da saúde de um hospital público do Rio de Janeiro, encontrando 29% de prevalência de STM. Portanto, as prevalências para STM encontradas em estudos nacionais para diferentes grupos ocupacionais, independentemente do instrumento utilizado para aferi-las, têm variado entre 15% e 60%.

Mesmo considerando-se a alta prevalência de STM encontrada neste estudo (35%) e o grande número de trabalhadores da instituição que tem estabilidade no emprego, não é possível afastar completa-



mente a presença de vieses decorrentes do efeito *trabalhador sadio*. No entanto, repercussões decorrentes deste possível viés não comprometem significativamente as conclusões do presente estudo, pois, caso o mesmo tenha ocorrido, seu efeito tenderia, mais provavelmente, a dar suporte à hipótese nula.

Também é pouco provável que Transtornos Mentais Menores (TMM), possivelmente transitórios, como os identificados pelo QMPA, possam levar à deterioração das condições objetivas de funcionamento no trabalho. Nesta direção, Andreoli *et al.* (1997) referem que sintomas de ansiedade, depressão e alcoolismo apresentam uma pobre predição para os diagnósticos clínicos correspondentes, predição essa que melhora quando as variáveis demográficas são incluídas no desenho da pesquisa. Os autores acrescentam que estes sintomas podem ser interpretados como expressões de *estresse não específico*, com o que concordam os presentes autores.

O QMPA tem sido considerado como um instrumento mais específico (especificidade entre 70% e 80%) do que sensível – sensibilidade = 50% (ANDREOLI *et al.*, 1997). Almeida-Filho *et al.* (1999) referem que, diferentemente do *General Health Questionnaire* – GHQ (Goldberg, 1999) – e do *Psychiatric Epidemiology Research Interview* – PERI (DOHRENWEND *et al.*, 1980) – que contêm questões inespecíficas para transtornos psiquiátricos, o QMPA é composto exclusivamente de questões que abrangem os mais frequentes sinais e sintomas dos transtornos psiquiátricos, além de outras questões sobre tratamento psiquiátrico e uso de psicofármacos.

Estudo realizado por Andreoli *et al.* (1997) concluiu que o QMPA tem uma estrutura fatorial consistente e dimensões bem definidas, existindo, entretanto, a necessidade de novos estudos no sentido de validar cada uma dessas dimensões. Os autores sugerem que questionários mais inespecíficos para transtornos mentais e medidas de “bem-estar social” seriam mais adequados para a identificação de *casos* na comunidade.

Cabe, no entanto, ressaltar que a versão do QMPA utilizada na presente investigação mostrou boas propriedades psicométricas junto a trabalhadores, tornando-o adequado para uso nestas populações. Assim, possíveis distorções levariam a uma subestimação da prevalência encontrada,

com maior proporção de classificação incorreta de falsos negativos. No entanto, se esse problema tivesse ocorrido, atingiria provavelmente de forma semelhante todos os grupos, não trazendo distorções para as medidas de associação estudadas.

Não foram encontradas associações significativas entre STM e idade, nem local (unidade) no qual o participante trabalha, de forma similar aos dados encontrados por Rego *et al.* (1993). A não relação entre STM e local de trabalho (unidades da universidade) pode indicar uma predominância da ação organizacional de trabalho do Estado (seguida pela universidade) com importantes repercussões na saúde mental dos trabalhadores, mais que das unidades *per se*.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre escolaridade e STM, embora a maior prevalência de casos suspeitos tenha ocorrido entre os que nunca estudaram (50%). No entanto, nada se pode concluir acerca deste achado, pois este grupo foi composto apenas por 6 pessoas. Com exceção do grupo que cursou da 1ª a 3ª séries primárias, os demais apresentaram uma nítida tendência de queda da prevalência de casos suspeitos com o aumento da escolaridade. De forma concordante, outros estudos (ARAYA *et al.*, 2001; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002) mostram que o nível de escolaridade está associado linearmente com a prevalência para TM ( $p < 0,00$ ).

Encontrou-se associação significativa entre gênero e STM, com uma maior prevalência de casos no gênero feminino (39%) do que no masculino (29%), de forma similar ao estudo de Rego *et al.* (1993), no qual as queixas psiquiátricas entre as mulheres foram maiores (62,7%) do que entre os homens (25,5%). Mari e Jorge (1997) relatam que os TM na população geral também são mais frequentes entre mulheres, o que está em acordo com Rasul *et al.* (2001), que encontraram um risco de TMM de 20,3% para as mulheres contra 15,24% para os homens. Portanto, a mesma característica encontrada na população geral verificou-se na presente amostra de trabalhadores.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre estado civil e STM com menor prevalência de casos entre os casados (32%) e os solteiros (34%), sendo maior entre viúvos, separados e outros. Este achado corrobora dados da literatura referentes à população geral, em que

as mais altas prevalências para TM são encontradas junto a viúvos, separados ou divorciados (REGIER *et al.*, 1993; STEFANSON *et al.*, 1994; WHO, 1997; RASUL *et al.*, 2001).

Religião também foi associada com STM ( $p=0,04$ ). A maior prevalência de casos foi encontrada entre os espíritas (48%) e a menor, entre protestantes e pentecostais (30%), seguidos dos católicos (31%). Redko (1999, p. 14) refere que:

Sofrimentos psicológicos ou emocionais agudos, ou angústia existencial, são desafios aos quais as religiões se direcionam com a intenção de tornar a vida mais compreensível e auxiliar as pessoas a se orientarem dentro deste contexto.

Para Fry e Howe (1975) e Montero (1985), os problemas de saúde são a principal causa que leva uma pessoa a procurar ajuda religiosa no Brasil, embora os problemas econômicos e sentimentais sejam também muito importantes.

Rubim de Pinho (1975, p. 31) afirma que:

(...) cabe ao psiquiatra brasileiro de hoje conhecer a psiquiatria folclórica de sua cultura; distinguir, no quadro clínico, o que é patogênico e o que é patoplástico, sabendo valorizar nesse conjunto os elementos impressos pelas seitas; discriminar os casos cuja orientação não deve ser permissiva para os que realmente podem beneficiar-se das práticas religiosas.

Na mesma direção, Dalgalarondo, Santos e Oda (2003, p. 9) advertem que:

(...) o psiquiatra deve, portanto, estar bem vigilante para tudo aquilo que é expressão da cultura e não autêntica doença mental. (...), entretanto, há algo que diferencia o tratamento da doença e o tratamento da pessoa do doente.

No presente estudo, renda familiar e STM foram associados significativamente, com a renda maior representando uma maior probabilidade de não STM. Evidenciou-se também uma clara tendência de queda do número de casos conforme aumenta a renda familiar. Da mesma forma, Ludermir e Melo Filho (2002) referem que trabalhadores com baixo nível social apresentam uma maior prevalência para TM. Também na população geral, Mari e Jorge (1997, p. 3) afirmam que os TM “apontam para um excesso no estrato de baixa renda”.

Ao se entender renda (salário) como um fator de Apoio Social (AS), pode-se citar Caplan (1974, p. 39), que define AS como:

um sistema de relações formais e informais pelas quais indivíduos recebem ajuda material, emocional, ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional.

Outros autores definiram apoio social como o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções (e.g., apoio material, emocional e afetivo) em situações de necessidade (SHERBOURNE; STEWART, 1991; BOWLING, 1997; COHEN *et al.*, 1985). Regier *et al.* (1993) afirmam existir um risco 2,5 vezes maior para a ocorrência de algum tipo de TM em indivíduos com baixo nível socioeconômico em comparação a indivíduos com alto nível socioeconômico, mesmo após ajustes por idade, gênero, raça e estado civil.

O número de faltas/ano ao trabalho e a STM estiveram associados significativamente, ocorrendo uma maior prevalência de STM (66,7%) nos participantes com um maior número de faltas ( $\geq 9$ ). De forma inversa, aqueles trabalhadores que não faltaram ao trabalho nos últimos 12 meses anteriores à realização da pesquisa apresentaram menor STM (31%). Este achado corrobora os dados de Bartel e Taubman (1986) de que os TM em geral parecem contribuir para a diminuição do número total de horas trabalhadas e também os de Dewa e Lin (2000) ao afirmarem que existem evidências de que os TM estão associados a uma diminuição da produtividade e que se pode aferi-la, e.g., relacionando-a à quantidade de dias de trabalho perdidos. Burges *et al.* (1999) acrescentam que a diminuição da produtividade é freqüentemente significativa, especialmente porque o absenteísmo causado por problemas relacionados à SM pode ser prolongado.

Barbosa-Branco (2002) refere que, no Brasil, de um universo de 18 milhões de pessoas com carteira assinada, no período de 4 anos (1998-2002), foram concedidos 270.382 benefícios por algum tipo de TM e que estes são o 2º grupo de doenças que geram mais afastamentos, ficando atrás somente das doenças osteomusculares, como as lesões por esforço repetitivo (LER/DORT).

Segundo a autora supra citada, o Brasil gastou cerca de R\$ 1,82 bilhões em benefícios para trabalhadores com problemas ligados à saúde mental, tais como: 1) de-

pressão, 2) estresse, 3) esquizofrenia e 4) alcoolismo. A mesma autora refere que, entre os transtornos de humor ou afetivos (grupo de transtornos psiquiátricos que mais afastam os trabalhadores), a depressão é mais prevalente, sendo responsável por 65% dos afastamentos. O INSS gastou R\$ 495 milhões entre 1998-2002 apenas com os transtornos depressivos. Em ordem de prevalência, o 2º grupo de TM que mais tem levado a afastamentos é o dos transtornos neuróticos relacionados ao estresse, o 3º grupo, das esquizofrenias, e o 4º grupo, do consumo de álcool e drogas.

No presente estudo, surgiu uma *tendência* ( $p=0,08$ ) a uma menor prevalência de STM (33%) entre os participantes que não mudaram de setor de trabalho nos últimos 12 meses e, diferentemente, os participantes com STM apresentaram maior rotatividade (*turnover*) de setores. Este dado pode estar relacionado a duas possibilidades: 1) uma busca do próprio trabalhador por mudar de setor e ambiente de trabalho, como possibilidade de continuar o exercício de sua função, buscando um menor nível de exposição a fatores de risco à sua SM, permanecendo, portanto, ligado ao trabalho, ou 2) a uma iniciativa de seus superiores hierárquicos, colocando-o à disposição de outros setores devido a problemas de relacionamento interpessoal, de comportamento ou dificuldades apresentadas na execução do trabalho, o que às vezes se

torna um processo lento e desgastante para todos os envolvidos.

O absenteísmo continuado tem sido tratado tradicionalmente de maneira diferente por instituições públicas e privadas, dadas as especificidades dos dois regimes de trabalho. É bem conhecido o fato de que as instituições públicas brasileiras caracterizam-se por uma política de gestão de pessoas impregnada por uma cultura materno-paternalista, “legitimada” pela legislação que a respalda, ocorrendo o inverso com as instituições privadas.

No entanto, percebe-se, no momento, um grande empenho da instituição pública ora estudada no sentido da reabilitação e readaptação de seu trabalhador.

As demissões por motivos ligados a absenteísmo são extremamente raras neste contexto, mas sua não ocorrência pode ser devida aos seguintes fatores, além dos contidos na legislação: a) a probabilidade quase nula da realização de novos concursos para ingresso de novos funcionários, visto que dado posto de trabalho está “preenchido”; b) o aumento exponencial dos pedidos de aposentadoria no setor público ocorrido nos últimos anos, acarretando o esvaziamento de muitos setores; c) o aumento e a complexificação das tarefas. Todos os fatores mencionados podem produzir uma conseqüente sobrecarga qualitativa e quantitativa de trabalho para os demais trabalhadores do setor.

## Conclusões

Os achados apresentados confirmam alguns estudos nacionais e internacionais realizados em população trabalhadora. As repercussões exercidas pelos agravos à saúde mental do trabalhador têm trazido importantes conseqüências e custos para os trabalhadores, as organizações, a sociedade e o Estado (sistema de saúde e previdenciário) através da diminuição da produtividade, do absenteísmo e dos gastos relacionados ao tratamento. Estando afetada a plena capacidade do indivíduo para o trabalho,

fica comprometida sua plena participação social, podendo ocorrer concomitantemente a deterioração de sua relação conjugal e familiar.

A alta prevalência de STM encontrada nesta investigação alerta para a magnitude do problema, evidenciando-se a urgência da implantação de medidas de detecção de fatores psicossociais de risco no trabalho, os quais devem ser considerados na implantação de ações preventivas e intervenções para seu enfrentamento.

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao CNPq, pelo suporte financeiro dado à realização do estudo através da concessão de Bolsa Produtividade em Pesquisa à autora Liliana A. M. Guimarães, e a Alexandre Gori Maia, pesquisador do Instituto de Economia da Unicamp, pelo suporte estatístico.

## Referências Bibliográficas

- ANDRADE, L. M. *et al.* Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, n. 37, p. 316-325, 2002.
- ANDREOLI, S. B. *et al.* The factor structure of the adult psychiatry morbidity questionnaire (QMPA) in a community sample of Brazilian cities. *Rev. Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 249-260, 1994.
- ALEVATO, H. M. R. *Trabalho e neurose: enfrentando a tortura de um ambiente em crise*. Rio de Janeiro: Quarteto, 1999. 205 p.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br. J. Psychiatry*, n. 171, p. 524-529, 1997.
- ARAYA, R. *et al.* Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br. J. Psychiatry*, v. 178, p. 228-233, 2001.
- ARAUJO, T. M. *et al.* Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses. *Rev. Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- BARBOSA-BRANCO, A. Doenças do trabalho: risco ou organização de classe? Disponível em: <http://www.unb.br/acs/artigos/at0604-01.htm>. Acesso em: 01 jun 2002.
- BARTELL, A.; TAUBMAN, P. Socio economic and demographic consequences of mental illness. *Journal of Labor Economics*, v. 4, n. 2, p. 243-56, 1986.
- BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. (ed.) *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. Buckingham: Open University Press, 1997. p. 91-109.
- BRASIL. Decreto nº 3043, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 86 - Seção I PG. 50 a 108. Brasília: DO, 1999.
- BRUNDTLAND, G. H. Mental health in the 21st century. *Bull. World Health Organ.*, v. 78, n. 4, p. 411, 2000.
- BURGESS, A.; DAVIDOFF, I.; GOFF, V. *Investing in workplace productivity: innovation in managing indirect mental health costs*. Washington Business Group on Health/National Institute of Mental Health/National Worksite Program, 1999.
- CAPLAN, G. *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications, 1974. 230p.
- COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.*, v. 98, n. 2, p. 310-357, 1985.
- CONTI, D. J.; BURTON, W. H. The economic impact of depression in a workplace. *J. Occup. Med.*, n. 36, p. 983-988, 1994.
- DALGALARRONDO, P.; SANTOS, S. M. A.; ODA, A. M. R. A psiquiatria transcultural no Brasil: Rubim de Pinho e as "psicoses" da cultura nacional. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 25, n. 1, p. 59-62, 2003.
- DEWA, C. S.; LIN, E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc. Sci. Med.*, v. 51, n. 1, p. 41-50, 2000.
- DOHRENWEND, B. P. *et al.* Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 37, n. 11, p.1229-1236, 1980.
- FRY, P.; HOWE, G. N. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo. *Debate e Crítica*, n. 6, p. 25-39, 1975.
- GUIMARÃES, L. A. M. *Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro*. 1992. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- GOERING, P.; COCHRANE, J.; DURBIN, J. *Structures for co-coordinating mental health care in Toronto*. Toronto: Metropolitan Toronto District Health Council, 1996.
- HALLQVIST, J. *et al.* Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Soc. Sci. Med.*, v. 46, n. 11, p. 1405-1415, 1998.
- ILO. International Labour Organisation. *World employment report: employability and the global economy – how training matters*. Geneva: ILO, 35, 1998/1999.
- KESSLER, R. C.; FRANK, R. G. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psych. Med.*, n. 27, p. 861-873, 1997.
- KESSLER, R. C.; USTÜN, B. T. Prevalence, severity, and unmet need to treatment of mental disorders in the World Health Or-

- ganization World Mental Health Surveys. *JAMA*, v. 291, n. 21, p. 2581-2590, 2004.
- KOUZIS, A. C.; EATON, W. W. Emotional disability days: prevalence and predictors. *Am. J. Public Health*, n. 84, p.1304-1307, 1994.
- LEHTINEN V.; RIIKONEN E.; LEHTINEN E. Promotion of mental health on the European agenda. In: De CLERCQ, M. *et al.* (eds.). *Emergency psychiatry in a changing world: Proceedings of the 5th World Congress of the International Association for Emergency Psychiatry*, Brussels, Belgium, 15-17 October 1998 (International Congress Series No. 1179). Amsterdam / Lausanne / New York / Oxford / Shannon / Singapore / Tokyo: Elsevier, p. 95-104, 1999.
- LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns (TMC). *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 2. p. 213-231, 2002.
- MARI, J. J.; JORGE, M. R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry on-line Brazil*, v. 12, 1997. Disponível em <http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>. Acesso em: 12 fev 2005.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry*, n. 148, p. 23-26, 1986.
- MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia da umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 138p.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990. 193p.
- PALACIOS, M. *et al.* Validação do Self-Report Questionnaire – 20 (SRQ-20) em uma população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro – Brasil. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. (orgs.). *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Cora Editora, 1999. p. 225-241.
- RASUL, F. *et al.* Sociodemographic factors, smoking and common mental disorder in the renfrew and paisley (MIDSPAN) study. *J. Health Psychol.*, v. 6, n. 2, p. 149-158, 2001.
- REDKO, C. P. Alguns idiomas religiosos de aflição no Brasil. *Psychiatry on-line Brazil*, v. 2, 1997. Disponível em: [www.priory.com/brazil.htm](http://www.priory.com/brazil.htm). Acesso em: 28 fev 2005.
- REGIER, D. A. *et al.* One-month prevalence of mental disorders in the United States and socio-demographic characteristics: the epidemiological catchments area study. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 88, n. 1, p. 35-47, 1993.
- RÊGO, M. A. V. *et al.* Saúde e trabalho numa indústria farmacêutica. *Rev. bras. saúde ocup.*, v. 21, n. 79, p. 39-47, 1993.
- REGO, M. P. C. M. A. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital público no município do Rio de Janeiro. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- RUBIM DE PINHO, A. A Visão Psiquiátrica do Misticismo. *Diálogo Médico: Misticismo e a Psiquiatria*, v. 1, n. 2, p. 21-24, 1975.
- SANTANA, V. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador*. Série de estudos em saúde, 3. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 1982.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. *Soc. Sci. Med.*, n. 32, p. 705-714, 1991.
- SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Risk of minor psychiatric disorders in a metropolitan area of Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v. 32, n. 1, p. 50-58, 1998.
- STEFANSSON J. G. *et al.* Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, v. 29, n. 3, p. 119-125, 1994.
- WHO. World Health Organization. World development report investing in health: world development indicators. In: WHO. *Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies*. Geneva: WHO/MNH/MND/96.4, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Mental health and well-being profile of adults, Australia (Cat. n. 4326.0)*. User Guide, Cat. n. 4327.0. Australian Social Trends 1999. National Mental Health Strategy brochure, 1997. Mental illness - facts, AGPS, Canberra, 1997.