

DA OBRIGAÇÃO LEGAL À EXCELÊNCIA ORGANIZACIONAL

Como a NR-1 Abre Caminho para a Gestão Estratégica de Saúde Mental Corporativa

Autor: Dr. Airton Kwitko – kwitko@sigoweb.com.br

Janeiro/26

Resumo: A Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), ao exigir a avaliação de riscos psicossociais no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), estabelece um patamar mínimo de conformidade legal. Entretanto, organizações estratégicas percebem nessa exigência não apenas uma obrigação, mas uma **porta de entrada** para a gestão científica de saúde mental corporativa. Este artigo explora a diferença entre "cumprir a lei" e "transformar cultura organizacional", apresentando o continuum que vai do compliance básico (COPSOQ/NR-1) à excelência em saúde mental (avaliações clínicas individuais integradas).

Palavras-chave: Riscos Psicossociais, NR-1, COPSOQ, Saúde Mental Corporativa, Burnout, PGR, Gestão Estratégica.

1. INTRODUÇÃO: DOIS CAMINHOS, UMA MESMA PORTA

Imagine duas organizações diante da mesma exigência legal: a avaliação de riscos psicossociais prevista na NR-1, com prazo fatal em 26 de maio de 2026.

Organização A contrata uma consultoria, aplica um questionário genérico, recebe um relatório técnico com "riscos identificados", arquiva no PGR e considera a missão cumprida.

Conformidade legal: alcançada. Transformação organizacional: zero.

Organização B utiliza a mesma exigência como **catalisador estratégico**: implementa avaliação científica de riscos psicossociais (COPSOQ), identifica padrões específicos de sofrimento psíquico, cruza com avaliações individuais de ansiedade (DASS21), depressão (SRQ20), qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e burnout (CBI), e redesenha processos organizacionais com base em evidências. **Resultado: conformidade legal + redução de**

1

absenteísmo + aumento de produtividade + retenção de talentos.

A diferença entre essas organizações não está nos recursos disponíveis, mas na **visão estratégica** sobre o que significa "gerenciar riscos psicossociais".

Este artigo defende uma tese: **a NR-1 não é o teto — é o piso.** E organizações que compreendem isso saem da era do "cumprimento de tabela" e entram na era da **gestão estratégica de capital humano.**

2. A NR-1 COMO PONTO DE INFLEXÃO HISTÓRICO

2.1. O Contexto Normativo

A alteração da NR-1 pela Portaria MTE nº 1.419/2024, que passou a exigir explicitamente a identificação e avaliação de riscos psicossociais no PGR (item 1.5.4.4), representa uma **mudança de paradigma** na Segurança e Saúde do Trabalho no Brasil.

Pela primeira vez, uma norma regulamentadora reconhece que:

- O trabalho pode adoecer mentalmente, não apenas fisicamente;
- Sobrecargas emocionais são **riscos ocupacionais** equiparáveis a ruído, calor ou agentes químicos;
- A organização do trabalho (ritmo, pressão, autonomia, reconhecimento) **não é subjetiva** — é mensurável, mapeável e gerenciável.

Este reconhecimento normativo reflete décadas de evidências científicas que correlacionam fatores psicossociais adversos com:

- Transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão);
- Síndrome de Burnout;
- Doenças cardiovasculares;
- Distúrbios osteomusculares relacionados ao estresse (DORT);
- Absenteísmo, presenteísmo e rotatividade elevada.

2.2. A Armadilha do Compliance Superficial

Entretanto, há um risco: **transformar a avaliação de riscos psicossociais em mais um documento burocrático.**

Muitas organizações tratarão a NR-1 como trataram tantas outras exigências:

1. Contratar alguém para "fazer"
2. Gerar um relatório técnico
3. Arquivar
4. Esquecer até a próxima fiscalização

O problema: Riscos psicossociais não desaparecem porque foram "documentados". Eles seguem adoecendo trabalhadores, gerando custos ocultos e corroendo a produtividade organizacional.

2.3. A Oportunidade Estratégica

Por outro lado, organizações com visão de longo prazo percebem que a NR-1 oferece:

- **Legitimidade técnica e jurídica** para investigar problemas organizacionais que antes eram "tabu" (pressão excessiva, falta de reconhecimento, assédio moral);
- **Dados científicos** para embasar mudanças estruturais (redesenho de processos, revisão de metas, reestruturação de equipes);
- **Indicadores objetivos** para monitorar a evolução da saúde mental coletiva ao longo do tempo;
- **Alinhamento com tendências globais** de ESG (Environmental, Social and Governance), onde o "S" (Social) inclui saúde mental dos colaboradores.

A NR-1, portanto, não é apenas uma obrigação. É uma porta de entrada para algo maior: a gestão estratégica de saúde mental corporativa.

3. O COPSOQ COMO FERRAMENTA DE RASTREIO ORGANIZACIONAL

3.1. Por Que o COPSOQ?

O **Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)** é o instrumento mais utilizado internacionalmente para avaliação de riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Desenvolvido na Dinamarca e validado em mais de 30 países, incluindo o Brasil, o COPSOQ possui características que o tornam ideal para atender à NR-1:

3.1.1. Abrangência

O COPSOQ avalia **seis domínios principais** alinhados com os fatores de risco mencionados na NR-1:

1. **Exigências do trabalho:** Quantitativas, emocionais, cognitivas, ritmo;
2. **Organização do trabalho e conteúdo:** Influência, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho;
3. **Relações sociais e liderança:** Apoio social, feedback, justiça organizacional, conflitos;
4. **Interface trabalho-indivíduo:** Insegurança no emprego, conflito trabalho-família;
5. **Valores no local de trabalho:** Confiança, transparência;
6. **Comportamentos ofensivos:** Insultos, ameaças, assédios sexuais e/ou morais, violência física.
7. **Saúde e bem-estar:** Sintomas de estresse, satisfação com o trabalho.

Essa amplitude permite que o inventário de riscos do PGR seja **completo**, não fragmentado.

3.1.2. Cientificidade

O COPSOQ não é uma "enquete de opinião". É um instrumento psicométrico com:

- **Validade de construto:** As dimensões medidas representam efetivamente os construtos teóricos;
- **Confiabilidade:** Resultados consistentes quando aplicados repetidamente;

- **Sensibilidade:** Capacidade de detectar diferenças entre setores, funções e períodos.

Isso garante **segurança jurídica**: se a organização for questionada sobre a metodologia de avaliação, ela pode demonstrar que utilizou um instrumento científico reconhecido internacionalmente.

3.1.3. Orientação para Ação

O COPSOQ não apenas "detecta riscos" — ele **orienta intervenções**. Ao identificar, por exemplo, que:

- 70% dos trabalhadores de um setor estão na faixa "vermelha" em "Exigências Quantitativas" (sobrecarga de trabalho);
- 65% estão na faixa "vermelha" em "Influência no Trabalho" (baixa autonomia);
- 80% estão na faixa "vermelha" em "Justiça Organizacional" (percepção de tratamento desigual);

O Plano de Ação do PGR deixa de ser genérico ("promover bem-estar") e se torna **específico e mensurável**:

- Revisar distribuição de demandas (reduzir exigências quantitativas);
- Implementar práticas de empowerment (aumentar autonomia);
- Criar canais de transparência e feedback (fortalecer justiça organizacional).

3.2. O COPSOQ como Piso, Não Teto

Aqui reside uma distinção fundamental:

O COPSOQ avalia o AMBIENTE de trabalho (nível organizacional/coletivo), não o INDIVÍDUO (nível clínico).

Ele responde perguntas como:

- "Este setor tem riscos psicossociais elevados?"
- "Quais dimensões organizacionais estão críticas?"
- "Houve melhora após as intervenções implementadas?"

O COPSOQ NÃO diagnostica:

- "Este trabalhador está com depressão?"
- "Quantos servidores têm Burnout?"
- "Qual a prevalência de transtornos mentais na organização?"

Para responder essas perguntas, é **necessário descer ao nível individual** — e é aqui que entra o conceito de **Saúde Mental Corporativa**.

4. DA CONFORMIDADE À EXCELÊNCIA: O CONTINUUM DE SAÚDE MENTAL CORPORATIVA

4.1. Três Níveis de Maturidade Organizacional

Propomos um modelo de **três níveis** de gestão de saúde mental nas organizações:

NÍVEL 1: COMPLIANCE BÁSICO

- **Objetivo:** Atender à NR-1.
- **Ferramenta:** COPSOQ (avaliação de riscos psicossociais).
- **Foco:** Ambiente de trabalho (coletivo).
- **Resultado:** Inventário de riscos + Plano de ação genérico.
- **Limitação:** Não identifica casos individuais de sofrimento psíquico.

NÍVEL 2: GESTÃO INTEGRADA

- **Objetivo:** Atender à NR-1 + monitorar saúde mental individual.
- **Ferramentas:** COPSOQ + SRQ20 (rastreamento de transtornos mentais comuns) + DASS21 (depressão/ansiedade/estresse).
- **Foco:** Ambiente + Indivíduo (integração).
- **Resultado:** Correlação entre riscos organizacionais e prevalência de sintomas individuais.

- **Ganho:** Intervenções direcionadas (quem está adoecendo + por quê organizacionalmente),

NÍVEL 3: EXCELÊNCIA EM SAÚDE MENTAL CORPORATIVA

- **Objetivo:** Atender à NR-1 + promover saúde mental integral + qualidade de vida.
- **Ferramentas:** COPSQ + SRQ20 + DASS21 + CBI (Burnout) + WHOQOL-Bref (qualidade de vida).
- **Foco:** Ecossistema de saúde mental (preventivo, promocional, interventivo).
- **Resultado:** Organização como espaço de desenvolvimento humano, não apenas de produtividade.
- **Ganho:** Retenção de talentos, redução de absenteísmo, employer branding positivo.

4.2. O Papel de Cada Instrumento

SRQ20 (Self-Reporting Questionnaire)

- **O que avalia:** Transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, somatização).
- **Interpretação:** Pontuação ≥ 8 sugere provável transtorno mental.
- **Uso organizacional:** Estimar prevalência de sofrimento psíquico e identificar setores com maior concentração de casos suspeitos.

DASS21 (Depression, Anxiety and Stress Scale)

- **O que avalia:** Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em três subescalas independentes.
- **Interpretação:** Classifica severidade (normal, leve, moderado, severo, extremamente severo).
- **Uso organizacional:** Monitoramento longitudinal (antes e depois de intervenções), identificação de padrões (ex: estresse elevado em época de fechamento).

CBI (Copenhagen Burnout Inventory)

- **O que avalia:** Burnout em três dimensões:

- Burnout pessoal (exaustão física e psicológica geral);
- Burnout relacionado ao trabalho (exaustão atribuída ao trabalho);
- Burnout relacionado ao cliente/usuário (exaustão no relacionamento com clientes/pacientes).
- **Interpretação:** Escores elevados indicam síndrome de Burnout estabelecida ou em desenvolvimento.
- **Uso organizacional:** Priorizar intervenções em profissões de alto risco (saúde, educação, atendimento ao público).

WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life - Bref)

- **O que avalia:** Qualidade de vida percebida em quatro domínios:
 - Físico (dor, energia, sono);
 - Psicológico (sentimentos positivos, autoestima, concentração);
 - Relações sociais (suporte social, relações interpessoais);
 - Meio ambiente (segurança, recursos financeiros, lazer).
- **Interpretação:** Permite identificar se o trabalho está corroendo domínios da vida pessoal.
- **Uso organizacional:** Avaliar impacto de políticas organizacionais (home office, flexibilidade) na vida global dos trabalhadores.

4.3. A Integração como Diferencial Estratégico

O grande salto qualitativo ocorre quando essas ferramentas **conversam entre si**.

Exemplo de análise integrada:

Uma organização aplica COPSOQ e identifica:

- **Risco alto:** "Exigências Emocionais" (vermelho) + "Apoio Social de Superiores" (vermelho).

Paralelamente, aplica DASS21 e CBI e descobre:

- **35% dos trabalhadores** com sintomas de ansiedade moderada/severa;
- **42% dos trabalhadores** com Burnout relacionado ao trabalho (CBI > 50).

Correlação: Setores com piores escores em "Exigências Emocionais" + "Baixo Apoio de Superiores" têm **3x mais prevalência de Burnout**.

Plano de Ação Estratégico:

1. Capacitação de lideranças em gestão empática e feedback construtivo;
2. Redução de metas em 15% por 6 meses (experimento piloto);
3. Criação de espaços de escuta psicológica no local de trabalho;
4. Reavaliação em 6 meses (COPSOQ + CBI) para mensurar impacto.

Resultado esperado:

- Redução de 20% no Burnout relacionado ao trabalho;
- Melhora de 30% na dimensão "Apoio Social de Superiores";
- Redução de 10% no absenteísmo por transtornos mentais.

Isso é gestão baseada em evidência. Não é achismo. É ciência organizacional.

5. FLEXIBILIDADE: RESPEITO À MATURIDADE ORGANIZACIONAL

5.1. Nem Todos Estão Prontos para a Excelência

Um dos maiores erros estratégicos é **impor um nível de maturidade** que a organização não possui.

Organizações com culturas rígidas, hierárquicas, com lideranças resistentes a mudanças, **não estão prontas** para falar abertamente sobre Burnout, depressão ou qualidade de vida.

Tentar implementar avaliações individuais de saúde mental nesse contexto pode gerar:

- **Resistência dos trabalhadores** (medo de estigmatização, represálias);
- **Descrédito das lideranças** ("frescura", "mimimi");

- **Dados viciados** (respostas falsas por medo).

A estratégia correta é gradual:

Fase 1: Normalização via NR-1

- Aplicar COPSQ como exigência legal;
- Comunicar internamente: "Estamos cumprindo a norma";
- Apresentar resultados de forma técnica, não acusatória;
- Implementar ações simples e visíveis (ajustes ergonômicos, pausas).

Fase 2: Introdução do Tema Saúde Mental

- Campanhas educativas (Setembro Amarelo, Janeiro Branco);
- Palestras sobre estresse e autocuidado;
- Oferta opcional de avaliação individual (SRQ20 ou DASS21);
- Criação de canais de escuta psicológica.

Fase 3: Cultura de Saúde Mental Consolidada

- Avaliações individuais integradas (SRQ20 + DASS21 + CBI + WHOQOL);
- Programas estruturados de prevenção de Burnout;
- Indicadores de saúde mental no balanced scorecard organizacional;
- Lideranças treinadas em saúde mental (Mental Health First Aid).

5.2. A "Escada de Evolução"

A grande vantagem de uma plataforma integrada como o **SIGOMIND** é permitir que a organização **suba a escada no seu ritmo**:

- **Degrau 1 (Obrigatório):** COPSQ/NR-1 → Todos começam aqui.
- **Degrau 2 (Gestão Integrada):** COPSQ + SRQ20/DASS21 → Quando a cultura amadurece.

- **Degrau 3 (Excelência):** Conjunto completo → Quando saúde mental vira valor estratégico.

Não há "certo ou errado" em estar no Degrau 1 ou 3. **O erro é permanecer estagnado no Degrau 1 por comodismo, não por planejamento.**

6. O IMPACTO NO PLANO DE AÇÃO: DA SUPERFICIALIDADE À PROFUNDIDADE

6.1. O Plano de Ação "Decorativo"

Um Plano de Ação típico de quem só quer "cumprir tabela" geralmente contém:

- "Promover palestras sobre qualidade de vida" (genérico);
- "Estimular a prática de atividades físicas" (inespecífico);
- "Fortalecer a comunicação interna" (vago);
- "Realizar campanhas de conscientização" (sem indicador de sucesso).

Problema: Nenhuma dessas ações está **vinculada aos riscos específicos identificados**.

6.2. O Plano de Ação Baseado em Evidência

Quando a avaliação é robusta (COPSOQ + ferramentas complementares), o Plano de Ação se torna **cirúrgico**:

Exemplo 1 - Risco Identificado:

- COPSOQ: 75% dos trabalhadores em "Exigências Quantitativas - Vermelho"
- DASS21: 40% com estresse severo
- CBI: 35% com Burnout relacionado ao trabalho

Ação Correspondente:

- Contratar 3 novos colaboradores para o setor X (reduzir carga per capita em 25%);
- Revisar processos redundantes (eliminar 2 relatórios duplicados);

- Implementar pausa obrigatória de 15 min a cada 3h de trabalho;
- Meta: Reduzir "Exigências Quantitativas" de 75% vermelho para 40% em 6 meses.

Exemplo 2 - Risco Identificado:

- COPSOQ: 80% dos trabalhadores em "Justiça Organizacional - Vermelho"
- SRQ20: 30% com provável transtorno mental comum

Ação Correspondente:

- Criar comitê paritário de revisão de decisões de gestão;
- Implementar política de transparência salarial;
- Estabelecer critérios claros e públicos para promoções;
- Meta: Reduzir "Justiça Organizacional" vermelho para 50% em 12 meses.

Exemplo 3 - Risco Identificado:

- CBI: 50% dos trabalhadores da linha de frente com Burnout relacionado ao cliente
- WHOQOL: Domínio psicológico baixo (autoestima, sentimentos positivos)

Ação Correspondente:

- Implementar rodízio de funções (alternar atendimento ao público com atividades administrativas);
- Criar grupos de apoio entre pares (círculos de escuta);
- Oferecer supervisão clínica para trabalhadores em sofrimento;
- Meta: Reduzir CBI-cliente de 50% para 30% em 12 meses.

6.3. Da Ação ao Indicador

Planos de ação sem **indicadores mensuráveis** são apenas "intenções bem-intencionadas".

A integração de ferramentas no SIGOMIND permite:

- **Linha de base (T0):** Aplicação inicial (COPSOQ + ferramentas complementares);
- **Intervenção (T1-T6):** Implementação do Plano de Ação;

- **Reavaliação (T12):** Nova aplicação dos instrumentos;
- **Análise de impacto:** Comparação T0 vs T12 (houve melhora? Em quais dimensões?).

Isso transforma saúde mental em KPI (Key Performance Indicator) organizacional.

7. A DIMENSÃO ESTRATÉGICA: SAÚDE MENTAL COMO VANTAGEM COMPETITIVA

7.1. O Custo Oculto dos Riscos Psicossociais

Organizações que ignoram riscos psicossociais pagam um preço alto:

- **Absenteísmo:** Transtornos mentais são a 3ª causa de afastamento no Brasil (INSS, 2024);
- **Presenteísmo:** Trabalhador presente fisicamente mas improdutivo (estima-se perda de 30-60% da capacidade);
- **Rotatividade:** Ambientes tóxicos geram turnover elevado (custo de reposição: 1,5x a 3x o salário anual);
- **Processos trabalhistas:** Assédio moral, danos morais relacionados a sofrimento psíquico;
- **Imagem corporativa:** Organizações com reputação de "adoecer trabalhadores" perdem talentos.

7.2. O Retorno do Investimento (ROI) em Saúde Mental

Estudos internacionais demonstram que **cada US\$ 1 investido em saúde mental retorna US\$ 4** em:

- Redução de absenteísmo;
- Aumento de produtividade;
- Diminuição de rotatividade;
- Redução de custos com planos de saúde.

Organizações que alcançam o **Nível 3 (Excelência)** ainda ganham:

- **Employer Branding positivo:** "Empresa que cuida das pessoas";
- **Atração de talentos:** Profissionais qualificados preferem ambientes saudáveis;
- **Compliance ESG:** Investidores e stakeholders valorizam o "S" (Social) em ESG.

7.3. Saúde Mental como Valor Estratégico

Organizações líderes não tratam saúde mental como "programa de RH".

Tratam como **pilar estratégico**, ao lado de:

- Inovação
- Eficiência operacional
- Sustentabilidade financeira
- Responsabilidade socioambiental

Quando saúde mental vira valor estratégico:

- CEOs/Diretores falam publicamente sobre o tema;
- Indicadores de saúde mental estão no dashboard executivo;
- Orçamento específico é alocado anualmente;
- Lideranças são avaliadas também por sua capacidade de criar ambientes saudáveis.

Isso não é utopia. É realidade em organizações como Google, Microsoft, Unilever, Natura.

8. SIGOMIND: A FERRAMENTA QUE ACOMPANHA A JORNADA

8.1. A Proposta de Valor

O SIGOMIND, desenvolvido pela SIGOWEB, não é "mais um software de pesquisa".

É uma **plataforma de gestão de saúde mental organizacional** que:

- ✓ **Atende à NR-1** (COPSOQ para avaliação de riscos psicossociais);

- ✓ **Permite evolução** (SRQ20, DASS21, CBI, WHOQOL-Bref conforme maturidade);
- ✓ **Integra dados** (correlaciona ambiente x indivíduo);
- ✓ **Orienta ações** (relatórios com Planos de Ação baseados em evidência);
- ✓ **Monitora evolução** (comparações longitudinais T0, T6, T12);
- ✓ **Respeita o ritmo** (organização escolhe o nível de profundidade).

8.2. Flexibilidade como Diferencial

Nem toda organização quer ou pode implementar tudo de uma vez.

Cenário 1 - Órgão Público Tradicional:

- Objetivo: Cumprir NR-1 sem criar resistências.
- Solução SIGOMIND: Aplicar COPSOQ, gerar relatório técnico, integrar ao PGR.
- Resultado: Conformidade legal alcançada.

Cenário 2 - Empresa Privada Inovadora:

- Objetivo: Reduzir turnover e melhorar clima organizacional.
- Solução SIGOMIND: COPSOQ + DASS21 + WHOQOL, correlacionar com índices de satisfação, implementar ações direcionadas.
- Resultado: Redução de 25% no turnover em 12 meses.

Cenário 3 - Hospital com Alto Burnout:

- Objetivo: Proteger equipes de saúde em contexto de alta demanda emocional.
- Solução SIGOMIND: COPSOQ + CBI + SRQ20, identificar setores críticos, implementar rodízio e supervisão clínica.
- Resultado: Redução de 40% no Burnout relacionado ao cliente em 18 meses.

A ferramenta se adapta à necessidade, não o contrário.

9. CONCLUSÃO: A ESCOLHA ENTRE O MÍNIMO E O MÁXIMO

A NR-1 estabelece o **piso civilizatório**: toda organização deve avaliar riscos psicossociais.

Mas existe uma escolha estratégica a ser feita:

OPÇÃO A: Fazer o Mínimo

- Contratar alguém para "cumprir a norma"
- Aplicar COPSQ
- Gerar relatório burocrático
- Arquivar e esquecer
- **Resultado:** Conformidade legal. Nenhuma transformação.

OPÇÃO B: Transformar a Obrigação em Oportunidade

- Usar a NR-1 como porta de entrada
- Implementar avaliação científica robusta (COPSQ)
- Evoluir para gestão integrada (COPSQ + SRQ20 + DASS21)
- Alcançar excelência (COPSQ + SRQ20 + DASS21 + CBI + WHOQOL)
- **Resultado:** Conformidade legal + redução de custos + retenção de talentos + cultura organizacional saudável.

A diferença entre essas escolhas não é técnica. É de visão.

Organizações que enxergam pessoas como "recursos" farão o mínimo.

Organizações que enxergam pessoas como **capital estratégico** investirão na excelência.

E a distância entre o mínimo e o máximo não está em orçamento ou tecnologia.

Está em **decidir que tipo de organização queremos ser.**

10. CHAMADA À AÇÃO

Se você é gestor, diretor de RH, responsável por SST ou tomador de decisão estratégica, pergunte-se:

1. Onde sua organização está hoje?

- ✗ Ainda não iniciou a avaliação de riscos psicossociais (em risco de autuação)
- ● Está cumprindo a NR-1 de forma básica (Nível 1)
- ● Está integrando saúde mental individual (Nível 2)
- ★ Alcançou excelência em saúde mental corporativa (Nível 3)

2. Onde você quer que ela esteja em 12 meses?

3. Você está disposto a transformar a NR-1 em alavanca de mudança cultural?

A ciência está disponível. As ferramentas estão prontas. A decisão é sua.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 1.419/2024. Altera a NR-1.
2. KRISTENSEN, T.S. et al. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). Scand J Work Environ Health, 2005.
3. PEJTERSEN, J.H. et al. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Scand J Public Health, 2010.
4. 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, 1986.
5. VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. J Affect Disord, 2014.
6. KRISTENSEN, T.S. et al. The Copenhagen