

PsicoUSF

Psico-USF

ISSN: 1413-8271

revistapsico@usf.edu.br

Universidade São Francisco

Brasil

Cavalheiro, Gabriela; da Rosa Tolfo, Suzana

Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral

Psico-USF, vol. 16, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 241-249

Universidade São Francisco

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401041440013>

- 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

Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral

Gabriela Cavalheiro¹ – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil
 Suzana da Rosa Toffo – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Resumo

Trabalho e depressão; como associar tais fenômenos? Se existe uma incidência elevada de casos de depressão na atualidade, ela se manifestará em diferentes graus nos contextos de trabalho, mesmo que autores reiterem a sua centralidade e importância para a construção da subjetividade. Estudos científicos demonstram a depressão como uma das causas mais expressivas de afastamento do trabalho. O artigo apresenta resultados de um estudo que, por meio da análise de documentos, identificou características de trabalhadores afastados por depressão em uma Universidade do Sul do Brasil. Foram analisados 36 casos identificados como de afastados do trabalho com diagnóstico de depressão e relacionados a motivos diversificados, no período de julho a dezembro de 2009. Os resultados confirmam outros estudos, como a predominância de mulheres, representados por 72% dos casos; e, em muitos casos, há ocorrências sucessivas de afastamentos, inicialmente por períodos curtos, e que foram ampliando o tempo de ausência no trabalho.

Palavras-chave: Trabalho, Depressão, Processo de adoecimento, Afastamento do trabalho.

Labor and depression: a study with professionals away from the workplace

Abstract

Work and depression, how to associate these phenomena? If there is a high incidence of cases of depression today, it will manifest in different degrees in the labor context, even if authors reiterate its centrality and importance to the construction of subjectivity. Scientific studies show depression as one of the most significant causes of absence from work. The paper presents results of a study which has identified characteristics of workers who were away from their work in a University of Southern Brazil due to depression. Thirty six cases were analyzed and identified as people away from work with a diagnosis of depression and related to varied reasons, from July to December 2009. The results confirm other studies such as the predominance of women, represented by 72% of cases, and present data from the historical view of illness, the absence from work and other singularities that permeate the history of the people surveyed.

Keywords: Work, Depression, Disease process, Absence from work.

O trabalho está presente na vida do homem ao longo da história da humanidade. Historicamente, homem e trabalho se interligam de diferentes maneiras, conforme a sociedade e o período ao qual nos referimos, de modo que os significados sociais atribuídos ao trabalho sempre têm influenciado o contexto vivenciado pelo homem. As preocupações, por exemplo, com direitos trabalhistas, evidenciadas em maio de 1968 na França, geraram o surgimento de leis e normas de condutas, assim como a introdução de novas tecnologias e de novas formas de organização do trabalho ocasionaram maior exigência na qualidade de serviços e produtos, especialmente a partir da década de 1980 do século XX.

O trabalho tornou-se mais central na vida do homem após a Revolução Industrial, no capitalismo, e sua importância mostra-se crucial para a condição de saúde ou de doença do trabalhador. A expansão do modelo capitalista, na segunda metade do século XX, implicou um aumento progressivo do tempo e da dedicação ininterrupta ao trabalho e ao emprego, o que tem implicações sobre a saúde do trabalhador. Apesar

disso, os fenômenos Saúde e Trabalho nem sempre foram entendidos de forma interligada (Bosi, 2000).

Desde o final do século XX, ao se abordar o campo de estudos relativos à saúde e trabalho, a expressão de sofrimento por meio de processos depressivos e suas possíveis relações com o trabalho passaram a ser objeto de preocupação social, organizacional e pessoal. A depressão pode ser conceituada como o conjunto de manifestações que envolvem a necessidade de isolamento, a presença de pensamentos negativos, desânimo, ansiedade, fadiga, insônia, sentimentos de tristeza, angústia, muito medo e vontade de chorar (OMS, 2008). Atualmente, a depressão atinge índices significativos em estudos epidemiológicos realizados em diversos países (Vorcara, Ucho & Lima-Costal, 2002), por meio dos quais autores demonstram que de 3% a 11% da população geral pode desenvolver sintomas de depressão ao longo da vida (Fleck & cols., 2003). São, em grande parte, pessoas em fase economicamente ativa e que em razão da depressão, conforme estudos realizados nos EUA, apresentarão prejuízo no trabalho, inabilidade, absenteísmo e redução da produtividade no emprego (Druss, Rosenheck & Sledge, 2000; Kessler, Greenberg & Mickelson, 2001), e afastamento do trabalho. Trata-se, assim, de um fenômeno social que atinge diretamente o contexto organizacional e do trabalho, e cujas aproximações (trabalho e depressão)

¹ Endereço para correspondência:
 Rua São Francisco, nº141, ap.406 – Centro – 88015-140
 Florianópolis-SC
 E-mail: gabrielacavalheiro@hotmail.com/srtolfo@yahoo.com.br

ainda são pouco estudadas e conhecidas. Para tanto, neste estudo, procurou-se caracterizar as ocorrências de depressão que levam servidores docentes e técnico-administrativos de uma universidade federal ao afastamento do trabalho.

Trabalho e depressão

Desde a história antiga e mitológica o fenômeno trabalho é definido como fonte de sobrevivência e, do mesmo modo, fonte de elevação moral e espiritual; experienciado com dor e sofrimento, símbolo de escravidão e degradação, bem como exuberante forma de expressão de si mesmo e de conquista de dignidade; meio de sobrevivência ou referência de integração social. Bendassoli (2009, p. 2) argumenta que, independente das características que o trabalho tenha assumido, “é obra de longa decantação histórica”.

Delimitar o conceito de trabalho é uma tarefa árdua, cujas dificuldades são categorizadas por Salanova, Garcia e Peiró (1996) com base em quatro aspectos. O primeiro corresponde à natureza complexa e multifacetada do trabalho, pois este pode ser referenciado como uma atividade ou uma conduta, uma situação ou um contexto, ou como um fenômeno com significado psicossocial. O segundo aspecto está relacionado à existência de diferentes perspectivas teóricas e áreas de conhecimento que têm interesse em compreender o fenômeno trabalho. Como terceiro fator, os autores remetem aos conceitos de trabalho que muitas vezes são utilizados por outras nomenclaturas similares, compreendidas de modos diferentes, quando abordadas, como emprego, posto ou ocupação. Por último, consideram ainda que o trabalho assume conteúdos e representações sociais distintas em diferentes culturas e épocas históricas.

Inúmeras são, então, as formas de pensar, compreender e intervir em relação ao fenômeno trabalho. Bendassoli (2009) defende que o trabalho é central no capitalismo contemporâneo e que essa centralidade consiste em uma construção discursiva, naturalizada, secularizada e inventada pelo homem, e que ao longo dos anos vem sofrendo alterações constantes. Tal discussão é polêmica, pois outros autores (Offe, 1989) vão defender que o trabalho perdeu a sua centralidade com as atuais formas de emprego e com a precarização que o configura.

Trabalho pode ser entendido como fonte de prazer e realização; representa o que de mais humano existe no homem, a capacidade de expressar sua “marca essencial” – a subjetividade –, fator fundamental ao equilíbrio e desenvolvimento humano (Dejours, 1993). Mas também apresenta seus contrapontos, pois estudiosos como Antunes (2002), e Morin, Tonelli e Pliopas (2007) constatarem que,

historicamente, o trabalho evolui como elemento central da vida do homem, capaz de provocar prazer e sofrimento, *status* e desalento, conforto e subsistência. Morin (2002, p. 20) argumenta que o trabalho pode ser agradável ou desagradável, pode estar associado ou não a trocas de natureza econômica e pode ainda ser executado ou não na forma de um contrato de emprego. Ao mesmo tempo, o trabalho pode ser entendido como “criação e tédio, miséria e fortuna, felicidade e tragédia, realização e tortura dos homens”.

Blanch Ribas (2003) afirma que as modernas concepções do trabalho e da atividade laboral configuram a representação de dois extremos: por um lado, algo bom, positivo e desejável, e, por outro, algo mal, negativo e indesejável. Mendes e Cruz (2004) corroboram que o ser humano dedica a maior parte de sua existência ao trabalho, consideram-no como um dos aspectos mais relevantes da vida pessoal, não somente pela quantidade de tempo a ele consagrado, mas, particularmente, por sua representação psicossocial. Se o trabalho é considerado central na constituição da subjetividade, há que se pensar naqueles cuja saúde está comprometida, de modo a afastá-los do trabalho por adoecimento.

O afastamento do trabalho ocorre quando a pessoa é considerada incapacitada de trabalhar, seja por motivos relacionados a acidente ou doença de caráter físico ou psíquico. Quanto às possibilidades de afastamento do trabalho relacionados à saúde mental, a *American Medical Association* (AMA, 1995) define disfunção e incapacidade causadas pelos transtornos mentais e comportamentais relacionadas com o trabalho em quatro áreas: limitações em atividades da vida diária da pessoa (autocuidado, higiene pessoal, comunicação, repouso e sono); funções sociais (capacidade de interagir apropriadamente e comunicar-se com outras pessoas); concentração, persistência e ritmo (capacidade de completar ou realizar as tarefas); deterioração ou descompensação no trabalho (falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes) (Campos, 2006).

Brant e Minayo-Gomez (2004) defendem a ideia de que no mundo do trabalho existe uma tendência em rejeitar o sofrimento e se vive um processo de transformação desse sofrimento em adoecimento, ou seja, é possível observar tal fenômeno na medida em que a tristeza é nomeada como depressão. Esse movimento de rotulação contribui para discriminação, estigma e exclusão de trabalhadores, e permite a medicalização das manifestações do sofrimento por meio da prescrição indiscriminada de antidepressivos e ansiolíticos. O sofrimento não possui uma manifestação única, pois depende de cada pessoa, da cultura, do período

histórico em que vive, ou seja, “depende da significação que assume no tempo e no espaço”. Aquilo que é sofrimento para um pode ser prazer para outro. “O homem sofre porque passa a perceber a sua finitude; o que faz do sofrimento uma dimensão não apenas psicológica, mas, sobretudo, existencial” (Brant & Minayo-Gomez, 2004, p. 216).

Características específicas de trabalho ou a configuração de determinadas tarefas influenciam na manifestação de processos de adoecimento. Os transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho não são facilmente diagnosticados no momento da avaliação clínica. Essa dificuldade decorre de que as características sintomatológicas desses transtornos muitas vezes se confundem com quadros de alteração fisiológica manifestas por sintomas físicos como insônia, distúrbios alimentares ou distúrbios gástricos. O profissional que avalia o processo de adoecimento é o responsável pela análise das possíveis relações com o trabalho (Campos, 2006) ante uma ampla gama de possibilidades de diagnóstico. Entre essas possibilidades está a depressão, que se tornou um dos processos que levam a situações de afastamento do trabalho.

A depressão pode manifestar-se em diferentes momentos do ciclo de vida de uma pessoa. Pode ser entendida, no senso comum, como qualquer manifestação de tristeza e/ou estresse, ou pode se constituir em um problema de saúde pública, pelo grau de sofrimento e pelas altas taxas de suicídio (Lafer, Almeida, Fráguas & Miguel, 2000). Na perspectiva biomédica, é considerada doença, e como tal é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de acordo com a Classificação Internacional dos transtornos mentais e do comportamento – CID-10 (OMS, 2008) e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002), segundo o *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-IV) como pertencente ao item transtorno do humor (Inocente & Camargo, 2004). Nesse sentido, o diagnóstico preciso possibilita a definição do tratamento medicamentoso mais adequado ao paciente, principalmente direcionado aos antidepressivos, que podem ser combinados com outros medicamentos, dependendo da variação de pessoa a pessoa.

Quando deprimida, a pessoa pode apresentar sintomas como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga. Observam-se, na maioria das vezes, problemas do sono e diminuição do apetite. Comumente ocorre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança, assim como ideias de culpabilidade e ou

de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode ser acompanhado de sintomas ditos “somáticos”, como, por exemplo, perda de interesse ou prazer; despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar; agravamento matinal da depressão; lentidão psicomotora importante; agitação; perda de apetite, de peso e da libido (OMS, 2008).

De acordo com Fleck e cols. (2003, p. 115), “a prevalência de depressão é duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, em comunidades e com pacientes que procuram serviços psiquiátricos”. Num contraponto a tal afirmação, Justo e Calil (2006, p. 74) realizam uma revisão narrativa da literatura com o propósito de descrever “aspectos epidemiológicos, biológicos, sociais e psicológicos associados a diferenças devidas ao gênero nas depressões”. Os autores, mesmo reconhecendo a demanda de pesquisas na área e as divergências e diferenças existentes entre os gêneros, buscam identificar causas e consequências com base em duas dimensões, a biológica e a psicossocial.

No âmbito biológico destacam-se as questões hormonais, que diferenciam homens e mulheres, cujas diferenças de prevalência para depressão são relacionadas a faixas etárias, como, por exemplo, na adolescência ou em momentos da vida da mulher, como a gravidez, tensão pré-menstrual ou menopausa. Quanto à dimensão psicossocial, um dos aspectos a considerar remete às diferenças de papéis exercidas por homens e mulheres na sociedade, onde muitas vezes as mulheres ainda assumem posições de submissão diante dos homens. Justo e Calil (2006) questionaram as diferenças entre homens e mulheres quanto à manifestação dos sintomas, bem como a reação diante da utilização de medicamentos em casos de transtorno de humor. Os autores identificam a demanda por pesquisas, principalmente epidemiológicas, que confirmam, na literatura científica, que esses transtornos apresentam uma proporção de duas mulheres para um homem, e finalizam o estudo evidenciando a necessidade de outras investigações que abordem tais diferenças.

Em uma perspectiva sociocultural, a depressão é compreendida além de um distúrbio orgânico, e assim pode ser expressão de uma inadaptabilidade social ou de um pedido de socorro (Cenci, 2004). A autora enfatiza que na sociedade atual existe uma legitimação da doença por meio do uso da medicação que perpassa o senso comum e torna-se presente na conduta dos profissionais de saúde. Para a autora a medicação legitima o sofrimento, contribuindo para a aceitação

social de que “o depressivo não é louco, nem vagabundo ou fraco de caráter, mas doente. A legitimação dá-se mediante a comprovação médica e a prescrição de remédio” (p. 10). Tal condição, por um lado, formaliza a incapacidade e permite o afastamento; ao mesmo tempo, rotula e estigmatiza o profissional e, muitas vezes o afastamento não contribui para o restabelecimento da saúde.

Se o uso dos medicamentos tem seus senões, estudos controlados sugerem que algumas abordagens de psicoterapia, como a cognitiva, a interpessoal e a de solução de problemas, são efetivas no tratamento dos episódios depressivos, principalmente em casos de depressão leve a moderada. Porém, existem poucos estudos que avaliem os resultados de outras abordagens de psicoterapias, consideradas não-específicas, e há indícios de resultados contraditórios em determinados casos (Fleck e cols., 2003). Por seu lado, os pesquisadores Schestatsky e Fleck (1999) concluíram que há sólidas evidências de bons resultados em relação às depressões quando tratadas por intervenções psicossociais, combinadas ou não com tratamento farmacológico. Consideram importantes os aspectos relacionais ou interacionais envolvidos nas psicoterapias, a capacidade de prover esperança, de oferecer um relacionamento seguro e confiável e de constituir um espaço emocional onde o paciente possa sentir que suas ansiedades depressivas são compreendidas e resguardadas e que permitam ao paciente organizar seu sofrimento. Dado o exposto, verifica-se que há lacunas importantes para o estudo dos processos saúde e trabalho, e estudar a depressão de trabalhadores pode contribuir para identificar características desse processo de adoecimento que levam ao afastamento do trabalho e ao comprometimento na busca de equilíbrio entre saúde e doença.

Método

A pesquisa foi realizada em uma universidade pública localizada no sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram profissionais atendidos pela Junta Médica Oficial (JMO) da universidade, que é composta pelos setores de Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho. Esta funciona nas dependências do Hospital Universitário (HU) e atende os servidores da universidade em situação de doença. Os atestados médicos que originam os afastamentos dos servidores são emitidos por médicos que atuam em clínicas privadas, convênios ou na rede pública, e não pelos profissionais da JMO que, a exemplo dos peritos do INSS, avaliam os pedidos de licença-saúde e ratificam ou não o afastamento do servidor. Os afastamentos

são sistematizados e organizados pela JMO. Para esta pesquisa foram analisados aqueles referentes a doença e tratamento de saúde decorrentes de diagnóstico de depressão.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de análise documental (Laville & Dionne, 1999) dos prontuários disponibilizados pelo HU. Para tanto foram previamente definidas etapas e procedimentos para a realização da investigação, tais como: 1. definir o período pesquisado (de julho a dezembro de 2009); 2. levantar as agendas da Junta Médica referentes às terças-feiras, dia destinado ao atendimento de casos de afastamento relacionados à saúde mental; 3. identificar os casos diagnosticados como pertencentes ao CID-F; 4. relacionar os números dos prontuários identificados; 5. solicitar a pesquisa na instituição, nos prontuários selecionados conforme o item 3; 6. realizar o levantamento dos dados socio-demográficos: faixa etária, gênero, motivo e/ou queixa do trabalhador que levam ao afastamento do trabalho, sintomas identificados que justificam o afastamento do trabalho, uso de medicação, histórico de afastamentos de saúde e histórico de afastamentos do profissional por depressão (tempo e número). Dos 50 prontuários manuseados, foram validados como pertencentes aos critérios de escolha para a análise 36 deles, ou seja, a população de profissionais concursados na universidade e afastados por motivo de depressão durante o período de julho a dezembro de 2009. O objetivo principal da investigação foi o de caracterizar as ocorrências de depressão que levam servidores docentes e técnico-administrativos ao afastamento do trabalho.

Resultados e discussão

Ao se analisarem os resultados, verificou-se que, quanto à idade da população pesquisada, foram categorizadas as faixas etárias de: até 40 anos; entre 41 e 55 anos e acima de 56 anos. Pode-se verificar que a maior frequência da população pesquisada possui idade entre 41 e 55 anos, representando 69%. Outros estudos sobre afastamento do trabalho e condições de saúde-doença associadas confirmam tal prevalência, tais como a pesquisa realizada com servidores do HU/UFSC, em que, por meio de análise de documentos, Silveira (2008) verificou que os profissionais afastados do trabalho por problemas de saúde eram em sua maioria com idades entre 41 e 50 anos. Conforme salientado anteriormente, a depressão pode prevalecer em diferentes momentos do ciclo de vida de uma pessoa (Lafer e cols., 2000), e em fases relacionadas à “crise da meia idade” ocorre prevalência.

Em se tratando da categoria gênero, os dados confirmam o que ocorre na maioria expressiva de estudos realizados sobre a depressão, os quais identificam a prevalência da doença entre as mulheres. Conforme constataram Flecknaram e cols. (2003, p. 115), a depressão incide de duas a três vezes mais em mulheres do que em homens, mesmo em diferentes países. Por seu lado, Justo e Calil (2006) identificaram causas e consequências das diferenças existentes entre os gêneros, quanto à depressão, com base nas dimensões biológica e psicossocial, mas esses autores (Justo & Calil, 2006) questionam resultados de pesquisas que evidenciam a ocorrência desses transtornos em uma proporção de duas mulheres para um homem e indicam a necessidade de outras investigações que abordem as diferenças.

Um dos itens de investigação cujos resultados foram mais surpreendentes na análise de documentos refere-se ao histórico de afastamentos, no qual se buscou identificar o número de afastamentos do trabalho e os períodos de ausência da população. Na universidade pesquisada, a JMO reitera ou não a indicação de afastamento do trabalho após diagnóstico emitido pelo médico particular de cada profissional. O período de afastamento delimitado pelo médico está muitas vezes atrelado à gravidade da situação e à necessidade de cuidado do servidor. No levantamento realizado, pode-se verificar uma variação entre 1 e 20 dias, considerado pela pesquisadora como um período curto de afastamento; e de 30 a 120 dias de afastamento por motivo de depressão, identificado como período longo. Os períodos de afastamento são intercalados por acompanhamentos da JMO e por consultas esporádicas ao médico responsável. Em determinados casos, a definição quanto à continuidade ou não do afastamento é decidida em conjunto médico-paciente. Do mesmo modo, a junta médica, tem como responsabilidade a avaliação da decisão do médico particular, cabendo a este órgão concordar ou não com a decisão externa.

De acordo com esses dois tipos de afastamentos identificados (curtos e longos), somente 3 casos correspondem a períodos curtos, que configuram, portanto, a minoria dos casos de afastamento. Estes correspondem a episódios leves de depressão, geralmente associados a outros quadros de adoecimento como tendinite e gastrite. Trata-se de mulheres, com idade média de 43 anos, que, se, se considerar a população investigada, corresponde à faixa média predominante. Interessante perceber que os afastamentos são em princípio por períodos curtos (entre dias e/ou semanas) e, em alguns casos, se tornam mais frequentes ao longo dos anos, podendo ser associados à idade e tempo de permanência na

instituição e função. Estudo realizado em Minas Gerais teve por objetivo identificar o perfil do absenteísmo em uma empresa bancária estatal durante o período de 1998 a 2003. Detectou-se prevalência de afastamentos decorrentes de doenças osteomusculares e distúrbios mentais e comportamentais, em sua maioria a população abrangendo pessoas do sexo feminino, com idade entre 40 e 49 anos, pertencentes a funções com menor remuneração e predominantemente com mais de 20 anos de empresa (Silva, Pinheiro & Sakurai, 2008).

Quanto aos afastamentos por períodos longos (de 30 a 120 dias), identificou-se 33 casos, o que equivale a 91% do total. Na maioria destes há o prolongamento por mais períodos, muitas vezes totalizando de um a dois anos de afastamento do trabalho. Nesses casos, de acordo com os documentos pesquisados, a JMO inicia processo para solicitação de aposentadoria do servidor ou dá início à atividade de preparação desse profissional para o retorno ao trabalho. Somando o total de períodos longos de afastamentos dos 33 profissionais afastados, totalizam-se 6.000 dias de ausências do trabalho, o que se reflete em uma média de 166 dias de absenteísmo de cada uma dessas pessoas. Tal dado remete a pensar nos altos custos gerados ao governo pela ausência de profissionais no ambiente de trabalho. De acordo com levantamento realizado por Cunha, Blank & Boing (2009, p. 227):

O valor correspondente ao auxílio-doença previdenciário, concedido em 2005 pelo Ministério da Previdência Social, alcançou R\$1,1 bilhão. No serviço público federal, as aposentadorias precoces e os afastamentos do trabalho, em 2005, contabilizaram para a União um custo de R\$300 milhões e, no serviço público estadual de Santa Catarina, giraram em torno de R\$ 12 milhões em 2001 (considerando-se apenas as áreas da saúde, educação e segurança pública).

Outro aspecto a ser considerado nos afastamentos do trabalho da população pesquisada corresponde ao período em que esta dele se afastou em decorrência da depressão ao longo dos anos de vida profissional, ou seja, períodos intervalares ou consecutivos de 1, 5, 10 ou 20 anos. É possível verificar que há registros desde a década de 1980, que explicitam afastamentos para tratamento (medicamentoso e psiquiátrico), casos de internação, assim como momentos e eventos que desencadearam os sintomas. Os profissionais afastados do trabalho por depressão apresentam variações quanto ao tempo de adoecimento, tratamento (psicológico e/ou psiquiátrico) e a necessidade de afastamento do trabalho. É possível detectar também situações em que

o servidor apresenta um histórico de episódios depressivos anteriores (atestados de curto período), até desencadear o afastamento do trabalho por um período mais extenso. Conforme Campos (2006), uma dificuldade para diagnosticar os transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho na avaliação clínica resulta das características sintomatológicas desses transtornos, que muitas vezes se confundem com quadros de alteração fisiológica, manifesta por sintomas físicos como insônia, distúrbios alimentares ou distúrbios gástricos.

O período de 5 anos com o diagnóstico de depressão é um resultado a destacar quanto ao tempo em que os pesquisados se atribuem na condição de depressivos (17 participantes, o equivalente a 47%). Fleck e cols. (2003) afirmam que “estudos controlados envolvendo pacientes com episódios depressivos recorrentes (tipicamente três nos últimos cinco anos) demonstraram que a manutenção de um medicamento antidepressivo previne a recorrência nos próximos um a cinco anos” (p. 119). Por outro lado, é comum casos em que o paciente, após a diminuição do sintoma, cesse ao uso da medicação. O mesmo ocorre com o tratamento psicológico, em que à medida que diminui o sintoma e o paciente sente-se melhor, tende a abandonar o tratamento. Estudos realizados sobre as prevalências da depressão concluem que “aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo, terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas” (Fleck & cols., 2003, p. 115).

O acesso aos prontuários possibilitou ainda a relação de motivos que justificaram o afastamento do trabalho por parte da população pesquisada. Foi possível verificar a diversidade e as peculiaridades de motivos que implicam o afastamento do trabalho desses servidores. Foram identificadas 53 ocorrências, que não representam o total de documentos e/ou da população analisada, mas sim os diversos motivos desencadeantes de afastamento do trabalho. A relação de motivos está diluída na quantidade e/ou na variação de motivos que ocasionam o afastamento do trabalho de um mesmo servidor ao longo de seu histórico profissional na universidade.

De acordo com as informações coletadas na análise de documentos, podem-se constatar afastamentos ocasionados pelo próprio tratamento da depressão, seja pelos efeitos colaterais dos medicamentos, seja pelo tempo de adaptação aos mesmos e, em casos considerados mais graves, períodos de internação. Os inúmeros estudos relacionados à depressão demonstram que os casos que requerem a internação psiquiátrica geralmente estão associados à depressão maior, psicoses e uso de

substâncias que levam ao alcoolismo e drogadição (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; Oliveira & Coutinho, 2006; Prieto & Tavares, 2005; Estellita-Lins).

Entre os motivos que levaram aos afastamentos relacionados à condição saúde-doença dos profissionais pesquisados, existem outros quadros de adoecimentos que não geraram afastamento do trabalho, porém constam nos prontuários, tais como, obesidade, gastrite e cefaleia. Os estudos sobre depressão e outros quadros patológicos são extensos. Existem pesquisas que relacionam a depressão a doenças associadas à dor, como tendinite, fibromialgia, LER/DORT e neoplasia (Martins, 2008; Pimenta, Koizumi & Teixeira, 2000; Rocha, 2007). Os quadros de doenças crônicas, dores constantes e exposição a tratamentos intensivos muitas vezes geram depressão, que prejudica o sucesso do tratamento e pode provocar morbidade. Informações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) revelam que o diagnóstico precoce e o tratamento da depressão são essenciais para não comprometer a qualidade de vida da pessoa e acrescentar quadros de morbidade e mortalidade (Campos, 2006).

Outro aspecto relevante diz respeito aos afastamentos ocasionados por doenças na família e problemas familiares. Estudo realizado com equipes de saúde constata que o trabalho, quando comparado a outras esferas da vida como religião, lazer e família, ocupa o segundo lugar, perdendo somente para o contexto familiar (Borges, Tamayo & Alves-Filho, 2005) em importância. Tal priorização justificaria o adoecimento ante as limitações na demanda de lidar com problemas familiares, tão centrais na vida dos sujeitos.

Com base na concepção biomédica, para que o servidor seja afastado do trabalho é necessário haver um diagnóstico que ateste a condição de incapacitado para trabalhar. No caso da depressão, os atestados geralmente classificam os sintomas das pessoas com base na categoria CID-F, sendo esse fator decisivo para caracterizar o processo saúde-doença e o afastamento do trabalho. Nos prontuários pesquisados, importante observar que, em diversos casos, houve mais de uma classificação F para cada servidor, diagnosticada em diferentes momentos (outras consultas) ou mesmo inclusa em um atestado único. Curioso observar que, dos 36 prontuários pesquisados, somente dois não descrevem CID, todos os outros 34 tem de um a mais F's, que descrevem o sintoma do servidor.

Percebe-se a maior incidência do diagnóstico F-32, que é descrito como episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave. Conforme salientado na revisão da literatura, a pessoa

deprimida pode apresentar sintomas variados, tais quais: rebaixamento do humor, redução de energia, diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga, problemas do sono e diminuição do apetite, diminuição da auto-estima e da autoconfiança, dentre outras (OMS, 2008).

Além disso, destaca-se ainda a classificação F33, caracterizada pela ocorrência repetida de episódios depressivos que, diferenciados por níveis de gravidade e associados a outros quadros alfa-numéricos, tais como F32, F33.2 ou F33.3, representam variações e especificidades no diagnóstico. O CID-F41 também se apresenta significativo e caracteriza-se essencialmente pela presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem acompanhar sintomas depressivos ou obsessivos, assim como certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica. E por fim, o destaque para o F43 que se diferencia e se caracteriza exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução de acontecimentos que desencadeiam reações de *stress*.

Resumidamente, quanto ao afastamento do trabalho por depressão, pode-se observar que na população investigada predomina a depressão recorrente, caracterizada por episódios depressivos, com variações principais quanto a índices de ansiedade e estresse. Tais quadros clínicos, embora não sejam considerados os diagnósticos mais graves pertencentes à classificação dos transtornos mentais e comportamentais, são geradores de incapacidade para o trabalho. Jacques (2007) tem críticas quanto às concepções adotadas para a formalização de afastamentos do trabalho, ou seja, predominantemente médicas e baseadas em tipologias/classificações estanques, pois argumenta que estas não abrangem a complexidade da constituição humana e do seu psiquismo. Para a autora, trata-se de perspectivas reducionistas na compreensão do processo saúde/doença mental.

Quanto ao tratamento, os participantes da pesquisa consomem em média 3 medicamentos diariamente, entre antidepressivos, ansiolíticos e outros princípios ativos utilizados para o controle de outras condições de saúde-doença, especialmente a hipertensão. Numa perspectiva biológica e médica, a literatura científica evidencia que os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão aguda, moderada e grave, tanto na diminuição da manifestação do sintoma quanto na sua eliminação. Conforme afirma Cenci (2004), na sociedade contemporânea a doença é legitimada por meio do uso da medicação, adotada como conduta dos profissionais de saúde. Assim a

medicação legitima o sofrimento, pois contribui para a aceitação social de que o depressivo é doente.

Não se identificou, nos documentos, a realização de psicoterapia, embora estudos, como de Fleck e cols. (2003), salientem que algumas abordagens de psicoterapia (cognitiva, interpessoal e de solução de problemas) são efetivas no tratamento dos episódios depressivos, e Schestatsky e Fleck (1999) identifiquem bons resultados no tratamento das depressões com intervenções psicossociais, combinadas ou não com tratamento farmacológico. Além da perspectiva médica tradicional, é importante que outros profissionais, como o psicólogo, façam parte do tratamento.

Considerações finais

A população de pessoas afastadas do trabalho por diagnóstico de depressão, condição de certo modo comum nos dias atuais, é também cercada de preconceito, falta de entendimento e condução monopolizada de tratamento. Especialmente quanto ao último aspecto, vale a reflexão de que, pelo crescimento progressivo de casos, pode-se cogitar que não há uma resolução efetiva até o momento, visto que hoje a depressão é considerada quase uma pandemia, dado o seu índice mundial. No caso da população pesquisada, foi possível observar que predomina o diagnóstico de depressão recorrente, com base na concepção médica, caracterizada por episódios depressivos, com destaque para variações de ansiedade e estresse. Embora tal diagnóstico não seja pertinente aos níveis mais graves, é mesmo assim, gerador de incapacidade para o trabalho.

Mais da metade da população faz uso de medicamentos, tanto para depressão quanto para outras doenças associadas ou decorrentes. No predomínio da concepção médica e estímulo ao uso de medicação como recurso conhecido para o alívio de males da sociedade contemporânea, parece existir uma aceitação generalizada que aprova o tratamento medicamentoso como conhecido para a resolução de problemas, como a depressão.

Entende-se que são necessárias leis e normas que regularizem o afastamento das pessoas de seu ambiente de trabalho, e com isso precisa necessariamente haver padronização de ações, porém o que está instituído hoje não oferece subsídios suficientes que permitam compreender e avaliar adequadamente as dificuldades do sujeito deprimido em suas singularidades. Isso se estende ao contexto organizacional que muitas vezes se mostra resistente e incrédulo diante das necessidades individuais que surgem, apoiado em um modelo médico que identifica o sintoma e classifica a doença. Para pesquisadores

como Jacques (2007), tais perspectivas adotadas são consideradas reducionistas na compreensão do processo saúde/doença mental. O sistema vigente parece assegurar o afastamento do trabalhador que já não desempenha adequadamente suas funções, como meio de solucionar o problema, porém há deficiências quanto à possibilidade de manter o trabalhador no seu ambiente laboral, sob novas formas (integradas a necessidades individuais) de organização do trabalho e quanto à reintegração destas pessoas a sua vida profissional.

As diferentes realidades nas quais se construíram historicamente os processos de adoecimento até gerar os afastamentos dos trabalhos dos participantes da pesquisa têm em comum, na maioria dos casos, ocorrências sucessivas de afastamentos, inicialmente por períodos curtos, que ao longo dos anos, foram ampliando o tempo de ausência do trabalho. Esse aumento de tempo de afastamento observado na pesquisa está permeado por motivos diversos, como o agravamento da condição de saúde-doença, o retardo na recuperação ou mesmo a resistência ao retorno do trabalho, gerando prorrogação de outros afastamentos, até a aposentadoria.

Foi possível compreender, também, que o trabalho, mesmo sendo considerado central na vida do homem, implica uma parcela muito expressiva do cotidiano da vida das pessoas e que, diante disso, necessita ser administrado junto a outros interesses, vínculos e compromissos, seja com a família, seja com cuidados pessoais, responsabilidades econômicas e sociais, amigos, lazer, que interferem sobremaneira na condição de saúde e doença.

Referências

- AMA – American Medical Association. (1995). *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. (4ª ed.). Arlington/VA: AMA.
- Antunes, R. (2002). *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, SP: Boitempo.
- APA – Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bendassolli, P. (2009). *Psicologia e trabalho: apropriações e significados*. São Paulo: Cengage Learning.
- Blanch Ribas, J. M. (Coord.). (2003). Trabajar en la modernidad. Em J. M. Blanch Ribas, M. J. E. Tomaz & C. G. Dorán. (Orgs.). *Teoría de las relaciones laborales fundamentales*. Barcelona: UOC.
- Borges, L. de O., Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2005). Significados do trabalho entre os profissionais de saúde. Em L. O. Borges (Org.). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bosi, M. L. M. (2000). Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. *Revista de Nutrição*, Campinas, 13(2), 107-115, maio/ago.
- Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 213-223.
- Campos, I. C. M. (2006). *Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Cenci, C. M. B. (2004) Depressão e contexto de trabalho. *Aletheia*, 19, 31-44.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N. & Turecki, G. (2009) Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl I), 8-25.
- Cunha, J. B., Blank, V. L. G. & Boing, A. F. (2009). Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(2), 226-236.
- Dejours, C. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 33(3), 98-104.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A & Sledge, W. H. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1274-1278.
- Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M. & Coutinho, M. F. C. (2006). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psyche*. São Paulo, 10(18), 151-166.
- Fleck, M. P. de A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A. & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 25(2), 114-122.
- Inocente, N. J. & Camargo, D. A. de. (2004) Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. Em L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho* (vol. III). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Kessler R. C., Greenberg, P. E. & Mickelson, K. D. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 218-225.
- Jacques, M. da G. C. (2007). O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*. Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO, SP, Edição Especial 19(1), 112-119.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.
- Lafer, B., Almeida, P., Fráguas, R. JR. & Miguel, E. C. (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Martins, D. A. (2004). Associação entre LER/DORT e depressão. Em L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho* (vol. III). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M. & Cruz, R. M. (2004). Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. Em: Á. Tamayo (Org.). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Morin, E. M. (2002). Sentidos do trabalho. Em Wood, T. Jr. (Coord.). *Gestão empresarial: o fator humano*. São Paulo: Atlas.
- Morin, E., Tonelli, M. J. & Pliopas, A. L. V. (2007). O trabalho e seus sentidos. *Psicologia & Sociedade*. Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO, SP, Edição Especial 19(1), 47-56.
- Offe, C. (1989). Trabalho: a categoria chave da sociologia? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 4(10). Obtido em jan. de 2009 da world wide web: <http://www.anpocs.org.br/portal/content/view/132/54/>.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2008). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (Coord.). Organização Mundial da Saúde. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S. & Teixeira, M. J. (2000). Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Rev. da Esc. de Enferm. da USP*, 34(1), 76-83.
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005) Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. Bras. Psiquiatr.* Universidade de Brasília, 54(2), 146-154.
- Rocha, S. R. A. (2007). Depressão relacionada a distúrbios osteomusculares no trabalho bancário. Em A. M. Mendes. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. SP: Casa do Psicólogo.
- Salanova, M., Garcia, F. J. & Peiró, J. M. (1996). Significado del trabajo y valores laborales. Em Peiró, J. M. & Prieto, F. *Tratado de Psicología del trabajo*. (Vol. II: Aspectos Psicosociales del trabajo). Madrid: Síntesis Psicología.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(supl.1), 41-47.
- Silva, L. S., Pinheiro, T. M. M. & Sakurai, E. (2008). Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(supl.2), 2049-2058.
- Silveira, S. G. (2008). Trabalho e saúde: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. (Dissertação de Mestrado em Sociologia Política). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Vorcaro, C. M. R., Uchoa, E. & Lima-Costa, M. F. (2002). Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. Biblioteca Virtual em Saúde, Pesquisa em base de dados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(3), 167-182.

Recebido em 24/06/2010
Reformulado em 10/04/2011
Aprovado em 22/06/2011

Sobre as autoras:

Gabriela Cavalheiro é mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia: linha Processos Psicossociais nas Organizações e no Trabalho da Universidade Federal de Santa Catarina.

Suzana da Rosa Tolfo é doutora e professora associada dos Programas de Pós-graduação em Psicologia e Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.