

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Gabriela Cavalheiro

**SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO POR PROFISSIONAIS
AFASTADOS DO AMBIENTE LABORAL EM DECORRÊNCIA DE
DEPRESSÃO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Organizacional e do Trabalho

Orientador: Prof.^a Dr.^a Suzana da Rosa Tolfo

Florianópolis/SC
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

- C376s Cavalheiro, Gabriela
Sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais
afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão
[dissertação] / Gabriela Cavalheiro ; orientadora, Suzana da
Rosa Tolfo. - Florianópolis, SC, 2010.
205 p. : tabs.
- Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia.
- Inclui referências
1. Psicologia. 2. Sentidos. 3. Trabalho. 4. Depressão. I.
Tolfo, Suzana da Rosa. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

CDU 159.9

Gabriela Cavalheiro


Sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão.

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

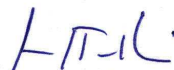
Florianópolis, 01 de Setembro de 2010.



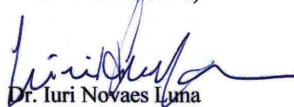
Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



Dra. Suzana da Rosa Tolfo
(PPGP/UFSC-Orientadora)



Dra. Maria José Tonelli
(FGV/SP -Examinadora)



Dr. Iuri Novaes Luna
(UNISUL -Examinador)

Dr. Narbal Silva
(PPGP/UFSC-Examinador)

Ao contrário do que em geral se crê, sentido e significado nunca foram a mesma coisa, o significado fica-se logo por aí, é directo, literal, explícito, fechado em si mesmo, unívoco, por assim dizer; ao passo que o sentido não é capaz de permanecer quieto, fervilha de sentidos segundo, terceiros e quartos, de direções irradiantes que se vão dividindo e subdividindo em ramos e ramilhos, até se perderem de vista, o sentido de cada palavra parece-se com uma estrela quando se põe a projectar marés vivas pelo espaço fora, ventos cósmicos, perturbações magnéticas, aflições.

José Saramago
(Livro: **Todos os nomes**, 1997).

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Suzana Tolfo, por acreditar em mim em momentos que eu pouco acreditei; por seu cuidado e atenção e, ao mesmo tempo, exigência e detalhismo, que contribuíram sobremaneira para o aprofundamento e enriquecimento deste trabalho.

À minha querida família, que está sempre presente, mesmo nas minhas ausências.

Ao “Tino”, irmão e amigo, que insistentemente me apoiou e incentivou, antes e durante o percurso do mestrado.

Aos amigos, que com tanto carinho me esperam para que possamos nos encontrar com mais frequência.

Às pessoas que trabalham comigo no SESC, que com apoio, compreensão e paciência, participaram ativamente de todas as etapas vivenciadas neste período.

Aos colegas e professores do Programa de Pós Graduação de Psicologia que, por meio das atividades coletivas, possibilitaram a construção do conhecimento e, mais tarde, pelos vínculos de amizade estabelecidos, influenciaram tanto nas escolhas como no delineamento final deste trabalho.

À equipe da Junta Médica da UFSC, em especial, a psicóloga Celi e a Dra. Norma que, com prontidão e interesse, auxiliaram-me na coleta de dados.

Aos participantes desta pesquisa, que se disponibilizaram a abrir questões particulares e dolorosas em suas vidas para agregar o conteúdo desta investigação.

A todos, a minha admiração e eterna gratidão!

RESUMO

Sentidos, significados e trabalho consistem em fenômenos distintos, complexos e inter-relacionados. As concepções, tanto conceituais como empíricas, a respeito do trabalho, transformam-se e são transformadas pela sociedade ao longo da história do homem. Consequentemente, os sentidos atribuídos ao trabalho passam por alterações de acordo com o contexto individual, histórico, social e cultural nos quais o indivíduo está inserido. Existem poucos estudos que investigam os significados e/ou sentidos atribuídos ao mesmo, e não foi identificada na literatura a produção de conhecimento com profissionais com diagnóstico de depressão. Compreender se a centralidade do trabalho se altera sob o processo de depressão é relevante para que possam ser desenvolvidas ações de saúde do trabalhador, as quais permitam atender adequadamente essa clientela. Diante de tais propósitos, foi desenvolvido o estudo, por meio de análise de documentos e entrevistas semi-estruturadas, com profissionais afastados do ambiente laboral, por motivo de depressão, na UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina. Foram analisados 36 prontuários de servidores técnico-administrativos e servidores docentes. Além disso, dessa população foram entrevistados 08 participantes. Os critérios delimitados para a participação da pesquisa correspondem a profissionais afastados por motivos de depressão, durante o ano de 2009, com formação superior completa. Entre os resultados levantados, pode-se caracterizar a população com prevalência do sexo feminino, idade entre 41 e 55 anos, servidores técnico-administrativos. A maioria possui o diagnóstico de depressão há 05 anos; com destaque para a depressão recorrente, sendo que mais de 70% faz uso de tratamento medicamentoso. Todos os participantes têm a concepção de trabalho como emprego e, mesmo para os entrevistados que demonstraram sentimentos de frustração e ressentimento diante do trabalho que realizam (sentido negativo), quando relatam a contribuição social de sua atividade, esta se apresenta positiva. Constata-se que entre os entrevistados que declararam não perceber sentido em seu trabalho há relação deste com o processo de adoecimento vivenciado. Já aqueles que percebem sentido naquilo que realizam não atribuem ao trabalho o seu adoecimento, pelo contrário, entendem este como uma fonte de saúde, de prazer, de oportunidade de estar com as pessoas.

Palavras-chave: Sentidos, Trabalho e Depressão.

ABSTRACT

Senses, meanings and work consists in distinct phenomenon, complex and interrelated. The conceptions, conceptual and empirical, when talking about work, they become and are transformed by the society throughout the history of man. Consequently, the meanings assigned to work goes through changes according to the individual context, historical, social and cultural development in which the individual is inserted. There are few studies investigating the senses and/or meanings attributed to it, and was not identified in the literature on knowledge production professionals with a diagnosis of depression. Understanding the centrality of work changes in the process of depression is relevant to actions that may be developed for occupational health, which will allow adequately serve this clientele. Given these purposes, the study was developed through analysis of documents and semi-structured interviews with professionals away from the workplace, due to depression, in UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina). We analyzed medical records of 36 technical-administrative staff and faculty servers. Besides this population, were interviewed 08 participants. The criteria defined for the participation of research professionals match away for reasons of depression during the year 2009, with University Graduate. Among the results collected, we can characterize the population of females, aged between 41 and 55 years, mostly technical-administrative staff. Have a diagnosis of depression for 05 years or more, with emphasis on recurrent depression, and more than 70% make use of drug treatment. All participants have the concept of work as employment, even for respondents who showed feelings of frustration and resentment at work (negative sense), when reporting the contribution of social activity, this appears positive. It appears that among respondents who reported not realize there is meaning in your work relationship with the disease process experienced. Already those who perceive sense in what they do, do not attribute their illness to work, however, understand this as a source of health, pleasure, opportunity to be with people.

Keywords: Senses, Work and Depression.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Estrutura da revisão de literatura referente aos estudos sobre Sentidos e Significados.....	30
Quadro 2 -	Estrutura conceitual da pesquisa.....	72
Quadro 3 -	Síntese das informações coletadas por meio da análise documental e das entrevistas individuais quanto à delimitação do diagnóstico, descrição dos sintomas da depressão e condição saúde-doença.....	104
Quadro 4 -	Motivos que levaram ao afastamento do trabalho/emprego e as estratégias de enfrentamento encontradas pelos participantes.....	111
Quadro 5 -	Afastamento do trabalho/emprego e preparação para o retorno.....	117
Quadro 6 -	Associações entre o trabalho desenvolvido pelos participantes na UFSC e a percepção do processo de adoecimento e depressão	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Decomposição da categoria - sentidos atribuídos ao trabalho.....	78
Tabela 2 -	Decomposição das categorias – depressão; processo de adoecimento e afastamento do trabalho.....	78
Tabela 3 -	Distribuição da quantidade da população por faixa etária.....	87
Tabela 4 -	Distribuição da quantidade da população quanto ao gênero.....	88
Tabela 5 -	Distribuição da quantidade da população quanto à categoria funcional.....	89
Tabela 6 -	Distribuição da quantidade da população quanto aos períodos de afastamentos do trabalho por motivo de depressão (dados referentes ao ano de 2009)	90
Tabela 7 -	Distribuição da quantidade da população quanto ao histórico temporal de afastamentos por depressão.....	92
Tabela 8 -	Relação de motivos, de acordo com o histórico hospitalar da população, que contribuem com o quadro depressivo e levam ao afastamento do trabalho.....	93
Tabela 9 -	Distribuição da quantidade da população quanto à variação de diagnósticos baseados no CID.....	96
Tabela 10 -	Medicamentos mais utilizados pela população, de acordo com os prontuários.....	97
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes de acordo com dados sócios demográficos.....	100
Tabela 12 -	Distribuição dos participantes de acordo com histórico profissional.....	101

LISTA DE SIGLAS

AMA: *American Medical Association*

AMB: Associação Médica Brasileira

APA: *American Psychological Association*

CEPSH: Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos/UFSC

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

CNAE: Classificação Nacional de Atividades Econômicas

DMS-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

FUNFARME: Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto

HU: Hospital Universitário

IMST: Inventário da Motivação e Significado do Trabalho

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

JMO: Junta Médica Oficial

LER/DORT: Lesões por Esforços Repetitivos; Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

MS: Ministério da Saúde

MTE: Ministério do Trabalho e Emprego

NHIS: *National Health Interview Survey Disability Supplement*

OMS: Organização Mundial da Saúde

QVT: Qualidade de Vida no Trabalho

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC: Transtornos Mentais e Comportamentais

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	25
1.1 TRABALHO: HISTÓRIA E IMPORTÂNCIA.....	29
1.1.1 Trabalho e serviço público	34
1.2 SENTIDOS E TRABALHO.....	37
1.2.1 Sentidos e significados: evolução dos estudos do construto.....	37
1.2.2 Sentidos do trabalho na concepção de Estelle Morin.....	47
1.3 SAÚDE E TRABALHO	53
1.3.1 Campo da saúde mental no trabalho.....	53
1.3.2 Processo de adoecimento e afastamento do trabalho/emprego....	60
1.3.3 Depressão e depressão no trabalho/emprego: pesquisas e perspectivas de análise.....	68
2 CONSTITUIÇÃO DO MÉTODO.....	79
2.1 ESTRUTURA CONCEITUAL DA PESQUISA	79
2.2 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES	81
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	81
2.4 ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	83
2.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE	83
2.6 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	84
2.7 PROCEDIMENTOS.....	84
2.7.1 Escolha e seleção da organização	84
2.7.2 Contato com a responsável pela Junta Médica Oficial.....	85
2.7.3 Escolha e adesão dos participantes	85
2.7.4 Categorias de análise	86
2.7.5 Elaboração do roteiro de entrevista	86
2.7.6 Contato com os participantes.....	87
2.7.7 Realização e registro das entrevistas.....	88
2.7.8 Elaboração do roteiro para análise dos documentos.....	90
2.7.9 Análise dos documentos	91
2.7.10 Análise e interpretação dos dados coletados.....	92
3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS SENTIDOS	

ATRIBUÍDOS AO TRABALHO PELOS PROFISSIONAIS AFASTADOS EM DECORRÊNCIA DA DEPRESSÃO.....	95
3.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS POR MEIO DA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	95
3.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS POR MEIO DA ENTREVISTA.....	108
3.2.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	109
3.2.2 Caracterização da depressão dos participantes.....	112
3.3 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS AFASTADOS DO TRABALHO/EMPREGO POR DEPRESSÃO.....	130
3.3.1 Componentes dos sentidos	130
3.3.1.1 <i>Significação</i>	130
3.3.1.1.1 Valor do trabalho (importância e centralidade).....	131
3.3.1.1.2 Definição do trabalho.....	135
3.3.1.2 <i>Orientação</i>	138
3.3.1.2.1 Função do trabalho.....	138
3.3.1.3 <i>Coerência</i>	141
3.3.1.3.1 Contribuição social.....	142
3.3.2 Sentidos do trabalho.....	144
3.3.3 Processo de depressão e Sentidos do trabalho.....	148
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
5 REFERÊNCIAS	159
6 APÊNDICES.....	175
APÊNDICE A: Profissionais afastados por depressão no período de julho a dezembro de 2009: dados coletados na análise documental.....	175
APÊNDICE B: Descrição (na íntegra) dos sintomas relacionados no CID-F e identificados nos participantes da pesquisa.....	187
APÊNDICE C: Roteiro de entrevista.....	194
APÊNDICE D: Roteiro para análise de documentos.....	196

APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	197
APÊNDICE F: Solicitação para o acesso aos prontuários.....	199
APÊNDICE G: Glossário de termos técnicos.....	201
ANEXOS	204
ANEXO A: Certificado do CEPESH/UFSC.....	205

APRESENTAÇÃO

“A compreensão das coisas pela inteligência humana parece passar necessariamente por três momentos, ou seja, para se chegar a compreender intencionalmente um objeto, é preciso ir além de uma visão meramente indiferenciada de sua unidade inicial, tal como a temos na experiência comum, uma consciência do todo sem a consciência das partes; é preciso dividir, pela análise, o todo em suas partes constitutivas para que, então, num terceiro momento, se tenha consciência do todo, tendo-se plena consciência das partes que o constituem: é a síntese”.

(SEVERINO, 2008, p.83)

Tal como Severino (2008), a construção do problema para esta investigação surge, em princípio, do desejo de compreender sistemática e cientificamente possibilidades de produção do conhecimento e de atuação do profissional de psicologia nas organizações. Isso parte inicialmente da prática profissional da pesquisadora, em cuja experiência organizacional tem presenciado a administração de prioridades por procedimentos padrão; muitas vezes os gestores estabelecem critérios generalizados, ignoram particularidades dos funcionários, valorizam resultados quantificáveis e desconhecem o processo de construção dos vínculos do profissional com a organização ou de constituição do adoecimento no trabalho. Diante de tal realidade, surgiram questionamentos: como trabalhar vivências complexas, ou seja, diferenças individuais, sociais, econômicas e culturais, apresentadas pelo trabalhador, e oferecer possibilidades de desenvolvimento, como pessoas e profissionais, sendo a organização um espaço restritivo às necessidades individuais?

À medida que o conhecimento passou a ser construído, foram identificadas possibilidades de campos de atuação, e diversos desdobramentos surgiram. Assim, desvendou-se o interesse por assuntos direcionados à saúde do trabalhador, mais especificamente à saúde mental, relacionado ao processo de adoecimento e, por fim, à depressão como parte desse campo de pesquisa. Estudar pessoas com depressão torna-se foco pela demanda de interesse da sociedade e da comunidade científica pelas controvérsias em que as mesmas estão envolvidas, conseqüentemente, pela dificuldade das organizações em lidar com processos de adoecimentos e afastamentos do trabalho e pelos custos gerados à sociedade em decorrência disso.

Surge, então, outro questionamento: quais os sentidos e significados do trabalho para pessoas adoecidas e afastadas desse contexto? O interesse da investigação interliga-se a outro fenômeno, os estudos referentes aos sentidos e significados atribuídos ao trabalho. Tais estudos, por meio da sociologia principalmente, contextualizam a evolução do conceito de trabalho na humanidade, suas transformações e reflexos para a sociedade. Com a psicologia, os estudos sobre sentidos e significados do trabalho priorizam a compreensão da subjetividade diante das transformações do mesmo. No caso desse estudo, o foco dirige-se aos sentidos atribuídos ao trabalho, que oferece formas de análise quanto ao valor, função e sua contribuição social para as pessoas; isso durante o processo de adoecimento manifestado pela depressão, desencadeante da incapacidade de trabalhar e geradora de seu afastamento.

Assim, serão apresentadas, a seguir, a revisão da literatura, que contempla os Sentidos atribuídos ao trabalho, com enfoque primeiramente na história e nas concepções do trabalho; a delimitação entre os conceitos sentidos e significados do trabalho e a escolha pela perspectiva da psicologia existencialista de Estelle Morin, principal referência teórica dessa investigação. Na sequência, serão trazidos estudos do campo da saúde do trabalhador; a evolução dos conceitos de saúde e saúde mental; as interfaces relativas ao processo de adoecimento e afastamento do trabalho e a produção do conhecimento referente ao processo de depressão.

A segunda parte expõe as escolhas metodológicas; os critérios de delimitação da população investigada; e a apresentação sistemática dos instrumentos e procedimentos adotados à construção da pesquisa. Nesse capítulo, também são descritos o histórico e a estrutura organizacional da instituição pesquisada, bem como abordado os procedimentos legais que oficializam e oferecem suporte aos casos de afastamento do trabalho.

Posteriormente, são descritas as características da população investigada e, na sequência, apresentadas a análise e a interpretação das categorias relativas aos sentidos atribuídos ao trabalho por parte dos profissionais afastados em decorrência da depressão, bem como são apresentadas as principais descobertas da pesquisa, nas considerações finais.

1 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Os estudos relacionados à categoria “sentido”¹ desafiam o interesse da Psicologia desde os primeiros experimentos que a caracterizaram como ciência e campo do conhecimento. Ao buscar a compreensão da mente humana, os estudiosos da época (a partir de meados do século XIX²), entre outros debates, discutiam o processo de criação/produção de sentidos, como também a necessidade do homem de dar sentido à vida. Constituída por pressupostos epistemológicos diferenciados, a psicologia científica pode ser identificada por duas grandes vertentes para o desenvolvimento dos estudos dos sentidos. A primeira, vinculada ao estudo das sensações e percepções, ou seja, a interpretação por meio dos órgãos dos sentidos: audição, visão, tato, olfato, gustação, etc. E uma segunda vertente relaciona o sentido da linguagem e da comunicação, como fenômeno subjetivo e repleto de significados (NAMURA, 2004).

Na interface com outras ciências, como a Filosofia, a Sociologia e a Antropologia, os estudos dos sentidos adquirem segmentos diferenciados. Na compreensão da essência humana, o homem vive uma procura contínua pelo sentido da vida que refere-se a algo distintivo desse ser (FRANKL, 2005), ou seja, dar sentido àquilo que se faz corresponde a algo específico do homem, inviável a qualquer outro ser vivo. Numa outra perspectiva, as ações adquirem múltiplos sentidos, tornam-se práticas significativas e dependem das posições e dos modos de participação dos sujeitos nas relações (VYGOTSKI, 1984). Outros pesquisadores tratam o sentido, no cotidiano da vida social, ao entender que o homem se produz nos processos sociais, e o sentido se constitui na consciência humana (BERGER; LUCKMANN, 2004). Em tais pressupostos, o sentido é entendido como uma construção social, um empreendimento coletivo, por meio do qual as pessoas, histórica e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos em seu entorno. “Dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade” (SPINK; MEDRADO, 2004, p.41).

¹ Namura (2004) apresenta sentido entre as aspas, classifica como categoria, com base na nomenclatura utilizada por Vygotski.

² Gustav Fechner (1801-1887); Wilhelm Wundt (1832-1920); Willian James (1841-1910) (DAVIDOFF, 2001).

Historicamente, à medida que o trabalho assume importância central na vida do homem³ (ANTUNES, 2002), em consonância com a expansão do modelo capitalista, o fenômeno passa a ocupar e a exigir progressivamente mais tempo e espaço por parte do trabalhador, porém sob condições muitas vezes inadequadas. Diante de discussões a respeito da existência ou não da centralidade do trabalho na vida do homem, autores (ANTUNES, 2002; BORGES, 1999a), partindo de perspectivas diversas sobre a questão na sociologia e na psicologia, consideram que os sentidos e os significados atribuídos ao trabalho sofrem alterações de acordo com o contexto individual, histórico, social e cultural no qual a pessoa está inserida. De certo modo, essas transformações contribuem para a propagação dos estudos sobre os sentidos relacionados ao contexto laboral e organizacional, pois entender qual o significado social que o trabalho tem e os sentidos pessoais construídos sobre ele ajudam a compreender a centralidade que o mesmo tem na vida, ou seja, por que as pessoas trabalham. Muitas vezes, o trabalho está associado a conotações positivas, como capacidade de transformação, de uso de habilidades, de contribuição social, mas também pode ser identificado como negativo, relativo a sofrimento e tortura (na origem da palavra *tripalium* – objeto de tortura) ou neutro, com características instrumentais de relações entre meios e fins. A categoria sentido, quando associada ao fenômeno trabalho, pode ser entendida como sinônimo do conceito de significados (MOW⁴, 1987) ou como conceitos que se complementam. A concepção do significado está relacionada ao entendimento social do trabalho, isto é, a percepção sobre os seus significados sociais, enquanto o sentido está associado a uma dimensão mais pessoal ou à compreensão que ele assume individualmente (TOLFO; COUTINHO; BAASCH; CUGNIER; ALMEIDA, 2005).

Os reflexos da globalização, como os avanços tecnológicos e as consequências advindas da velocidade da informação, contribuem com a formação de novas configurações sociais do trabalho, por meio da implantação de outras formas de organização, gestão e distribuição da atividade laboral. Nesse contexto, as relações interpessoais e organizacionais se modificam, passa a se exigir mais do trabalhador, tanto em termos de qualificação profissional, de pressão por resultados, quanto de desempenho eficiente e competente. Heloani e Capitão (2003) argumentam que as exigências do

³ A autora reconhece outros autores que questionam a centralidade do trabalho (OFFE, 1989), mas acata aqueles que a mantêm.

⁴ Mow: *Meaning of Work Internacional Research Team*, equipe de pesquisadores do Canadá que, desde 1980, investigam o significado do trabalho (tema mais detalhado posteriormente neste estudo).

mercado de trabalho atual e as condições disponibilizadas (físicas, psicológicas, suporte organizacional), muitas vezes, “rotinizam” e amortecem o sentido da vida, retratando o sofrimento por meio das mais variadas doenças ditas ocupacionais⁵.

No atual período de transição de referências sociais e de comportamentos, são fortalecidos questionamentos a respeito das relações existentes entre trabalho e saúde, e desencadeia-se o crescente interesse, não só da comunidade científica como da sociedade contemporânea. Um dos conceitos utilizados no campo da saúde do trabalhador trata-se do processo saúde-doença⁶, definido pelo Dicionário de Epidemiologia (LAST, 2001) como o “estado de equilíbrio entre os seres humanos e os ambientes físico, biológico e social, compatíveis com suas atividades funcionais”. A busca e a manutenção desse “equilíbrio” podem ser consideradas, até certo ponto, utópicas, já que este é entendido como algo a ser almejado e não propriamente conquistado (DEJOURS, 1993).

Inúmeros são os estudos científicos e levantamentos epidemiológicos realizados mundialmente, os quais expressam inquietação em termos financeiros, gerados pelos custos governamentais com auxílios doença e afastamentos do trabalho. No Brasil, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Saúde⁷ realizaram, em 2008, um cruzamento de dados entre a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e a Classificação Internacional de Doenças (CID), cuja abrangência refere-se ao pagamento de benefícios por incapacidade⁸ temporária, ou seja, correspondente a profissionais afastados do trabalho por motivo de doença. Tal levantamento constata índices crescentes de afastamento da atividade laboral ocasionados

⁵ Doença Ocupacional pode ser conceituada como toda moléstia causada pelo trabalho ou pelas condições do ambiente em que é executado. A Legislação Brasileira define as doenças profissionais ou do trabalho no Decreto 2.172, de 05 de março de 1997.

⁶ Termo de múltiplos empregos, utilizado na linguagem científica e tecnológica e, a partir de 1960, frequentemente usado no vocabulário psicológico. Designa mudanças, transformações, desenvolvimentos e evoluções e, por influência da psicologia cognitiva, remete ao encadeamento de operações internas, de tratamento de informação. Esse uso específico absorve o sentido em inglês do substantivo *process* e o verbo *to process*: tratar, transformando (DORON; PAROT, 2007).

⁷ Disponível em <http://www.mps.gov.br/vejaNoticia>. Acessado em 01/04/2009.

⁸ Incapacidade: “Definição social de limitação, baseada no grau de deficiência. As categorias formais de incapacidade usadas na maioria dos estados americanos para a indenização de trabalhadores que têm lesões ou enfermidades relacionadas ao trabalho, cobertas por um programa de compensação de trabalhadores, são incapacidade total permanente, incapacidade parcial permanente, incapacidade total temporária e incapacidade parcial temporária”. (JEKEL, e cols., 2005, p. 408).

principalmente por LER/DORT e transtornos mentais e comportamentais⁹. Ao tratar especificamente da depressão, como doença ocupacional ou como responsável por índices elevados de afastamento do ambiente laboral, os estudos intensificam-se. Em 2003, a Revista Brasileira de Psiquiatria divulga uma pesquisa que aborda a prevalência¹⁰ anual de depressão na população em geral, a qual verifica uma variação entre 3% e 11% de possibilidade para desenvolver sintomas depressivos em algum momento da vida. Por meio de uma escala de avaliação para comparação da ocorrência de várias doenças, estima-se que a depressão é considerada a quarta causa específica de incapacitação dos anos 90 do século XX. A previsão para o ano de 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (FLECK; LAFER; SOUGEY; DEL PORTO; BRASIL; JURUENA, 2003). Há pesquisas que abordam a manifestação da depressão como decorrente de doenças ocupacionais responsáveis pelo afastamento do trabalho, tais como distúrbios osteomusculares (MARTINS, 2004; 2007; ROCHA, 2007) ou drogadição e alcoolismo (PRIETO; TAVARES, 2005; ESTELLITA-LINS *et al.*, 1006; CHACHAMOVICH *et al.*, 2009). Além desses, existem estudos referentes à depressão como causa de afastamento em diferentes categorias profissionais (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; STOTZ; CEZAR JR., 2007) ou com o propósito de caracterizá-la como doença do trabalho (TEIXEIRA, 2007).

De acordo com dados levantados pelo *National Health Interview Survey Disability Supplement* (NHIS)¹¹, aproximadamente 2.9 milhões de pessoas, nos Estados Unidos, ou 1,7% da população com idade entre 18 e 69 anos, informaram ter depressão grave (ELINSON *et al.*, 2004). Estudos científicos realizados por pesquisadores norte-americanos constataam que os Estados Unidos perdem cerca de 30 a 44 bilhões de dólares em assistência médica, casos de mortalidade e perda de produtividade anualmente, em decorrência da depressão (PIKHART *et al.*, 2004; ELINSON *et al.*, 2004; ADLER *et al.*,

⁹ Transtornos mentais e comportamentais, de acordo com CID-10, versão 2008, compreendem diversas categorias de doença, tais como: de origem orgânica, inclusive sintomática, decorrente do uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia, transtornos de humor (que incluem episódios depressivos), neuróticos relacionados ao estresse, síndromes comportamentais, de personalidade, retardo mental, relacionados ao desenvolvimento psicológico, transtornos emocionais e transtornos não especificados.

¹⁰ Prevalência: número de pessoas que, em uma população definida, tem uma doença ou condição específica em um determinado ponto do tempo, que corresponde, geralmente, ao momento em que um inquérito é realizado. (JEKEL, e cols., 2005).

¹¹ (NHIS) trata-se de uma pesquisa anual, realizada nos Estados Unidos, patrocinada pelo Centro Nacional de Estatística da Saúde (*National Center for Health Statistics*).

2006). Nesses estudos, os autores argumentam que a depressão pode ter um sério impacto no funcionamento cognitivo, social e físico do trabalhador (ELINSON *et al.*, 2004), pois pesquisas realizadas ao longo dos anos de 1990 e início do ano 2000 (BROADHEAD *et al.*, 1990; CONTI, BURTON, 1994; KESSLER, FRANK, 1997; KESSLER *et al.*, 1999; DRUSS *et al.*, 2000; KESSLER *et al.*, 2001) revelam que a depressão está relacionada a prejuízo no trabalho, inabilidade, absenteísmo e redução da produtividade.

Constata-se que, embora exista interesse científico, preocupação das organizações e curiosidade por parte da sociedade, as interfaces entre os fenômenos – Trabalho e Saúde – não são extensamente conhecidas, visto que se trata de construtos amplos e multicausais. Isso justifica a busca por uma compreensão aprofundada quanto às influências desta relação, da importância do trabalho na existência humana e dos sentidos atribuídos a ele. Diante disso, se tem como questionamento norteador desta pesquisa, **quais os sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão?** É possível afirmar que o sentido da vida e, por consequência, o sentido do trabalho podem interferir na condição do processo saúde-doença das pessoas. Pois, assim como afirma Antunes (2005, p.12), “... um desafio crucial é dar sentido ao trabalho, tornando também a vida fora dele dotada de sentido”. Trata-se, então, de identificar aspectos que demonstram as interfaces entre os fenômenos. Compreender a centralidade que o trabalho assume na vida das pessoas, a função e contribuição do trabalhador para o mundo, caracterizar o processo de adoecimento e depressão no contexto laboral e a representação do afastamento do trabalho correspondem a objetivos pretensos desta investigação. Desse modo, na sequência, pretende-se primeiramente apresentar uma breve revisão da literatura sobre o trabalho, sua abrangência e importância social; em seguida, elucidar as vicissitudes dos sentidos e significados atribuídos ao trabalho, sua inter-relação com a saúde e as particularidades referentes ao processo de depressão e afastamento do mesmo.

1.1 TRABALHO: HISTÓRIA E IMPORTÂNCIA

O trabalho está presente na vida do homem ao longo da história da humanidade. A trajetória de ambos – homem e trabalho – confunde-se e interliga-se socialmente. Desde a história antiga e mitológica o fenômeno 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 trata-se de uma tarefa árdua, cujas dificuldades são elencadas por Salanova, Garcia e Peiró (1996) com base em quatro fatores. O primeiro corresponde à natureza complexa e multifacetada do trabalho, já que pode ser referenciado como uma atividade ou uma conduta, uma situação ou um contexto ou, ainda, como um fenômeno com significado psicossocial. O segundo aspecto está relacionado à existência de diferentes perspectivas teóricas e áreas de conhecimento que têm interesse pelo fenômeno trabalho. Como terceiro fator, os autores remetem aos conceitos do trabalho compreendidos de modos diferentes, quando abordados 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 as formas de pensar, compreender e lidar com o tal fenômeno. Bendassoli (2009) propõe a ideia de que o trabalho é central na vida do homem e que esta centralidade consiste em uma construção discursiva, naturalizada, secularizada e inventada pelo homem. Tal centralidade funciona como um tipo de metanarrativa¹² pública que, ao longo dos anos, vem sofrendo alterações constantes. Antunes (2005, p.69) argumenta que:

Se podemos considerar o trabalho como um momento fundante da sociabilidade humana, como ponto de partida do processo de seu processo de humanização, também é verdade que na sociedade capitalista o trabalho se torna assalariado, assumindo a forma de trabalho alienado. Aquilo que era uma finalidade básica do ser social – a busca de sua realização produtiva e reprodutiva no e pelo trabalho – transfigura-se e se transforma. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência e a força de trabalho se torna, como tudo, uma mercadoria especial, cuja finalidade vem a ser a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital.

O fortalecimento do capitalismo contribui com a transformação do sentido, do valor e do significado do trabalho o qual passa a representar um

¹² São pequenas narrativas que explicam o valor e sentidos compartilhados e que servem como base para a construção da identidade (BENDASSOLLI, 2007).

valor de troca ao ser identificado como emprego. Jahoda (1987) delimita as diferenciações entre trabalho e emprego sob o pressuposto da existência de uma forma específica de trabalho econômico que tem como base a remuneração regulamentada por um regime contratual de caráter jurídico. Morin (2002, p.21) argumenta que o emprego trata-se da ocupação de uma pessoa, que corresponde ao conjunto de atividades remuneradas em um sistema organizado economicamente. “A noção de emprego implica quase necessariamente a noção de salário e do consentimento do indivíduo em permitir que outra pessoa dite suas condições de trabalho”. Ao contextualizar e refletir de forma sistemática sobre a abrangência dos conceitos e origens relacionadas ao trabalho/emprego, Blanch Ribas (2003) estabelece características específicas que compõem a atividade laboral como o lugar onde ele se realiza, o horário estabelecido, a remuneração, a aplicação de habilidades, a direção e o controle exercido por outra pessoa, o caráter obrigatório da tarefa, o esforço investido, o proveito de outras pessoas, a motivação econômica, o contexto organizacional, o cansaço gerado pela execução, o nível de prazer experimentado, a qualidade do produto final, o reconhecimento social, a finalidade mercantil da tarefa desenvolvida, a auto-realização pessoal percebida, o sentido do dever moral e social, o cumprimento de um contrato, etc.

Ao discorrer a respeito de atitudes e crenças em relação ao trabalho, Bendassoli (2009) expõe os estudos realizados por Fried, em 1966. O pesquisador preocupou-se em analisar as transformações pelas quais o trabalho passava na época e, assim, distinguiu quatro atitudes gerais em relação ao mesmo: emprego, tarefa, ocupação e carreira. Na concepção de emprego, o trabalho é visto como meio de obtenção de recursos financeiros necessários à sobrevivência. Na qualidade de conjunto de tarefas, o profissional necessita de treinamento e formação específica para desempenhar as atividades. Na concepção de ocupação, o profissional desenvolve um conjunto de responsabilidades e assume uma identidade com relação ao objetivo do seu trabalho. E, por fim, no entendimento do trabalho como carreira profissional, as pessoas identificam nele sua própria realização pessoal, relacionam a sua personalidade, “extraem o significado de sua vida pelo fato de possuírem e de avançarem na maestria de uma carreira que lhes permita organizar suas experiências no campo do trabalho” (BENDASSOLLI, 2009, p.81).

Salanova; Garcia; Peiró (1996) apresentam estudos realizados pelo grupo MOW, nos anos de 1981, 1987 e 1991. Os pesquisadores se apropriaram de 14 concepções do trabalho identificadas na literatura e investigaram quais

destas concepções eram percebidas pelas pessoas como trabalho. Com base nos resultados, classificaram quatro categorias de definição para ele: a) concreta, que destaca os aspectos objetivos e tangíveis da atividade; b) social, que ressalta os aspectos funcionais que o trabalho cumpre socialmente; c) o trabalho entendido como carga; d) o trabalho como dever, ou seja, contextualizado como uma obrigação, algo que deve ser cumprido.

Os interesses pelo fenômeno trabalho convergem em campos distintos do conhecimento, como objeto de pesquisa nas áreas da Saúde, Psicologia, Filosofia, Antropologia, Sociologia, Economia e Direito. Os diferentes conceitos se interligam ou se contrapõem dependendo dos pressupostos teóricos adotados pelos estudiosos. 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). Estudiosos, como Antunes (2002) e Morin (2001, 2007), constataam 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 dentro de um 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) sistematiza esses entendimentos ao afirmar 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.

Diaz (1999) afirma que o trabalho, como atividade e fenômeno sócio-construído, é modificado constantemente ao longo da história no seu significado, valor e conteúdo. Assim, o trabalho assume a função de gerar significados, pois é por meio dele que o homem se transforma e transforma a natureza (CODO, 1986; 1997). Tais aspectos subtendem ao fenômeno um “caráter polifacético”, segundo Blach Ribas (2003, p.24), ou ainda como “objeto pluridimensional e, portanto, interdisciplinar”, conforme Bosi (2000, p.108). Araújo e Sachuk (2007, p.55) complementam que “é pelo trabalho que o homem se faz homem, constrói a sociedade, transforma-se e faz a história”. Os autores, embora sustentem conceitos e premissas diferentes, comungam especialmente nos aspectos que delimitam o trabalho como algo concebido em relação ou na relação do homem com a natureza e com a sociedade, além de seu caráter dinâmico.

Heloani e Capitão (2003, p.103) afirmam que “o capital, por meio do trabalho, organiza e estrutura o mundo”, sua importância e centralidade na vida do homem são crescentes à medida que é dedicado maior tempo ao trabalho e as relações interpessoais são preteridas. Mendes e Cruz (2004) corroboram que o ser humano dedica a maior parte de sua existência ao trabalho, consideram como um dos aspectos mais relevantes da vida pessoal, não somente pela quantidade de tempo a ele consagrado; mas, particularmente, pelo seu significado psicossocial.

Há pesquisadores que reiteram a criação de concepções de trabalho ligadas a interesses econômicos, ideológicos e políticos (ARAÚJO; SACHUK, 2007; BORGES, 1999a). Diante de tal pressuposto, Borges (1999a) investiga artigos da Revista Exame e do Jornal Folha de São Paulo, que abordem assuntos como trabalho, emprego e desemprego, a fim de identificar os valores atribuídos ao trabalho e suas concepções predominantes. De acordo com a literatura dos periódicos, a autora categoriza concepções formais do trabalho, quais sejam: a clássica, a capitalista tradicional, a marxista, a gerencialista, a centralidade expressiva e a centralidade externa.

A concepção clássica origina-se na filosofia. Ao trabalho era atribuída baixa centralidade, pois o principal valor estava pautado no ócio, e as atividades intelectuais e políticas não eram associadas a ele. Já na concepção capitalista tradicional, o trabalho é exaltado e era-lhe conferido alta centralidade. Está relacionada ao regime de trabalho assalariado a persuasão ao empregado para trabalhar, e concebe o trabalho como mercadoria. A concepção marxista parte da crítica à concepção anterior, atribui elevada centralidade ao mesmo na vida das pessoas, refuta a construção e expressividade do homem por meio de seu trabalho. Defende o trabalho produtor, expressivo, criativo e desafiante. Caracteriza a sociedade capitalista como propulsora do trabalho representado como mercadoria, alienante, humilhante, embrutecedor e submisso. A visão gerencialista surge com o objetivo de amenizar as consequências indesejáveis do capitalismo tradicional. Trata-se de uma tentativa de reação às críticas da concepção marxista junto a outros movimentos, como o anarquismo. Tem por influência a corrente keynesiano-fordista, a administração e os estudos referentes à psicologia organizacional. Se comparado às concepções capitalista e marxista, “concebe uma centralidade mais baixa ao trabalho” (BORGES, 1999a, p.84). As duas concepções mais recentes, centralidade expressiva e centralidade externa, retratam o processo de mudança atual da sociedade. A centralidade expressiva tem como “principais valores a expressividade, a riqueza de conteúdo do

trabalho e o avanço tecnológico” (BORGES, 1999a, p.86). Já a centralidade externa descreve o trabalho de forma similar à concepção anterior, porém difere em seus valores, ao defender o trabalho igualitário e horizontal, baseado na alta tecnologia e na redução da sua jornada. Atribui o prazer fora do trabalho e a vida rica em atividades de lazer. Os estudos de Borges (1999a) concluem que as referências à centralidade do trabalho são frequentes nos artigos analisados e, ainda, que há um predomínio da concepção gerencialista dele, tendo também influência das concepções mais atuais, centralidade expressiva e externa.

As concepções atribuídas ao trabalho e construídas socialmente ao longo da história contribuíram para a construção da concepção do desenvolvimento de carreira profissional, fortalecida principalmente a partir da década de 1980. No enfoque do trabalho como carreira, o profissional busca o desenvolvimento de conhecimentos necessários ao seu crescimento profissional, autonomia e auto-realização. Além disso, subentende-se também a ocupação e exigência progressiva de mais tempo e espaço por parte do trabalhador. Muitas vezes as condições de trabalho podem ser estressantes quanto à carga física e psíquica, jornadas extensivas, pressão por bom desempenho e exigência de competência. Esta concepção, do trabalho vinculado a compromisso individual pelo crescimento como profissional, contribui para o estreitamento das inter-relações entre o trabalho e as condições de saúde. Na prática organizacional, observa-se que as condições de saúde do trabalhador são fortemente influenciadas por estilos de gestão, políticas institucionais de reconhecimento e remuneração que refletem diretamente no comportamento, desempenho organizacional, relacionamento com colegas e líderes, além de desencadear preocupação e incômodo por parte dos gestores diante de consequências relacionadas a altos índices de absenteísmo e rotatividade.

1.1.1 Trabalho e serviço público

Dentre as diversas concepções de trabalho estabelecidas ao longo da história da sociedade, é possível afirmar que sua maioria expressiva decorre não somente nas relações sociais, econômicas e políticas, como também dentro das organizações. Nas sociedades contemporâneas, as organizações se baseiam em uma estrutura, mais ou menos complexa, de divisão e especialização do trabalho. As pessoas que atuam nas organizações contribuem para esse intercâmbio constante e têm como propósito atender os objetivos da organização (FARIAS; VAITSMAN, 2002; PIRES; MACÊDO, 2006).

Instituem-se, assim, diferentes estruturas de trabalho e emprego, natureza jurídica e tipos de contratos, entre os quais se pode citar o contrato formal e informal, por período determinado ou efetivo, serviços fornecidos por empresas terceirizadas, atividades desenvolvidas por profissionais autônomos ou, ainda, regimes de contrato privado (celetista) e público (estatutário). Cada qual apresenta vantagens e desvantagens próprias que caracterizam o funcionamento, a organização e o estabelecimento do trabalho.

Ao considerar-se o trabalhador do serviço público especificamente - objeto de estudo desta pesquisa - caracteriza-se a contratação efetiva por meio de concurso público, tornando-o estatutário, regido por um regime jurídico único, que preconiza a disposição de cargos com funções e salários iguais, independente de qualificações e/ou habilidades na atividade que irá desempenhar (SILVEIRA, 2008). De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, nos seus artigos 37 a 41, que trata “Da Administração Pública”, o servidor público civil refere-se à expressão que designa os que exercem cargo, função ou emprego público, não-militar (CAMPOS, 2006). Dias (1998) declara que a organização pública tem por objetivo prestar serviços à sociedade. São considerados sistemas dinâmicos, extremamente complexos, interdependentes e inter-relacionados coerentemente, envolvendo informações, estruturas organizacionais, pessoas e tecnologias. As organizações públicas mantêm características básicas similares a outras organizações, porém acrescidas de especificidades, como: apego a regras, rotinas e poder, supervalorização da hierarquia, paternalismo nas relações, entre outras. Essas diferenças contribuem para a definição de processos internos, na relação com inovações e mudança, na formação dos valores e crenças organizacionais e políticas de recursos humanos. Existe no contexto das organizações públicas uma luta de forças que se manifesta entre o “novo e o velho”, isto é, entre as transformações e inovações das organizações no mundo contemporâneo e uma dinâmica e uma burocracia fixadas (PIRES; MACÊDO, 2006). Assim, o serviço público, tanto na esfera federal, estadual ou municipal, apresenta características peculiares, que se torna objeto de estudo em diferentes áreas do conhecimento científico, como a psicologia, a ergonomia, o direito, a administração, a antropologia, a sociologia, a medicina e a fisiologia (CAMPOS, 2006).

Mesmo diante de um regime de trabalho único, há diferenças quanto à estrutura, à organização, às condições e à remuneração do trabalho entre os servidores públicos (SILVEIRA, 2008), bem como as mais diversas categorias profissionais envolvidas, nas quais atuam desde trabalhadores operacionais -

pertencentes às áreas de limpeza e manutenção da estrutura física -, especialistas - como professores, médicos, enfermeiros e administradores -, até a cúpula dos poderes executivo, legislativo e judiciário - ocupados por políticos e juizes. Flauzino e Borges-Andrade (2008) realizaram um estudo a respeito do comprometimento afetivo de servidores públicos com a missão da organização na qual estavam inseridos. Priorizaram a congruência entre as missões organizacionais (real e percebida) e as diferenças nos níveis de comprometimento entre servidores da saúde, educação e segurança. Os participantes da pesquisa corresponderam a 902 respondentes (a maioria com ensino médio), que desempenhavam funções caracterizadas como atividades-fim e pertenciam à organização há, pelo menos, dois anos. Dentre a população, 371 pertenciam a órgão militar, 266, à instituição educacional e 265, à instituição de saúde. Nos resultados eles verificaram que o comprometimento dos servidores está vinculado à missão organizacional percebida e não, à missão real.

A presente pesquisa foi desenvolvida no contexto de uma universidade pública federal. De acordo com Chauí (2003, p.5), “a universidade é uma instituição social e como tal exprime de maneira determinada a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade como um todo”. Constitui-se, assim, em uma estrutura bastante complexa, que envolve uma diversidade de procedimentos, departamentos, áreas de conhecimento e de atuação. Ela contribui diretamente com a sociedade por meio do ensino, da pesquisa e das atividades de extensão e, por fim, atende alunos e tem o suporte de profissionais. Nas universidades, os profissionais concursados assumem funções de servidores técnico-administrativos e servidores docentes.

No entendimento de Bendassoli (2009), o campo de estudos referentes ao trabalho foi “apropriado” pela psicologia por meio de “vias de acesso”. O autor estabelece cinco vias de apropriação, denominadas como: construtos da psicologia organizacional; teorizações da psicologia “social” do trabalho; perspectivas “clínicas” sobre o trabalho; sentido e significado do trabalho; e via da carreira profissional. A presente pesquisa utiliza-se, como construção principal do conhecimento, a delimitação dos estudos e a descrição de autores de destaque referentes à via dos sentidos e significados do trabalho. Entretanto, considera também aspectos da psicologia organizacional, em especial no que diz respeito ao desempenho profissional; haja vista a interferência da depressão, denominada por estudiosos como doença incapacitante para trabalhar (ELINSON; HOUCK; MARCUS; PINCUS, 2004). De acordo com Blanch (1989; 1990), quanto maior a importância concedida ao trabalho e ao

emprego, mais alto tende a ser o nível de depressão (BENDASSOLLI, 2009). Fundamenta-se na psicologia social, ao entender as concepções de trabalho e sentidos como socialmente construídos. Ainda, na via de apropriação da psicologia social, vale realçar os estudos destinados à identidade e trabalho, sendo esse importante para assegurar um lugar de pertencimento, garantir a interação social e a representação valorizada. Quanto à via da perspectiva clínica do trabalho, destaca-se a psicodinâmica do trabalho, que será abordada na sequência. E, por fim, a via de carreira profissional, a qual não é objeto deste estudo.

A partir dos estudos dos conceitos e concepções do trabalho torna-se possível perceber o interesse crescente por investigações a respeito tanto do sentido e significado que o fenômeno trabalho exerce na vida das pessoas como as interferências no processo saúde-doença, pois é considerado por diversos pesquisadores como central na vida do homem (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007; ANTUNES, 2002) e responsável por sua constituição e subjetividade (CODO, 1997; DEJOURS, 1994). Assim sendo, nesta pesquisa, a ênfase será no estudo do trabalho pela via dos sentidos do trabalho conforme se trata em sequência.

1.2 SENTIDOS E TRABALHO

Sentidos, significados e trabalho consistem em fenômenos distintos, complexos e inter-relacionados. As concepções, tanto conceituais quanto empíricas, a respeito do trabalho transformam-se e são transformadas pela sociedade ao longo da história do homem. Consequentemente, os sentidos atribuídos ao trabalho passam por alterações de acordo com o contexto individual, histórico, social e cultural nos quais o indivíduo está inserido. Do mesmo modo, o sentido, o valor, a função e a contribuição que são atribuídas ao trabalho se configuram de acordo com o contexto vivenciado e com a condição de estar ou não saudável.

Para desenvolver esta temática, serão apresentados a seguir os estudos que se destacam na evolução do construto sentidos e significados atribuídos ao trabalho, bem como as definições de acordo com a abordagem adotada para a análise e interpretação dos dados coletados.

1.2.1 Sentidos e significados: evolução dos estudos do construto

Os estudos relativos aos sentidos e significados do trabalho se ampliam a partir dos anos 70 do século XX. O período entre as décadas de 70 e 80 pode ser sumariamente caracterizado pelo início da intensificação do ritmo de trabalho, representado pelo aumento de exigências por qualificação e alto desempenho dos trabalhadores. O desenvolvimento de pesquisas sobre os fenômenos sentidos e significados no contexto laboral possibilitou a ampliação e o aprofundamento dos estudos quanto à importância do trabalho na vida das pessoas, o entendimento dos pressupostos epistemológicos, a delimitação de divergências e ambivalências dos construtos e a demonstração empírica dos níveis de centralidade do trabalho em contextos culturais e sociais distintos. Em função disso, serão apresentadas as principais e diferentes perspectivas sobre sentidos e significados do trabalho.

Aspectos desenvolvidos	Principais tendências e referências teóricas
Foco de investigação	Na vida cotidiana - LEONTIEV (1978); VYGOTISK (1993); BERGER; LUCKMANN (2004). No trabalho - MOW (1987); BORGES (1998); ANTUNES (2002); MORIN (2002).
Diferenças entre os conceitos	Significados: “conceitos construídos coletivamente em um determinado contexto histórico, econômico e social concreto”. Sentidos: “produção pessoal em função da apreensão individual dos significados coletivos” (TOLFO, et al, 2005).
Evolução do Construto	HACKMAN, OLDFHAM (1975) MOW (1987)
Precursores	
Perspectivas teóricas	Sociologia - ANTUNES (2002; 2004) Psicologia - MORIN (1996, 2001, 2002, 2007)
Diferentes abordagens	Cognitivista MOW (1987) e BORGES (1998) Construcionismo social BERGER, LUCKMANN (2004) Sócio-histórica LEONTIEV (1978) e VYGOTISK (1993) Estudos culturais GUARESCHI (2003)
Sentidos do Trabalho	MORIN (1996, 2001, 2002, 2007) FRANKL (1963); YALOM (1980) No Brasil: OLIVEIRA; PICCININI; FONTOURA; SCHWEIG (2004); BETIOL (2006); MORIN; TONELLI; PLIOPAS (2007).

Quadro 1 - Estrutura da revisão de literatura referente aos estudos sobre Sentidos e Significados

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Considerados como precursores dos estudos na área, Hackman e Oldham (1975) identificaram três características que podem dar sentido ao trabalho: a variedade de tarefas (a exigência de uma variedade de habilidades para desenvolver tais tarefas), a identificação com o processo do trabalho (o trabalho possibilitar um resultado tangível e reconhecível) e o significado do trabalho (o impacto substancial que ele gera para si e para os outros). Os autores acrescentam ainda duas outras características para que o trabalho seja estimulante: a autonomia (a liberdade de atuação, organização de horários e escolha para realizá-lo) e o *feedback* sobre seu desempenho (MORIN; FOREST, 2007). Para eles, um trabalho que tem sentido é importante, útil e legítimo à pessoa que o realiza. Emery (1964, 1976) e Trist (1978) acreditam que, para o mesmo ter sentido, necessita apresentar seis características: possuir variedades e ser desafiador, proporcionar aprendizagem contínua, permitir autonomia e decisão, ser reconhecido, possibilitar contribuição à sociedade e ser útil como defesa contra a angústia (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007). Importante perceber que tais modelos foram desenvolvidos na década de 1960 e, desde então, o trabalho tem sofrido mudanças constantes e substanciais, o que remete a questionamentos sobre o contexto atual (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007a).

Numa perspectiva sócio-histórica, na qual o sentido e significado são atribuídos ao cotidiano, autores partem da necessidade de diferenciar atividade e ação. Para Leontiev (1978), a atividade humana consiste em um conjunto de ações. Desse modo, o significado das ações dos indivíduos que participam da atividade é apropriado por eles. Nessas ações, o sentido correspondente ao seu significado. Assim, ao longo da experiência social, o homem acumula formas de realizar as atividades, entender a realidade em que vive, expressar-se e sentir-se, e o significado é o reflexo dessa realidade. Diante de tal concepção, o indivíduo se constrói ao apropriar-se dos resultados da história social em que está inserido (BASSO, 1998).

Para Vygotski (1993), o processo de significação possui dupla referência semântica, o significado e o sentido. O significado como próprio do signo e pertencente à consciência e o sentido como produto e resultado do significado (MOLON, 1999). Os significados são produções históricas e sociais, permeiam a comunicação e a socialização das experiências do homem, além disso, referem-se aos conteúdos instituídos, fixos, compartilhados, que são apropriados pelo homem.

O sentido é muito mais amplo que o significado, pois o primeiro constitui a articulação dos eventos psicológicos

que o sujeito produz perante a realidade. [...] O sentido refere-se a necessidades que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída (AGUIAR, 2006, p.12-13).

Desse modo, o sentido expressa com mais precisão a subjetividade do sujeito, a unidade de todos os processos cognitivos, afetivos e biológicos. Para compreender o que singulariza o sujeito, torna-se importante analisar o processo de constituição da palavra com significado e, ao apreender o significado da palavra, têm-se as condições de, em um esforço analítico e interpretativo, aproximar-se das “zonas” de sentidos (AGUIAR, 2006).

O sentido de uma palavra modifica-se tanto dependendo das situações e das pessoas que o atribuem que é considerado quase ilimitado. Desta maneira, as palavras e os sentidos apresentam um grau elevado de independência entre si, fato que não ocorre entre palavra e significado (MOLON, 1999, p.9).

O grupo MOW (1987), em uma perspectiva cognitivista, destaca-se como precursor na ampla investigação de estudos referentes à definição e identificação de variáveis que explicitem os significados que as pessoas, em diferentes países, atribuem ao seu trabalho. O construto desenvolvido pelo grupo, de acordo com Bendassolli (2009), possui três dimensões. A primeira corresponde às “**variáveis condicionais**” do significado do trabalho, tais como: situação pessoal e familiar; trabalho atual e história do indivíduo no trabalho; e ambiente macrossocioeconômico. A segunda, denominada “**variáveis centrais**”, foi a mais amplamente divulgada pela literatura e é composta de duas subcategorias: A) Centralidade do trabalho, que é definida como a importância do trabalho na vida da pessoa. Nos resultados obtidos na pesquisa do MOW, o trabalho ocupa o segundo lugar em termos de importância, a família em primeiro e o lazer em terceiro. E, B) Normas sociais sobre o trabalho, composta pelos elementos: orientação normativa do trabalho como obrigação e como direito, resultados valorizados do trabalho (elementos cognitivos que agem como guias ou ideais), importância dos objetivos de trabalho (que significa uma forma de atualização dos valores, classificados como extrínsecos ou intrínsecos) e identificação com o trabalho como um papel, que condiciona os padrões dos significados do trabalho, identificados

como quatro: instrumental, centralidade expressiva, orientação do trabalho como direito e como baixa orientação em relação ao direito. E por último, a terceira variável, relacionada às “**consequências**”, composta de dois elementos, expectativas subjetivas sobre as condições futuras de trabalho e resultados objetivos do trabalho.

Os estudos realizados pelo Grupo MOW, dado a sua abrangência e repercussão científica, foram responsáveis pela delimitação do construto significado do trabalho como multifacetado. Além disso, contribuíram para a inclusão das variáveis atributos de valor e aspectos sócio-normativos e a elaboração de questionários padronizados e testados em vários países (BORGES, 1999). Possuem, assim, quatro grandes categorias que referenciam seus estudos a respeito de significado do trabalho: centralidade do trabalho, atitudes e crenças em relação ao trabalho, resultados valorizados do trabalho e valores do trabalho. O grupo constata que o significado do trabalho pode assumir tanto uma condição de neutralidade como de centralidade na identidade individual e social. De acordo com Bendassolli (2009) os construtos adquirem maior notoriedade por meio das pesquisas realizadas pelo grupo MOW no final da década de 1980. Os pesquisadores afiliados ao Grupo MOW reuniram uma amostra de 8.749 participantes em oito países: Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Israel, Japão, Holanda, Estados Unidos e ex-Iugoslávia. São considerados pelo autor, como referência-chave na busca pela apropriação do construto, um verdadeiro “divisor de águas dos estudos psicológicos sobre significado do trabalho.” (BENDASSOLLI, 2009, p.97), o qual anterior a eles havia uma diversidade de trabalhos teóricos e empíricos com base principalmente na sociologia e antropologia.

Anos após a divulgação dos resultados do MOW, os pesquisadores England e Whiteley (1990), que também fazem parte da equipe, identificaram seis padrões de definições do trabalho. Estes padrões foram classificados de A a F e incluem os seguintes aspectos: Padrão A – o trabalho acrescenta valor a alguma coisa; Padrão B – o trabalho é central na vida das pessoas, pois há um sentimento de vinculação e contribui para sociedade; Padrão C – o trabalho é uma atividade que beneficia o outro; Padrão D – o trabalho não é agradável; Padrão E – o trabalho é exigente física e mentalmente; e Padrão F – o trabalho é uma atividade regular remunerada. Diversos outros autores se basearam nos padrões identificados pelo MOW (TOLFO; PICCININI, 2007; MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007). Constata-se que em todos os padrões o salário corresponde a um elemento importante na definição, o que remete aos pesquisadores a ideia de que a maioria das pessoas identifica poucas diferenças

entre trabalho e emprego (MORIN, 2002). Os padrões A, B e C associam-se à concepção positiva do trabalho, ao demonstrar sua importância para a vida pessoal e social. Os padrões D e E representam um aspecto negativo do trabalho e o padrão F, uma conotação neutra. Oliveira (2004) elucida que os padrões identificados pelo Grupo MOW estão relacionados a concepções históricas do trabalho, à medida que representam momentos específicos que ainda hoje coexistem e complementam-se.

Para Borges (1998) o significado do trabalho trata-se de um construto eminentemente cognitivo, que se consolida como linha de pesquisa a partir da última década do século XX, quando a abordagem cognitiva assume uma posição de destaque na psicologia social contemporânea. Em outro estudo, a autora complementa as conceituações do construto significado do trabalho ao acrescentar a perspectiva de cognição subjetiva, sócio-histórica e dinâmica, articulado por diversas facetas. Subjetiva à medida que apresenta uma variável individual, que contempla a história pessoal e a forma como cada um interpreta e dá sentido ao seu trabalho. Social, pois reflete as condições históricas da sociedade e apresenta aspectos compartilhados. E dinâmica na condição de construto em permanente construção social e individual, por meio do processo de socialização (BORGES, 2003).

Com base nas pesquisas realizadas pelo grupo MOW (1987), Borges (1998), ao investigar o significado do trabalho, amplia as variáveis que fazem parte do construto e efetua a distinção entre atributos valorativos (como o trabalho deve ser) e descritivos do trabalho (como o trabalho é concretamente). Como atributos valorativos, inclui: exigências sociais; justiça no trabalho; esforço corporal e desumanização; realização pessoal; sobrevivência pessoal e familiar. E, como atributos descritivos, identifica: êxito e realização pessoal; justiça no trabalho; sobrevivência pessoal e familiar, independência econômica e carga mental (TOLFO; PICCININI, 2007). Além desses, atribui à centralidade do trabalho, categoria já utilizada por MOW, uma hierarquização das esferas da vida (família, trabalho, religião, lazer) e a hierarquia de atributos, a qual entende como a organização hierárquica das características atribuídas ao trabalho pelos indivíduos (BORGES, 2003).

Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) realizaram uma pesquisa com objetivo de identificar os significados do trabalho para profissionais da saúde, mais especificamente quanto a aspectos relacionados à centralidade do trabalho e às variações quanto aos fatores valorativos e descritivos do trabalho. Como instrumentos de pesquisa, foram aplicados questionários baseados principalmente no IMST (Inventário da Motivação e Significado do Trabalho)

elaborado por Borges e Alves Filho (2003). Os participantes foram médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e auxiliares de enfermagem de diferentes instituições de saúde, o que demonstra a diversidade de categorias profissionais e ambientes laborais variados. Entre os resultados apresentados, constatam-se diferenças bastante acentuadas entre os profissionais de saúde, de modo que foram identificados oito padrões para configurar os significados do trabalho. Dentre essas oito facetas, cinco relacionam-se à centralidade do trabalho na vida desses profissionais, ou seja, o trabalho ocupa o primeiro ou segundo lugar em importância e, quando isso não ocorre, perde somente para o contexto familiar, resultados esses que se aproximam pelos encontrados pelo grupo MOW (1987).

Outro estudo, desenvolvido no Brasil por D'Acri (2003, p.14) se propôs a compreender o significado do trabalho diante das condições sociais e de saúde de trabalhadores - de uma indústria têxtil de amianto do RJ - que foram demitidos ou se aposentaram em decorrência de adoecimento pela exposição da matéria-prima. Atualmente, a fibra de amianto foi banida em diversos países em decorrência de seus efeitos nocivos. O levantamento inicialmente partiu de um relatório epidemiológico e social elaborado em 1999, que abordava as condições de trabalho desses trabalhadores. Foram entrevistados 41 trabalhadores, cuja maioria foi demitida. O tempo de permanência na indústria era de 15 anos, período em que os sintomas da doença se manifestavam, tais como: cansaço, dificuldades respiratórias e redução da produtividade. A primeira motivação para trabalhar era a necessidade econômica de sobrevivência, porém a maioria deles declara gostar do que faz. O estudo demonstra que mesmo diante de condições adversas de trabalho, a maioria dos trabalhadores “vê sentido no seu trabalho, com o sentimento de construção e realização do seu atuar no mundo”. (D'ACRI, 2003, p.14a). Diante de tal perspectiva, a pesquisadora levanta uma indagação: como é possível frente a um “quadro tão negativo, existirem um sentido, um significado e uma valorização do trabalho” (D'ACRI, 2003, p.14a). Os resultados revelam o aspecto estruturante do trabalho para essas pessoas e a característica contraditória da atividade laborativa. O estudo mostra que, mesmo o desenvolvimento da atividade tendo sido realizado em más condições físicas, considerado gerador de sofrimento e doença, esta ocasionada devido ao contato com a fibra de amianto, apresenta um sentido do trabalho positivo. A atividade desenvolvida por esses trabalhadores pode ser socialmente considerada degradante; porém, individualmente, é a ela atribuído importância.

No contexto brasileiro contemporâneo, Antunes (2002) estuda a relação entre sentido e trabalho na sociedade atual. Numa perspectiva sociológica, baseada no marxismo, o autor argumenta que o trabalho permanece central na vida do homem e na sociedade contemporânea mesmo que o mundo do trabalho tenha se tornado ainda mais complexo, heterogêneo e fragmentado. Declara:

... uma vida cheia de sentido em todas as esferas do ser social, somente poderá efetivar-se pela demolição das barreiras existentes entre tempo de trabalho e tempo de não-trabalho, de modo que, a partir de uma atividade vital cheia de sentido, de um trabalho auto-determinado, voltado a criação de bens socialmente úteis, para além da divisão hierárquica que subordina o trabalho ao capital hoje vigente e, portanto, sob bases inteiramente novas, possa se desenvolver uma nova sociabilidade, fundada no tempo disponível, no qual a ética, arte, filosofia, tempo verdadeiramente livre e ócio, em conformidade com as aspirações mais autênticas suscitadas no interior da vida cotidiana, possibilitem a gestação de formas inteiramente novas de sociabilidade, em que a liberdade e necessidade se realizem mutuamente, com uma nova modalidade de trabalho e vida (ANTUNES, 2005, p.99).

Como representantes da abordagem construcionista social, os sociólogos Berger e Luckmann (2004, p.73) argumentam que a sociedade contemporânea vive uma crise de sentidos, ocasionada, entre outros fatores, principalmente pelo denominado pluralismo moderno, que “tende a desestabilizar as auto-evidências das ordens de sentido e de valor que orientam as ações e sustentam a identidade”. O sentido é considerado uma forma complexa de consciência, ou seja, a consciência de que existe uma relação entre as experiências. Ele é constituído nos acervos sociais do conhecimento. Assim, o sentido do agir e da vida é imposto como regra de conduta de vida.

Quando numa sociedade ocorrem frequentes crises subjetivas e intersubjetivas de sentido, de modo a se tornarem um problema social em geral, não devemos procurar as causas no sujeito em si nem na suposta intersubjetividade da vida humana. O mais provável é que as causas estejam na própria estrutura social (BERGER; LUCKMANN, 2004, p.31).

Para os autores, a modernização humana modificou as bases da existência por meio da multiplicidade de possibilidades, tanto no campo material (expresso pelo consumismo e diversidade de opções de compra), como também no campo social e intelectual (manifestado pela exigência de escolha, de profissão, casamento, religião, estilo de vida, etc.). “Interpretações firmes da realidade tornam-se hipóteses. Convicções tornam-se questões de gosto. Preceitos tornam-se sugestões. Estas mudanças na consciência criam a impressão de certa superficialidade” (BERGER; LUCKMANN, 2004, p.60).

Sob a mesma perspectiva construcionista, porém com referência à Psicologia Social, Spink e Medrado (2004) concebem a produção de sentidos como uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. Trabalhar a produção de sentidos significa entender a construção social dos conceitos que o indivíduo utiliza no cotidiano, de dar sentido dos discursos ao mundo. Os discursos são entendidos como práticas expressas, e a linguagem é vista a partir de regularidades, sem desconsiderar a diversidade de interesses. A existência de prescrições e regras linguísticas orientam as práticas cotidianas das pessoas e tendem a manter e reproduzir discursos, que são expressão das vivências e essenciais à vida em sociedade.

Autores na perspectiva dos estudos culturais utilizam-se de diferentes saberes para produzir conhecimento sobre cultura, vão desde o marxismo, o feminismo e a psicanálise até o pós-estruturalismo e o pós-modernismo (JOHNSON, 2000). Nessa perspectiva, há dois pontos de vista predominantes: um político - na tentativa de constituição de um projeto político -, e outro teórico - na busca da construção de um novo campo de estudos. A cultura é concebida como campo de luta em torno da significação social, ou seja, a cultura corresponde aos processos que dão sentido ao modo de vida das pessoas, e a linguagem é o principal mecanismo de produção e reprodução desses significados. Guareschi *et al.* (2003) afirmam que a linguagem não é apenas uma forma de relatar ou transmitir os significados, mas também de constituir-los. “Toda a ação social é cultural, todas as práticas sociais comunicam um significado e, neste sentido, são práticas de significação. Os sistemas ou códigos de significado dão sentido às nossas ações...” (GUARESCHI *et al.*, 2003, p.41). A linguagem amplia a vida social como um todo, reproduz a realidade e produz a identidade do sujeito.

Em uma perspectiva “emergente”, conforme intitula Bendassolli (2009), os estudos de Morin¹³ (1996a, 2001a, 2002, 2007) corroboram o campo de

¹³ O trabalho de Morin será abordado na sequência com uma seção específica.

pesquisas sobre sentidos e significados do trabalho, cuja base parte dos estudos do MOW, numa premissa que foca as concepções do trabalho e propõe um modelo com pressupostos existencialistas. A autora interessa-se em identificar as condições necessárias para um trabalho com sentido. Suas pesquisas evidenciam que o trabalho ocupa um lugar importante na sociedade. Entre algumas constatações, identifica, em seus estudos empíricos, algumas razões pelas quais trabalhar: a possibilidade de relacionar-se com outras pessoas, estar vinculado, ter ocupação, evitar o tédio e ter um objetivo de vida. Identifica, ainda, cinco motivos para o trabalho: realização e atualização do potencial; segurança e autonomia; relacionar-se com os outros e vincular-se a grupos; contribuir com a sociedade; ter um sentido para a vida; e manter-se ocupado.

É possível perceber que entre os estudiosos do fenômeno na psicologia não há um consenso a respeito da utilização dos termos sentido ou significado do trabalho, sendo que os conceitos são comumente tratados como sinônimos (MOW, 1987; BORGES, 1997), ou seja, não há diferenciação entre eles, pois tratam ambos como elementos complementares que correspondem ao mesmo construto. Outros pesquisadores (MORIN, 1996a, 2001a; 2007; OLIVEIRA, PICCININI, FONTOURA, SCHWEIG, 2004; BASSO, 1998) entendem se tratar de construtos diferentes e, desse modo, adotam somente um dos termos. Leontiev (1978) fundamenta que nas sociedades primitivas as ações de sentido e significado se confundiam, pois não havia divisão social entre o trabalho e as relações de exploração. É a partir do capitalismo que se instala tal divisão e, conseqüentemente, “há ruptura da integração entre o significado e o sentido da ação. O sentido pessoal da ação não corresponde mais ao seu significado. Assim, sob relações sociais de dominação, o significado e o sentido das ações podem separar-se, tornando-as alienadas” (BASSO, 1998, p. 26). Para Tolfo *et al.* (2005), as diferenças podem ser explicadas pelo fato de que pesquisadores da área partem de bases epistemológicas diversas e, por isso, adotam diferentes métodos, o que torna a análise dos construtos como multifacetados e complexos.

As diferenças e lacunas encontradas nas definições dos fenômenos sentidos e significados, identificados como sinônimos ou construtos diferentes, parecem dificultar sua evolução enquanto campo de pesquisa, sendo necessária uma distinção entre os conceitos. Os fenômenos sentidos e significados do trabalho pressupõem um “construto psicológico multidisciplinar e dinâmico”, resultante da interação entre variáveis pessoais e sociais relacionadas ao trabalho (TOLFO; PICCININI, 2007, p.45). Na busca por diferenciação entre os construtos, os significados do trabalho referem-se a conceitos construídos

coletivamente em um determinado contexto histórico, econômico e social concreto. Já os sentidos são concebidos como uma produção pessoal em função da apreensão individual dos significados coletivos, a partir de experiências concretas (TOLFO *et al.*, 2005). Morin, embora utilize o termo sentidos do trabalho, faz uso das variáveis desenvolvidas pelo Grupo MOW, que investiga significados do trabalho. Mesmo que os autores utilizem termos diferentes, adotam em muitos casos as mesmas variáveis de estudo. Na presente pesquisa utilizou-se a terminologia sentidos atribuídos ao trabalho, por identificar a necessidade de delimitar a compreensão individual de cada participante da pesquisa, porém foram também utilizadas as variáveis delimitadas pelo Grupo MOW e desenvolvidas por Morin. A seguir será abordada tal escolha.

1.2.2 Sentido do trabalho na concepção de Estelle Morin

Investigar o fenômeno “sentidos atribuídos ao trabalho” necessariamente remete, entre outros estudiosos (ANTUNES, 2002; BERGER; LUCKMANN, 2004; SPINK; MEDRADO, 2004), à visão de Morin (1996a, p. 269-70), quando, apoiada na tradição da filosofia existencialista, afirma que “o sentido é um efeito, um produto da atividade humana (...) é uma estrutura afetiva formada por três componentes: a significação, a orientação e a coerência”. A autora afirma ainda que “interessar-se pelos sentidos de um objeto é interrogar-se: sobre a maneira pela qual o sujeito concebe este objeto, revelando seus valores subjacentes; sobre sua orientação em face desse objeto, e sobre o grau de coerência que este objeto possui em relação com sua experiência fenomenológica”.

Como abordagem teórico-metodológica, a pesquisa dos sentidos do trabalho para Morin (1996a) está vinculada à concepção existencialista de Frankl (1963) e Yalom (1980). Autores como Morin (1996a) entendem que os pensadores do existencialismo moderno se preocupam com as experiências concretas da existência humana ao discutir a questão do sentido nas organizações (MORIN, TONELLI, PLIOPAS, 2007, p. 48).

A autora se baseia em Frankl (2005, p.11-13), que intitula sua abordagem como “logoterapia”, classificada dentro das categorias de psiquiatria existencial ou da psicologia humanista. A tradução literal de logoterapia é “terapia através do sentido” ou, ainda, “cura através do significado”. Para o autor, “o homem se revela como um ser em busca de um sentido”. Argumenta ainda que, na sociedade atual, o homem dispõe de muitos recursos para viver, mas não de um sentido pelo qual viver. O sentido da vida é

importante para o desenvolvimento das atividades do indivíduo, sendo que o seu inverso mobiliza sofrimento ao emanar frustração ou vazio existencial. A sintomatologia do vazio existencial pode ser chamada de tríade da neurose de massa, composta pela depressão, agressão e toxicod dependência (FRANKL, 2005).

Morin (2001a) também tem como referência a psicodinâmica do trabalho, representada principalmente por Dejours (1992). A abordagem é voltada ao fenômeno trabalho e oferece base para os estudos a respeito do sentido do trabalho, pois entre outros questionamentos, direciona suas investigações frente à relação do homem com o trabalho, seus benefícios e malefícios. Dejours (1992, p.40), ao abordar a realidade vivida pelo trabalhador operário, declara que “a divisão do trabalho conduz [...] a um *non-sens*, ou seja, a maioria dos trabalhadores ignora o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa. A falta de sentido da tarefa individual e o desconhecimento do sentido da tarefa coletiva só tomam a sua verdadeira dimensão psicológica na divisão e na separação dos homens”.

Baseado em tais concepções teóricas, Morin (1996a) e Morin e Forest (2007) entendem a palavra “sentido” sob duas raízes etimológicas: do latim *sensus* - que significa o direito de impressão, isto é, a capacidade de saber ou de julgar; também se refere à ideia ou imagem que representa um sinal, um experimento -; e da origem germânica, *sumo* - que significa direção, a orientação que qualquer coisa tem. Na psicologia, o sentido é essencial à experiência de coerência, coesão, equilíbrio ou plenitude. O sentido é também associado à razão de ser e de viver (Frankl, 1963). Diante desse pressuposto, define o sentido do trabalho sob três componentes. O primeiro componente dos sentidos atribuídos ao trabalho pode ser definido como a **significação** do trabalho para a pessoa, sua representação, o valor que lhe é atribuído e o nível de centralidade que ocupa na vida. Essa forma de conceber o sentido do trabalho contribui para estabelecer parâmetros de definição do trabalho, tal qual a investigação realizada pelo grupo MOW (1987), o qual constatou que diversas variáveis podem influenciar a definição que as pessoas dão ao trabalho, tais como: situação familiar, ambiente socioeconômico e normas sociais. Essas variáveis interagem entre si e levam o indivíduo a apresentar um sentido pessoal e à definição do que o trabalho é para ele.

O segundo componente é definido como a **orientação** para o trabalho, ou seja, os projetos que norteiam as ações. Como referência a essa definição, Morin e Forest (2007) exemplificam as pesquisas realizadas por Super e Sverko (1995) e Wrzesniewski *et al.*, (1997) em que demonstraram que a

maioria dos trabalhadores vê os seus trabalhos de três formas: como emprego (um meio de ganhar a vida, uma necessidade), como carreira (investimento pessoal e um meio de crescimento na hierarquia e na profissão) e como vocação (é algo necessário, socialmente desejável e envolve atividades agradáveis). As diferentes formas de ver o trabalho geram diferentes consequências para a vida cotidiana dos trabalhadores. Em outro estudo, Morin (2002) considera ainda a base dessa categoria identificada nos estudos do MOW, cuja orientação é relacionada à função que o trabalho tem para a pessoa. De acordo com resultados dos estudos do MOW, foram identificadas duas funções do trabalho: uma função expressiva - que remete à atividade a qual proporciona satisfação, prestígio social, aceitação moral e experiências satisfatórias de relacionamento - e a função utilitária - que corresponde ao caráter econômico, de ganhar dinheiro, e a atividade programada e rotineira, como ocupação.

E o terceiro componente é o efeito de **coerência** entre a pessoa e o seu trabalho, o grau de harmonia e equilíbrio existente na sua relação com o mesmo. Morin e Forest (2007) formulam o conceito de coerência a partir da psicologia existencialista que está relacionada com lógica ou congruência. Os autores referem que as idéias sobre qualquer coisa tendem a ser organizadas em sistemas equilibrados, e qualquer instabilidade entre as atividades (intelectuais, emocionais, comportamentais) possibilita a busca pelo restabelecimento do equilíbrio. Quando uma pessoa escolhe uma atividade (ou trabalho) com um elevado potencial para a expressão pessoal, é mais suscetível a experimentar uma sensação de alinhamento ou adequação, o sentimento de estar cheio de energia e realizado como pessoa. Está relacionada ao engajamento ou comprometimento do indivíduo, que remete a ideia de transcendência e parte das bases existencialista e fenomenológica referenciadas, principalmente, na literatura de Frankl e Yalon. A coerência está vinculada ao engajamento ou responsabilidade da pessoa como ser humano, significa aquilo que move sua existência, que marca sua passagem na terra.

As pesquisas de Morin (2002) iniciaram na década de 1990, primeiramente com duas amostras: uma de estudantes de administração e outra de administradores, franceses e canadenses, inscritos na HEC Montreal¹⁴, que compõem uma amostra de 542 estudantes e 75 administradores. Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: questionários e roteiro de entrevista semi-estruturada composta de nove perguntas. O primeiro instrumento,

¹⁴ Universidade a qual Morin atua como professora, pesquisadora e que financia os estudos sobre os sentidos atribuídos ao trabalho, desenvolvidos por ela.

desenvolvido e elaborado pelo grupo MOW (1987) e adotado por Morin (2002), investiga a concepção que os participantes têm a respeito do trabalho e inclui cinco partes: opiniões e valores sobre o trabalho; opiniões sobre a vida em geral; informações pessoais; expectativas com relação ao trabalho e descrição do trabalho atual. E o segundo tem o intuito de explicitar os múltiplos sentidos que os indivíduos atribuem ao trabalho (MORIN, 2002). A pesquisa identifica seis características que possibilitam um trabalho que tem sentido. São elas: o trabalho é eficiente e produz um resultado útil, há prazer na realização da tarefa, permite autonomia, é fonte de relações humanas satisfatórias, mantém as pessoas ocupadas e é moralmente aceitável. A autora constata, ainda, que a maioria das pessoas, mesmo diante de condições confortáveis de vida, que desobrigassem a necessidade do trabalho, continuaria em atividade; pois, além de fonte de sustento, é também meio de relacionamento, integração social, ocupação e objetivo de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

Os estudos sobre o sentido do trabalho são analisados e agrupados por Morin (2002) em três dimensões: individual, organizacional e social. Dimensão individual corresponde ao sentido que o trabalho assumiu para a própria pessoa, inclui aspectos ligados à satisfação pessoal, independência e sobrevivência, crescimento e aprendizagem, e identidade. Na dimensão organizacional, o sentido é encontrado na relação da pessoa com a organização, em que configura indicadores como senso de utilidade, relacionamento interpessoal e possibilidade de inserção social. E a dimensão social é o sentido encontrado na relação da pessoa com a sociedade e envolve sentimentos de contribuir com a sociedade, ser ético e moralmente aceitável. Morin (2001a), Oliveira *et al.* (2004), Betiol (2006), Morin, Tonelli e Pliopas (2007) aprimoram e utilizam tais dimensões em outros estudos.

No Brasil, Oliveira *et al.* (2004) em 2003, realizaram uma pesquisa que teve por objetivo identificar o conceito de trabalho e o sentido atribuído a ele, desenvolvida junto a 28 profissionais-estudantes de um curso de pós-graduação, formados em administração ou psicologia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas. Os pesquisadores, baseados em Morin (2002), utilizam as três dimensões de análise (individual, organizacional e social) e adaptam novas categorias. Para a dimensão individual, consideram as variáveis: coerência, alienação, valorização, prazer, desenvolvimento e sobrevivência, e independência. Os autores relatam que, quando o trabalho entra em conflito com valores pessoais, tende a ser fonte de sofrimento e, desse modo, deixa de ter sentido. Na

dimensão organizacional, os pesquisadores incluem utilidade, organização do trabalho e relações interpessoais. Nessa dimensão, destaca-se que o trabalho que tem sentido permite autonomia ao trabalhador. Já quanto à dimensão social, referem-se à variável utilidade, que remete a uma dimensão mais ampla, a qual é demonstrada pela necessidade de que o trabalho contribua para o desenvolvimento não só da organização na qual o indivíduo atua, mas da sociedade como um todo. Entre os resultados da pesquisa, destaca-se a centralidade do trabalho na vida dos participantes, tanto em termos de realização no desenvolvimento profissional como no retorno material. O trabalho é visto como uma forma de identificação e de formação social do indivíduo. O estudo constata que um trabalho com sentido envolve a busca pela realização de um trabalho que seja útil para a organização e para a sociedade, que permita desenvolvimento, valorização e reconhecimento e, conseqüentemente, proporcione auto-realização.

O instrumento desenvolvido por Morin (2002) foi também utilizado por Betiol (2006), ao realizar uma análise exploratória sobre os sentidos do trabalho com profissionais, que atuam no setor público de serviços em uma empresa localizada na região metropolitana de São Paulo/Brasil e outra, situada em Paris/França, durante o ano de 2005. A pesquisa teve como objetivo realizar uma sondagem de opinião a respeito da percepção do trabalho e os seus significados. Teve como questões centrais “o que é o trabalho” e “o que você pensa sobre o seu trabalho atual”. Foram aplicados questionários compostos de 36 questões, respondidos por 150 trabalhadores brasileiros e 150 franceses. Entre os resultados apresentados, pode-se verificar similaridades nas respostas de ambos os países, sendo que o trabalho, para as duas amostras, além de ser considerado obrigação e constrangimento, é também o principal meio de sobrevivência.

Morin, Tonelli e Pliopas (2007) realizaram um estudo similar com 15 jovens executivos, estudantes do curso de especialização em administração, por meio de entrevistas semi-estruturadas. Tal estudo utilizou as categorias de análise que considera as dimensões individual, organizacional e social. Entre os resultados, constatam-se as semelhanças entre a pesquisa realizada e as investigações internacionais ocorridas anteriormente sobre sentido do trabalho. O ponto de relevância que instiga aprofundamento trata da questão do trabalho como sobrevivência, mesmo considerando que a população pesquisada dispõe de qualificação profissional. No Brasil, pesquisas realizadas sobre o sentido do trabalho (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007) averiguam que o fenômeno permanece essencial na vida das pessoas. A variedade das tarefas, autonomia,

reconhecimento, aprendizagem, além da garantia de sobrevivência e segurança, são condições importantes para que o trabalho tenha sentido. Em suas pesquisas, Morin, Tonelli e Pliopas (2007) relacionam as características do “trabalho que tem sentido” à satisfação, à realização e ao prazer, e do “trabalho que não tem sentido”, definido como enfadonho, ocioso, inútil, o qual não oferece crescimento ou possibilita explorar o potencial de quem o executa. Sugere, assim, que um trabalho com sentido é aquele ligado a aspectos positivos de sua realização e em seu contraponto, já o sem sentido seria aquele relacionado a uma concepção negativa do mesmo. O debate sobre o trabalho com ou sem sentido é complexo. Ao invés da negação do sentido, há autores que o associam a aspectos negativos. Blach Ribas (2003) define três posições quanto ao significado do trabalho, denominados como: polo negativo (representado como maldição, castigo, penalidade, esforço, e resulta de uma atividade degradante, corresponde à ideia de escravatura e ausência de liberdade); polo neutro ou centro do contínuo (que representa uma mera função instrumental, a serviço da sobrevivência material) e polo positivo (que assume uma visão de trabalho como missão, vocação, caminho, valor, fonte de satisfação e auto-realização).

As pesquisas desenvolvidas (MORIN, 1996a; 2002; MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007; OLIVEIRA *et. al.*, 2004), se confirmam e corroboram resultados como: para o trabalho ter sentido deve respeitar os valores humanos e ser fonte de aprendizagem e inserção social. Betiol (2006) afirma com base em Méda (1995) que ter um trabalho é a condição de aceitação na sociedade, é o desejo de fazer parte da comunidade e não ser dela diferente.

A forma como se percebe o trabalho, o sentido e o significado que existem para a pessoa e a sociedade, está intimamente relacionada ao bem-estar e à satisfação com a vida. Desse modo, os sentidos atribuídos ao trabalho são sempre singulares, concretos e históricos, à medida que correspondem à necessidade humana, de conceder significado ao seu entorno, ao seu fazer e ao viver (ARAUJO; SACHUK, 2007). Constata-se que os estudos relacionados aos sentidos e significados atribuídos ao trabalho fomentam o interesse de muitos pesquisadores, fortalecem a importância dos fenômenos para a comunidade científica e demonstram o papel de destaque que o trabalho possui na sociedade. Na sequência, pretende-se identificar articulações existentes entre o fenômeno trabalho e o processo saúde-doença, mais especificamente a depressão.

1.3 SAÚDE E TRABALHO

Os fenômenos Saúde e Trabalho nem sempre foram entendidos de forma interligada (BOSI, 2000). Ao longo da história, o trabalho assumiu significados que influenciaram o contexto vivenciado pelo homem. As mais variadas formas de expressão e/ou exploração do trabalho por meio do homem foram paulatinamente se estreitando ao campo da saúde, em decorrência de fatores como a preocupação com direitos estabelecidos para o trabalhador que gera o surgimento de leis e normas de condutas, bem como a ampliação de novas tecnologias e consequentes formas de organização do trabalho diversificadas em que se passa a exigir maior qualidade dos serviços e produtos. O trabalho torna-se mais central na vida do homem e sua importância pode ser crucial para a condição de saúde ou de doença.

A associação entre os fenômenos já foi percebida como uma “esquisitice dos intelectuais de esquerda” (CODO, 2002), cuja concepção de trabalho é criticada por seu caráter econômico e pode ser vista como pesado, monótono, humilhante, arriscado e alienante. Num contraponto, a concepção de que o trabalho é gerador de sofrimento e fonte de adoecimento, há estudos (MURPHY; ATHANASOU, 1999), por exemplo, que revelam os efeitos psicológicos ocasionados pelo desemprego, ou seja, as consequências do não trabalho. Assim, é possível entender o trabalho sob duas perspectivas antagônicas: como fonte de sofrimento e desgaste psíquico ou como importante para a manutenção da saúde, fonte de auto-realização e bem-estar à vida das pessoas. Numa tentativa de aproximação destas duas premissas, Heloani e Lancman (2004) evidenciam que se o trabalho leva ao sofrimento e ao adoecimento, esse mesmo trabalho pode se constituir em uma fonte de prazer e desenvolvimento. Assim, propõem uma ciência transdisciplinar, sem fragmentos metodológicos e referem-se a Edgar Morin, que tem proposto uma “ciência com consciência¹⁵”.

13.1 Campo da saúde mental no trabalho

Do mesmo modo que a psicologia faz fronteira com a sociologia e outras ciências sociais, para melhor compreensão da complexidade de seu objeto de estudo, ela também se aproxima de elementos teóricos e metodológicos da psicologia clínica. Isso não significa que a psicologia se

¹⁵ Os livros “Introdução ao pensamento complexo” e “Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar”, de Edgar Morin, aborda a temática.

fragmente, mas redefine o significado do trabalho e sua relação com a subjetividade humana, na busca pela compreensão da identidade, sofrimento psíquico, felicidade, saúde mental, entre outros (BENDASSOLLI, 2009).

Nessa interface, que reúne Saúde Mental e Trabalho, os estudos tornaram-se amplos, quanto à demanda de interesse e conseqüente volume de pesquisas na área. Entretanto, não existe unicidade de enfoques e tampouco um consenso quanto “às expressões clínicas do desgaste mental vinculado ao trabalho”, ou seja, embora exista concordância entre estudiosos no que se refere à importância etiológica¹⁶, ainda não foi criada uma articulação que estabeleça a conexão trabalho/saúde mental (SELIGMANN-SILVA, 1995, p.289). Compreender esta relação (entre saúde e trabalho), para Dejours (1993), consiste em um desafio complexo que parte da necessidade de conceituar a saúde como um dos primeiros passos importantes.

O conceito de saúde pode variar de acordo com implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença. A concepção mais difundida trata-se da definição elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷ que declara: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste, somente, em uma ausência de doença ou enfermidade”. A criação do conceito pela OMS teve como preocupação inicial a elaboração da saúde num caráter positivo, com o objetivo de abranger aspectos de alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde, etc. Dejours (1993, p.99) problematiza o conceito em uma perspectiva mais preventiva e considera que “a saúde não seria um estado, mas um objetivo”, isto é, algo a ser alcançado sempre, pois não é estático, é dinâmico. O autor concebe a possibilidade da ação de prevenir a doença e de conquistar a saúde. Os conceitos mais atuais de saúde sugerem o estado de equilíbrio entre os aspectos físico, psíquico e social, o que representa não só a ausência de doença (SOUZA, 2007), como também, a realização plena do potencial do trabalhador, bem-estar, alegria, produtividade e autoconfiança (CAMPOS, 2006).

No que se refere à saúde mental, a formulação de Freud (1969/1980) exprime a essência do conceito em que afirma: é a “capacidade de amar e trabalhar”. O amor e o trabalho correspondem a duas grandes áreas da vida do homem, a primeira envolve as relações familiares, sexuais e sociais e a segunda refere-se à profissão, produção, dinheiro, consumo, entre outros aspectos. Se saúde mental pode ser entendida como a capacidade de amar e trabalhar, a doença mental seria a incapacidade de lidar com um desses

¹⁶ É o estudo das causas, uma espécie de ciência das causas.

¹⁷ *World Health Organization* (WHO). Disponível em <http://www.who.int/es/>. Acesso em 28 mar. 2009.

aspectos, ou seja, o rompimento da capacidade de construir, produzir e reproduzir a si próprio e a sua espécie, expressa por manifestações como distúrbio psicológico, sofrimento psicológico ou doença mental (CODO, 2004). Para Houtman e Kompier (2002, p.52) a saúde mental no trabalho está relacionada a grupos profissionais que correm mais riscos, isto é, trabalhadores que vivenciam diariamente situações de estresse, tensão psicológica, monotonia, falta de autonomia, relacionamentos frágeis entre colegas e/ou chefias têm propensão a desencadear transtornos psicológicos (CAMPOS, 2006). Codo (2002, p.20) corrobora a ideia ao introduzir o livro “Saúde mental & trabalho: leituras”, em que afirma:

Embora a compreensão sobre o significado do trabalho na constituição do humano comporte inúmeras interpretações que se expressam na diversidade de concepções teóricas e metodológicas acerca da relação entre saúde-doença e trabalho, é evidente a constatação de que o trabalho provoca desgaste no trabalhador.

Entre as diversas possibilidades de estudos referentes ao campo da saúde mental no trabalho, pode-se considerar a organização do trabalho como uma das “esferas mais preponderantes das determinações de agravos psíquicos relacionados ao trabalho”. Isto é posto, pois a “organização do trabalho” contempla a estruturação hierárquica, a divisão das tarefas e a estrutura temporal do trabalho. Além disso, as condições físicas, químicas e biológicas do trabalho, políticas de pessoal e estilos de liderança (SELIGMANN-SILVA, 1995, p. 290).

Autores argumentam que, com o advento do capitalismo, instala-se “a desumanidade das relações humanas” (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p.103) ou, ainda, que a característica do capitalismo identifica-se pela ruptura entre trabalho e afetividade (CODO, 1993), o que compromete a saúde mental. Diante de tal contexto, o trabalho relaciona-se ao acúmulo e consumo de capital, torna-se mais central na vida do homem, porém sob condições muitas vezes consideradas indignas ou perversas. É possível constatar exemplos frequentes na mídia impressa e televisiva, que denunciam a permanência nos dias atuais de trabalho escravo e exploração da mão-de-obra infantil, bem como, pesquisas científicas que demonstram a precariedade de determinadas categorias profissionais, como os setores da construção civil (BORSOI, 2002; BARROS, 2007) e a categoria de bancários (MARTINS, 2004; ROCHA, 2007; SOUZA; FERREIRA; CASTRO-SILVA; MARTINS, 2007).

O crescente interesse de estudiosos de diferentes perspectivas teóricas (DEJOURS, 1992; CODO, 2002; MENDES, 2007) e a evolução de pesquisas realizadas no campo da saúde mental e trabalho compõem diferentes abordagens teórico-metodológicas. Para fins deste trabalho, foram privilegiadas algumas abordagens. São elas: a Teoria do Estresse; a Psicodinâmica do Trabalho; a Epidemiologia do Trabalho; e os estudos e pesquisas em Subjetividade e Trabalho.

As pesquisas desenvolvidas sobre as Teorias de Estresse têm como referencial básico a fisiologia, coerente com a perspectiva positivista dominante nos estudos da Medicina e na visão behaviorista. Mais recentemente os estudos sobre o estresse incluíram aspectos psicodinâmicos (por exemplo, quanto às pesquisas relacionadas ao “esgotamento profissional”); além de aspectos sociais e da Psicologia Cognitivista (SELIGMANN-SILVA, 1995). O referencial teórico adotado pela corrente do estresse é predominante com os parâmetros do modelo médico adotado oficialmente para a Classificação Internacional de Doenças (CID). Para alguns estudiosos (GLINA; ROCHA, 2000; JACQUES, 2003) o estresse não é considerado uma doença, mas uma tentativa de adaptação e não está relacionado somente ao trabalho, mas ao cotidiano de vida do indivíduo. As ações de prevenção e intervenção relacionadas às teorias de estresses estão voltadas para os programas de qualidade de vida no trabalho (QVT), com ênfase nas condições individuais de gerenciamento da vida por parte dos trabalhadores e não nas condições e organização do trabalho. Tais estudos contribuíram para a popularização e o aumento da preocupação com a saúde mental no trabalho, ao conceder maior visibilidade aos estudos desenvolvidos e detectar relações existente entre saúde e trabalho. Se, por um lado, a popularização desses estudos reconheceu a existência dos vínculos entre trabalho e saúde-doença mental, por outro, explicita uma imprecisão conceitual e ambiguidade da utilização do termo ao caracterizar tanto um estado de irritabilidade quanto um quadro de depressão grave. Esse campo de estudo prioriza suas pesquisas em dados quantitativos e tem como atenção principal a identificação de estressores e os efeitos psicológicos do estresse, como a insatisfação no trabalho, ansiedade, depressão, *burnout*, fadiga, irritação, etc. (CODO *et al.*, 2004).

Outra abordagem, a qual pesquisadores estudam a saúde mental no trabalho, trata-se da Psicodinâmica do Trabalho, que tem como base teórica a psicanálise e, como principal precursor Cristhophe Dejours. Estuda a subjetividade, investiga as relações existentes entre a organização do trabalho e o modo como o homem vivencia o prazer-sofrimento, detendo-se de modo

especial no exame das estratégias defensivas (SELIGMANN-SILVA, 1995; MENDES, 2007). Tem por referência os conceitos ergonômicos de trabalho prescrito e trabalho real¹⁸, cuja prioridade volta-se para os aspectos relacionados à organização do trabalho, tais como: ritmo, jornada, hierarquia, responsabilidade e formas de controle (JACQUES, 2003).

A psicodinâmica do trabalho é baseada também numa perspectiva psicossocial, no sentido em que “as subjetividades individuais mantêm interação com o nível coletivo”, assim a abordagem torna-se importante tanto para a promoção da saúde mental, quanto para as determinações do desgaste mental (SELIGMANN-SILVA, 1995, p.294). Para Heloani e Lancman (2004), essa perspectiva compreende o trabalho como um elemento central na construção da saúde e da identidade do indivíduo. De acordo com Lancman e Uchida (2003), uma das principais descobertas realizadas pela abordagem dejouriana consiste na constatação de que os indivíduos desenvolvem mecanismos de defesa individuais e coletivos para lidar com o sofrimento e os constrangimentos ligados ao trabalho. O adoecimento de um ou de vários indivíduos fragiliza esses mecanismos e desestabiliza o grupo, pois evidencia o caráter doentio do trabalho, o que leva os próprios trabalhadores a discriminarem e responsabilizarem o indivíduo que adoeceu como fraco ou simulador do adoecimento.

Tal abordagem busca a identificação de um método que proporcione a análise do homem em relação ao contexto do trabalho, para compreender como este alcança o equilíbrio mesmo em condições adversas. O sofrimento é inerente ao trabalho quando todas as possibilidades de adaptação ao mesmo tempo forem esgotadas. As pesquisas realizadas de acordo com a psicodinâmica enfatizam o estudo da subjetividade do trabalhador e, desse modo, utilizam como instrumento principal de coleta de dados as entrevistas, caracterizando, assim, pesquisas de caráter qualitativo. Utiliza como categorias de análise a definição de indicadores de saúde, que podem ser investigados do ponto de vista dos aspectos positivos da saúde, da doença e do processo saúde-doença, contemplando indicadores de bem-estar, mal-estar ou a integração das duas dimensões. Esses indicadores consideram ainda a articulação de duas doenças ocupacionais: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e depressão, ao entender que essas se tratam de doenças atuais e em expansão no contexto do trabalho (MENDES, CRUZ, 2004).

¹⁸ Inter-relação entre as práticas de concepção das tarefas nas organizações (cultura do trabalho prescrito) e especificidades das situações efetivas de trabalho (cultura do trabalho real) (FERREIRA, 2004).

Há ainda a vertente da Epidemiológica e/ou Diagnóstica do Trabalho, que se refere às pesquisas sobre saúde mental e trabalho. Esta abordagem tem como pressuposto principal a multicausalidade das doenças. Os estudos relacionados à epidemiologia constataam que a relação saúde trabalho existe desde tempos remotos da história da humanidade; porém, a ênfase e a preocupação com a área tornam-se prementes a partir da Revolução Industrial, por meio do crescimento dos centros urbanos e da exigência de mão-de-obra especializada. Sua longa história no âmbito da medicina prioriza as doenças infecto-contagiosas. Sampaio e Messias (2002, p.146-147) conceituam a epidemiologia como uma ciência social, prática e aplicada, que estuda a distribuição, determinação e modos de expressão, para fins de planejamento, prevenção e produção de conhecimento, de qualquer elemento do processo saúde/doença em relação à população qualificada nos elementos sócio-econômico-culturais que a possam tornar estruturalmente heterogênea.

As bases dos estudos de epidemiologia envolvem um campo bastante amplo, estão relacionadas às investigações do campo da saúde pública e da saúde do trabalhador, e buscam o desenvolvimento de alternativas de intervenção. Nessa abordagem, a saúde do trabalhador pode ser denominada como o processo de saúde-doença das pessoas em sua relação com o trabalho. Tal campo de atuação estuda os processos de trabalho articulados a valores, crenças e representações sociais para explicar como ocorrem os processos de adoecer e morrer de trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991). Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) argumentam que a saúde do trabalhador, em princípio, consiste em uma meta ou em uma vontade que permite a convergência de trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores. Tem como fundamento o compromisso com a mudança do quadro de saúde da população trabalhadora, o que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético. Assim, os autores compreendem que saúde do trabalhador é um corpo de práticas teóricas interdisciplinares (técnicas, sociais, humanas) e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum, a saúde coletiva.

A epidemiologia tem como base principal a concepção marxista, assim como, na Psicologia, os fundamentos da psicologia social histórico-crítica. Pode-se citar como representante no Brasil, Codo e colaboradores, que se destacam pelas investigações de quadros psicopatológicos relacionados a determinadas categorias profissionais. Os pesquisadores relatam estudos como a “síndrome do trabalho vazio entre bancários, paranóia entre digitadores,

histeria em trabalhadores de creches e *burnout* em educadores” (CODO, 2002, p.185). A abordagem atribui à necessidade de utilização de métodos qualitativos, como as entrevistas, e quantitativos, como as escalas psicométricas.

Por último, Jacques (2003), ao discorrer sobre os pressupostos teórico-metodológicos do campo da saúde mental no trabalho, propõe os estudos e pesquisas em Subjetividade e Trabalho como mais uma abordagem de destaque. Tal abordagem busca analisar o trabalhador a partir de suas experiências e vivências. O trabalho é o eixo norteador que vai além do caráter técnico e econômico. Para Jacques (2003), os estudos em subjetividade e trabalho podem ser confundidos com a psicodinâmica do trabalho. Entretanto, a principal diferença reside na ênfase de que os estudos sobre subjetividade utilizam categorias de vivências, cotidiano, modos de ser e valorização da experiência dos trabalhadores, sendo que não há influência do modelo clínico e/ou na elaboração de diagnóstico psicopatológico utilizado na psicodinâmica. Por fim, essa abordagem privilegia métodos qualitativos, como técnicas de observação, entrevistas individuais e coletivas, análises documentais e etnografia.

Com base nos estudos realizados no campo da saúde mental e do trabalho, é possível perceber a preocupação e interesse focado em aspectos que caracterizam tanto a organização quanto a estruturação do trabalho. Nesse sentido, as investigações deste campo de estudo se concentram na concepção do trabalho formal, associado ao conceito de emprego, mais frequentemente relacionado a um caráter negativo e gerador de sofrimento do que positivo e fonte de prazer e realização. Entretanto, vale considerar que do mesmo modo que o trabalho é fator influente no processo de adoecimento, o “não trabalho”, que inclui processos de afastamento, aposentadoria e/ou desemprego, também desencadeiam sofrimento e adoecimento ao trabalhador.

Existem estudos a respeito da repercussão do não trabalho na vida das pessoas. Um exemplo disso seriam as pesquisas de Jahoda (1981, 1982), que têm como propósito analisar os efeitos do desemprego na vida do trabalhador. A pesquisa resulta na relação de quatro dimensões do desemprego. A primeira, em que o desemprego ‘fratura’ a experiência do tempo, no que se refere ao estabelecimento de rotinas e à sequência de ações; na segunda dimensão, o desemprego rompe com a regularidade de relacionamentos e contatos sociais; como terceira dimensão, o desemprego desvincula as pessoas de objetivos e propósitos que podem transcender os seus próprios; e, por último, o desemprego afeta aspectos relacionados a *status* e identidade social

(BENDASSOLLI, 2009). A falta de trabalho se reflete na identidade do indivíduo e na organização da vida cotidiana, cujas consequências interferem na auto-estima e na capacidade de interagir socialmente.

Outra pesquisa, desenvolvida por D'Acri (2003, p.14), propõe-se a compreender o significado do trabalho diante das condições sociais e de saúde adversas. O estudo demonstra que, mesmo diante de más condições laborais, a maioria dos trabalhadores percebe sentido no seu trabalho. A pesquisadora questiona como é possível frente a um “quadro tão negativo, existirem um sentido, um significado e uma valorização do trabalho”. A atividade desenvolvida por estes trabalhadores, mesmo sendo socialmente considerada degradante, individualmente tem importância.

Ao considerar as transformações ocorridas ao longo da história em termos de concepção do trabalho e de sua relação crescente com o fenômeno saúde, é possível constatar um vasto campo de estudo e diversas formas de analisar tal conexão. Na sequência, serão abordados os estudos e concepções referentes ao processo de adoecimento e afastamento do trabalho e, posteriormente, a depressão.

1.3.2 Processo de adoecimento e afastamento do trabalho/emprego

As organizações deparam-se constantemente com crescentes índices de adoecimento dos trabalhadores e consequente afastamento do trabalho. O processo de adoecimento, muitas vezes, inicia de forma lenta e imperceptível. Tanto características individuais (personalidade, motivação, formação profissional), como riscos presentes no trabalho podem facilitar o desencadeamento de patologias a curto, médio ou longo prazo (CAMPOS, 2006).

O afastamento do trabalho com vínculo empregatício 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) divide disfunção e incapacidade causadas pelos transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao 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).

Para Mendes e Dias (1991), existem fatores que contribuem para o perfil de adoecimento dos trabalhadores, são eles: doenças comuns sem qualquer relação ao trabalho; doenças comuns modificadas no aumento da frequência ou na precocidade de manifestação em decorrência do trabalho; doenças comuns nas quais se somam ou se multiplicam condições provocadoras ou desencadeadoras em decorrência do trabalho e os agravos específicos tipificados pelos acidentes de trabalho; e doenças profissionais. Os últimos três fatores correspondem ao que se convencionou denominar doenças relacionadas ao trabalho (JACQUES, 2007). Além disso, diversos outros fatores no meio ambiente do trabalho podem afetar a saúde mental, tais como: relações interpessoais e coletivas inerentes à própria organização do trabalho, ambiente físico (ruído, iluminação, temperatura, intoxicação, disposição do espaço físico), forma do exercício do poder de comando na escala hierárquica e demais circunstâncias (TEIXEIRA, 2007).

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, pois as características sintomatológicas desses transtornos, muitas vezes, confundem-se com quadros de alteração fisiológica manifestada 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, ou seja, trata-se de uma tarefa especializada que compete à perícia em saúde (CAMPOS, 2006).

As políticas de saúde pública e o campo da saúde do trabalhador, representadas por profissionais envolvidos na área, reivindicam ações para viabilizar a constatação dos vínculos entre o trabalho e o adoecimento, em especial, o adoecimento psíquico. Para Heloani e Capitão (2003, p.106), “o sofrimento mental do trabalhador é consequência direta da divisão do trabalho, do conteúdo da tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, etc.”. As condições de trabalho são consideradas fatores preponderantes para o estabelecimento do bem-estar e/ou saúde-doença no trabalho. É ainda remoto o reconhecimento do transtorno mental relacionado ao trabalho pelos órgãos do Ministério da Saúde (MS) ou o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), assim como a participação do profissional de psicologia na elaboração de um diagnóstico. Para Jacques (2007), há uma

relativa invisibilidade quanto aos vínculos entre trabalho e saúde mental no campo conceitual da psicologia, principalmente relacionados a concepções teóricas que 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 e a fragmentação do campo psicológico.

Por outro lado, há mudanças sutis, refletidas, por exemplo, na criação de uma medida provisória nº.316 de agosto de 2006, elaborada pelo Governo Federal, que estabelece o nexó técnico-epidemiológico. “Tal medida inverte o ônus da prova em alguns casos ao determinar o registro automático como doença relacionada ao trabalho de determinadas patologias em função de altas incidências em determinados ambientes de trabalho” (JACQUES, 2007, p.112). Ou seja, antes da medida, cabia ao trabalhador provar a relação da doença com o trabalho desenvolvido. Hoje, na lei está definido que a doença está relacionada ao trabalho e, assim, torna-se responsabilidade da empresa provar que não há nexó causal.

Os custos organizacionais decorrentes dos índices de transtornos mentais são altos e estão relacionados à redução da produtividade e desempenho, refletido na diminuição da produção, até ao aumento dos gastos referentes aos benefícios de saúde, com a utilização de remédios, consultas e hospitalizações. Um estudo desenvolvido por Cherem e Selig (2005), com 17 empresas de médio e grande porte da região de Curitiba, teve por objetivo uma coleta de dados quantitativos com relação aos afastamentos do trabalho por motivo de doença mental. Foram realizadas também entrevistas estruturadas com responsáveis pela área de saúde do trabalhador no período de um ano. Pode-se constatar que todas as empresas investigadas mostraram-se cautelosas em permitir o acesso aos arquivos, sendo que nem todas possuíam registros dos motivos que levavam aos afastamentos dos funcionários. Outro aspecto detectado corresponde a poucas ações planejadas para dar suporte psicológico aos trabalhadores, seja durante o afastamento ou no seu processo de adaptação ao retorno (CHEREM, SELIG, 2005).

Pesquisas do Ministério do Trabalho e Emprego indicam que os índices de doenças ocupacionais têm crescido ao longo dos anos. Equivalem entre 5 a 15% do quadro de trabalhadores e variam de acordo com o ramo de atividade e com as condições de trabalho oferecidas. Segundo dados do Governo Federal¹⁹ (2005), o índice de aposentadoria precoce dos servidores públicos é de 14%,

¹⁹ www.servidor.gov.br, 2005. Disponível em março/2009.

contra 2% nas organizações privadas. As causas mais frequentes e os respectivos percentuais para o afastamento do trabalho estão relacionados à Lesão por Esforço Repetitivo (LER), 35%; diagnóstico de depressão, 13%; e dependência química, 7% (SILVEIRA, 2008).

Brant e Minayo-Gomez (2004) defendem a ideia de que no mundo do trabalho existe uma tendência em rejeitar o sofrimento, no qual se vive um processo de transformação desse sofrimento em adoecimento, ou seja, há a necessidade de um rótulo. É possível observar tal fenômeno à medida que a tristeza é nomeada como depressão e o medo, como paranoia. Esse movimento de rotulação contribui para a discriminação, o estigma e a 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, isto é, “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). Já o sofrimento psíquico pode ser conceituado como o:

Conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriunda do antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldades de operar planos e definir sentido da vida, aliada a um sentimento de impaciência e vazio, e ou experimentado como coisa alheia. (MALTA, 1999).

O sofrimento é reconhecido socialmente como fraqueza e, desse modo, não é a doença, mas é o processo de adoecimento que promove o afastamento do trabalho. Dejours (1994, p.29) afirma que “quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa [...]”. O Dicionário Aurélio (2006) define adoecimento como o ato de adoecer; e a palavra adoecer, como ficar ou tornar-se doente. Assim, “o adoecimento só é possível devido à existência de um discurso e uma prática que afirmam: ‘você está doente’; como se a presença da doença e do ser doente pertencesse à mesma categoria” (Dejours, 1994, p.221). Desse modo, os autores abordam o movimento social, que envolve profissionais da saúde, empresas e a população geral, em torno da necessidade de existir um rótulo que justifique o sofrimento

e declare oficialmente a presença ou não da doença, desprovendo do indivíduo a possibilidade de se reconhecer e de reconhecer seus sentimentos.

Em 2008, Brant e Minayo realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de compreender o percurso que inicia pela expressão da tristeza até o diagnóstico específico de depressão, ou seja, eles buscaram entender a trajetória do processo de adoecimento. Foram entrevistados em 2001, 13 trabalhadores, 13 gestores e 08 técnicos de saúde de uma empresa do setor de serviços da Região Sudeste do Brasil. Foi realizada, ainda, análise documental de *house organs*²⁰ a fim de contextualizar a tristeza e a depressão no âmbito da empresa investigada. De acordo com os autores, as variáveis pesquisadas – tristeza e depressão – eram representadas, principalmente, pelo aumento de controle das atividades e pela ampliação das estruturas de poder provocadas pela flexibilização da produção, que exigiram adaptações por parte dos trabalhadores. Os pesquisadores constataram que o adoecimento inicia quando gestores encaminham pessoas tristes para o setor médico, onde são tratadas e medicadas como depressivas. Consideram ainda que o diagnóstico de depressão exime a empresa da responsabilidade diante do contexto de vida triste do trabalhador.

Berger e Luckmann (2004, p.82), numa perspectiva sociopsicológica, ao discorrer a respeito da crise de sentido na sociedade atual, argumentam que as instituições intermediárias²¹ são responsáveis por ministrar doses homeopáticas (de respostas, referências e/ou recursos) porque não podem eliminar as causas, somente abrandar as formas de manifestação da doença e fortalecer a resistência contra ela (por meio da medicalização, por exemplo). Estas instituições conservam as crises de sentido “em estado de fogo brando” e não deixam que se transformem em “chamas vivas”. “O paciente é conservado com vida, uma vida que – desconsiderando a constante tendência a crises de sentido – é bastante agradável”.

Entende-se que a construção da doença, por meio do processo de adoecimento, pode ocorrer no trabalho como em qualquer outro âmbito da vida em sociedade e, para tanto, manifesta-se no todo de seu entorno, não havendo, desse modo, um fator desencadeante, mas a multicausalidade de fatores geradores de insatisfação ou sofrimento para o trabalhador. A OMS define as

²⁰ Veículo de comunicação interna utilizado em empresas (jornais, revistas).

²¹ Atuam em dois campos especialmente importantes na vida do indivíduo: sexualidade e atividade profissional. Podem ser antigas, como a Igreja, ou modernas, com as diferentes tendências de psicoterapia, aconselhamento, secretarias de Estado e meios de comunicação de massa (BERGER; LUCKMANN, 2004)

doenças “relacionadas ao trabalho” como multicausais, o que indica que vários fatores de risco estão incluídos, tais como, condições físicas, organizacionais, psicossociais, individuais e sócio-culturais (MARTINS, 2004). Especificamente direcionado ao ambiente organizacional, relaciona-se à carga e pressão no trabalho, organização e sistematização das tarefas, além de experiências conflitantes, sentimentos de auto-estima rebaixada, histórico de assédio, fracasso profissional, etc.

Na visão de Mendes e Cruz (2004), o trabalho pode contribuir com o processo de adoecimento a partir de duas formas diferenciadas: como colaborador ou como desencadeador de doenças ocupacionais. No primeiro caso, o trabalho colabora para o adoecimento, ao provocar desordens psíquicas que, ao serem modificadas (por melhores condições de trabalho), possibilitam o desaparecimento do sintoma. Já, no segundo caso, a pessoa possui características individuais, anteriores e/ou exteriores ao contexto do trabalho, cujo ambiente insalubre pode contribuir para o desencadeamento da doença. O trabalho é entendido como fator desencadeante da doença mental, opondo-se à condição de causa e efeito. Os autores consideram como indicadores positivos de saúde o prazer, a satisfação e o bem-estar no trabalho e, como indicadores negativos de adoecimento o sofrimento, o *stress* e o esgotamento profissional (*burnout*). O vasto interesse relacionado à dicotomia saúde trabalho repercute em estudos, de caráter nacional e internacional, relacionados a variados fenômenos referentes à saúde mental, tais como satisfação/insatisfação no trabalho, estresse, exaustão emocional, esgotamento profissional ou *burnout*, doenças psicossomáticas e doenças ocupacionais, como DORT e depressão (CODO, 1993, 2004; JACQUES; CODO, 2002; TAMAYO M.; TRÓCCOLI, 2002; MENDES; CRUZ, 2004; MENDES, 2007; LIMONGI-FRANÇA, 2008).

Com o propósito de melhor compreender o processo saúde-doença do trabalho docente e buscar possíveis associações com o afastamento do trabalho por motivo de saúde, foi realizado um estudo das relações existentes entre o processo de trabalho docente, as reais condições sob as quais ele se desenvolve e o possível adoecimento físico e mental desses profissionais. O método de investigação deu-se por meio de análise documental de várias fontes procedentes da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, registrados no período de 2001 e 2002. A população investigada envolveu as diversas funções e respectivos profissionais que atuavam nas escolas da Prefeitura, desde merendeiras até apoio administrativo, como coordenação e professores. Do total de 16.556 servidores atendidos nesse período, 92% foram afastados do trabalho, 84% corresponderam à categoria de professor e 15% dos

afastamentos eram relacionados a transtornos mentais e comportamentais (GASPARINI, BARRETO, ASSUNÇÃO, 2005).

Por meio da análise de documentos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Silveira (2008) identificou o perfil dos servidores do HU, os setores com maior índice de afastamento, a média de atestados por servidor, a média de dias por atestado e os tipos de afastamentos (entre eles, atestado médico, licença para tratamento de saúde e doença de pessoa na família). Entre os dados referentes ao perfil dos servidores e as incidências de afastamento do trabalho, 84% são do sexo feminino, a idade média varia entre 41 e 50 anos de idade, e o tempo de serviço na UFSC concentra-se entre 01 e 10. Os dados levantados indicam um total de 649 servidores afastados no período de jan./2003 a nov./2004, sendo que 51% se afastaram por motivo de doença, pois foi verificado um total de 2.428 atestados. Dos afastamentos registrados, 71% referem-se a atestados médicos, ou seja, afastamentos por período inferior a 30 dias, 23% foram de licenças para tratamento de saúde, com afastamento superior a 30 dias e, por fim, 5,8% correspondem a afastamento por doença na família. Tal estudo empírico possibilitou a realização de uma pesquisa científica desenvolvida em 2007. A autora traçou novamente o perfil dos profissionais do HU, agora por meio da aplicação de questionários. O perfil mais uma vez concentrou a maioria de mulheres, correspondente a 85% dos pesquisados, com idade entre 31 e 45 anos, 2º grau completo, casadas e com tempo de UFSC entre 11 e 20 anos (37%), além do número significativo também de servidores com 1 a 5 anos de trabalho (30%). Esses dados demonstram que a realização de concursos públicos para preenchimento de vagas continua existindo, ainda que em número insuficiente, conforme depoimentos dos servidores. Dos servidores que responderam ao questionário, 29% declararam ter se afastado do trabalho para tratamento de saúde e 41% declararam ter tido problemas de saúde sem afastamento do trabalho no último ano. Os afastamentos, em 58% dos casos, foram inferiores a 30 dias (SILVEIRA, 2008).

Faria, Barboza e Domingos (2005) realizaram um levantamento a respeito da incidência de absenteísmo em decorrência de transtornos mentais ou comportamentais de acordo com critério da Classificação Internacional de Doenças (CID), na categoria de enfermagem, durante o período de 1995 a 2004. O estudo foi desenvolvido em uma instituição hospitalar, a Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), que possui cerca de 3.000 funcionários, destes aproximadamente 1.000 correspondem à equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e

auxiliares. No período pesquisado, houve registro de 297 ocorrências dos transtornos, sendo que, desses, 294 suscitaram afastamento do trabalho, com variação média de 15 a 29 dias. Entre as principais conclusões do estudo, as pesquisadoras abordam a necessidade de reconfiguração das condições de trabalho e da organização laboral como fatores que influenciam diretamente em tais índices apresentados.

Lidar com o processo de adoecimento e conseqüente afastamento do trabalho pode gerar sofrimento e angústia. A ocorrência do adoecimento teve origem a partir do sofrimento. Já o afastamento do trabalho pode desencadear dúvidas e inseguranças, com relação à estabilidade e/ou a expectativas diante de uma recuperação rápida para o retorno a atividade. Há estudos que revelam que o afastamento do trabalho pode desencadear outros transtornos psíquicos, sendo considerado, conforme denomina Borsonello, Santos, Schmidt e Andrade (2002), um “estímulo estressor”. De acordo com características individuais distintas, cada pessoa se adapta a circunstâncias adversas ou estressantes através de um processo dinâmico e multidimensional que se define por *coping*²² (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002). Numa perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1980) definem *coping* como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelas pessoas para lidar com situações específicas geradoras de estresse e sobrecarga. Segundo os autores, o modelo compreende quatro conceitos: a) é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; b) tem por função administrar a situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; c) pressupõe a noção de avaliação da situação; e d) constitui-se em uma mobilização de esforço (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

No caso da presente investigação, a utilização de estratégias de enfrentamento para lidar com o afastamento do trabalho/emprego pode envolver mudanças como readaptação à rotina, convívio com a família, tratamento do processo saúde-doença e inserção de atividades novas que possibilitem maior qualidade de vida. Entretanto, em se tratando de depressão e suas particularidades, é possível que não sejam utilizadas estratégias. Ou pode-se pensar que a manifestação do sintoma de depressão pode ser entendida como uma estratégia para lidar com situações desagradáveis, de difícil adaptação ou ambiente insalubre, principalmente quando o rótulo possibilita o diagnóstico, que incapacita ao trabalho, e proporciona o afastamento da situação.

²² O termo é utilizado pela comunidade científica. Entretanto, traduzindo para o português pode ser também sinônimo de expressões como lidar com enfrentamento.

Por fim, pode-se perceber que tanto o processo de adoecimento, como a consequência de afastamento do trabalho geralmente são mal interpretados pelos gestores das organizações e pouco entendidos pela sociedade. Embora existam estudiosos empenhados em caracterizar trabalhadores em processo de adoecimento e contextualizar situações que justifiquem consequências, como afastarem-se do ambiente laboral, as dúvidas e imprecisões residem principalmente na subjetividade de cada situação. Entre os inúmeros motivos que possibilitem o adoecimento (condições de trabalho, situação socioeconômica, características individuais etc.) e geram afastamento do trabalho (acidentes, doenças etc.), destaca-se a demanda significativa de motivos relacionados à depressão que serão abordados na sequência.

1.3.2 Depressão e depressão no trabalho/emprego: pesquisas e perspectivas de análise

Tratar da depressão é um exercício complexo, pois a mesma pode ser concebida de inúmeras formas. É possível que se manifeste em diferentes momentos do ciclo de vida das pessoas. De acordo com levantamento realizado pela OMS, 1,9% das crianças e 4,7% dos adolescentes sofrem de depressão em todo o mundo (FICHTNER, 2006; GRUNSPUM, 2006). Trata-se de uma doença frequentemente ignorada por pais e professores e difícil de ser diagnosticada pelos médicos, sendo que, em alguns casos, é confundida com fobia escolar ou até mesmo com deficiência mental. E manifesta-se também na vida adulta e velhice (TUCCI; KERR-CORREA; DALBEN, 2001). Com o crescimento da população acima de 65 anos de idade, há estimativas a respeito das principais doenças que atingirão essa faixa etária de pessoas e, entre elas, a depressão destaca-se como o maior índice na categoria de doenças mentais. Cerca de 15% dos idosos apresentam alguns sintomas depressivos e, aproximadamente, 2% são diagnosticados com depressão grave (CENCI, 2004).

A depressão pode ser entendida como qualquer manifestação de tristeza ou estresse ou pode constituir-se em um problema de saúde pública, pelo grau de sofrimento atribuído e pela alta taxa de suicídio (LAFER; ALMEIDA; FRÁGUAS; MIGUEL, 2000). De acordo com a perspectiva epistemológica de análise adotada, podem ser enfatizados aspectos genéticos, biológicos (neurais) e/ou psicossociais (PERON; NEVES; BRANDÃO; VICENTINI, 2004). Os estudos relacionados à depressão compreendem as áreas de Saúde - representados pela Medicina, especialmente a Psiquiatria -, o campo da Saúde

Pública e Epidemiologia, além das Ciências Humanas e Sociais - como a Psicologia, Sociologia e Antropologia. Pela extensão e complexidade da temática, no escopo deste trabalho serão abordados os pressupostos de acordo com a concepção médica, biológica e neurológica; a compreensão sociocultural; abordagens psicológicas diferenciadas; bem como, estudos sobre a depressão relacionados ao trabalho.

A perspectiva médica tem como base epistemológica o positivismo²³ e a visão cartesiana. Consiste numa concepção antiga e amplamente conhecida e corresponde ao modelo de pensamento que ainda predomina nos dias atuais, “quase sempre ancorada a uma visão biomédica e tecnicista da doença” (CAPRARA, 2003, p. 929) e consequentemente também da saúde. Nessa perspectiva, a depressão 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) e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), como pertencente ao item de Transtorno do Humor (INOCENTE, CAMARGO, 2004).

Os pesquisadores Brofman (1997) e Del Porto (1999), referenciados na visão médica, declaram que, no senso comum, o termo “depressão” emprega-se para designar: a) um estado afetivo normal, como a tristeza; b) um sintoma; c) uma síndrome; ou d) uma (ou várias) doença(s). A tristeza corresponde à categoria de sentimentos e afetos, constitui-se como uma resposta humana universal atribuída a situações que envolvem perdas, derrota, desapontamento e, em muitos casos, contempla reações de luto, consideradas normais e necessárias para lidar com a elaboração ou assimilação de adversidades. Como sintoma, a depressão pode estar presente em variados quadros clínicos, como: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, assim como pode ocorrer em resposta a situações estressantes, a circunstâncias sociais e econômicas adversas ou ainda em decorrência de outras doenças clínicas que gerem incapacidades (como câncer, DORT, etc.). A depressão como síndrome está relacionada a alterações de humor, como: tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer e apatia, além de outros aspectos que incluem alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (envolvendo alterações do sono e do apetite). E, por último, a depressão considerada como doença pode ser classificada, de acordo com a literatura

²³ “Designa as doutrinas que, renunciando a qualquer *a priori*, afirma o caráter inacessível das ‘coisas em si’ e admitem certezas de tipo experimental, ou seja, verdades científicas feitas de relações e leis”. (DURONZOI; ROUSSEL, Dicionário de Filosofia, 1996, p.375).

médica atual, como transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotomia, etc. (DEL PORTO, 1999). Na maioria das situações, essas nomenclaturas são confundidas no senso comum.

A Associação Médica Brasileira (AMB) apresenta diretrizes que fundamentam o tratamento, considerado por este órgão como mais eficaz para a depressão, com base na constatação de estudos e pesquisas realizados na área, tanto no Brasil, como em outros países. De acordo com a AMB, “a depressão é uma condição frequente e crônica associada a níveis altos de incapacidade funcional”. O episódio depressivo se caracteriza por “humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada, atividade diminuída e cansaço após esforços leves” (CID-10, p.117). E podem ser classificados em níveis leve, moderado e grave. Além desses níveis, existem outras manifestações de depressão com sintomas menos intensos, porém com grau de incapacitação próximo (FLECK, *et al.*, 2003, p. 114).

Na perspectiva médica, o diagnóstico preciso possibilita a definição do tratamento medicamentoso mais adequado ao paciente, principalmente direcionado aos antidepressivos, que podem ser combinados a outros medicamentos, dependendo da variação de pessoa a pessoa. Estudos controlados demonstram que a associação de psicoterapia é efetiva no tratamento de episódios depressivos, principalmente nos casos considerados leves e moderados (SCOTT, 1995; GLOAGUEN, COTTRAUX, CUCHERAT, BLACKBURN, 1998; WEISSMAN, MARKOWITZ, 1994; MYNOR-WALLIS, GATH, 1997; PERSONS, THASE, CRITS, 1996). Alguns estudiosos acreditam que os tratamentos medicamentosos mais indicados pelos profissionais denotam que a depressão não pode ser tratada de forma ‘abstrata’, ou seja, os pacientes deprimidos devem ser percebidos pelo profissional de saúde como pessoas inseridas e contextualizadas em seus meios sociais e culturais e compreendidas nas suas dimensões biológicas e psicológicas (SOUZA, 1999).

Nos campos de atuação da medicina ocupacional, da psiquiatria e da saúde pública são adotadas escalas de avaliação para contribuir na elaboração do diagnóstico da depressão. Existe um número expressivo de escalas de avaliação, que indicam os níveis de gravidade da depressão. Podem ser: a) de auto-avaliação, sendo que as mais utilizadas são a Analógica Visual do Humor, a Escala de Depressão de Zung e o Inventário de Depressão de Beck; b) de heteroavaliação, com destaque, entre muitas, para a Escala de Avaliação da

Depressão de Hamilton e a Escala de Depressão de Montgomery-Åsber; e c) mistas, ou seja, aquelas que contemplam auto e heteroavaliação, tais como, Escala de Avaliação de Depressão de Três Dimensões de Raskin e Escala de Depressão de Wechsler (CALIL; PIRES, 1998).

Na perspectiva sociocultural, de acordo com Barreto (1993), apresentado por Cenci (2004, p.34), a depressão pode ser descrita como “uma perturbação da vida que atinge os ‘nervos’ de um indivíduo. Esta perturbação vai da tristeza profunda à fúria espetacular. Nessa perspectiva, além de um distúrbio orgânico, ela pode ser expressão de uma inadaptação social ou um apelo de socorro”. A manifestação do sofrimento, independente do seu nível ou gravidade de sua expressão, decorre do uso do vocabulário disponível da época e da inserção social na qual a pessoa se encontra (BRANT; MINAYO-GÓMEZ, 2004). Assim, a depressão retrata uma manifestação social, caracteriza o mundo contemporâneo, fomenta o interesse e a preocupação da comunidade científica, pertence ao vocabulário popular e é atribuída como a causa de muitos males, inclusive no contexto do trabalho.

O termo depressão é incansavelmente utilizado no contexto atual como rótulo que compreende diversos significados, desde um episódio de tristeza a um momento de estresse. Esteves e Galvan (2006), com o intuito de contextualizar a depressão na atualidade e mais especificamente relacioná-la ao ambiente de trabalho, utilizam a metáfora da depressão como o mal do século XX, do mesmo modo que foi entendida a histeria no século XIX. Enquanto era a última caracterizada pelo excesso de repressão da época, a primeira remete-se ao excesso de liberdade e permissividade dos dias atuais. Tal analogia, além de enfatizar o fortalecimento do rótulo e a manifestação crescente de sintomas na sociedade, problematiza a abrangência da depressão como amplamente propagada, independente de diferenças sociais, econômicas ou instrucionais. Nessa perspectiva, a depressão é “[...] conhecida pelos sintomas descritos como apatia, irritabilidade, perda do interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia)” (ESTEVES; GALVAN, 2006, p. 127). Ou, ainda, denominada como “[...] uma combinação de sintomas em que prevalece a falta de ânimo, a descrença pela vida e uma profunda sensação de abandono e solidão” (LIMONGI-FRANÇA, 2008, p.21). Tais manifestações podem ser confundidas com situações cotidianas e ocasionais, geradoras de algum desses desconfortos isoladamente e, dessa maneira, não necessariamente considerada como depressão.

Na concepção sociológica, Berger e Luckmann (2004, p.13), ao introduzir o livro “Modernidade, Pluralismo e Crise de Sentido”, citam uma declaração do Bispo Otto von Freising, escrito há mais de 850 anos, em que discorre sobre a depressão: “somos tão deprimidos pela memória do passado, pela pressão do presente e pelo medo das vicissitudes futuras, que aceitamos a sentença de morte que está em nós e que ficamos enfasiados da própria vida”. A citação tem o propósito de polemizar o fenômeno central da obra de Berger e Luckmann (2004, p.49): o que denominam “crise de sentido”, cuja depressão surge como uma das manifestações possíveis diante de uma sociedade que vive essa crise.

Os autores utilizam um outro conceito, o pluralismo da modernidade, que significa a existência de pessoas que levam vidas diferentes em uma mesma sociedade. “A modernidade significa um aumento quantitativo e qualitativo do pluralismo”. Para eles:

A modernização significa a troca de uma existência determinada pelo destino por uma longa série de possibilidades de decisão. O destino determinava antigamente quase todas as fases da vida. O indivíduo passava pelas fases segundo padrões predeterminados: infância, ritos de passagem, profissão, casamento, criação dos filhos, velhice, doença e morte. Também no mundo interior do indivíduo já estavam predestinados: seus sentimentos, sua interpretação do mundo, seus valores e sua identidade pessoal (BERGER; LUCKMANN, 2004, p. 58 e 59).

As incertezas ocasionadas pelos efeitos do “excesso de liberdade e permissividade” (ESTEVES; GALVAN, 2006) ou “da modernidade ou pluralismo” (BERGER; LUCKMAN; 2004) são responsáveis por sentimentos de insegurança, angústia e instabilidade, presentes na sociedade atual. Nessa perspectiva, a depressão pode ser remetida a um fenômeno social que se expressa em diversos contextos, como as organizações. Malvezzi (2009), ao discorrer sobre “gestão de metas”, afirma que pessoas deprimidas são desprovidas da capacidade de estabelecer metas para si mesmas, condição esta que subtrai um instrumento considerado pelo autor, como essencial para a sua ação e para encontrar sentido na vida. Por meio da realização e estabelecimento de objetivos, aspecto que pode ser aprendido, a pessoa descobre como adaptar-se, autorregular-se e conhecer-se.

Em uma perspectiva cognitivista, Bahls (1999) ao referir-se a depressão argumenta que “a cognição é o fator determinante da doença, o transtorno cognitivo é elemento primário na patologia, e as construções negativistas do pensamento são o fato primeiro na cadeia sintomatológica”. Bandura (1969 *apud* BAHLS, 1999) defende que pessoas deprimidas possuem expectativas de desempenho elevadas, o que pode conduzir a experiências de pouco sucesso e muitos fracassos. Essas pessoas prestam atenção aos eventos negativos e tendem a se avaliar negativamente. O modelo cognitivo propõe três conceitos clássicos para elucidar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos. A tríade cognitiva refere-se à percepção negativa e persistente da pessoa em relação a três aspectos essenciais: sobre si mesma, sobre o mundo e sobre o futuro. Essa interpretação equivocada permite que o deprimido sinta-se “encurrulado”, envolvido por sentimentos de decepção, sofrimento, desamparo e desesperança. Os esquemas cognitivos representam a forma sistemática como a pessoa interpreta as situações, diz respeito às referências vivenciais e aos padrões estáveis que categorizam e avaliam as experiências. Essa pessoa perde parte do controle sobre seus pensamentos e não se percebe em condições de utilizar outros esquemas que melhor se adaptem a situações novas. Por último, os erros cognitivos significam as distorções que ocorrem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas. São erros sistemáticos que reforçam a crença da pessoa em seus conceitos depressivos (BAHLS, 1999).

Em 2002, Vorcaro, Uchoa e Lima-Costa realizaram uma revisão da prevalência e dos fatores associados à depressão nos cinco anos anteriores, em países de língua inglesa, portuguesa e espanhola. Em todos os países ocidentais há prevalências significativas quanto aos episódios depressivos, sendo mais elevado no sexo feminino. Além disso, a depressão, diferente de outras manifestações apresentadas no contexto do trabalho, como o estresse, a exaustão emocional, a insatisfação ou a irritação, pode ocasionar afastamento do ambiente organizacional, muitas vezes, por longo período de tempo.

Em 2004, Martins efetuou um levantamento bibliográfico em bancos de dados nacionais e internacionais, cujo objetivo consistiu em relacionar estudos que associam a LER/DORT à depressão. Foram encontrados 48 estudos que investigam a associação entre LER/DORT, dor crônica e depressão, os quais abordam principalmente questões relativas ao tratamento e à importância da reabilitação. Alguns desses estudos afirmam que a depressão pode ser uma manifestação secundária da dor crônica e do sentimento de incapacidade, além

da importância do quadro depressivo na perpetuação ou agravamento de sintomas clínicos. A associação da depressão a outros quadros clínicos está mais comumente representada em doenças relacionadas à dor, como: tendinite, fibromialgia, LER/DORT e neoplasia (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 2000; BERBER KUPEK; BERBER, 2005; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; ROCHA, 2007; MARTINS, 2004). Estudos relacionam ainda as mudanças de fases da vida da mulher como as reações pós-parto e tensão pré-menstrual (MORAES; PINHEIRO; SILVA; HORTA; SOUSA; FARIA, 2006; RUSCHI; SUN; MATTAR; CHAMBÔ FILHO; ZANDONADE; LIMA, 2007). E, ainda, existe atualmente um interesse relevante por pesquisas que apresentam a prevalência crescente em idosos, em decorrência aumento da longevidade (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; LEITE; CARVALHO; BARRETO; FALCAO, 2006).

O Ministério da Saúde (2001) afirma que a relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. Caracteriza-se por perda de posição na hierarquia, frustração de aspirações relacionadas à carreira, decepções sucessivas, perdas acumuladas ao longo dos anos, exigências excessivas de desempenho, geradas pelo excesso de competição que implica na ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa. Seligmann-Silva (1995) aborda diferentes formas de manifestar-se no ambiente laboral: por meio de expressões somáticas, de mal-estar ou doenças, acidentes de trabalho, alcoolismo, absenteísmo, alterações de comportamento, demonstrando aparente euforia ou hiperatividade, que muitas vezes se estendem ao ambiente familiar e demais níveis de vida.

Informações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) indicam que o diagnóstico precoce e o tratamento da pessoa depressiva são essenciais para não comprometer sua qualidade de vida e acrescentar quadros de morbidade e mortalidade. Alguns trabalhadores apresentam mais sensibilidade em sua estrutura psicológica, e a configuração do trabalho pode favorecer a incidência do acometimento de patologias, como: depressão, LER/DORT, dores na coluna e articulações, dores de cabeça, doenças crônico-degenerativas (hipertensão, alguns tipos de câncer, diabetes e cardiopatias) (CAMPOS, 2006).

Nos casos de episódios depressivos leves, o desempenho no trabalho e o grau de capacidade laborativa do indivíduo podem apresentar acentuada queda de rendimento, embora ainda seja possível permanecer no trabalho. Todavia, quando se trata de episódios considerados moderados e graves, a dificuldade para o desempenho profissional torna-se comprometida, ocorrendo, na maioria

das vezes, afastamento do trabalho (INOCENTE; CAMARGO, 2004). Pesquisas internacionais realizadas na década de 1980 (WELLS *et al.*, 1989; STUART, 1988) concluem que a depressão causa mais prejuízo ao desempenho pessoal, profissional e social do que a hipertensão, diabetes, distúrbios gastrointestinais, pulmonares, ortopédicos e cardíacos.

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), o setor hospitalar é considerado um dos segmentos onde se encontram maiores índices de doença mental, entre eles o estresse e o distúrbio de humor, como a depressão e a síndrome do pânico. Nesses segmentos, os distúrbios já são considerados doenças profissionais. O ambiente hospitalar é caracterizado por envolver um ritmo de atividade exaustiva, muitas vezes, com turnos alternados de trabalho (ora de dia, ora à noite), além de estar permanentemente relacionado ao sofrimento, com o qual o profissional convive diariamente: a doença e a morte. Os transtornos mentais e comportamentais (TMC) relacionados ou não ao trabalho frequentemente apresentam prevalência entre servidores públicos (CAMPOS, 2006).

Em 2003, foi realizado estudo com estudantes de enfermagem e de medicina, no interior paulista, com o objetivo de avaliar o grau de depressão desses acadêmicos. Os pesquisadores (SANTOS, ALMEIDA, MARTINS, MORENO, 2003) afirmam que alguns daqueles estudantes de enfermagem e medicina apresentaram problemas psíquicos ao longo do curso, ou seja, 40% dos estudantes de medicina apresentaram depressão e 55% dos acadêmicos de enfermagem mostraram elevados índices de depressão. Os dados sócio-demográficos apontam para a prevalência de mulheres, com idade média de 20 anos, solteiras e provenientes de cidades diversas. Dessas 41% apresentam grau de depressão, que varia entre leve a grave, cujos sintomas de maior destaque foram auto-acusação, fadiga e irritabilidade. A investigação remete para a necessidade do desenvolvimento de programas que acompanhem as estudantes durante a formação acadêmica. Além disso, o estudo remete à reflexão de que o preparo emocional do estudante está diretamente relacionado à sua atuação profissional futura e à capacidade de resolução de problemas.

No contexto do trabalho, os sintomas de depressão prejudicam as relações interpessoais e a produtividade do trabalhador. Um estudo de observação longitudinal, no período de 2001 a 2004, teve por objetivo avaliar se a depressão afeta a produtividade no trabalho. Participaram da pesquisa 286 pacientes com desordem depressiva grave (DSM-IV) e/ou distímia, comparados a 93 pessoas com artrite reumatóide (uma condição associada à inabilidade de trabalho) e 193 sujeitos de controle, considerados sadios. Os

participantes estavam trabalhando ao menos 15 horas por semana e não planejavam deixar de trabalhar. Foram aplicados os questionários *Work Limitations Questionnaire*, que avaliam os resultados de trabalho, e *Patient Health Questionnaire-9* para a depressão. Foi constatado que o grupo de depressão teve déficits significativamente maiores à execução de tarefas mentais e interpessoais, administração do tempo e tarefas físicas. A produtividade no subconjunto de participantes deprimidos que melhoraram clinicamente permaneceu constantemente pior que o desempenho do grupo de controle. Conclui-se, com esse estudo, que as múltiplas dimensões da produtividade são prejudicadas pela depressão. Segundo os pesquisadores, este foi o primeiro estudo longitudinal para avaliar os efeitos da depressão na produtividade em comparação a outros dois grupos, um com referência de vulnerabilidade para trabalhar e outro considerado sadio (ADLER; MCLAUGHLIN; ROGERS; CHANG; LAPITSKY; LERNER, 2006).

Pesquisadores americanos (ELINSON; HOUCK; MARCUS; PINCUS, 2004) realizaram um estudo com o objetivo de identificar e comparar fatores relacionados a pessoas deprimidas que trabalham e pessoas deprimidas que não trabalham, pois partem do pressuposto de que a depressão pode ter um impacto sério na capacidade de uma pessoa em trabalhar. Com base no *National Health Interview Survey Disability Supplement* (NHIS)²⁴, identificaram pessoas com idade entre 18 e 69 anos com depressão. Levantaram dados sócio-demográficos, saúde mental, limitação funcional e características de incapacidade de pessoas deprimidas que trabalham e pessoas deprimidas que não trabalham, e compararam com os resultados da aplicação do “*chi square test of significance*”. Os resultados indicaram que aproximadamente metade das pessoas, que informaram ter depressão grave, está trabalhando. Comparado com pessoas deprimidas que não trabalham, as pessoas deprimidas que trabalham tendem a ser mais jovens, do sexo masculino, com maior nível de formação escolar, possuem rendimento mais alto, moram sozinhas ou dividem moradia, e vivem em perímetro urbano ou suburbano. Esses nem sempre se percebem incapazes de trabalhar e são mais saudáveis e menos prejudicados por limitações sociais, cognitivas e físicas do que as pessoas com depressão que não trabalham. A pesquisa teve como propósito contribuir para a produção de conhecimento e para o desenvolvimento de programas que possibilitem a melhoria do acesso ao cuidado de saúde e à aderência ao tratamento adequado para a depressão, já que a permanência no trabalho, mesmo que responsável

²⁴ (NHIS) é uma pesquisa anual patrocinada pelo Centro Nacional de Estatística da Saúde (National Center for Health Statistics) nos EUA.

por prejudicar o desempenho no trabalho possibilita uma melhor condição no processo saúde-doença. Entre as conclusões da pesquisa, é possível constatar que a população de pessoas deprimidas, que trabalham e que não trabalham, são claramente diferentes.

Pesquisadores na Europa Oriental e Central (PIKHART; BOBAK; PAJAK; MALYUTINA; KUBINOVA; TOPOR; SEBAKOVA; NIKITIN; MARMOT, 2004) ao considerar que fatores psicossociais interferem nos resultados relativos à saúde no contexto do trabalho, realizaram uma pesquisa transversal seccional para relacionar o trabalho e a depressão, que foi desenvolvida em três cidades destes países: Novosibirsk, na Rússia, Cravóvia, na Polônia e Karvina-Havirov, na República Checa. A pesquisa foi realizada com 645 homens e 523 mulheres, com idade entre 45 e 64 anos, selecionados aleatoriamente por meio de registros demográficos nos referidos países. Foi aplicado questionário com perguntas sobre esforço e recompensa no trabalho, controle de emprego, aplicado à escala CES-D de depressão²⁵ e outras características. Ao relacionar as variáveis previstas, sexo, idade e país de origem, o estudo sugere que o desequilíbrio de recompensa do esforço no trabalho está relacionado à prevalência de depressão nessas populações pesquisadas. Ou seja, entre os fatores psicossociais definidos na pesquisa, o de recompensa no trabalho apresenta implicação mais expressiva no que se refere à manifestação da depressão.

Independente da concepção adotada para tratar a temática depressão, é indiscutível sua abrangência no que se refere ao interesse pela construção do conhecimento científico, seja na busca por melhor delimitação de diagnóstico e formas de tratamento, seja no interesse e promoção de estudos nacionais e internacionais que respondam a indagações quanto às maiores prevalências, aos vínculos com categorias profissionais específicas, à influência na diminuição da produtividade ou à decorrência de diversas outras doenças físicas.

Os estudos que enfatizam a relação entre os fenômenos trabalho e saúde expandem-se progressivamente. As teorias abordadas neste estudo – Teoria do Estresse; Psicodinâmica do Trabalho; Epidemiologia e Subjetividade e Trabalho – apresentam contextualizações amplas e coletivas e não propõem formas efetivas de mudanças. Quanto às perspectivas teóricas, que embasam o processo de adoecimento e o sintoma da depressão, embora diferentes, coexistem, pois representam a junção de fatores biológicos, psicossociais,

²⁵ Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, que consiste em um instrumento de rastreamento do *Nacional Institute of Mental Health*.

econômicos, políticos e culturais. A psicologia pode ser compreendida como ciência fundamental para o aprofundamento de tais estudos, bem como para a busca de uma prática mais condizente com as necessidades individuais. Entretanto, a base de identificação reside ainda na concepção médica, que enfatiza a doença ao invés da saúde.

Assim, vale pontuar que a presente pesquisa apropria-se do conhecimento e contribuição inegável dos estudos, principalmente da Psicodinâmica do trabalho, dada a sua fundamentação que também pautam os estudos de Estelle Morin. Além disso, obrigatoriamente se utiliza da perspectiva médica no que se refere à categorização e formalização dos processos de adoecimento, afastamento do trabalho e depressão. Porém, epistemologicamente tem por referência as bases da perspectiva psicossocial, que compreende a depressão como a manifestação de um desajuste diante do sistema predominante, cercado de múltiplos fatores intervenientes que, desse modo, necessitam de atenção singularizada.

A partir da revisão da literatura, na tentativa de contemplar os limites e abrangências que envolvem os campos de estudos referentes aos sentidos do trabalho e o processo de depressão, pretende-se a seguir delimitar as escolhas relativas ao modo como foi investigado o problema de pesquisa: quais os sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão?

2 CONSTITUIÇÃO DO MÉTODO

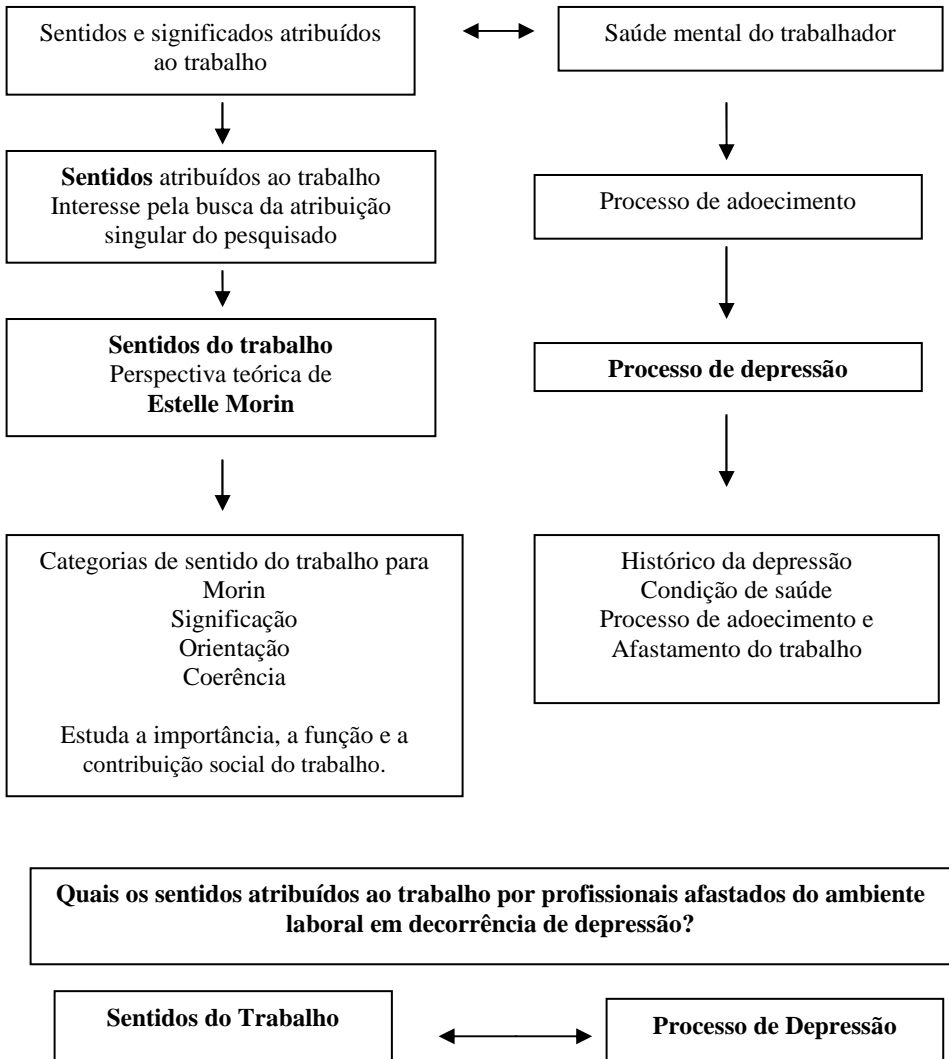
A pesquisa científica tem como suporte a interconexão da tríade: bases epistemológicas, referencial da literatura compatível e o método de pesquisa que venha ao encontro de seus fundamentos. Há estudiosos preocupados com a definição explícita dos alicerces que definem a investigação científica, outros argumentam a retórica de que nenhum estudo pode ser essencialmente qualitativo ou quantitativo (LAVILLE; DIONNE, 1999; SEVERINO, 2007). Tal afirmação sustenta-se na ideia de que a pesquisa exclusivamente quantitativa não terá consistência teórica ou relevância social sem a compreensão do que os números representam e, do mesmo modo, a investigação eminentemente qualitativa pode ser considerada vaga se não for contextualizada em uma determinada população, caracterizada por dados sócio-demográficos que as diferenciam de outras.

A presente pesquisa corresponde a um estudo de caráter descritivo qualitativo, ou seja, a partir da coleta de dados e do depoimento da população investigada descreve, interpreta e analisa as informações. Tais características, de acordo com Laille e Dionne (1999), possibilitam o aprofundamento da investigação. Justifica-se pela necessidade de adentrar o tema, visando o número expressivo de pesquisas epidemiológicas e estatísticas, em especial quanto ao campo da saúde do trabalhador, que remetem à carência de maior compreensão da realidade subjetiva.

Serão apresentados a seguir a estrutura da pesquisa, os procedimentos adotados para a seleção de participantes, os recursos, técnicas e instrumentos utilizados para obtenção dos dados, a delimitação dos critérios de escolha e análise e interpretação dos dados.

2.1 ESTRUTURA CONCEITUAL DA PESQUISA

Segue esquematicamente como a pesquisa foi conceitualmente construída:



Quadro 2 - Estrutura conceitual da pesquisa.
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

2.2 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES

A pesquisa foi composta por uma população identificada por meio da Análise de Documentos e por participantes, inclusos nessa mesma população, porém que participaram das Entrevistas Individuais. Assim, correspondem a profissionais, funcionários públicos federais, que atuam como servidores técnico-administrativos e/ou docentes, concursados pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A população é representada por profissionais que estavam afastados do trabalho por motivos relacionados à depressão, durante o período de julho a dezembro de 2009, possuem idade acima de 40 anos, na maioria mulheres, e servidores técnico-administrativos. Já os participantes da pesquisa correspondem a 08 profissionais afastados do ambiente de trabalho, em decorrência de diagnóstico médico de depressão, de acordo com a nomenclatura adotada pelo CID-10, pertencente à categoria F, que se refere a transtornos mentais e comportamentais. Os afastamentos do trabalho ocorreram durante o ano de 2009, com tempo mínimo de 30 dias, sem limite máximo, tanto em situação de primeiro afastamento quanto de continuidade ou recorrência do mesmo.

O nível de escolaridade foi um critério que diferenciou a população dos participantes da pesquisa, pois os mesmos possuem nível superior completo. Não houve restrições quanto a dados sócio-demográficos como gênero, idade, categoria profissional ou área de atuação.

Entre os participantes, 06 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino, 04 servidores técnico-administrativos e 04 docentes. A faixa etária desses profissionais compreendia as idades entre 40 e 58 anos. Os participantes foram nomeados de E1 a E8, de acordo com a sequência em que foram realizadas as entrevistas.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Santa Catarina. Tal organização foi fundada na década de 1960. De acordo com informações obtidas no site institucional, a UFSC tem sob sua responsabilidade uma população de aproximadamente 35 mil pessoas, distribuídas em 26 cursos de doutorado, 104 cursos de mestrado, 88 especializações e 41 cursos de graduação. Na educação básica, possui ensino fundamental, ensino médio e

técnico, nos quais estão matriculados cerca de 2.500 discentes. A graduação abriga 20.700 alunos e na pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) estão matriculados 7.900 alunos, totalizando aproximadamente 31 mil discentes. Como profissionais, atuam 1.779 docentes e mais 2.783 servidores técnico-administrativos.

Os cursos são distribuídos em 11 Centros de Ensino: Ciências da Saúde, Desportos, Ciências da Educação, Sócio-Econômico, Tecnológico, Comunicação e Expressão, Ciências Jurídicas, Ciências Agrárias, Ciências Biológicas, Ciências Físicas e Matemáticas e de Filosofia e Ciências Humanas. Cada Centro de Ensino é composto por Departamentos com cursos correspondentes às áreas. Assim, os Departamentos são constituídos por servidores técnico-administrativos e servidores docentes que atuam junto aos alunos, docentes e comunidade.

A UFSC é organizada em um organograma formado, primeiramente, por um Conselho Universitário junto a um Conselho de Curadores, Reitor e Vice-reitor, assessorados por órgãos como Agência de Comunicação, Biblioteca Universitária, Hospital Universitário, Departamento de Cultura e Eventos, entre outros. O estatuto da universidade dispõe sobre a criação de pró-reitorias e secretarias especiais com o objetivo de auxiliar o Reitor no exercício de suas tarefas executivas.

A presente pesquisa foi realizada junto a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social, que é um órgão executivo central da administração superior da Universidade, criado com o objetivo de auxiliar na área de gestão de desenvolvimento humano voltado à melhoria do nível de qualidade de vida no trabalho dos servidores docentes e técnico-administrativos. Esta Pró-Reitoria é formada por três departamentos:

- Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas;
- Desenvolvimento de Administração de Pessoal;
- Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde.

Esse último tem por objetivo desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação no trabalho, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos servidores técnico-administrativos e servidores docentes.

Os participantes da pesquisa foram profissionais atendidos na Junta Médica Oficial da Universidade, setor pertencente a essa Pró-Reitoria. A Junta Médica Oficial (JMO) é composta dos setores de Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho. Esta última possui em sua equipe três médicos, um

assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira do trabalho e, em caso de necessidade, conta com a assessoria de um técnico de segurança e um engenheiro do trabalho. Funciona nas dependências do Hospital Universitário, atende os servidores da Universidade em situação de doença e realiza, semanalmente, uma reunião conjunta com a Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Departamento de Apoio Pessoal do HU e Serviço Social para avaliação dos servidores com afastamento prolongado do trabalho. É importante considerar que 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, ratificando ou não o afastamento do servidor. Existem tipos de afastamentos sistematizados pela JMO: por doença, para tratamento de saúde, por motivo de doença na família e de licença à maternidade (SILVEIRA, 2008).

2.4 ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Para compreender os sentidos atribuídos ao trabalho e o processo saúde-doença foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice C) para a coleta e obtenção dos dados referentes aos profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão.

Além da realização das entrevistas, surgiram a necessidade e a oportunidade de efetuar uma análise documental (Apêndice D) dos casos de afastamento do trabalho em decorrência da depressão, ocorridos na Universidade durante o ano de 2009, ou seja, foi disponibilizado o acesso aos prontuários de profissionais dentro das condições supracitadas.

2.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE

As entrevistas foram realizadas nos consultórios da Junta Médica da UFSC. Trata-se de um espaço adequado, composto de consultórios privados, sem ruídos externos, com boa iluminação. O ambiente possibilitou que as entrevistas com os participantes fossem realizadas sem interrupções externas, asseguradas quanto ao sigilo, além de corresponder a um ambiente já conhecido e utilizado pelos participantes, o que, de certo modo, facilitou a adesão à pesquisa. Além disso, uma das entrevistas foi realizada na casa do

participante, haja vista a dificuldade pessoal em o mesmo deslocar-se para a universidade.

A análise dos documentos foi realizada no setor destinado à organização e atualização dos arquivos do Hospital Universitário.

2.6 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização das entrevistas foram utilizados gravador de voz, MP3 Digital Life DL, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), o roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice C), caneta e folhas.

Quanto à análise de documentos, foi providenciada a elaboração de uma solicitação por escrito (Apêndice F), destinada à Presidente da Junta Médica que, após assinar como ciente da investigação, encaminhou-a à direção do Hospital. Foram utilizados caneta, folhas e roteiro de análise (Apêndice D).

2.7 PROCEDIMENTOS

Foram elaborados procedimentos específicos relativos à escolha e seleção da organização; ao contato com a responsável pela Junta Médica; à escolha e adesão dos participantes; às categorias analisadas, à construção do roteiro de entrevista; ao contato com os participantes; ao registro das entrevistas; ao contato com o responsável pelo acesso aos prontuários, à construção do roteiro de análise dos documentos e à análise das informações.

2.7.1 Escolha e seleção da organização

Inicialmente, a pesquisadora buscou, como fonte de informação, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), por se tratar do órgão que concentra, acompanha e oferece suporte aos casos de afastamento do trabalho no Brasil. Entretanto, após um mês de reuniões e tentativas de acesso, por critérios éticos de sigilo e estrutura organizacional centralizada em Brasília, foi inviabilizado o acesso aos documentos e, conseqüentemente, às pessoas enquadradas nessa condição.

Assim, surgiu o interesse pela Instituição Federal de Ensino Superior, que, como órgão público, não usufrui dos serviços disponibilizados pelo INSS, tendo assim um espaço e estrutura própria para dar suporte e acompanhar os casos de afastamento do trabalho. Além disso, a universidade, por sua abrangência de atuação, contempla diferentes áreas, algumas identificadas na

literatura científica como categorias profissionais caracterizadas por índices elevados de afastamentos por adoecimento no trabalho. Destaque para a área de saúde, representada principalmente por profissionais que trabalham em hospitais (MANETTI; MARZIALE, 2007), bem como a categoria de professor (GASPARINI *et al.*, 2005). Outro aspecto facilitador consiste no interesse e disponibilidade de pessoas que, fazendo parte de uma instituição de ensino, geralmente compreendem e aceitam mais prontamente a participação em pesquisa. Desse modo, a universidade representou uma rica fonte de informação para a presente investigação.

2.7.2 Contato com a responsável pela Junta Médica Oficial

O primeiro contato com a Junta Médica da universidade, para apresentação da pesquisa, foi realizado por telefone com a médica presidente da Junta, quando foi agendada uma reunião com a presença da professora orientadora da pesquisa, a pesquisadora, a psicóloga da equipe e a médica presidente da junta. A equipe prontamente demonstrou interesse na investigação e comprometeu-se a levantar casos que contemplassem o perfil previamente definido de participantes, ou seja, servidores técnico-administrativos e docentes, com nível superior completo, afastados do trabalho por motivos relacionados à depressão.

2.7.3 Escolha e adesão dos participantes

A primeira triagem das informações foi coletada pela equipe de profissionais da Junta Médica (médica presidente e psicóloga da equipe). Ou seja, a partir das consultas em acompanhamento, no período de realização da pesquisa de campo, a equipe relacionou os possíveis profissionais afastados do trabalho com diagnóstico de depressão, que estivessem em condições (físicas e emocionais) e disponíveis para participar das entrevistas. Antes de passar as informações dos possíveis participantes à pesquisadora (nome e contato), a equipe responsabilizou-se em repassar as informações iniciais quanto à pesquisa, consultando-os a respeito do interesse na participação. As pessoas que se colocaram à disposição foram relacionadas na listagem para que a pesquisadora realizasse o contato, pessoal ou por telefone, para agendar as entrevistas, o que significa que os participantes foram escolhidos por acessibilidades (LAVILLE; DIONNE, 1999).

2.7.4 Categorias de análise

No decorrer do processo de construção do referencial da literatura e do roteiro de entrevista, foram consideradas as categorias que configuram os fenômenos de pesquisa: Sentidos do trabalho e Processo de depressão. Para tanto, o interesse no estudo esteve voltado à análise dessas categorias, procurando definir quais constituem o fenômeno e possibilitam a melhor organização dos dados coletados.

Tabela 1 - Decomposição da Categoria – Sentidos atribuídos ao trabalho

Sentidos atribuídos ao trabalho	
Componentes do sentido	
Significação	Valor do trabalho (centralidade e importância) Definição do trabalho (concepção)
Orientação	Função do trabalho
Coerência	Contribuição Social – Engajamento

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Tabela 2 - Decomposição das Categorias – Depressão; Processo de adoecimento e Afastamento do trabalho

Depressão - Processo de adoecimento - Afastamento do trabalho	
Depressão	Histórico da depressão
Processo de adoecimento	Condição de saúde atual Diagnóstico Sintomas Uso de medicação Doenças associadas e/ou decorrentes
Processo de afastamento do trabalho	Histórico de afastamentos Motivos que levaram ao afastamento Estratégias de enfrentamento durante o período Representação pessoal do período de afastamento Preparação para o retorno ao trabalho

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

2.7.5 Elaboração do roteiro de entrevista

Por meio de observação indireta, foram conduzidas entrevistas individuais semi-estruturadas. A escolha pela realização de entrevistas teve o propósito principal de aprofundar os conteúdos investigados, isto é, dar voz aos

participantes por meio do relato de suas vivências, bem como obter informações de forma esclarecedora, com espaço para explorar aspectos subentendidos e sanar dúvidas. Além disso, por meio da entrevista, é possível assegurar aos participantes melhores condições para o estabelecimento de confiança e vínculo entre as partes, controle de algumas variáveis intervenientes, tais como: espaço, facilidade para marcar encontros e sigilo; e, com isso, melhores possibilidades de aceitação para participar da pesquisa. Good e Hatt (1979, p.237-40) conceituam a entrevista como o “desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo ato social comum à conversação”, complementam ainda ser ela “fundamentalmente um processo de interação social”.

O roteiro foi elaborado e organizado em quatro partes:

1. Dados sócio-demográficos dos profissionais afastados por depressão, incluindo aspectos referentes ao tempo de afastamento do trabalho, histórico de atestados, frequência e tempo de permanência, tanto na organização como na função;
2. Sentidos do trabalho, delimitados de acordo com as categorias definidas por Morin, contendo em sua estrutura principal significação, orientação e coerência do trabalho. Importante considerar que a última categoria foi utilizada pela pesquisadora como contribuição social;
3. Processo de depressão, que incluem dados como o registro do CID (Código de Identificação de Doenças), histórico da depressão e dos afastamentos, condições atuais de saúde e vinculação com a organização e com a função que exerce;
4. Foi questionado aos participantes, se na sua concepção pessoal, há vinculação (seja positiva ou negativa) entre o sentido do seu trabalho e o processo de afastamento e adoecimento.

2.7.6 Contato com os participantes

A equipe da Junta Médica, além de organizar a listagem de possíveis participantes da pesquisa (os profissionais, servidores ou docentes, que correspondessem aos critérios pré-estabelecidos, de nível superior completo, afastados do trabalho durante o ano de 2009 por motivo de depressão) foi responsável também pelo primeiro contato com os profissionais. Esse ocorreu ou pessoalmente - na realização de consultas de acompanhamento geralmente feitas a cada 30 dias -, ou por telefone - para informar sobre a pesquisa e consultar a respeito do interesse em participar.

Na organização das atividades da Junta Médica, há o agendamento de um dia na semana (nesse caso, às terças-feiras) em que a equipe de profissionais atende consultas exclusivas de pacientes com diagnósticos com CID-F, ou seja, casos relacionados à saúde mental. Os contatos com os profissionais afastados participantes da pesquisa foram, na maioria das vezes, realizados nesses momentos; pois, em alguns casos, essas pessoas vão esporadicamente ao local de trabalho.

Após essas primeiras providências, a pesquisadora realizou contato com os participantes. Em algumas situações, esteve presente às terças-feiras pela manhã para aguardar que a equipe da Junta informasse sobre a pesquisa. Assim, logo na sequência, apresentava a proposta e agendava ou realizava a entrevista. Em outros casos, viabilizou o primeiro contato por telefone, apresentou-se e organizou data e horário do encontro.

Na presente pesquisa, utilizou-se uma amostra denominada por Lavelle e Dionne (1999, p.170) como não-probabilística, que consiste nas mais simples de compor. De acordo com os autores, “quando a participação na pesquisa é exigente, ou por razões éticas, o tema abordado for delicado, apelar-se-á a uma amostra de voluntários fazendo um apelo para reunir pessoas que aceitem participar”. Embora a pesquisa tenha sido desenvolvida em um contexto que proporciona o ensino, a pesquisa e a extensão (nesse sentido, favorece o entendimento e o acesso à participação de pesquisas), as características desses participantes, de estar na condição de afastados do trabalho em decorrência de depressão, tornam-nos contatos delicados, que demandam habilidade do pesquisador para expor os objetivos a que se propõe e a capacidade de empatia com a condição na qual eles estão vivendo.

2.7.7 Realização e registro das entrevistas

Durante o período de outubro a dezembro de 2009, a pesquisadora esteve presente no HU para a realização da pesquisa de campo, e a Junta Médica conseguiu identificar o total de 13 possíveis participantes que atendiam aos critérios de seleção para realizar as entrevistas. Desse número, houve situações diferenciadas de recusa ou impossibilidade de participação da pesquisa, as quais foram:

1. Um caso em que o profissional retornou ao trabalho, ou seja, deixou de atender à condição de afastado do trabalho;

2. Com um outro profissional, com o qual houve um primeiro contato pessoal, numa conversa informal (sem gravação e autorização para a pesquisa), foi agendada uma entrevista com posterior cancelamento por telefone;

3. Houve três casos em que foram realizados entre dois e quatro contatos por telefone, na tentativa de marcar uma entrevista sem sucesso.

Assim, das 08 entrevistas realizadas, 03 foram efetuadas no HU às terças-feiras após a consulta com a Junta Médica; em outros 02, houve o contato pessoal da pesquisadora e agendamento das entrevistas numa data subsequente, sendo uma no espaço da Junta e outra na casa do participante; e 03 casos em que o contato inicial da pesquisadora foi por telefone e, posteriormente, foram agendadas entrevistas na Junta.

No início de cada entrevista, depois de cumprimentos, agradecimentos e apresentação profissional da pesquisadora, foram elencados os objetivos da pesquisa, a importância de tal estudo para a sociedade, contemplados no roteiro que norteia a entrevista. Foram também abordados aspectos referentes à garantia do sigilo das informações, a preocupação em divulgar conteúdos remetidos exclusivamente ao objetivo da investigação e o comprometimento com o encaminhamento dos resultados gerais do trabalho após sua finalização. Além disso, houve a solicitação da gravação do encontro, em áudio, e da entrega para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (Anexo 1 - Certificado do - CEPESH/UFSC).

O tempo da entrevista não foi delimitado e variou de 45 minutos a 02 horas e meia de duração, ocorrendo uma média geral de 1 hora e 15 minutos. A pesquisadora deixou os participantes se expressarem livremente a partir das questões apresentadas no roteiro, permitindo que os mesmos desenvolvessem os assuntos de acordo com suas próprias perspectivas e importâncias. Todas as entrevistas, dada à delicadeza do tema, foram cercadas de emoção, manifestação de tristeza, frustração, ressentimento, indignação, saudosismo e nostalgia. Diversas entrevistas tiveram como elementos importantes as emoções e os afetos manifestos pelos servidores em relação ao afastamento do trabalho. Desse modo, falar sobre o assunto na entrevista significou desde um desabafo, ou o resgate de situações ainda não resolvidas, à elaboração de outras formas de visualizar a experiência, ou mesmo, fortalecer-se para o retorno ao trabalho.

Todas as entrevistas foram gravadas em MP3, conforme especificado anteriormente. Após a realização de cada uma, o conteúdo era imediatamente transportado para o computador, e efetuada posterior transcrição. As

transcrições foram registradas de acordo com a sequência das entrevistas, estabelecendo data e código alfa-numérico, como medida de identificação das respostas dos entrevistados.

2.7.8 Elaboração do roteiro para análise dos documentos

Para a elaboração do roteiro de investigação dos prontuários, foram necessárias as delimitações preliminares, tais como:

1. Definir o período a serem pesquisados os documentos: de julho a dezembro de 2009;
2. Realizar o levantamento das agendas da Junta Médica que ocorrem às terças-feiras, dia destinado ao atendimento de casos de afastamento relacionados à saúde mental;
3. Identificar casos diagnosticados como pertencentes ao CID-F, de acordo com os registros localizados nas agendas da Junta Médica, referente às terças-feiras;
4. Relacionar os números dos prontuários identificados;
5. Formalizar a solicitação para a realização da pesquisa dos prontuários identificados;
6. Agendar dia e hora para o levantamento dos dados.

De acordo com o protocolo de pesquisa dos prontuários, as solicitações podiam ser efetuadas com o máximo de 30 prontuários a cada pesquisa. Vale salientar que o material pesquisado, além de extenso, é impresso, sendo que foram encontrados prontuários abertos na década de 1980. Assim, foram realizados dois pedidos para a análise documental. No primeiro pedido havia uma relação de 30 prontuários, nos quais foram identificados 19 casos. E, no segundo momento da pesquisa, foram solicitados mais 33 prontuários, com o aproveitamento de 17 deles. É importante considerar que no segundo pedido havia a solicitação de prontuários que não foram disponibilizados na primeira pesquisa. Assim, somaram-se 50 possíveis casos de afastamentos do trabalho por depressão que poderiam ter sido analisados. Porém, diante de imprevistos, como: ausência do prontuário no dia pesquisado por motivo do profissional estar no hospital para consulta, exame ou internação; erro na identificação do número do prontuário; ou ainda, equívoco quanto ao nome correto do profissional afastado, esse número foi reduzido. Dos 50 prontuários manuseados, foram validados como pertencentes aos critérios de escolha para a análise 36 deles, sendo que os 08 participantes das entrevistas estão inclusos nesse total.

No contato com a Junta Médica, foram cogitadas duas possibilidades de um profissional afastado por depressão, pertencente à Instituição pesquisada, não constar nos dados coletados:

a. Quando, por algum motivo, a equipe responsável pela marcação de consulta da Junta Médica não agendar o servidor na terça-feira (dia destinado aos casos de saúde mental);

b. Quando, por algum motivo, o departamento no qual o servidor está lotado, não exige a formalização do afastamento e, desse modo, torna-se desconhecido pela Instituição e, por consequência, pela Junta Médica.

Para a realização da análise de documentos, foi delimitada a pesquisa dos seguintes dados sócio-demográficos:

a. Diagnóstico médico (identificação do CID-F);

b. Histórico de afastamentos por depressão (tempo e número);

c. Histórico de afastamentos de saúde;

d. Motivo e/ou queixa do profissional que leva(m) ao afastamento do trabalho;

e. Sintomas identificados pela Junta que justificam o afastamento do trabalho;

f. Uso de medicação;

g. Cargo/Formação; Gênero e Idade.

É importante considerar que tais informações relacionadas à análise documental não foram encontradas na totalidade dos prontuários.

2.7.9 Análise dos documentos

A análise de documentos surgiu como proposta de investigação ao longo do contato com a equipe da Junta Médica, no decorrer da pesquisa de campo. Tal necessidade e possibilidade foram desvendadas a partir da inter-relação entre pesquisadora e equipe de profissionais da Junta Médica, bem como o conhecimento mais apurado do funcionamento da universidade.

A solicitação de acesso aos prontuários foi realizada com o apoio e ciência da Junta Médica, sendo o primeiro contato e a entrega da formalização do pedido em conjunto com a psicóloga da equipe.

O HU, por tratar-se de um hospital escola, possui um protocolo de funcionamento estruturado, tanto com relação à organização, manutenção e arquivamento dos prontuários, como para a solicitação de pesquisa desse material. Possui um modelo de solicitação por escrito e exige agendamento para pesquisa e espaço próprio para o levantamento dos dados.

2.7.10 Análise e interpretação dos dados

A análise e interpretação dos dados foram efetivadas por meio da organização e da categorização dos documentos pesquisados, como também do registro dos relatos verbais.

A pesquisa de base documental, de acordo com Laville e Dionne (1999, p.167-68), aporta para a informação direta, ou seja, “os dados estão lá, resta fazer sua triagem, criticá-los, isto é, julgar sua qualidade em função das necessidades da pesquisa, codificá-los ou categorizá-los... Onde, nesse caso, traçar o limite entre a coleta e a análise? Pois atribuir um código, associar a uma categoria, já é analisar ou até interpretar”. Para esta pesquisa, a partir das categorias pré-estabelecidas, foram organizadas as informações, agrupadas em quantidades de ocorrências e transformadas em tabelas e quadros que possibilitaram o entendimento da população em sua totalidade e particularidades. A análise dos documentos ofereceu subsídio ao aprofundamento das informações coletadas por meio dos relatos verbais dos participantes. Quivy e Campenhoudt (1998, p.196) afirmam que “em investigação social, o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo”.

Houve um primeiro momento, de pré-análise, que aconteceu após as entrevistas. À medida que cada entrevista foi transcrita, o material era organizado sistematicamente, ou seja, separado por categorias pré-estabelecidas, tanto na revisão de literatura, quanto na delimitação do método utilizado. As falas dos participantes foram agrupadas de acordo com as categorias. Desse modo, configurou-se, a estrutura de análise do material, isto é, a sequência, organização dos dados e, com isso, também, a confecção de tabelas e quadros demonstrativos e explicativos.

Assim, a organização dos conteúdos referentes à análise e interpretação dos dados foi inicialmente separada em dois momentos. O primeiro caracterizou a população investigada, ou seja, descreveu os profissionais (participantes da pesquisa) afastados do trabalho por motivo de depressão e caracterizou a depressão destes. O segundo momento correspondeu à análise da categoria dos sentidos atribuídos ao trabalho, organizados de acordo com os três componentes dos sentidos: significação, organização e coerência. Além disso, mais duas subcategorias foram analisadas; sentidos do trabalho e a relação entre sentidos do trabalho e o processo de depressão. Cada aspecto da categoria foi interpretado separadamente, na busca por unir as informações

coletadas e organizadas de acordo com as referências e fundamentos teóricos descritos anteriormente no estudo.

Na análise de um modo geral, houve a preocupação constante com o aprofundamento das peculiaridades, na busca por evidenciar as investigações atuais que confirmassem e sustentassem as descobertas advindas da presente pesquisa. Desse modo, ao longo do capítulo da análise e interpretação dos dados procurou-se dar continuidade a revisão de literatura.

3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO POR PROFISSIONAIS AFASTADOS EM DECORRÊNCIA DA DEPRESSÃO

Ao longo do processo de construção e desenvolvimento dessa investigação, foi possível perceber que as áreas de conhecimento (como Sociologia, Psicologia e Antropologia) vêm estudando o sentido que o trabalho tem para as pessoas e que o mesmo tem se modificado de acordo com contextos históricos, sociais e econômicos diferenciados. Do mesmo modo, o campo da saúde do trabalhador, com estudos relacionados ao desempenho, capacidade para trabalhar, qualidade de vida e sofrimento no trabalho, tem produzido conhecimento científico e proposto alternativas de intervenção.

O presente estudo se propôs a identificar aproximações entre ambos os fenômenos, na intenção de um maior entendimento da concepção, valor e contribuição do trabalho para o profissional em processo de adoecimento com a pretensão de captar sutilezas da percepção individual diante de um processo coletivo, que é o ambiente de trabalho.

Assim, na análise e discussão das informações coletadas na pesquisa de campo, primeiramente, são apresentados os dados referentes ao levantamento de documentos, com o propósito de caracterizar a abrangência de profissionais na condição de afastados por depressão na organização estudada. Na sequência, são caracterizadas as pessoas que se dispuseram a expor suas concepções sobre o trabalho e suas condições como profissionais, por meio das entrevistas individuais; serão relacionados aos dados coletados por ambos os instrumentos de coleta: análise documental e entrevista; estabelecidos aspectos que caracterizam os participantes como deprimidos; e, por fim, descritos e discutidos os sentidos que o trabalho tem na vida dessas pessoas.

3.1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS POR MEIO DA ANÁLISE DOCUMENTAL

No levantamento das consultas realizadas na Junta Médica durante o período de julho a dezembro de 2009, foi encontrada uma relação de 50 pessoas afastadas por depressão.

Ao realizar a pesquisa dos prontuários, foi possível analisar 36 documentos, sendo que 14 desses não foram manuseados por motivos diversos já apresentados. Esse total de documentos analisados corresponde à população

investigada. É importante lembrar que os 08 entrevistados da pesquisa estão inclusos nesse número total e são considerados os participantes da pesquisa.

As duas primeiras tabelas (3 e 4) tratam de apresentar a população de acordo com dados sócio-demográficos, nesse caso, idade e gênero.

Tabela 3 - Distribuição da quantidade da população por faixa etária

Faixa etária	Quantidade
Até 40 anos	04
Entre 41 e 55 anos	25
Acima de 56 anos	06
Sem informação	01
Total	36

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A depressão pode desenvolver-se em qualquer fase da vida. Pesquisas demonstram as incidências de depressão, manifestada em todos os graus de gravidade (leve, moderada e grave), desde a infância, adolescência (FICHTNER, 2006; GRUNSPUM, 2006), na vida adulta, além de um índice crescente em idosos (CENCI, 2004). Inúmeras pesquisas sobre depressão indicam que sua prevalência é ampla, cuja abrangência envolve todas as faixas etárias, sendo que na infância e adolescência é considerada ainda recente e difícil de diagnosticar (CENCI, 2004), na vida adulta é associada a doenças relacionadas à dor, como a fibromialgia (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005), relacionada a fases da vida da mulher, como as reações pós-parto e tensão pré-menstrual (MORAES; PINHEIRO; SILVA; HORTA; SOUSA; FARIA, 2006; RUSCHI; SUN; MATTAR; CHAMBÔ FILHO; ZANDONADE; LIMA, 2007) e, ainda, há estudos que apresentam a prevalência crescente em idosos (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; LEITE; CARVALHO; BARRETO; FALCÃO, 2006).

É possível verificar na Tabela 3, que a maior frequência de participantes da pesquisa possui idade entre 41 e 55 anos, representada por 69% da amostra. Esses resultados vão ao encontro de pesquisa realizada com servidores do HU/UFSC que, por meio de análise de documentos, verificou que os profissionais afastados do trabalho por problemas de saúde eram em sua maioria com idades entre 41 e 50 anos (SILVEIRA, 2008). Em outro estudo, com o objetivo de avaliar o ajuste social e familiar de pacientes com transtornos afetivos (bipolar, unipolar, distímia e com depressão dupla), foi possível identificar o predomínio de casos com pacientes acima de 50 anos (TUCCI; KERR-CORREA; DALBEN, 2001).

Tabela 4 - Distribuição da quantidade da população quanto ao gênero

Gênero	Quantidade
Feminino	26
Masculino	10
Total	36

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Os dados que remetem à Tabela 4 confirmam o que ocorre na maioria expressiva de estudos realizados sobre a depressão. De acordo com Fleck *et al.* (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”. A fim de aprofundar tal evidência, Justo e Calil (2006, p.74) realizaram 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 (gravidez, tensão pré-menstrual ou menopausa).

Quanto à dimensão psicossocial, um dos aspectos, considerado pelos autores, consiste nas diferenças de papéis exercidos por homens e mulheres na sociedade, nos quais as mulheres assumem ainda posições de submissão diante dos homens. Um exemplo disso são os casos mais frequentes de abusos sofridos por mulheres que estão relacionados à manifestação da depressão, em outros momentos da vida após tal episódio. Os autores realizaram uma investigação no sentido de questionar as diferenças entre homens e mulheres quanto à manifestação dos sintomas, bem como a reação frente à utilização de medicamentos. Eles não deixam de concordar com a demanda de pesquisas, principalmente epidemiológicas, as quais confirmam na literatura científica que os transtornos do humor apresentam uma proporção de duas mulheres para um homem e, desse modo, finalizam o estudo evidenciando a necessidade de outros que abordem diferenças entre os gêneros.

Outro aspecto investigado na análise de documentos e apresentado na Tabela 5, diz respeito à categoria funcional a qual pertence a população.

Tabela 5 - Distribuição da quantidade da população quanto à categoria funcional

Categoria funcional	Quantidade
Servidor técnico-administrativo	26
Servidor Docente	10
Total	36

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A Tabela 5 demonstra que 72% da população investigada pertencem à categoria de servidor técnico-administrativo. Tal categoria inclui uma ampla diversidade de atividades e atribuições dentro do serviço público, ou seja, constitui-se de todos os profissionais que atuam na universidade, exceto os professores. São eles: copeiros, atendentes, auxiliares, assistentes, técnicos, que atuam na limpeza e no cuidado com o patrimônio, serviços operacionais, administrativos, restaurante e hospital. Na qualidade de estatutários, muitos desses profissionais possuem nível superior completo e atuam em cargos de nível médio.

Na literatura, é possível perceber que há uma demanda de pesquisas desenvolvidas sobre os índices de afastamento do trabalho por motivos de doença, de servidores públicos (municipais, estaduais e federais) (SILVA, 2004; CAMPOS, 2006; CUNHA, 2007; SILVEIRA, 2008). Tal incidência pode estar relacionada à quantidade de categorias profissionais que envolvem o servidor público, supracitadas. Muitos estudos, por exemplo, investigam profissionais que atuam no setor de saúde, principalmente enfermeiros, que pertencem à função de servidor técnico-administrativo (SANTOS *et al.*, 2003; FARIA *et al.*, 2005; MANETTI; MARZIALE, 2007; SILVEIRA, 2008).

Quanto à categoria de docentes, embora tecnicamente corresponda a uma atribuição específica de professor, abrange uma diversidade de áreas de formação e de objetivos em ensino, pesquisa e extensão. Os professores universitários, em sua unicidade, compreendem níveis de especialidade avançados, quando a maioria possui doutorado. Existem estudos que descrevem as atribuições referentes à vida docente e os reflexos na condição de saúde e bem-estar dessa categoria (INOCENTE; REIMÃO; GUIMARÃES; SOUZA; ROSSINI; AREIAS, 2005; GASPARINI *et al.*, 2005; STOTZ; CEZAR JUNIOR, 2007; FREITAS, 2007; CAMPOS, INOCENTE, ALVES,

GUIMARÃES, AREIAS, 2004). O nível de formação desses profissionais será abordado mais à frente.

Por meio da análise de documentos, foi possível investigar o histórico de afastamentos dos servidores, no qual se buscou identificar o número de afastamentos do trabalho e os períodos de ausência dessa população. Isso será apresentado nas Tabelas 6 e 7, primeiro especificando o tipo de afastamento temporal, se por períodos curtos (entre 01 e 20 dias) ou por períodos longos de ausência do trabalho (entre 30 e 120 dias). Os períodos de 20 a 30 dias correspondem a um vácuo na prática de afastamentos de trabalhadores, pois são quase inexistentes. No setor privado, há uma explicação plausível para tal procedimento, pois até 15 dias o profissional se afasta subsidiado pela empresa em que trabalha, após esta data entra para perícia do INSS. Quando isso ocorre, os afastamentos passam para, pelo menos, 30 dias. Possivelmente o setor, embora tenha sua própria estrutura organizacional para o acompanhamento de seus servidores (no caso desta pesquisa, a JMO), segue um padrão comum de funcionamento.

Tabela 6 - Distribuição da quantidade da população quanto aos períodos de afastamentos do trabalho por motivo de depressão (dados referentes ao ano de 2009)

Tipos de afastamentos	Quantidade
Períodos longos (entre 30 e 120 dias)	33
Períodos curtos (entre 1 e 20 dias)	03
Total	36

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Na UFSC, para que um profissional se afaste do trabalho faz-se necessário a apresentação, à Junta Médica, de um diagnóstico do médico, particular ou do SUS. Cabe a JMO analisar tal documento, avaliar o profissional e acompanhá-lo durante o período de afastamento do trabalho. O período de afastamento delimitado pelo médico está muitas vezes condicionado à gravidade da situação e/ou à necessidade do servidor.

No levantamento realizado, pode-se verificar uma variação de 30 a 120 dias de afastamentos por motivo de depressão. Os períodos de afastamento são intercalados por acompanhamentos da JMO e por consultas ao médico particular. Em alguns casos, a definição quanto à continuidade ou não do afastamento é discutida em conjunto médico-paciente. Do mesmo modo, a

Junta Médica tem como responsabilidade a avaliação da decisão do médico particular, cabendo a esse órgão concordar ou não com a decisão externa.

Os dados expressos na Tabela 6 indicam o número de afastamentos ocorridos durante o ano de 2009. De uma forma geral, os afastamentos são efetuados em períodos que permitam o acompanhamento médico, particular e da JMO. Conforme dados obtidos, 91% dos casos correspondem a afastamentos longos, entre 30 e 120 dias. Nesses casos, o profissional afasta-se por períodos, por exemplo, de 60 dias, que podem, em muitos casos, somar o período de 12 meses, ou seja, todo o ano de 2009. Há ainda casos em que o prolongamento por mais períodos são oficializados, totalizando o tempo de até dois anos de afastamento do trabalho. Após o período consecutivo de dois anos de afastamento, a Junta solicita ao médico particular o posicionamento quanto à capacidade de o profissional afastado retornar ao ambiente de trabalho ou dar início aos trâmites de aposentadoria por invalidez. Somando o total de períodos longos de afastamentos dos 33 profissionais afastados, totalizam-se 6.000 dias de ausências do trabalho, o que reflete em uma média de 166 dias de absenteísmo, equivalente a, aproximadamente, 05 meses de ausência no ano de 2009 para cada uma dessas pessoas. Tal dado pode ser associado aos altos custos gerados ao Governo pela ausência de profissionais no ambiente de trabalho. De acordo com levantamento realizado por Cunha, Blank e 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).

Entre os 36 profissionais afastados por licença saúde em decorrência de depressão, conforme Tabela 6, existem 03 casos de afastamento por períodos curtos, ou seja, que variam entre 1 e 20 dias de ausência do trabalho. Tais casos 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 correspondem ao início da faixa etária prevalente da população investigada (entre 41 e 55 anos).

Foi possível constatar na análise dos documentos que, nos casos de alguns servidores, os afastamentos foram, a princípio, por períodos curtos (entre dias e/ou semanas) e tornaram-se mais frequentes ao longo dos anos, podendo ser associados à idade e ao 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 abrange 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).

Dando continuidade à discussão da mesma categoria de análise, de histórico dos afastamentos, a Tabela 7 pretende demonstrar o período em que a população afastou-se do trabalho em decorrência da depressão ao longo dos anos de vida profissional. É importante considerar que dentro de tais períodos (seja de 01, 05, 10 ou 20 anos) constam vários afastamentos intervalares ou consecutivos.

Tabela 7 - Distribuição da quantidade da população quanto ao histórico temporal de afastamentos por depressão

Afastamentos registrados nos prontuários	Quantidade
Afastamentos ocorridos em 2009 (Primeiro afastamento – até 1 ano)	09
Afastamentos ocorridos entre 2004 e 2009 (05 anos de histórico)	17
Afastamentos ocorridos entre 1999 e 2009 (10 anos de histórico)	07
Afastamentos ocorridos entre 1989 e 2009 (20 anos de histórico)	03
Total	36

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A Tabela 7 sintetiza o histórico registrado nos prontuários individuais quanto aos afastamentos do trabalho por motivo de depressão ocorridos com a população. É possível verificar que há registros desde a década de 80 do século XX. Tais registros 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 período em que foram diagnosticados, o tratamento (psicológico e/ou psiquiátrico) e a necessidade de afastamento do trabalho. Os dados expressos na Tabela 7 indicam o início do afastamento do trabalho pelo motivo da depressão, porém 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.

Vale considerar que o período de 05 anos, com diagnóstico de depressão, trata-se da maior evidência em relação à variável analisada, que representa 17 profissionais, o equivalente a 47% da população. Fleck *et al.* (2003, p.119) afirmam que “estudos controlados envolvendo pacientes com episódios depressivos recorrentes (tipicamente três episódios nos últimos cinco anos) demonstraram que a manutenção de um medicamento antidepressivo previne a recorrência nos próximos um a cinco anos”. Por outro lado, são comuns casos em que o paciente, após a diminuição do sintoma, cessa o uso da medicação. O mesmo ocorre com o tratamento psicológico, em que à medida que diminui o sintoma e o paciente sente-se melhor, este tende a abandonar o tratamento. Estudos realizados sobre as prevalências da depressão apresentam dados em que “aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo, terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas” (FLECK *et al.*, 2003, p.115).

O acesso aos prontuários possibilitou ainda a relação de motivos que justificaram o afastamento do trabalho por parte da população pesquisada. A Tabela 8 apresenta sistematicamente as principais ocorrências e/ou diagnósticos que geraram depressão e, conseqüente, afastamento do trabalho por parte dessa população.

Tabela 8 - Relação de motivos, de acordo com o histórico hospitalar da população, que contribuem com o quadro depressivo e levam ao afastamento do trabalho

Motivos	Unidades	Parciais
• Tratamento ou decorrência de outras condições saúde-doença		19
✓ Câncer (cirurgia ou tratamento quimioterápico)	04	
✓ Problemas ortopédicos	03	
✓ Tendinite	03	
✓ Dependência química	03	
✓ Hipertensão	02	
✓ Fibromialgia	02	
✓ Outras cirurgias	01	
✓ HIV	01	
• Intercorrências advindas da depressão		14

✓	Tratamento com medicamento psiquiátrico	08	
✓	Internação psiquiátrica	05	
✓	Tentativa de suicídio	01	
	• Problemas familiares		06
✓	Doença na família (mãe, marido, filho)	03	
✓	Separação (por falecimento ou voluntária)	03	
	• Processos de aposentadoria em andamento		08
	• Problemas no local de trabalho e/ou dificuldades para retornar ao trabalho		03
	• Diversos afastamentos de saúde por motivos variados		02
	• Solicitação da Junta Médica para remanejamento de setor		01
	Total		53

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Por meio da Tabela 8, é possível verificar a diversidade e as peculiaridades de motivos que implicam no afastamento do trabalho desses servidores. O total apresentado, de 53 ocorrências, não significa o total de documentos e/ou população pesquisados, mas os diversos motivos desencadeantes de afastamento do trabalho que podem variar de acordo com os anos de vida profissional. A relação de motivos apresentados na Tabela 8 refere-se aos afastamentos relativos ao longo da trajetória profissional dos pesquisados, ou seja, está(ao) diluída(s) a quantidade e/ou a variação de motivos que ocasionam um ou mais afastamentos do trabalho de um mesmo servidor ao longo de seu histórico profissional na universidade.

Os estudos sobre depressão e a relação com outros quadros patológicos são extensos. Existem pesquisas que relacionam a depressão a doenças associadas à dor, como tendinite, fibromialgia, LER/DORT e neoplasia (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 2000; BERBER *et al.*, 2005; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; ROCHA, 2007; MARTINS, 2004). A depressão pode estar ligada à consequência de quadros de doenças crônicas, dores constantes e exposição a tratamentos intensivos (como a quimioterapia), o que muitas vezes prejudicam o sucesso do tratamento e podem 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).

De acordo com as informações coletadas na análise de documentos, podem ser constatados afastamentos ocasionados pelo próprio tratamento da depressão, sejam pelos efeitos colaterais dos medicamentos, tempo de adaptação aos mesmos ou, 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 aos casos de depressão maior, psicoses e uso de substâncias, como alcoolismo e drogadição (PRIETO, TAVARES, 2005; ESTELLITA-LINS *et al.*, 2006; CHACHAMOVICH *et al.*, 2009).

Outro aspecto relevante e que merece ser abordado diz respeito aos afastamentos ocasionados por doenças na família e problemas familiares. Uma pesquisa desenvolvida por Borges, Tamayo e Alves-Filho, em 2005, com equipes de saúde, verificou que o trabalho quando comparado a outras esferas da vida, como religião, lazer e família, ocupa o segundo lugar em importância, perdendo somente para o contexto familiar. Tal estudo constata o grau de importância atribuído à família e reforça, para a presente investigação, a possível repercussão que uma ocorrência - como a de doença de um ente querido - pode desencadear no gerenciamento da vida de uma pessoa.

O diagnóstico emitido pelo médico particular, de acordo com a definição elaborada pelo CID-10 (Apêndice B), bem como a administração de medicamentos para o controle da depressão, foram categorias também investigadas na Análise Documental. O diagnóstico médico é fator determinante para formalizar o afastamento do servidor. E o tratamento da depressão está relacionado, quase que em sua totalidade, pelo recurso medicamentoso. Dos 36 prontuários analisados, em 11 casos (30%) não constam o uso de medicamentos.

Na próxima Tabela será apresentado o quantitativo de diagnósticos pertencentes à categoria CID-F, referente aos transtornos mentais e comportamentais, classificados alfa-numericamente de F00 a F99²⁶. O somatório apresenta-se superior aos 36 prontuários pertencentes à população investigada.

²⁶ Nos prontuários pesquisados, é importante observar que, em diversos casos, houve mais de uma classificação F para cada servidor, diagnosticada em diferentes momentos (outras consultas) ou mesmo incluída em um atestado único.

Tabela 9 - Distribuição da quantidade da população quanto à variação de diagnósticos baseados no CID

Diagnóstico de acordo com CID-F	Quantidade
F1 – Demência vascular	04
F23 – Transtornos psicóticos agudos e transitórios	01
F31 – Transtorno afetivo bipolar	07
F32 – Episódios depressivos	26
F33 – Transtorno depressivo recorrente	12
F34 – Transtornos de humor (afetivos) persistentes	01
F40 – Transtornos fóbico-ansiosos	03
F41 – Outros transtornos ansiosos	13
F42 – Transtorno obsessivo compulsivo	02
F43 – Reações ao “stress” grave e transtorno de adaptação	11
F44 – Transtornos dissociativos (de conversão)	01

Fonte: classificação CIF-10. Elaborado pela pesquisadora.

A Tabela 9 apresenta as categorias CID-F distribuídas na população pesquisada. Vale informar que, em cada F numérico, há outras subdivisões.

Baseado no modelo biomédico predominante, é possível caracterizar a depressão da população investigada por meio da Tabela acima. O diagnóstico com base no CID é fator quase decisivo para caracterizar o processo saúde-doença e o afastamento do trabalho. É curioso observar que, dos 36 prontuários pesquisados, somente dois não descrevem CID, todos os outros 34 têm 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. 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, em geral, problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente 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, perda de peso e perda da libido (CID-10, versão 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 - F32, F33.2 ou F33.3 - representam variações e especificidades no diagnóstico. Já o CID-F41, representado na Tabela 9, 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, 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 teóricas adotadas para a formalização de afastamentos do trabalho, ou seja, predominantemente médica, pois argumenta que essa não abrange a complexidade da constituição humana e do seu psiquismo. Para a autora, trata-se de perspectivas reducionistas na compreensão do processo saúde/doença mental.

A Tabela a seguir demonstra os principais medicamentos utilizados para o tratamento da depressão da população em pesquisa.

Tabela 10: Medicamentos mais utilizados pela população, de acordo com os prontuários

Medicamento (rótulo de mercado)	Princípio ativo
Fluoxetina	Antidepressivo
Citalopram	Antidepressivo
Efexor xr	Antidepressivo
Carbolitium	Tratamento dos transtornos afetivos alterados de humor
Depakote	Psicofármaco e antimaniáco
Clonazepam/ Rivotril	Ansiolítico, tranqüilizante, tratamento do pânico
Diazepam/Dorazepam	Ansiolítico e anticonvulsivante
Topiromato	Anticonvulsivante, estabiliza o humor

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A população analisada, por meio dos documentos, tem em seus registros, em média, 03 medicamentos utilizados simultaneamente, entre antidepressivos, ansiolíticos e com outros princípios ativos. Esses últimos são destinados ao controle de doenças crônicas, especialmente à 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. Segundo Fleck *et al.* (2003), em casos de pacientes resistentes à medicação, o carbono de lítio (indicado para o diagnóstico de transtorno bipolar) potencializa os efeitos em 40% dos casos.

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 avaliam os resultados de outras abordagens de psicoterapias, consideradas não específicas, indicando, em determinados casos, resultados contraditórios (FLECK *et al.*, 2003). Entre esses estudos, busca-se examinar o *status* das psicoterapias no tratamento das depressões, principalmente das quatro formas melhor testadas empiricamente nos últimos 10 anos: psicoterapia interpessoal, cognitiva, comportamental e psicodinâmica breve. Os pesquisadores concluíram (SCHESTATSKY; FLECK, 1999) que há sólidas evidências de bons resultados nos pacientes com depressão quando tratados por intervenções psicossociais, combinadas ou não com tratamento farmacológico. Consideram importantes os aspectos relacionais ou inter-racionais 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 suas ansiedades depressivas compreendidas e resguardadas e que lhe permitam organizar seu sofrimento.

Numa perspectiva psicossocial, Cenci (2004, p.10) 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”. Brant e Minayo-Gomez (2004) compactuam do mesmo pensamento e acrescentam que o movimento de rotulação contribui para a discriminação, estigma e exclusão de trabalhadores e permite a medicalização das manifestações do sofrimento, por meio da

prescrição indiscriminada de antidepressivos e ansiolíticos. Ou seja, para qualquer manifestação de tristeza, cansaço ou desânimo, o uso da medicação surge como recurso rápido, conhecido e aceito socialmente. Isso justifica ou não a presença da doença e impossibilita a pessoa de reconhecer seus próprios sentimentos, pois a medicação age para amenizar ou interromper as emoções, como o medo, a angústia, a ansiedade e a tristeza.

A partir dos aspectos levantados por meio da análise de documentos, foi possível caracterizar a população investigada. Assim, dentre os 36 prontuários analisados, destaca-se a predominância de profissionais do sexo feminino, com idade entre 41 e 55 anos, com categoria funcional de servidor técnico-administrativo. Em sua maioria, possuem histórico de longos afastamentos por motivos de saúde relacionados ao surgimento e/ou tratamento de câncer, hipertensão e depressão. Motivos também relevantes estão associados a ocorrências situacionais familiares, como doença ou separação. Os diagnósticos mais frequentes são de depressão recorrente, decorridos de episódios depressivos. Praticamente 70% da população tomam medicação, seja para depressão, seja para outras patologias.

O período de tempo, em que a população possui o diagnóstico de depressão registrado em seus prontuários e se ausentam do trabalho por este motivo, foi principalmente de 05 anos (17 servidores), porém há um número expressivo de afastamentos ocorridos pela primeira vez no ano de 2009 (09) e, ainda, aqueles que possuem afastamentos ao longo dos últimos 10 anos (07). Esses dados podem ser relacionados a dois aspectos que envolvem a categoria de servidor público. O primeiro deles refere-se à incidência de pessoas mais velhas (a partir de 40 anos) que iniciam a carreira pública e, assim, incluem-se na faixa etária predominante (MARCONI, 1997). E o segundo aspecto está relacionado às pesquisas que associam o processo de adoecimento e afastamento do trabalho com o tempo de permanência na organização, isto é, quanto mais tempo no desempenho da mesma função, maior a probabilidade de desgaste emocional (MARCONI, 1997a).

Os dados apresentados possibilitam a caracterização da população e oferecem subsídios para a análise das entrevistas.

3.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS POR MEIO DAS ENTREVISTAS

As informações apresentadas com base na análise de documentos possibilitaram verificar a abrangência do perfil dos profissionais afastados por

depressão, na UFSC. Por meio das entrevistas, tornou-se possível a maior aproximação com os participantes, de modo a aprofundar as peculiaridades envolvidas no processo de adoecimento e afastamento do trabalho, a fim de oferecer subsídios ao melhor entendimento dos sentidos atribuídos ao trabalho por essa população.

3.2.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Com base nos critérios pré-estabelecidos, os participantes da pesquisa são profissionais contratados na mesma instituição de ensino, concursados, servidores técnico-administrativos e docentes, com nível de formação superior, atuantes em qualquer área pertencente à universidade estudada.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes entrevistados de acordo com dados sócio- demográficos

Entr.	Idade	Sexo	Est. Civil	Formação acadêmica
E1	49	Fem.	Casada	Enfermagem
E2	56	Fem.	Casada	Filosofia
E3	40	Fem.	Casada	Biblioteconomia
E4	58	Mas.	Casado	Filosofia
E5	58	Mas.	Casado	Geografia
E6	48	Fem.	Casada	Biblioteconomia
E7	45	Fem.	Solteira	Farmácia
E8	50	Fem.	Casada	Ciências sociais

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 11, verifica-se que os profissionais participantes da pesquisa estão concentrados na faixa etária entre 40 e 58 anos, similar à faixa etária predominante detectada na população pesquisada por meio da análise documental (entre 41 e 55 anos). Marconi (1997) declara que a categoria de servidores públicos apresenta uma faixa etária muito elevada, entre 41 e 50 anos, o que demonstra o preocupante envelhecimento da força de trabalho nesse setor. O autor acrescenta, ainda, como agravante, a média apresentada de 56 anos para aposentadoria desses funcionários, considerado por ele como precoce.

Nessa amostra, a maioria também corresponde ao sexo feminino, que soma 06 mulheres e 02 homens, ou seja, o número de mulheres foi três vezes maior que o de homens, conforme afirma a literatura científica (FLECK *et al.*, 2003), embora o número reduzido de participantes não permita traçar o mesmo

paralelo. É importante perceber que a faixa etária masculina entrevistada compreende a idade mais avançada dessa população (58 anos). Ambos estão em fase inicial de preparação para a aposentadoria e viabilizando atos legais referentes a tempo e direitos. De acordo com depoimento desses entrevistados, as experiências vivenciadas no trabalho, nos últimos anos (entre 05 e 10 anos), contribuíram para o processo de afastamento. De acordo com Bertoncini (2002), a forma pela qual a pessoa vivenciará a aposentadoria precoce, influenciada por um sofrimento experienciado no trabalho, está estreitamente ligada à sua história de vida, às expectativas de futuro, à projeção e à recriação de novos projetos de vida.

Dos participantes entrevistados, 07 são casados e apenas 01 participante é solteira. Justo e Calil (2006) declaram que a condição de não estar casado (ser solteiro, divorciado ou viúvo) está associada à menor prevalência de depressão em homens. O mesmo ocorre com as mulheres, em que ser solteira é condição associada à menor prevalência de depressão em comparação com ser casada, divorciada ou viúva.

Na Tabela 11 está demonstrada, ainda, a formação acadêmica dos participantes, que é variável, pois não foram definidos setores específicos de atuação na universidade. Assim, constam na pesquisa as formações de Filosofia, Sociologia, Geografia, Biblioteconomia, Farmácia e Enfermagem.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes entrevistados de acordo com histórico profissional

Entr.	Cargo	Nível de formação	Tempo de org. Anos	Tempo função/ setor	Carga hor.	Afast. em 2009	N.º de afast.	Outros afast.
E1	Serv.	Superior	18	18 anos	36h/s	Mar.	01	-
E2	Doc.	Mestre	25	25 anos	40h/s.	Mai.	05	2005 2006 2007 2008
E3	Doc.	Doutora	03	03 m.	40h/s.	Jul.	01	-
E4	Doc.	Doutor	20	20 anos	40h/s.	Fev.	02	2002
E5	Serv.	Mestre	30	15 anos	40h/s.	Jun.	01	-
E6	Serv.	Superior	29	24 anos	36h/s	Mar.	01	-
E7	Doc.	Doutora	14	14 anos	40h/s	Fev.	02	2000
E8	Serv.	Doutora	27	14 anos	40h/s.	Set.	02	2008

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Do total de entrevistados, é possível verificar que 04 são servidores técnico-administrativos, que exercem atividades administrativas, de atendimento e suporte técnico, envolvendo todos os setores da universidade, desde secretarias de ensino até o suporte em biblioteca, restaurante, hospital ou centro de eventos. Todos os servidores técnico-administrativos possuem formação superior relativamente compatível à área em que atuam, sendo que 02 deles aperfeiçoaram seus estudos, realizando curso de mestrado e doutorado, de acordo com o setor onde trabalhavam. Marconi (1997) relata que o servidor público possui, em média, um nível de escolaridade superior ao do trabalhador no setor privado. Enquanto a maioria dos empregados na região metropolitana de São Paulo, cujo acesso à educação é mais facilitado, não concluiu o ensino médio, os servidores públicos federais possuem, predominantemente, curso superior completo.

Os outros 04 participantes são servidores docentes, que atuavam em sala de aula, no desenvolvimento de pesquisa e extensão e no exercício de atividades referentes à coordenação de curso. “O professor, além de ensinar, deve participar da gestão e do planejamento escolares, o que significa uma dedicação mais ampla...” (GASPARINI *et al.*, 2005, p.191). São vastos os estudos relativos à categoria de professor, nas mais diversas áreas de atuação (formação profissional) e faixas etárias atendidas (desde a educação infantil ao nível universitário). Shonfeld (1992) realizou uma pesquisa com professores recém contratados que mostram entre os resultados uma forte associação entre sintomas depressivos e ambientes de trabalho nocivos. Nesse estudo, o autor lembra também os resultados de sua pesquisa anterior, que associam ambientes perigosos, frustrantes ou carentes de controle a doenças depressivas. Outro pesquisador (ZARAGOZA, 1999) desenvolveu pesquisas longitudinais, com o objetivo de acompanhar a saúde dos professores no período de 1982 a 1989. Realizou o levantamento do número de licenças oficiais de professores universitários em Málaga e concluiu que, durante o período pesquisado, as licenças triplicaram. Os motivos mais frequentes estavam relacionados a distensões, laringites e depressões. A partir dessas pesquisas elaborou um modelo para explicar as relações funcionais existentes entre múltiplos fatores indicadores do sintoma e chamou de “mal-estar docente a sensação de mal-estar difuso”. Tal modelo considera que uma determinada combinação de fatores pode conduzir os professores a um estado de ansiedade, denominado esgotamento docente, que afeta sua personalidade. Ainda, de acordo com o mesmo autor, “o absenteísmo seria um mecanismo de defesa utilizado contra a tensão derivada do exercício docente, uma forma de atingir um alívio para

escapar das tensões acumuladas” (GASPARINI *et al.*, 2005, p.193-4). Possivelmente, esse mecanismo de defesa está relacionado às causas de afastamento do trabalho e pode ser estendido ao servidor público desta pesquisa.

Em média, os participantes possuem um tempo de 20 anos na instituição de ensino e, na maioria dos casos, no mesmo local de trabalho e com a mesma função. De acordo com Marconi (1997, p.134), na administração pública federal, os cargos foram desenhados com atribuições específicas, e o servidor que ingressa para desempenhar determinada função não pode ser deslocado para outra, sob pena de os administradores cometerem uma inconstitucionalidade. Num estudo comparativo a respeito do mercado do setor público e privado, o autor demonstra “que não há uma correlação direta entre a escolaridade dos servidores, os cargos que ocupam e suas respectivas atribuições”. O mesmo autor sugere que o desenvolvimento de funções repetidas ao longo dos anos contribui para o desgaste emocional.

Todos os 08 participantes entrevistados tiveram início do presente afastamento do trabalho no ano de 2009, sendo que 04 deles tiveram anteriores afastamentos do trabalho por depressão em sua história pessoal e profissional e outros 04 têm o atual afastamento como o primeiro ocorrido em sua vida.

3.2.2 Caracterização da depressão dos participantes

O método utilizado para esta investigação teve como propósito levantar dados documentais registrados ao longo da vida profissional dos funcionários da UFSC e traçar paralelos com as informações coletadas por meio das entrevistas individuais. Nesse sentido, foi possível caracterizar a depressão dos participantes com base em quatro aspectos que norteiam o diagnóstico de depressão dessas pessoas: 1) os sintomas descritos por eles durante a entrevista, ou seja, a percepção individual da própria depressão; 2) a condição de saúde-doença, isto é, existiam outras patologias (físicas e/ou psicológicas) desenvolvidas em tempos anteriores e/ou vivenciadas atualmente, também descritas pelo entrevistado; 3) a descrição dos sintomas de depressão registrados nos prontuários em consultas, seja da Junta Médica ou de outros médicos e setores do HU; 4) o diagnóstico de depressão do profissional, emitido pelo médico particular, com referência ao CID-10, que formaliza a necessidade de afastamento do servidor.

Assim, o Quadro abaixo irá apresentar a composição desses quatro aspectos que delineiam o processo de depressão dos profissionais entrevistados.

E1

Sintomas descritos pelo entrevistado	“ Depressão recorrente , tive depressão há anos e não tratei, não queria parar de trabalhar”. “Fiquei desestimulada pra tudo, comecei a ficar sem vontade de fazer nada, só com vontade de chorar . Sabe quando você não tem vontade de fazer nada? Não tinha vontade de fazer absolutamente nada e foi piorando, piorando e tive que procurar um médico. Tudo começou a incomodar, se alguém falava, incomodava, tinha vontade de chorar por nada, comecei a discutir com as pessoas por causa de nada, tinha umas crises de mau humor muito grande, fazia uma tempestade num copo d’água, tudo irritava, tudo incomodava”.
Processo saúde-doença: adoecimentos associados	Diagnóstico de hipertensão desde os 32 anos, desde então utiliza medicação. Em maio/2009 teve um infarto durante o período de afastamento.
Sintomas descritos nos prontuários	Ansiedade, insônia, anedonia.
Sintomas descritos no CID-F	Transtorno depressivo recorrente , episódio atual moderado; caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos ; ausência de antecedente de mania.
F33.1	Transtorno depressivo recorrente , episódio atual grave sem sintomas psicóticos.
F33.2	

E2

Sintomas descritos pelo entrevistado	A depressão sempre esteve relacionada à síndrome do pânico , depois de um episódio de mania foi diagnosticada como bipolar . “Eu cheguei a pensar em suicídio, sem nenhum ato, sem nenhuma ação, a ideia estava começando a me perseguir”. “A razão funciona, mas os sentimentos são completamente desordenados, tudo bagunçado, você fica se segurando pelo fio, fino como uma teia de aranha”. “(...) entrei num quadro de euforia, e como eufórico fiz tudo que um eufórico tem direito, comprei de tudo, a ‘compração’, se a depressão é a impotência extrema e absoluta, porque tudo é um sacrifício sobre humano,
---	---

comer, tomar banho, tudo é um sofrimento, qualquer gesto, qualquer ação humana, (o outro extremo) é a onipotência absoluta; tristeza absoluta, impotência absoluta... aí na euforia é alegria, felicidade, não tem medo de nada” “Quando eu entro em depressão, eu caio, não é gradual”. “Não saio de casa, fico **isolada**, com medo de sair de casa”.

Processo saúde-doença: adocimentos associados

Hipertensão.

Sintomas descritos nos prontuários

Tristeza profunda; Oscilação de humor.

Sintomas descritos no CID-F
F33.1
F32.2
F31.3

Transtorno **depressivo recorrente**, episódio atual moderado é caracterizado pela ocorrência repetida de **episódios depressivos**.
Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.
 Transtorno afetivo **bipolar**.

E3

Sintomas descritos pelo entrevistado

Relaciona a depressão à síndrome do **pânico**. “Eu tive uma **crise de choro**, mas um choro que não parava mais”; “imagina eu ia pra casa dirigindo, eu ia chorando e pensando naquilo que eu não dava conta, então eu não concentrava naquilo que estava fazendo, o meu pensamento estava sempre... e daí eu achava que estava ficando louca; que loucura pensar em tirar a vida da gente. Tudo isso foi antes do acidente. O acidente foi o estopim. Foi uma forma de parar. Depois do acidente não consegui mais trabalhar”. “Tinha muita **angústia**”; “Cheguei a pensar em me matar, planejei tudo certinho, pensei em comprar uma arma, planejei tudo na minha cabeça”; “comecei a ficar aérea, quando dirigia também era assim, ficava aérea e não lembrava de nada, durante muito tempo, e uma angústia profunda”.

Reações na pele. Diabetes e colesterol.

Processo saúde-doença: adocimentos associados

Crises de choro no volante

Sintomas descritos nos prontuários

Transtorno de **pânico** ataques recorrentes de ansiedade grave.

**Sintomas descritos no CID-F
F41.0**

Transtornos de adaptação; estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos; humor depressivo, **ansiedade**.

F44.9

Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado.

F43.2

E4

Sintomas descritos pelo entrevistado

“A psiquiatra diagnosticou um processo de ‘tristeza reativa ao processo de adoecimento (desenvolvimento de câncer e outras doenças degenerativas) decorrente do alto índice de stress provocado por atividade abusiva de trabalho e relações conflituosas no ambiente de trabalho’. O afastamento do ambiente do trabalho foi necessário para evitar exposição ao ambiente de stress e ter condições para tratar da saúde. Minha terapia está consistindo (no meu entender) em desenvolver resistências nas relações (encarando as relações interpessoais com foco nas questões objetivas, não imaginárias) e ampliar e diversificar meu repertório de interesses, relações, atividades gratificantes (de modo que o ambiente de trabalho não seja o único espaço de ação e de prazer) e ações necessárias à vida. Minha psicoterapeuta/psiquiatra não indicou qualquer medicamento químico”.

Processo saúde-doença: adoecimentos associados

“O câncer se desenvolve durante um tempo de 10 anos, além disso, a **hipertensão**, problemas de circulação, problemas gástricos, que se tornaram crônicos, tendo que tomar remédios por muito tempo. Todo um processo de deterioração. Aí é uma doença, aí tem um problema. Um processo de adoecimento que eu não percebia, não admitia”.

Não consta

Sintomas descritos nos prontuários

Não consta

Sintomas descritos no CID-F

E5

Sintomas descritos pelo entrevistado “O primeiro sintoma foi não dormir; fiquei quatro dias sem dormir, comecei a ficar com muita **angústia, vontade chorar**. A depressão foi um somatório, problemas com as pessoas da equipe; angústia, vontade de chorar; pensamentos negativos, de repente tudo perdeu o sentido, não tinha vontade de fazer nada, perdi a vontade de viver; precisava de **isolamento**, não queria falar com ninguém, ficava no escuro, não queria ver ninguém, se as pessoas ficavam preocupadas, me incomodava, brigava”.

Processo saúde-doença: adoecimentos associados Reações na pele.

Sintomas descritos nos prontuários Não consta.

Sintomas descritos no CID-F F33.1 Transtorno **depressivo recorrente**, episódio atual moderado, ocorrência repetida de **episódios depressivos**.

E6

Sintomas descritos pelo entrevistado “A depressão é a soma de tudo. No trabalho, o reflexo foi ficar intolerante e impaciente. Não estava dormindo bem, acordava 4 horas da manhã, tinha um peso, parece que tinha um paletó de chumbo; perdi o interesse pelas coisas que me davam prazer, caminhar na praia, ler, ...a vaidade, não coloco mais brinco, estou desleixada com a aparência, não pinto o cabelo, nunca fiquei de cama, mas tinha vontade de ficar deitada; o remédio me ajudou a dormir, mas continuo sem vontade de ir a uma festa, nem ir no mar”.

Processo saúde-doença: adoecimentos associados **Hipertensão**, uso de medicação desde o falecimento de um irmão (foi a participante quem cuidou dele).

Sintomas descritos nos prontuários Depressão grave; potencial suicida; **ansiedade, insônia**; exaustão física e mental; transtorno de ajustamento; limitação psíquica.

Sintomas descritos no CID-F F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos. **Transtornos de adaptação**, estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos; humor depressivo,

F43.2	ansiedade , inquietude, etc.
F41.1	Transtornos ansiosos , presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada.

E7	
Sintomas descritos pelo entrevistado	“O médico diagnosticou como depressão grave e em outro momento como psicose maníaco depressiva. Estava bem sintomática, tinha perdido cinco quilos, estava muito ansiosa, não dormia, tontura, me senti estressada; chorei na aula; os sons estavam mais altos, via tudo preto ou cinza, não conseguia ficar em ambiente fechado; tive problemas de memória, déficit de atenção, insônia , disforia, fadiga, processo de tristeza”.
Processo saúde-doença: adoecimentos associados	Atualmente se percebe “sob controle, mas não é a saúde ideal. O ideal seria sem medicamento”. Asma, rinite crônica e fibromialgia.
Sintomas descritos nos prontuários	Distúrbio do sono, narcolepsia, hipersensibilidade auditiva, tontura, choro constante , pensamentos negativos, desânimo, ansiedade , perda de peso, alteração do apetite, medo de trabalhar, das pessoas, hipermania, crise de riso, humor alterado.
Sintomas descritos no CID-F	
F33.1	Transtorno depressivo recorrente , episódio atual moderado ocorrência repetida de episódios depressivos.
F41.1	Ansiedade generalizada e persistente.

E8	
Sintomas descritos pelo entrevistado	“Sou uma pessoa que tenho uma tendência à depressão, mas não fico deprimida sem motivos de estresse; me vejo doente; fico irritada, diferente, eu falo o que eu penso, falo demais, fico intolerante; então vem o nojo; no final ficava enjoada, dava um nojo e chegava vomitar mesmo; eu percebo a memória um pouco piorada; ansiedade ; uma espécie de pânico , um medo muito grande, não consegui ir trabalhar”.
Processo saúde-doença: adoecimentos associados	Hipertensão , em processo de menopausa.
Sintomas descritos nos prontuários	Não consta.

Sintomas descritos no CID-F	Transtorno misto ansioso e depressivo , quando sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente.
F41.2	Depressão ansiosa (leve ou não-persistente).
F43.2	Transtornos de adaptação , estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais.

Quadro 3 - Síntese das informações coletadas na análise documental e nas entrevistas individuais quanto à delimitação do diagnóstico, descrição dos sintomas da depressão e condição saúde-doença²⁷

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Apêndice B: descrição detalhada CID-F.

O conjunto de fatores que configura o quadro depressivo e justifica o afastamento do trabalho é composto pela percepção e queixa do profissional, diagnóstico formal do médico particular e anuência da Junta Médica. Embora exista um procedimento padrão, principalmente pautado no modelo médico, que homogeneiza e/ou generaliza os casos, por meio dos diagnósticos formais, é possível verificar nos relatos que há uma série de peculiaridades em cada história individual que envolve motivos, situação de vida, dinâmica de funcionamento, experiências antecedentes, forma de se relacionar com o trabalho e com a saúde.

Dentre os diversos sintomas que descrevem e caracterizam a depressão, identificado tanto na literatura como no CID-F e DSM, podem ser observados os sintomas mais citados pelos entrevistados que, de certo modo, compõem o quadro geral da depressão dessas pessoas. Assim, em sua maioria, foram descritos sintomas, como: vontade de chorar, angústia, ansiedade, insônia, necessidade de isolamento e presença de pânico ou medo grande de enfrentar situações, mantendo-os muitas vezes em casa, sem nem mesmo acessar e-mails ou atender telefone. Nas descrições baseadas no modelo biomédico do CID-F, foi predominante o diagnóstico de Depressão recorrente, caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, ansiedade, pânico e transtornos de adaptação. De acordo com CID-10 (2008) “o primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso, e a duração variável de algumas semanas a alguns meses”.

²⁷ Conforme apresentado no método, os entrevistados foram identificados de acordo com a ordem de entrevistas realizadas, e identificados de E1 a E8.

A associação de outras patologias com o quadro de depressão é evidente em todos os participantes da pesquisa, os quais apresentam desde reações na pele (não especificadas por eles), em decorrência da condição atual, histórico de hipertensão anterior, até quadros mais graves, como o câncer e o infarto. A hipertensão trata-se da doença crônica mais fortemente associada aos quadros depressivos apresentados pelos participantes. Dos 08 entrevistados, 05 possuem histórico de hipertensão, inclusive com a utilização de um ou mais medicamentos, durante um período de tempo que é anterior ao quadro de condição atual da depressão. Em um estudo realizado com idosos, na Bahia, para avaliar a associação da depressão com outras comorbidades clínicas, foi detectado que, 95% dos participantes, possuem ao menos uma patologia associada, sendo a hipertensão a principal delas, com o índice de 62% dos casos (DUARTE; REGO, 2007). Estudo epidemiológico (SIMONSICK *et al.*, 1995) indicam altos índices de sintomatologia depressiva manifestada em homens hipertensos, com cerca de 9,4% a 13,5%, e de 20,6% a 27,1% em mulheres com hipertensão. Fleck *et al.*, (2003) relatam que em populações específicas, como de pacientes com infarto recente, a depressão atinge 33% e chega a 47% dos casos em pacientes com câncer.

Pode-se observar que existem dois entrevistados cujo depoimento descreve pensamento suicida. Estudos indicam que as tentativas sejam 20 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. Os homens cometem mais suicídio, e as mulheres fazem mais tentativas. Geralmente os índices de suicídio estão relacionados, em 90% dos casos, a transtornos de humor (PRIETO; TAVARES, 2008). Os distúrbios psiquiátricos específicos associados ao suicídio são transtornos depressivos e doença afetiva, drogadição (especialmente alcoolismo) e psicoses (esquizofrenia) (ESTELLITA-LINS *et al.*, 2006). Chachamovich *et al.*, (2009) acrescentam que a depressão maior destaca-se sobremaneira nos casos de suicídio.

De qualquer modo, mesmo considerando as particularidades dos entrevistados, pode-se perceber que determinados sintomas são descritos pela maioria, tais como: angústia profunda, tristeza, choro, apatia, medo/pânico, necessidade de isolamento, pensamento negativo e comportamento intolerante ou irritado que, em vários casos, geraram mudanças nas relações interpessoais, tanto com a família como no ambiente de trabalho.

A seguir, o Quadro 3 pretende associar motivos que levaram as pessoas a se afastarem do trabalho, as estratégias encontradas para enfrentar o processo de afastamento do trabalho e a busca pela melhoria da condição saúde-doença.

Entr. Motivos	Estratégias de enfrentamento
<p>E1 O afastamento ocorreu “por causa dos efeitos da medicação, as mãos ficaram trêmulas, atrapalha a função de enfermeira, que precisa passar segurança para o paciente”.</p>	<p>“Não consigo (riso constrangido), não tenho vontade de fazer nada”, “tomo um remédio às 13h e durmo a tarde toda”.</p>
<p>E2 “Os períodos de afastamento são necessários, porque não dou conta do trabalho, porque a depressão vem acompanhada do pânico. [...] quando eu entro em depressão, eu caio, não é gradual, tem gente que consegue, eu não consigo, não dá pra fazer nada”.</p>	<p>“Consigo colocar muito nos <u>poemas</u>, das minhas vivências, dos meus sentimentos, me ajuda bastante, também já <u>fiz muito trabalho manual, fuxico, bordado...</u> Agora estou cuidando do corpo, faço ginástica, dança...”</p>
<p>E3 “Eu tive uma reunião com o (chefe), eu tive uma crise de choro, mas um choro que não parava mais, ele perguntou como estava o trabalho no centro, ele falou trabalho, aquilo me desencadeou uma crise, eu me desesperei [...] a partir daquele dia ali, as coisas foram indo por água abaixo e na semana seguinte eu me acidentei”.</p>	<p>“Período de <u>ficar muito em casa, com os filhos</u>, o que eu tenho feito é, às vezes, <u>levá-los na escola</u>, mas não é sempre, eu tenho ficado muito em casa, fico parada [...] às vezes <u>me ocupo com o jardim...</u> em nenhum momento me agradei de ler, então esse período de afastamento é marcado por um enjoo.. da leitura, da escrita, uma necessidade de parar”.</p>
<p>E4 “Me afastei no final do ano passado para uma cirurgia para retirar um câncer intestinal e então busquei a terapia para entender esse processo auto destrutivo”.</p>	<p>“Mesmo afastado, eu procurei, o tratamento não é deixar de fazer, foi um deixar de fazer as coisas que me fazem mal, mas continuar fazendo as coisas que <u>me fazem bem, aquilo que me realiza. Reduzi muito, mas continuei atividades, não vinculadas à universidade</u>, mas fiz atividades”. “<u>Tenho pensado noutras formas de ocupação, por exemplo, escrever romance</u>, agora eu gosto de romance, é uma das coisas que me fascinou, como <u>gosto muito de escrever</u>, a literatura está sendo um campo para desenvolver que tem me envolvido. Mas está difícil deixar esse ritmo...”.</p>
<p>E5 A modernização do (local de trabalho) “Sabe uma peça que jogam num canto?”; “não tenho</p>	<p>O lugar onde mora ajudou a se recuperar. <u>Trabalha na construção da casa</u>, “trabalho braçal pesado, que me deixe cansado</p>

-
- mais interação com o público”. fisicamente, então consigo dormir”.
- E6 Doença na família**, a mãe foi diagnosticada com Alzheimer. “Durante a semana tem vários médicos para ir, “**é tudo eu**”. Bate essa responsabilidade, só posso sair de manhã porque a filha está com ela... fico em casa só trabalhando. A psiquiatra diz que peguei pra me tratar, mas **não estou me tratando**, só com a medicação”.
- E7** “A sobrecarga de trabalho, **não consigo administrar** as aulas, as reuniões, as atividades burocráticas e a condução da pesquisa”. “Fico muito sozinha na pesquisa”. “A parte de escritório da universidade é o que menos faço; estou arrumando a minha casa (reforma); tenho caminhado muito no parque, é algo maravilhoso, a gente não tem tempo de olhar a natureza e **agora olho de outro modo**, eu converso com a natureza e ela me responde; agora estou tentando fazer atividade física. Também estou entrando no coral, gosto de filosofar, filosofo demais, penso no universo, gosto de frequentar grupos”.
-
- E8** “Fiquei com nojo, não consegui ir ao trabalho por dois dias, deu uma espécie de **pânico**, um medo muito grande, então fui ao médico e não retornei mais”. “**É o trabalho que me dá trabalho**”. Teve problemas com a chefia, caracteriza como **assedio moral**. “...tomei posse da minha casa que até então eu delegava, a casa era uma hospedagem, agora eu curto cuidar da casa, comprar flores. Está sendo terapêutico **cuidar da casa, é uma forma de cuidar de mim**, veja bem eu gosto de trabalho (riso).”
-

Quadro 4 - Motivos que levaram ao afastamento do trabalho/emprego e as estratégias de enfrentamento encontradas pelos participantes

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Quatro dos oito participantes associam explicitamente o afastamento do trabalho às situações vivenciadas no próprio ambiente laboral. Assim, relacionam o processo de adoecimento e afastamento do trabalho/emprego a aspectos, como:

1. sobrecarga de atividades e dificuldade em administrar tal diversidade (DEJOURS, 1993; HELOANI; CAPITÃO, 2003);
2. mudança de função e, por consequência, também a sobrecarga;
3. mudança na forma de organização e desempenho do trabalho, ocasionado pela modernização de procedimentos, (CODD, 2002),

4. dificuldades no relacionamento com líder imediato, considerado pela participante como assédio moral (HELOANI, 2004).

A literatura científica corrobora esses motivos como influentes, tanto para a contribuição do processo de adoecimento de trabalhadores (DEJOURS, 1993; SELIGMANN, 1995; CODO, 2002; JACQUES, 2003, 2007; HELOANI; CAPITÃO, 2003; MENDES; CRUZ, 2004), como na necessidade de afastamento do trabalho (GASPARINI *et al.*, 2005; INOCENTE; CAMARGO, 2004). Heloani e Capitão (2003, p.106) argumentam que “o sofrimento mental do trabalhador é consequência direta da divisão do trabalho, do conteúdo da tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, etc.”.

Além do trabalho, outros motivos indiretos comprometeram o desempenho profissional dos participantes e geraram o afastamento: a depressão gerada por doença de um ente querido na família; o acúmulo de responsabilidades na vida como um todo, sendo o trabalho mais um elemento; os efeitos colaterais gerados pelo próprio tratamento medicamentoso da depressão, que impede o desempenho profissional; e a incapacidade de trabalhar em decorrência de doença, como o câncer. O trabalho, embora considerado central na vida do homem (ANTUNES, 2002; MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007), implica em uma parcela do cotidiano da vida das pessoas que necessita ser administrado com outros interesses, vínculos e compromissos, como: a família, cuidados pessoais, responsabilidades econômicas e sociais, amigos, lazer, entre outros, que interferem sobremaneira na condição de saúde e doença.

Parafrazeando Freud (1969, 1980), a saúde mental consiste na “capacidade de amar e trabalhar”. Assim, parece determinista atribuir somente ao contexto do trabalho (como emprego) a constituição do processo saúde-doença. Mesmo os participantes, que expressam associação direta entre a realidade de trabalho e sua condição de saúde, reconhecem em sua história pessoal a construção da relação com o trabalho. Um exemplo disso refere-se à fala da entrevistada E3, que diz:

Eu nunca parei, desde os 07 anos eu estudo e nunca parei, com 17 passei no vestibular, trabalhava e estudava, sempre fui de muita ocupação [...] (afastada do trabalho) parece que estou fazendo uma coisa errada, parece que alguém vai me dar uma bronca, ‘você fez uma coisa errada, não está trabalhando’, parece que alguém ia brigar comigo; e isso tem muito a ver com a minha infância, isso

que estou vendo em terapia que tem a ver com a relação com o meu pai (E3).

A entrevistada associa a relação com o pai e as expectativas que a mesma acha que ele tem (ou tinha) dela, com a representação de ser útil e ter ocupação na vida, sendo o trabalho uma ocupação central.

Em outro depoimento, referente à E6, aparece também o funcionamento da entrevistada com as responsabilidades diante da família e o reflexo nas relações com o trabalho.

Porque eu sempre abracei tudo, abracei o mundo, me tornei auto-suficiente, os amigos do trabalho falam, ‘tu abraça tudo, é sobrinho com problema, é mãe doente, é irmão doente, é tudo tu que resolve’. Sempre cuidei de tudo, o marido sempre nos bastidores, sempre fiquei com tudo da casa, nunca foi apoio (E6).

Blanch Ribas (2003, p.24), ao analisar as concepções do trabalho, cita que no Império Romano, San Pablo declara: “quem não quiser trabalhar não come”. Tal expressão parece semelhante à mensagem interpretada pela entrevistada E8 em sua infância familiar.

Tripalium... é a cultura do trabalho, mas quando eu vejo, eu sou o protótipo, o estereótipo, sou o tipo ideal da cultura do trabalho, daquele tipo sacral do trabalho, eu cresci numa cultura, que se você tem trabalho come, se não tem trabalho não come, isso dito assim é muito brusco.... na agricultura, as coisas são difíceis, quando um não faz, alguém terá que fazer, isso eu levo para a realidade do trabalho, aí se ninguém faz, eu faço (E8).

O mesmo autor, quando se refere à etimologia da palavra “trabalho” argumenta que o termo mais genérico, na maioria das línguas (*trabajo, travail, treball*, trabalho, etc.), deriva do substantivo latino *tripalium*, instrumento de três pontas utilizado para castigar pessoas condenadas. Essa definição deriva a palavra tortura. Assim, para ele, o trabalho num campo semântico mais amplo é relacionado a significados de penalidade, submissão, dor, humilhação, coerção e necessidade.

Outro aspecto apresentado no Quadro 4 refere-se às estratégias de enfrentamento quanto à condição de saúde e ao afastamento do

trabalho/emprego. As estratégias de enfrentamento são também denominadas de *coping*, que por sua vez, é descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a situações adversas ou estressantes (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Para a maioria dos pesquisados, as estratégias, embora variadas, permeiam o entorno familiar, seja cuidando da casa, da família ou de si mesmos, além da atenção por gostos que no período de trabalho/emprego tornam-se difíceis de integrar à rotina, como escrever poesias, romances ou estar mais próximo da natureza. As formas de enfrentamento, muitas vezes, estão atreladas ao suporte, principalmente, familiar.

No caso de duas entrevistadas, a falta de suporte da família parece dificultar as condições favoráveis para o retorno ao trabalho, embora exista um desejo de convívio com os amigos e da sensação de ser útil.

Acho que voltando a trabalhar vai melhorar, eu sinto falta do ambiente de trabalho, dos amigos, daquele contato, fico isolada, só dormindo... fico me sentindo uma pessoa inútil na realidade (E1).

É que não tenho ninguém pra dividir, o marido não ajuda, não participa, ele fica irritado (E6).

Na perspectiva cognitivista de Folkman e Lazarus (1980), o *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com situações de estresse. De acordo com os autores, não seria correto assim atribuir os depoimentos acima (E1 e E6) como estratégias de enfrentamento da condição de afastamento e melhora da saúde, pois ambas não declaram uma ação voltada para a resolução de sua condição atual.

É interessante perceber que as participantes em que o suporte familiar parece frágil (E1 e E6) não atribuem ao trabalho a sua condição de adoecimento e afastamento, ou seja, a doença está relacionada a dificuldades externas ao ambiente laboral e o trabalho passa a ser responsável pela condição de saúde, bem-estar, realização, relacionamento interpessoal e percepção de utilidade e independência. Além disso, durante o período de afastamento do trabalho, não desenvolveram estratégias de enfrentamento da condição de saúde, permanecendo ou parada: “não faço nada” (E1) ou continua fazendo tudo sozinha: “é tudo eu” (E6).

Uma outra forma de analisar as estratégias de enfrentamento seria a compreensão de como os participantes ocupam o seu tempo enquanto afastados do trabalho formal (falas sublinhadas Quadro 4). É possível constatar que dos oito entrevistados, sete exercem atividades, sistemáticas ou não, que são inseridas e contribuem com a organização de sua vida cotidiana. **E2** desenvolve trabalhos manuais, escreve poemas e faz atividades físicas; **E3** fica em casa, cuida dos filhos e do jardim; **E4** realiza atividades fora da Universidade, como, por exemplo, a participação da organização de um congresso de seu campo de estudo, além disso, gosta de escrever romances, diz: “tenho pensado em outras formas de ocupação”; **E5** trabalha na construção de sua casa, gosta do trabalho braçal, do desgaste físico para conseguir dormir bem à noite; **E6** declara: “fico em casa só trabalhando”, cuida da mãe doente, da casa, da família; **E7** está empenhada na reforma da casa e **E8** também trabalha nos afazeres da casa, trabalho que delegava a outras pessoas e agora tem gosto por desempenhar. Apenas a entrevistada **E1**, em decorrência do tratamento medicamentoso, não conseguia exercer atividades e dormia grande parte do dia. Os estudos realizados sobre sentidos do trabalho, em sua maioria se referem ao trabalho com vínculo empregatício e, do mesmo modo, a presente pesquisa investiga o sentido do trabalho como emprego, que os participantes exerciam na UFSC. Porém, no período de afastamento os participantes relatam sobre o desenvolvimento de outras atividades que também podem ser consideradas trabalho, mas não são formais, nem tão pouco oferece remuneração. Os participantes atribuem o adoecimento não propriamente ao trabalho que desempenham, mas ao caráter de obrigatoriedade, a limitação da criatividade, a exigência burocrática, a competitividade, a falta de reconhecimento e segurança, todas questões relacionadas a estrutura do trabalho formal e organizacional. Pode-se constatar que, embora os entrevistados estejam desempenhando atividades que os ocupam enquanto afastados do emprego, a maioria não considera estas como trabalho.

Teixeira (2007) sintetiza que os estudos na área da saúde mental atribuem vários fatores à constituição da depressão, entre eles, componentes genéticos, biológicos e psicossociais. Assim, o quadro depressivo desenvolve-se com a somatória de fatores, sendo o trabalho, em determinadas situações, um fator desencadeante e/ou agravante. Estudo qualitativo, com análise de anamneses e prontuários em Centros de Referência em São Paulo, concluiu que “uma série de aspectos da situação de trabalho e extra trabalho podem atuar de

forma conjunta no desencadeamento, de transtornos mentais” (GLINA; ROCHA; BATISTA; MENDONÇA, 2001).

O próximo quadro foi elaborado com a intenção de verificar o que o afastamento do trabalho representa para cada participante e se existe a vontade de voltar para o ambiente laboral.

Entr.	Representação do afastamento do trabalho	Retorno ao trabalho
E1	“Fico afastada porque não consigo trabalhar, é uma necessidade ”.	“Acho que voltando a trabalhar vou melhorar, eu sinto falta do ambiente de trabalho, dos amigos, daquele contato, fico isolada, só dormindo... fico me sentindo uma pessoa inútil na realidade”. Retorno em dezembro/2009.
E2	“É necessário ficar em casa, o pânico vem junto, então tenho que ficar em casa, por um tempo eu consigo ler, depois não consigo ler”.	“Estou doida pra voltar, quando vou ficando boa, vou aparecendo aos pouquinhos... Não está no meu horizonte me aposentar, não consigo me imaginar aposentada, quero terminar o mestrado, talvez ainda faça o doutorado”. Retorno a partir do início de 2010.
E3	“Por um lado foi bom porque eu parei, foi como parar o relógio, eu trabalho há muitos anos, então eu senti falta, por exemplo, de trazer novidades para o meu marido, trazer assunto pra casa, não é que fica pobre, mas fica menos informado sobre as coisas. Agora parece que me sinto inútil , uma dona de casa inútil, tipo Amélia, parece que estou fazendo uma coisa errada”.	“Voltar ao trabalho, não sei como vai ser o retorno.... me preocupo um pouco. Não tenho contato com as pessoas, não atento telefone, vejo poucos e-mails, o psiquiatra indicou mesmo de não ter contato, pois cada vez que alguém ligava, era pra cobrar algum processo... aí não atendi mais, porque deixei tudo certinho, e se eu tivesse morrido? Eles teriam que dar conta daquilo lá, então não precisam me ligar”. Volta em dezembro/2009.
E4	“A terapeuta colocou como condição me afastar do trabalho, não tinha como voltar ao trabalho e incorporar o mesmo ritmo...”	“... pra mim o afastamento formal ou mesmo a aposentadoria, eu não quero que isso signifique uma interrupção da atividade, isso eu

-
- E5** “É a melhor coisa que tem, acho que fiquei muito tempo só no computador. Fazia oito anos que não mexia mais com trabalho manual, sempre trabalhei com construção, fui eu e meu filho quem construiu nossa casa.”
- quero continuar fazendo. Tenho tempo para me aposentar no final do ano que vem. Não quero continuar afastado, mas estou aguardando a posição do departamento”.
- “Não tenho mais vontade de ir para universidade, cada vez que eu ia me incomodava, estava intolerante; cansei, saturei. [...] tem três anos para me aposentar, mas não quero mais voltar ao trabalho.... Pretendo me aposentar por invalidez. Não quero mais trabalhar, só fazer essas coisas” (construção da casa).
- E6** “Necessidade de organizar a vida, conseguir alguém para cuidar da mãe e ter paz para ir trabalhar. Não se trata de um afastamento para cuidar de si, mas para resolver problemas familiares”.
- “Se faltasse dois anos eu me aposentava, mas falta bastante, hoje eu perderia 30% da aposentadoria. Mesmo que sem o trabalho, morreria uma parte (de mim), mas me aposentaria se pudesse”.
- E7** “... percebi nos períodos de afastamento que **todo mundo tem que estar sempre muito ativo**, até na minha casa, a minha mãe, nossa! ‘Não posso olhar isso agora porque tenho que’ [...] todo mundo dá uma importância enorme para aquilo que faz... Aí me sinto uma vagabunda, não posso ficar deitada lendo um livro, eles (família) pensam: ‘o que esta mulher faz?’... a maioria das pessoas quer ficar na correria, a gente vive num mundo de ação... de ativismo, e nem sempre é tão produtivo, eu vi na TV, alguém falou: ‘o homem está condenado a agir’”.
- A partir de 2010 (início do semestre).
- E8** “Estou **tão bem agora** afastada”.
- “Retorno em fevereiro/2010, mas gostaria de me aposentar. Faltam 03 anos”.
-

Quadro 5 - Afastamento do trabalho/emprego e preparação para o retorno

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Metade do total de entrevistados percebe o período de afastamento do trabalho como uma necessidade, seja pelo benefício de parar, como forma de melhorar a condição de saúde, seja para recuperar-se física e emocionalmente, fortalecer-se ou, ainda, organizar a vida pessoal. Aquilo que é descrito pelos entrevistados como uma necessidade pode ser denominada pela literatura como incapacidade de trabalhar. A AMA (*American Medical Association*) caracteriza a incapacidade de trabalhar relacionada a transtornos mentais e comportamentais quando envolve limitações em atividades diárias referentes ao autocuidado, higiene pessoal ou sono; na interação com outras pessoas; na capacidade de realizar e completar tarefas; e na capacidade de adaptação a situações estressantes.

O fato de ser manifesto como uma necessidade, não significa tratar-se de um momento prazeroso. Assim, o período de afastamento pode ser angustiante devido a incertezas quanto ao retorno, manifestada pela entrevistada E3: “...não sei como vai ser o retorno... me preocupo um pouco”. Um estudo realizado em Brasília, com o objetivo de verificar a associação entre o afastamento por acidente de trabalho e a ocorrência de ansiedade e de depressão, constatou que o afastamento por acidente de trabalho pôde ser considerado um estímulo estressor; pois, além de vários transtornos psíquicos, provocou também alterações orgânicas. Foi observado que, apesar de os indivíduos receberem acompanhamento médico-fisioterápico, apoio e/ou acolhimento por parte de familiares e amigos, em todos os casos estudados os sujeitos ainda não retornaram ao ambiente de trabalho devido à persistência da doença de que foram acometidos, ou desenvolveram alguma outra manifestação fisiopatológica que os impedem de retornar à empresa. Nesse sentido, os pesquisadores concluíram que os sujeitos em estudo continuaram produzindo sintomas para evitar o retorno ao trabalho (BORSONELLO; SANTOS; SCHMIDT; ANDRADE, 2003).

Além disso, outro componente, que parece influenciar negativamente na preparação emocional para o retorno ao trabalho, refere-se ao estereótipo do não trabalhar e o significado social implícito do afastamento. A entrevistada E7 declara:

A maioria das pessoas quer ficar na correria. Não sei o que se passa, se eles olham pra mim e pensam: ‘ela está bem’. Acho que as pessoas não entendem o que se passa na depressão, não sei se as pessoas olham pra mim e acham que está tudo bem, mas às vezes você chora a noite toda e pensa em se matar e depois, no outro dia,

voce percebe que não é tão ruim assim, que não é nada daquilo, toma um banho e continua a vida, a depressão é assim, as pessoas não entendem.

Nessa fala estão associadas à percepção da entrevistada tanto a representação social de não estar trabalhando e o desconhecimento ou falta de empatia, quanto o entendimento da depressão por parte das pessoas. Parece que a sociedade atual encontra-se diante de um paradoxo, tudo pode ser considerado depressão – tristeza, cansaço, falta de motivação ou de ânimo, estresse – que justifique a necessidade de tomar medicação para diminuir ou cessar o sintoma. Por outro lado, nada é depressão, ou seja, nada é verdadeiro ou suficiente para que justifique a necessidade de parar, de não trabalhar. As pessoas que não trabalham ficam à margem, como se não pertencessem ao mesmo grupo, de pessoas, de colegas, de familiares. Existe a importância por rotular, ter um diagnóstico, para justificar a ausência do trabalho, mas há a dificuldade de compreender o que ocorre quando o trabalhador precisa parar. Para Cenci (2004, p.34), a depressão “pode ser a expressão de uma inadaptação social ou um apelo de socorro”.

O afastamento pode ainda ser definitivo, para alguns entrevistados, quando o pesquisado está diante de viabilizar a aposentadoria. Na pesquisa, 04 participantes gostariam ou estão efetivamente providenciando o não retorno ao trabalho.

Com base nos estudos de diversos autores é possível perceber relações entre os resultados apresentados pela população investigada e os relatos de outras pesquisas, o que possibilita constatar descobertas e aproximações com a literatura, tais como:

1. Características sócio-demográficas predominantes, como a faixa etária de 41 a 55 anos de idade (SILVEIRA, 2008), o gênero feminino (FLECK *et al.*, 2003; JUSTO; CALIL, 2006) e a qualificação acadêmica e profissional elevada dos participantes (MARCONI, 1997). Existem poucos estudos que relacionam a depressão ao nível de escolaridade ou qualificação profissional;

2. Sintomas predominantes da depressão – ansiedade, angústia, pânico, insônia e isolamento (ESTEVES; GALVAN, 2006; LIMONGI-FRANÇA, 2008). De acordo com os atestados investigados na análise de documentos, a maioria dos participantes foi diagnosticada como depressão recorrente, entendido também como o conjunto de episódios depressivos. Essa se trata de uma particularidade da pesquisa;

3. Uso de medicamentos psiquiátricos para o tratamento na maioria dos casos (FLECK *et al.*, 2003). Reflexo do modelo médico predominante que atesta a possibilidade de afastamento do trabalho;

4. Associação a outras doenças, em especial, à hipertensão (SIMONSICK *et al.*, 1995; DUARTE; REGO, 2007);

5. Os motivos associados ao afastamento do trabalho foram diversos, os quais expressam a subjetividade dos participantes e impossibilita generalizações. Alguns foram explicitamente relacionados à atividade profissional dos participantes, em que alegaram sobrecarga, dificuldade para lidar com mudanças internas e de relacionamento na equipe. Outros, ao gerenciamento da vida, pessoal e profissional, e aos efeitos ocasionados pelo tratamento da depressão.

A síntese descritiva da população pesquisada implica na análise mais detalhada dos sentidos atribuídos ao trabalho percebido por estas pessoas.

3.3 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS AFASTADOS DO TRABALHO/EMPREGO POR DEPRESSÃO

A análise dos sentidos atribuídos ao trabalho, conforme definido na revisão de literatura, foi baseada teoricamente em Morin, de acordo com as categorias: significação, orientação e coerência. Para a autora, investigar os sentidos de um objeto é questionar-se sobre a maneira pela qual a pessoa concebe este objeto, a fim de revelar os valores subjacentes; a orientação diante dele e o grau de coerência que este objeto possui na relação com sua experiência, sua marca e contribuição na sociedade.

3.3.1 Componentes dos Sentidos

3.3.1.1 *Significação*

O primeiro componente do sentido – a significação do trabalho – possibilita compreender o que representa o trabalho para as pessoas e o valor que ele tem em suas vidas. É possível identificar na pesquisa que, embora em processo de depressão e afastados do ambiente de trabalho, os participantes em sua maioria atribuem tamanha importância ao trabalho, que a ausência deste interfere diretamente no relacionamento social, no senso de utilidade e na independência.

Importante considerar que Morin (1996a), mesmo ao afirmar que as pesquisas sobre definição e centralidade do trabalho são avançadas, sua base principal para o desenvolvimento desse componente refere-se aos estudos do grupo MOW e, portanto, aos padrões de concepções do trabalho.

3.3.1.1.1 Valor do trabalho (importância e centralidade)

De acordo com o grupo MOW (1987) o sentido do trabalho pode assumir tanto uma condição de neutralidade, como de centralidade na identidade individual e social. Observa-se que, para alguns participantes, o trabalho permanece central, mesmo sob a condição de afastado do mesmo e em processo de adoecimento. Para essas pessoas, o trabalho é fonte de saúde, possibilitando-lhes o relacionamento com outras pessoas, além da satisfação, do prazer e da alegria.

“Eu acho importante a gente trabalhar, teve uma época da minha vida que eu parei de trabalhar um tempo, quando a minha filha nasceu... ficar em casa sem fazer nada, é tão ruim, você fica isolada do mundo... (E1)” Nesse caso, a importância está relacionada à função que o trabalho ocupa na vida da pessoa, ele orienta a vida, insere no mundo. Está relacionado ao Padrão A do Grupo MOW, em que “o trabalho acrescenta valor a alguma coisa”. Um outro depoimento é: “O trabalho, ele garante a vida da gente [...] é criação mesmo, eu aprendo com meus alunos, eles aprendem comigo, ele tem uma dimensão muito forte, do ser humano em geral, [...] ele me realiza muito, me gratifica muito, me dá muito prazer, muita alegria. (E2)” No caso dessa fala de E2, o trabalho está associado ao Padrão B (MOW), pois é central na vida e há um sentimento de vinculação e contribuição para a sociedade.

O trabalho pode ainda estar relacionado a um histórico de absoluta centralidade, ao implicar em grande abrangência na vida. O participante, abaixo, relata que diminuir a centralidade do trabalho em sua vida significa saber viver de modo mais saudável.

A importância é central e quase que única, ou seja, eu percebi que tem ocupado todas as minhas energias e os outros campos tem se tornado mais comprometidos, como as relações familiares, de lazer, pra mim é difícil pensar em atividade prazerosa que não seja relacionada ao trabalho, então **a importância dele é quase que central e única**. Essa é a minha luta principal, é diminuir essa centralidade ou unicidade... [...] esse é o desafio,

estabelecer limites entre o trabalho produtivo, criativo, que dá prazer. **Então aquela parte do trabalho que não é criativo, é fonte de sofrimento, pois é muito importante.** O que se torna pouco criativo é ruim, isso que eu acho que se confunde muito, o que eu quero no trabalho e o que eu não quero, essa distinção que é difícil, saber dizer não, eu não tenho direito de dizer não, de um modo geral, ser obrigado a fazer, mesmo com sobrecarga, assumo aquilo que é solicitado, qualquer convite tem que ter um impedimento real e concreto, pois não consigo dizer não, não me vejo falando que prefiro ficar com a família ou passear. (E4).

Heloani e Capitão (2003), bem como Mendes e Cruz (2004) declaram que a importância e a centralidade na vida do homem são crescentes, sendo que muitas vezes as relações interpessoais são preteridas. O homem muitas vezes dedica a maior parte de sua existência ao trabalho, não somente pela quantidade de tempo a ele destinado, mas pelo seu significado psicossocial.

O trabalho pode ainda possuir um caráter utilitarista, caracterizado por uma submissão econômica e relacionado à obrigatoriedade. A partir da análise dos padrões de A a F identificados pelo grupo MOW, constata-se que o salário é considerado elemento importante na definição do trabalho e, desse modo, atribui a ideia de que a maioria das pessoas associam os conceitos trabalho e emprego e apresenta dificuldades em diferenciá-los. Trata-se do Padrão F a categoria que define o trabalho como uma atividade regular remunerada (MORIN, 2002). Diante de tal concepção, em que o trabalho é entendido como sinônimo de emprego, está também relacionado à ocupação e a um sistema organizado economicamente (JAHODA, 1987; MORIN, 2002).

Teoricamente, eu acho que o trabalho não pode ser a coisa mais importante na vida de uma pessoa, mas aqui em Florianópolis, como estou longe da família, solteira, sem amigos, **eu percebi que o sentido de eu estar aqui é o trabalho.** [...] se eu me aposentasse, talvez, ou pedisse as contas mesmo, voltasse para minha terra perto da minha família, o trabalho seria importante, mas sem preocupação com lucro, trabalho voluntário, trabalho artesanal. Se eu pudesse [...] eu voltaria para perto da minha família [...] eu nasci para ser livre... (E7)

Na fala da entrevistada E7, o trabalho poderia ser mais saudável se associado à convivência familiar, à possibilidade de autonomia e à liberdade. Pesquisa de Morin, realizada em 2002, identifica que o trabalho que permite autonomia corresponde a uma das características que possibilita ter sentido.

A centralidade do trabalho pode também ser reduzida por uma opção de vida do entrevistado, com o intuito de assumir outros aspectos importantes, como o valor à família. Nesse caso, a centralidade não diminuiu em decorrência do adoecimento ou das más experiências profissionais, mas como objetivo de vida pessoal e/ou necessidade situacional. Borges e Alves Filho (2003) realizaram pesquisa com profissionais de diferentes instituições de saúde, envolvendo as categorias de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e auxiliares de enfermagem. Dentre os resultados apresentados, foram identificados oito padrões para configurar os significados do trabalho. Desses, cinco relacionam-se à centralidade do trabalho na vida dos pesquisados, sendo que o trabalho ocupa o primeiro ou segundo lugar em importância, e quando é preterido, é somente para o contexto familiar. Tal estudo confirma a importância da família como, talvez, único elemento na vida capaz de diminuir o valor central do trabalho.

Para as entrevistadas E3 e E6, o trabalho significava:

... quase que **90% da minha vida**, não tinha outra realização na vida. Hoje o sentido do trabalho pra mim é como se fosse 50% da minha vida... hoje eu consigo ficar com a minha família, ficar com os meus filhos de manhã, tomar café com eles, preparar o almoço. Concilio isso com o meu marido, cuido dele, cuido da minha saúde... agora que estou afastada, bagunçou tudo de novo, mas até assumir a coordenação estava conseguindo tudo isso, estava tudo organizado, a minha vida pessoal, as minhas caminhadas, acompanhar meus filhos... (E3)

Hoje não está mais em primeiro plano, **um dia já foi**. O trabalho que me fazia bem, eu deixava tudo pra lá. O trabalho era primeiro, era prazeroso, era trabalho e casa, mas o trabalho eu vinha, me dedicava, gostava, tinha prazer, me divertia, tinha os meus amigos, os cursos. (E6)

Num sentido negativo, pode ser visto como fonte de sofrimento e frustração e, desse modo, perde sua importância, torna-se quase que desprezado ou repudiado.

Tripalium... (risos) é a cultura do trabalho, mas quando eu vejo, eu sou o protótipo, o estereótipo, sou o tipo ideal da cultura do trabalho, daquele tipo sacral do trabalho. [...] Então o trabalho é pra mim, o que fez a humanidade viver até hoje. Tem algo nessa sala que não foi obra do trabalho? É crença, cultura e trabalho. [...] Atualmente o trabalho só perde para doença, um câncer, uma doença grave, ele está lá, a rés do chão. (E8)

Nesse caso, o trabalho se tornou nocivo, perdeu sua importância e o sentido positivo, transforma-se somente no valor econômico.

... não tem nem a ver com o salário, nem é o salário, é cumprir o tempo de serviço que falta para me aposentar, essa é a verdadeira função. Agora estou sentindo isso, **é o tempo para me livrar**. É lamentável chegar a isso, pra quem teve sonhos, não era um sonho meu, era coletivo. **É uma pena que tenha perdido isso que era uma coisa boa**. (E8).

Pode-se perceber que o valor atribuído ao trabalho está associado não somente à história de relação com o fenômeno, mas à forma como essa relação foi se transformando ao longo dos anos. Aquilo que um dia foi fonte de prazer e perspectiva de futuro transforma-se em decepção.

Na fala dos entrevistados, pode-se perceber que o período de proximidade da aposentadoria, mesmo que precoce, permeia sentimentos de frustração, inutilidade, ingratidão e até injustiça, uma falta de reconhecimento pela dedicação oferecida ao longo de anos de história.

Não sei se tem a ver com a idade, essa somatória, tudo que tu faz é antiquado, me chamaram de retrógrado, as pessoas que entraram na universidade acham que você é um modelo ultrapassado, 'vamos aposentar esse cara' (E5).

Esse reconhecimento ele é chave, mas ele tem muitas fases, eu ser reconhecido implica em ser valorizado, para evidenciar que tem sentido isso que você está fazendo, o reconhecimento do outro é um sinal importante para eu saber que isso tem um sentido social (E4).

Os estudos sobre o construto das vivências de prazer-sofrimento são compostos por três fatores: Valorização e Reconhecimento, que definem o Prazer, e Desgaste, que se associa ao Sofrimento. Mendes e Tamayo (2001) entendem que o reconhecimento é o sentimento de ser aceito e admirado no trabalho, além de ter liberdade para expressar-se. A falta de reconhecimento e valorização gera o desgaste do trabalho, representados por sensação de cansaço, desânimo e descontentamento, conforme verificado nas falas de E4 e E5, demonstradas nos depoimentos acima.

3.3.1.1.2 Definição do trabalho

O grupo MOW identificou 14 concepções possíveis do trabalho (MORIN, 1996a). Segundo Salanova, Garcia e Peiró (1996), a partir da identificação dessas concepções, MOW classificou quatro categorias de definição do trabalho: concreta; social; entendido como carga; e, como dever. Nessa investigação, foi possível constatar que tais definições estão presentes nos depoimentos dos participantes, porém pertencendo a mais de uma categoria ao mesmo tempo.

A) Concreta: que destaca os aspectos objetivos e tangíveis da atividade. Percebem-se dois contrapontos nesse depoimento, a necessidade financeira que obriga uma jornada extensiva de trabalho e, ao mesmo tempo, a satisfação e realização diante daquilo que desempenha. Morin (2001, 2002, 2007) e Antunes (2002) constatam que o trabalho é capaz de provocar prazer e sofrimento, conforto e subsistência; como emprego, pode ser agradável ou desagradável.

Trabalho:

... tem várias definições... é uma pergunta difícil de responder... trabalho tem a ver com satisfação, não existe remuneração sem que haja satisfação... tem a ver com relacionamento... (E5).

... é o meu ganha pão... tem a ver com realização também. Acho que você tem que gostar daquilo que faz, não só com dinheiro... (E1).

Outros relatos explicitam um antes e um depois, no que se refere à organização do trabalho e ao sentimento diante da atividade que desenvolvia.

[...] estou ajudando uma gurizada a se formar, tô fazendo um trabalho legal, **contribuindo com a cidadania** [...] todos fazemos parte do mesmo sentido, a mesma ética. Eu sou importante porque faço um trabalho, [...] o seu trabalho funciona, porque o meu trabalho funciona. (E8)

B) Social: que ressalta os aspectos funcionais que o trabalho cumpre socialmente. Para alguns participantes, o trabalho é definido a partir de uma visão idealista, relacionado à capacidade de expressar-se como pessoa e vinculado à importância de sua contribuição com a sociedade. Está relacionado ainda à satisfação, como fonte de criação e realização.

O trabalho pra mim é onde nós, como seres humanos, nos expressamos, nos objetivamos, [...], é onde a nossa subjetividade se objetiva, se materializa, se expressa, onde a gente faz e também se faz, porque o trabalho nunca é individual, é sempre... social, histórico e cultural [...] o objeto do meu trabalho é as pessoas, formar pessoas, formar os futuros educadores, os futuros professores... eu sou suspeita, mas é de uma dignidade, de uma beleza, é incomensurável. (E2)

O trabalho é algo que me envolve muito no processo de criação, e por isso que, quando me dedico, me dedico de uma maneira sem muita restrição, e pra mim trabalho é criatividade, e o grande sofrimento é quando eu fico constrangido a fazer um trabalho que não é criativo, isso é um fator de grande sofrimento, fazer por obrigação, sem um sentido real. [...] fazer um trabalho simplesmente para cumprir tarefas que no final eu tenho aprovação ou um salário, é uma coisa muito pobre, garante a sobrevivência econômica, mas não realiza a vida. Pra mim o trabalho é isso que envolve **realização, criação, criatividade, interação**. (E4).

C) O trabalho entendido como carga: pode apresentar-se relacionado à remuneração, quando o salário parece ser a principal motivação, pelo menos que justifique o ritmo e jornada diária. Essa entrevistada trabalha em dois hospitais, 12 horas/dia, e gostaria, se não fosse pela remuneração, de trabalhar somente em um emprego, porém:

O fato de trabalhar em dois locais tem a questão financeira, por ser uma categoria que não ganha bem, você pensa em trabalhar em dois, por um período, mais aí se parar em um, já adquiriu certo padrão, e se sair, perde. Acaba se adaptando com aquilo e vai fazendo falta (E1).

Não é como eu gostaria, não está sendo de jeito nenhum. **Trabalho para mim era o que eu fazia quando eu não trabalhava**, quando eu estava fazendo mestrado e doutorado [...] tinha liberdade de desenvolver tudo aquilo, até a hora que eu quisesse, **tinha controle sobre aquela situação, tinha aquele prazer de descobrir...** amanhã vou continuar. [...] Você está desenvolvendo algo, aí tem uma reunião, depois você para porque tem que dar uma aula, as coisas não tem sequência. É como você voar ou fazer uma viagem, isso pra mim é trabalho, e o que eu vivo hoje é como estar num congestionamento, anda um pouquinho, para, anda mais um pouco, e para, para dar aula, para ir para uma reunião, eu não consigo desenvolver. As coisas são fragmentadas. A única coisa realmente que eu desenvolvo é na sala de aula ou no laboratório... (E7)

D) Como dever: contextualizado como uma obrigação, algo que deve ser cumprido. Houve entrevistados que relataram a mudança na representação que o trabalho tinha antes e após o período de adoecimento. Assim, apresenta diferenças na forma de ver e lidar com o trabalho a partir da condição atual de saúde ou daquilo que provocou o afastamento. Existem várias atividades incluídas na função de docência.

O meu trabalho de ensino, de pesquisa e de extensão é apaixonante, tanto que quando eu começo... parece que não tem mais nada, nem filho, nem marido, nem família, não tem mais nada... é apaixonante. Ocupa todo o meu tempo, de noite, de madrugada. Agora quando se trata de administração, é a minha parte frágil, quando se trata que eu tenho que administrar, gerenciar uma coisa, aquilo me consome... (E3)

A formação do professor, especificamente do docente universitário, prevê o exercício da docência, o acompanhamento dos alunos, o gosto pela

pesquisa e atividades de extensão. Entretanto, não prepara esses profissionais para atividades de cunho administrativo e gestão que, além de representar uma parcela da rotina de trabalho, soma-se à demanda de atribuições crescentes. No caso da entrevistada E3, além de não se perceber hábil para a atividade, não houve também diminuição quanto a carga horária ou atribuições anteriormente definidas.

Há o prazer no exercício da atividade, sofrimento no desenvolvimento de algumas atribuições de caráter técnico-administrativo e a sobrecarga familiar, que refletiu nas relações e no desempenho no trabalho.

Tem o antes e o depois, antes me dava prazer, eu conseguia chegar meia hora antes, conversava com as amigas, colocava a conversa em dia, depois comecei a chegar em cima da hora, não dava pra conversar com as amigas, eu gostava de atender, mas depois essa situação começou a atrapalhar, já chegava em cima do laço, não conversava com ninguém, só trabalho, quando dava uma folga, conversava com alguém ali por perto, mas antes fazia cursos, participava de grupos, sempre envolvida com campanha de natal, fazia festa, mas depois que começou essa depressão, comecei a ficar desgostosa, não tinha mais disposição [...] com o acúmulo que veio, antes ainda vinha e esquecia, conseguia separar a casa do trabalho, antes do Alzheimer” (doença da mãe). (E6)

3.3.1.2 *Orientação*

Para investigar o segundo componente – a Orientação para com o trabalho – Morin (1996) também se baseou principalmente em MOW. O grupo classificou 11 metas que podem ser perseguidas pelas pessoas no seu trabalho e, através da análise dessas, identificou duas funções principais: a Econômica ou de Utilidade, que é relativa ao salário e à segurança do emprego; e a Função Expressiva, que está relacionada ao trabalho interessante, com autonomia e descoberta de habilidades.

3.3.1.2.1 Função do trabalho

Na presente pesquisa, a maioria dos entrevistados (05), de certo modo, confirma estudos anteriores (BETIOL, 2006; MORIN *et al.*, 2007), pois

entendem como função do trabalho o seu caráter econômico, importante para segurança e como possibilidade de adquirir bens para si e sua família.

Segurança, pela questão **financeira**. O fato de trabalhar em dois locais tem a ver com a questão financeira, por ser uma categoria (da saúde) que não ganha bem, você pensa em trabalhar em dois locais, por um período, mais aí se parar em um, já adquiriu certo padrão e se sair perde. Acaba se adaptando com aquilo... (E1)

Primeiro eu tenho que reconhecer que, **graças ao trabalho**, graças a universidade, **eu tenho bens**... não sou materialista, mas adquiri coisas por isso, você tem o que comer, a universidade é uma mãe, nunca atrasou, às vezes paga mal, outras vezes paga bem, não reconhece, às vezes reconhece, eu nunca vivi só da universidade, se ela me pagasse melhor, eu não precisava trabalhar em outros lugares, que aí tem sobrecarga, que me estressa. [...] Então tem ganhos, mas qual é o custo, a que custo? (E5)

É dali que eu sobrevivo, dali que eu tenho (um plano de saúde), meu **dinheiro**, minha independência, não espero, não dependendo do outro, o meu marido é mais acomodado, eu não espero, tomo a frente, eu comprei minha casa na praia, o terreno, eu construí, pago a escola da filha, tudo o que eu tenho é por causa do trabalho, tudo eu tiro dali. Tudo isso o trabalho possibilita, essa independência, pra que tu possas adquirir as tuas coisas. (E6)

Tem várias... mas uma delas, na verdade é a **remuneração**, eu preciso do salário (pausa) e a outra realmente é de me sentir... porque assim, eu já percebi nos períodos de afastamento, que todo mundo tem que estar sempre muito ativo [...] eu vi na TV, alguém falou: "o homem está condenado a agir", até quando você está parado está agindo, está pensando, você está fazendo alguma coisa, mas não é isso que tem valor, o que é valorizado é aquilo que está ligado ao capital, e todo mundo está dominado por isso. Quando viajei, encontrei pessoas da Alemanha que podem tirar até 03 meses de férias, então quem disse que temos que trabalhar tanto [...] isso não é vida. Acho que estão todos doentes, são

poucos os que ainda estão bem diante disso (comenta sobre as pesquisas sobre depressão em 2020) a importância pelo capital, pelo dinheiro, pela sobrevivência e esquece da espiritualidade, de outras coisas importantes. (E7)

Hoje não pesa nada, a função do meu trabalho é dar o meu **salário** no final do mês, daqui a três anos me aposento. O valor perdeu, a importância perdeu, a função estava amparada nessas coisas e, como sou minimalista, nem isso tem muita importância, isso que é triste. [...] Para mim a função no trabalho não tem nem a ver com o salário, nem é o salário, é cumprir o tempo de serviço que falta para me aposentar, essa é a verdadeira função (atual). Agora estou sentindo isso, é o tempo para me livrar. (E8)

A categoria função do trabalho apresenta o maior número de concordâncias. Betiol (2006) investigou os sentidos do trabalho para profissionais do setor público, no Brasil e na França. Entre os resultados, o trabalho, além de ser considerado obrigação e constrangimento (que não é o caso desta pesquisa), é também o principal meio de sobrevivência. Num outro estudo realizado por Morin *et al.* (2007) com jovens executivos, um ponto de relevância, que suscitou aprofundamento, diz respeito à questão do trabalho como sobrevivência, mesmo em uma população que dispõe de qualificação profissional.

Três participantes têm uma compreensão do trabalho como uma possibilidade de contribuir com o mundo, aprender e crescer como pessoa, como também de obter troca interpessoal gratificante. Além disso, o trabalho possui a função de contribuir para a sobrevivência.

É me realizar, me expressar, dar uma contribuição pro mundo que a gente está, [...] e a partir do meu trabalho e do **salário** que eu recebo, eu busco todas as condições necessárias à vida. (E2)

De crescimento, de aprendizado... de contribuir com o outro... de desenvolvimento como pessoa... essa função que eu acho que tem o trabalho, essa função reconfortante, essa função de aprendizado, de contato com eles... eu sinto que eu posso aprender muito com os

alunos, não me sinto acima deles, eu me sinto num nível bom de conversa, de estar junto com eles, aprender junto com eles. (E3)

O trabalho é condição de sobrevivência, de **salários** [...] A função é criar um campo de interação profunda, gratificante, agora quando se cria mecanismos que interferem nessa produção, que não são coerentes, isso dificulta, [...] A função do trabalho é uma função subjetiva, de reflexão, é uma função social, de produção, é uma função institucional, de criar um contexto coletivo de sustentação recíproca... (E4)

É importante perceber que a função primeira do trabalho para os participantes desta pesquisa - funcionários públicos concursados, que atuam em média há 20 anos na UFSC e estão afastados do trabalho em decorrência de depressão - é o salário. Entretanto, este salário possui representações diferenciadas, tais como: foi definitivo na aquisição de bens materiais, para si mesmo e sua a família, ao longo dos anos; possibilita independência financeira e proporciona segurança; e é o que mantém alguns entrevistados ainda vinculados à instituição (aguardando a aposentadoria). Mesmo que o trabalho tenha a função expressiva, de contribuir com a sociedade, ser campo de interação e fonte de crescimento, realização e aprendizado, ainda assim, há o componente salário que acompanha a composição do que representa a função do trabalho. Morin (2002), em uma de suas pesquisas, constata que as pessoas, mesmo diante de condições confortáveis de vida, continuariam em atividade, pois o trabalho, além de fonte de sustento, é também meio de relacionamento, integração social, ocupação e objetivo de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

3.3.1.3 Coerência

O terceiro componente do sentido é utilizado por Morin como Coerência. Tem por pressuposto teórico especialmente os estudos de Frankl (1963) e Yalom (1980). Remete à harmonia que a pessoa encontra em seu trabalho, isso se dá por meio de atos de engajamento para com uma meta ou uma causa que o transcende. O termo engajamento no trabalho está relacionado às noções de responsabilidade e comprometimento perante a sociedade e/ou a si mesmo. No presente estudo, definiu-se pela utilização do termo Contribuição

Social, na condução das entrevistas, também utilizado por Morin, Tonelli e Pliopas (2007) como uma terceira dimensão de análise.

3.3.1.3.1 Contribuição social

É possível verificar nas entrevistas que todos os participantes percebem a contribuição social de seu trabalho, tanto pelo desenvolvimento de suas próprias atribuições, quanto pela noção de pertencimento a uma instituição de ensino que, além do compromisso com a educação e cidadania, entre outros setores, também atua com saúde, representado pelo valor social do Hospital Universitário.

Quem trabalha na saúde, **salva vidas**, muitas vidas... às vezes a gente passa uma noite inteira correndo para salvar uma vida e no final ele sai bem... isso não tem preço, é muito gratificante quando o paciente ou a família vem agradecer... (E1)

... através dele eu dou uma **contribuição pro mundo**, é muito clara a contribuição ética, política do professor, **formando as próximas gerações, formando educadores** para a próxima geração. (E2)

Quando ele (o trabalho) **pode ajudar as pessoas, eu percebo a contribuição social**, quando eu faço extensão, **quando eu posso contribuir com uma escola**, uma criança, uma creche, quando os alunos fazem projetos de sala nas escolas... no ensino, quando eu percebo que o aluno sai diferente, **quando houve uma transformação** e quando eu vou para algum lugar e represento a própria universidade, pois a universidade é de todos.... (E3)

A realização está em realmente **pegar alguns desafios que são vitais**, que fazem parte da vida e **contribuir pra esclarecer**, para resolver... estar forte para resolver, por isso tenho me envolvido muito com os **movimentos sociais** [...] para mim é isso fundamentalmente o trabalho... (E4)

Quando uma pessoa escolhe uma atividade (ou trabalho) com um elevado potencial para a expressão pessoal, é mais suscetível a experimentar

uma sensação de alinhamento ou adequação, o sentimento de estar cheio de energia e realizado como pessoa (MORIN; FOREST, 2007).

Imensa, imagina... crianças [...] **formação da cidadania.** Quando eles chegavam ali, eles se vislumbravam, passa a fazer sentido aquilo, socialmente a gratificação é imensa. Tem reconhecimento até hoje... (E5)

Já me perguntei tanto isso, **o que contribui ensinar** [...] é claro que contribui porque eu estou ensinando, fico muito preocupada que um exame errado pode ter consequências, então fico preocupada com a seriedade do exame... No sentido da seriedade, na preocupação com a saúde das pessoas, além de estar formando profissionais, que será seu ganha pão. (E7)

Nas falas dos entrevistados E5 e E7, a contribuição social está integrada às demais categorias de análise, ao valor e à função do trabalho, o que remete aos padrões de definições do trabalho de MOW. Os padrões A, B e C possuem conotação positiva e correspondem ao trabalho que acrescenta valor a alguma coisa; ao sentimento de vinculação e contribuição social; e à concepção de que o trabalho é uma atividade que beneficia o outro.

A sensação de contribuição social de alguns entrevistados pode estar interligada ao objetivo e contribuição da instituição perante a sociedade, ou seja, a contribuição do trabalho individual passa pela própria representação social do trabalho coletivo. Aqui, o sentido do trabalho está relacionado ao sentimento de pertencimento. O engajamento ou comprometimento do indivíduo remete à ideia de transcendência²⁸ que parte das bases existencialista e fenomenológica, referenciadas, principalmente, na literatura de Frankl e Yalon.

Estou em uma instituição de ensino superior, **a universidade é tudo**, possibilita que as pessoas tenham uma profissão, que possam se aperfeiçoar, essa independência, os alunos se formar, e todo o bem que faz pra sociedade, a medicina, a odontologia, os serviços de

²⁸ Significa caráter de tudo que ultrapassa uma média. No Existencialismo caracteriza o que visa à consciência, ou seja, aquilo em direção ao que ela tende, ao mesmo tempo em que daí permanece distante (DUROUZOI; ROUSSEL, 1996, 474).

psicologia, quanta gente depende do HU, **essa contribuição é grandiosa.** (E6)

Quando atendo bem, eu tenho essa obrigação pensando em serviço público, **estou contribuindo com a cidadania,** quando sou eficiente, eu facilito a vida das pessoas e a minha vida também. (E8)

As entrevistadas E6 e E8 remetem contribuição do seu trabalho à função social da universidade, ou seja, a contribuição social do seu trabalho está interligada à contribuição da instituição a que pertencem. Chauí (2003) argumenta que a universidade pública sempre foi uma instituição social, pois exerce uma ação social, uma prática social fundada no reconhecimento público, num princípio de diferenciação que lhe confere autonomia.

Em uma perspectiva ampla, Frankl (2005, p.28) afirma que “o desejo de sentido é, não só uma genuína manifestação da humanidade do homem, mas também [...] um aplausível indício de saúde mental”. Foi possível constatar que, mesmo para os entrevistados que demonstraram sentimentos de frustração e ressentimento diante do trabalho (a atribuição de um sentido negativo), quando relatam a contribuição social de sua atividade, esta se apresenta positiva, com um significado mais amplo que o desenvolvimento da própria atividade. A coerência e a contribuição social contemplam um sentido maior ao trabalho, que ultrapassa o desempenho da atividade em si.

3.3.2 Sentidos do trabalho

Além de investigar os três componentes que definem o sentido, a pesquisadora incluiu no roteiro de entrevista o questionamento direto: “O que é um trabalho com sentido pra você?”. Tal indagação teve como propósito a confirmação ou não dos outros aspectos questionados, bem como o vislumbre daquilo que Morin, Tonelli e Pliopas (2007) afirmam como “o trabalho que tem sentido” e “o trabalho que não tem sentido”. É possível constatar que os questionamentos anteriores foram respondidos, porém a indagação direta confere maior clareza e aprofundamento a presente pesquisa, além de confirmar as categorias de análise utilizadas por Morin *et al.* (2007). Para Dejours (1992), a maioria dos trabalhadores (referindo-se a operários) ignora o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa. Isso não ocorre com essa população investigada.

Dos oitos participantes entrevistados, três verbalizaram sobre **O trabalho que tem sentido**. Nos estudos desenvolvidos por Morin, o trabalho que tem sentido é aquele que está ligado à satisfação, realização e prazer. Já, na presente pesquisa, o trabalho que tem sentido é principalmente aquele que possibilita o relacionamento agradável com as pessoas. A pesquisa desenvolvida por Morin em 2002 identifica seis características que possibilitam um trabalho que tem sentido e que serão referência na análise dos depoimentos abaixo.

1. Quando o trabalho é eficiente e produz um resultado útil,

É o trabalho que eu me realize que eu faça e eu perceba o resultado, eu perceba que aquilo fez um bem pra alguém, que contribuiu pra alguém e por consequência para mim também [...] Está relacionado ao reflexo no outro, relacionado ao reconhecimento. (E3)

2. Quando há prazer na realização da tarefa, quando permite autonomia, quando é fonte de relações humanas satisfatórias,

O sentido está na relação com as pessoas, na responsabilidade e extensão do compromisso social. (E2)

Eu acho que gostar do que faz, os amigos, pelo ambiente de trabalho. (E1)

3. Quando mantém as pessoas ocupadas e quando é moralmente aceitável. A participante E1 remete-se à outra época, na qual o trabalho aparentava ter um sentido mais positivo, nesse caso, não se refere somente às relações interpessoais, mas às condições de trabalho.

...O ambiente já foi melhor aqui no hospital, hoje em dia está ficando sobrecarregado, falta de pessoal, as pessoas vão se aposentando e não tem substituição de pessoal. As pessoas estão cansadas de tanto trabalhar. (E1)

Os outros cinco entrevistados relataram sobre **O trabalho que não tem sentido**. Referem-se, assim, àquilo que consideram como ideal e que não é vivenciado por eles, apenas almejado, conforme o relato abaixo:

... o fundamental é a criatividade e a interação com pessoas, interações prazerosas no sentido que você é estimulado, criar um campo afetivo com as pessoas é fundamental e há impressão de que você está prestando um retorno para a sociedade, esse dinheiro é público então tem que desenvolver um trabalho que tenha significado e daí vem o reconhecimento, no sentido de dar condições de trabalhar, facilitar as tramitações que facilita o desenvolvimento dessas atividades e muitas vezes ocorre o inverso, de competição, relações negativas, de entrave dessas atividades, isso dá uma sobrecarga de tensão muito maior ao trabalho, isso nos últimos dez anos mudou muito o trabalho (E4).

Balhs (1999), numa perspectiva cognitivista da depressão, afirma que pessoas deprimidas possuem expectativas elevadas e tendência a avaliar negativamente as situações. O autor propõe um modelo cognitivo composto de três conceitos clássicos que elucidam o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos. Entre os três conceitos, vale ressaltar a tríade cognitiva que se refere à percepção negativa e persistente da pessoa em relação a três aspectos essenciais: sobre si mesma, sobre o mundo e sobre o futuro. Essa interpretação equivocada permite que o deprimido sinta-se “encurralado”, envolvido por sentimentos de decepção, sofrimento, desamparo e desesperança. Morin, Tonelli e Pliopas (2007), quando se referem ao trabalho sem sentido, identificam-no àquele ocioso, enfadonho e inútil.

Outro aspecto a ser considerado quanto às diferenças apresentadas entre o trabalho desejado e o trabalho exercido pelos entrevistados, pode-se remeter às variáveis ampliadas por Borges (1998), a partir das pesquisas do grupo MOW (1987). Ela faz uma distinção entre atributos valorativos, que revelam o trabalho como deve ser; e atributos descritivos, que avaliam o trabalho como se apresenta concretamente. Entre as subcategorias, constam exigências sociais, percepção de justiça no trabalho, esforço corporal, realização pessoal, sobrevivência, independência e carga mental. Os estudos da autora não possuem o intuito específico de identificar o processo de adoecimento, mas contribuem para a disparidade existente entre aquilo que o indivíduo projeta e o que realmente conquista.

Se eu tivesse conseguindo desenvolver as minhas pesquisas junto com meus colegas. Outro local que

trabalhei tinha uma relação tão linda, acho que isso é que é um trabalho ideal, acho que nem eu, nem ninguém está feliz com o ambiente de trabalho. As pessoas do departamento têm uma relação distante. Talvez se eu não tivesse insistido nas minhas linhas de pesquisa, eu pudesse estar com as pessoas, mas agora tenho que acabar. (E7) (Ideal diferente do real).

As pessoas que expressam o trabalho que não tem sentido relembram quando um dia houve sentido, há um lamento e uma nostalgia diante da realidade atual, aspecto que pode contribuir para a condição de saúde vivenciada no momento.

Não sei te dizer... o meu desânimo, trabalhar [...] chega uma hora que não tenho mais vontade de dar aula, saturou. Não sei explicar, não tem uma palavra. [...] Atribuo, além de outros fatores, é a questão da competitividade desleal, tem reconhecimento dos alunos, das pessoas que atendia, mas na equipe ninguém aceita. Acho que depois do mestrado a relação com a equipe ficou ruim.... (E5)

Eu tinha prazer, o meu serviço era uma brincadeira, sempre bem humorada, às vezes era estressante, às vezes lotado em certas épocas e eu sempre bem, me dava prazer, era uma diversão, era terapia, não tinha problemas, sempre rindo, brincando, fazia coisas pra comer com os amigos. Eu me sentia viva com o trabalho, me dou bem com todos, tenho grandes amigos. Sinto falta, penso nas pessoas, no trabalho. (E6)

É quando consegue unir... tem que ter uma ética, tem que ter um objetivo, uma motivação que seria o salário, que para mim é muito importante... ele tem que ter uma ética, e essa ética tem tudo a haver com, é um trabalho de serviço público, então tem que servir, não posso vir a hora que eu quero ou quebrar um equipamento, tenho que tratar o público bem, seja externo, aluno ou professor, tem que ter regras e tem que ter uma missão que não é da pessoa, é da universidade, do centro, do departamento[...]
É isso que forma o sentido, quando quebra isso, perde o sentido. [...] o trabalho perdeu os outros sentidos, só vale pelo salário, mais nada. (E8)

Assim como a entrevistada E8, na pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2004), uma das conclusões constatadas foi a de quando o trabalho entra em conflito com valores pessoais, tende a ser fonte de sofrimento e, desse modo, deixa de ter sentido. Além disso, pode assumir uma função de caráter somente instrumental, mantido pela condição de sobrevivência ou pela necessidade do salário para viver. Trata-se da condição apresentada pela entrevistada E8 que, em seu relato, afirma ter vivenciado assédio moral.

Morin, Tonelli e Pliopas (2007), por meio de pesquisas realizadas no Brasil sobre o sentido do trabalho, identificaram que o fenômeno permanece essencial na vida das pessoas. A variedade da tarefa, autonomia, reconhecimento, aprendizagem, garantia de sobrevivência e segurança compõem condições importantes para que o trabalho tenha sentido. Os entrevistados que percebem sentido no trabalho que desenvolvem relacionaram principalmente a qualidade do ambiente e do relacionamento com colegas, a possibilidade de autonomia e reconhecimento e a visualização do resultado do trabalho perante a sociedade. Por outro lado, aqueles que não percebem sentido em seu trabalho ou vêem um sentido negativo, salientam a falta de alguns destes fatores, como o reconhecimento e a segurança. Atribuem ainda à falta de ética ou de objetivo comum à equipe, que se relaciona indiretamente, a qualidade do relacionamento interpessoal. Por fim, relacionam ainda a falta de sentido com a ausência de prazer ou presença do desânimo, aspectos esses que, além de estar ligados ao desempenho da tarefa, correspondem a sintomas associados ao processo de depressão. De acordo com Frankl (2005), o sentido da vida é importante para o desenvolvimento das atividades do indivíduo, sendo que o seu inverso mobiliza sofrimento, gera frustração ou vazio existencial. A sintomatologia do vazio existencial pode ser chamada de tríade da neurose de massa, composta por depressão, agressão e toxicodependência.

3.3.3 Processo de depressão e os Sentidos do trabalho

A partir do levantamento dos aspectos que caracterizam o processo de depressão dos participantes da pesquisa, bem como o sentido atribuído ao trabalho para essas pessoas, é possível constatar que existem componentes comuns, como a percepção de contribuição social do trabalho que os entrevistados desenvolvem e inúmeras particularidades que expressam a subjetividade de cada um. O quadro abaixo pretende apresentar aproximações

entre o trabalho que os entrevistados exerciam e como percebem o processo de adoecimento e de depressão em suas vidas.

Trabalho e Depressão	Percepção dos Entrevistados
<p>Associação entre o trabalho que desenvolvia e a depressão (envolve situação atual, condição de trabalho e cargo exercido).</p>	<p>“Claramente, a atuação na coordenação, com a função administrativa de carga horária alta, gerenciar coisas é muito complicado pra mim, as coisas pessoais são complicadas também, o mundo das letras e das ideias é mais fácil pra mim, mas das práticas é difícil, não sei fazer coisas práticas. Espero melhorar agora e voltar bem, me cuidar também. O trabalho será bom pra me cuidar, me arrumar”. (E3)</p>
	<p>A “...relação de poder é completamente doentia, contribui para o processo de adoecimento, eu consegui me salvar, sair disso, por exemplo o meu colega não teve a oportunidade de ver isso, morreu sem saber que estava com câncer, ano passado teve outra colega que morreu, outro de leucemia, no departamento cerca de 20%, algumas muito tempo afastadas por depressão”. Percebe “relação direta entre o processo de adoecimento e a estrutura de trabalho. Nos dez primeiros anos lembro de colegas que adoeceram, mas nos últimos outros dez anos essa proporção aumentou muito, e a gravidade também, claro não está relacionado somente com isso, é um conjunto”. (E4)</p>
	<p>“Direta, você entra no trabalho, veste a camisa, se dedica, se esforça, estuda para crescer e tudo isso que fez lá atrás não reconhecem agora, isso é triste”. (E5)</p> <p>“Totalmente. Eu penso assim, sou uma pessoa que tenho uma tendência à depressão, da mesma forma que tenho uma tendência a ficar bêbeda com uma cerveja, do mesmo modo que a hipertensão, que aí dependendo da forma como lido com a minha vida, como me alimento, vou desenvolver ou não. Só que estas tendências dependem da forma como lido com a vida. Eu não fico deprimida sem motivos de estresse, mesmo que eu tenha dificuldades na vida, isso não chega a me derrubar, mas com relação ao trabalho não, isso me derruba, talvez pela importância que o trabalho tem pra mim, mas o trabalho é minha</p>

Associação indireta entre a condição de trabalho e a depressão

(aqui os entrevistados veem o trabalho como importante para sua condição de saúde; o trabalho tem sentido positivo).

única fonte de depressão real. [...] (fala de exemplos pessoais). No trabalho não funciona assim, é algo cotidiano, eu não posso sair, me liberar disso e é algo coletivo, isso é um problema, é uma obrigação...”. (E8)
“**Negativamente não**, talvez em alguns momentos na história pode ter contribuído. Tem vários fatores, o histórico familiar, [...] teve momentos da história em que o trabalho foi conflituoso, tenso, difícil (conta alguns exemplos ruins), mas não dá pra dizer que ele (trabalho) é a causa. [...] **Contribui muito mais para a minha saúde**, eu me gratifico, a sala de aula é uma alegria, me dá muito tesão, [...] não me cuidar, não me pôr limites, (alguns aspectos da vida) tem contribuído para o meu adoecimento”. (E2)

“Contribuiu, não sei quanto, mas sim, essas coisas que irritava e levava para casa, a **sobrecarrega no trabalho, o excesso contribuiu** (conta exemplos). Tudo isso me detonou, não é um dia, são anos. Se faltassem dois anos, me aposentava”. (E6)

“Acho que sim, porque... eu não acho que o trabalho adoça, pelo contrário, acho que **o trabalho cura** (cita um mestre: ‘antes de me iluminar eu trabalhava por obrigação e depois que me iluminei eu trabalho porque quero trabalhar e trabalho mais ainda’) o trabalho tem que vir de dentro pra fora, mas nem sempre a gente consegue, mesmo que venha de dentro pra fora é capaz do **meio te fazer acreditar que fica como obrigação, te sufoca** [...] as pessoas conseguem transformar numa chatice, **o sistema acaba com a criatividade, torna uma obrigação**, o meio não aceita que você faça algo fora do esperado, os alunos não toleram que você fale algo fora do técnico, então a criatividade acabou, **na medida que você tem criatividade no trabalho, acho que ele é curativo, no momento que ele se torna uma obrigação, uma escravidão, ele é adoecedor**. Corta a liberdade quando fragmenta”. (E7)

Associa a depressão com a vida pessoal (separa trabalho de outros aspectos da vida).

“**Está totalmente relacionado com a vida pessoal**, nada influencia nem a carga horária, nem a sobrecarga, gosto muito do meu trabalho, fico super bem para trabalhar, mesmo sendo um pouco puxado, gosto

muito; tem a ver com o casamento. **O trabalho e a vida pessoal não têm relação**, isto está muito claro pra mim, os dois estão bem separados”. (E1)

Quadro 6 - Associações entre o trabalho desenvolvido pelos participantes na UFSC e a percepção do processo de adoecimento e depressão

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

É importante observar que as associações entre o processo de adoecimento e os sentidos do trabalho estão interligados à forma de funcionamento e organização do trabalho/emprego que executam. Isso, de certa maneira, confirma Seligmann-Silva (1995) quando se refere à organização do trabalho como uma das esferas mais preponderantes para determinar os agravos psíquicos relacionados ao trabalho, e que se soma a outros aspectos, como a divisão de tarefas e a estrutura hierárquica e temporal do trabalho.

É interessante constatar que a maioria dos entrevistados, que declararam não perceber sentido em seu trabalho, relatou que há relação deste com o processo de adoecimento vivenciado. Já aqueles que percebem sentido naquilo que realizam não atribuem ao trabalho o seu adoecimento, pelo contrário, entendem este como uma fonte de saúde, de prazer, de oportunidade de estar com as pessoas. Com base nesta amostra, verificou-se o reconhecimento do trabalho como fonte de saúde. Ou seja, para estes participantes ir trabalhar é representativo de saúde, de capacidade laboral no emprego, de senso de utilidade e de independência. Assim, podem-se inferir dois aspectos importantes: o primeiro - que diz respeito à possibilidade do afastamento do trabalho/emprego dificultar a recuperação da pessoa adoecida, quando este é associado como fonte de saúde – e, segundo - de que o trabalho, que tem sentido, tem menos possibilidade de desencadear a responsabilidade pelo processo de adoecimento, pelo contrário, contribui para a saúde e o bem-estar. Com isso, pode-se ainda afirmar que aqueles que mais adoecem são também os mais idealistas ou que veem no trabalho uma concepção de vocação, em que as expectativas com relação à profissão e ao trabalho formal foram frustradas pelo cotidiano e pelas exigências organizacionais.

A pesquisa realizada por D’Acri (2003) enfatiza um outro aspecto ainda mais curioso. Ao pesquisar trabalhadores adoecidos em decorrência de más condições de trabalho (expostos ao amianto por longo período de tempo, mesmo diante de tal realidade, tendo sido demitidos ou aposentados pelo processo de saúde-doença), observa-se que esses veem sentido no desenvolvimento de seu trabalho e sentem falta do período quando estavam em atividade. Assim, dado o grau de importância que o trabalho tem na vida das

peessoas, é possível afirmar que o afastamento ou o desligamento do mesmo muitas vezes dificulta o retorno a ele ou retarda a recuperação do trabalhador, gerando prorrogação de outros afastamentos.

Outra constatação importante é a de que todos os participantes têm a concepção de trabalho como emprego, sendo que tal concepção pode também ter relação à forma como essas pessoas lidam com seu trabalho e com sua condição de vida e de saúde. As pesquisas de Super e Sverko (1995) e Wrzesniewski *et al.*, (1997) identificaram três formas dos trabalhadores perceberem os seus trabalhos, como: emprego, carreira, e vocação. Segundo os autores, as diferentes formas de ver o trabalho geram diferentes consequências sobre a vida cotidiana dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo primeiro desta pesquisa, teve-se como intenção inicial a articulação de estudos do mundo do trabalho e do seu caráter coletivo à subjetividade do ser humano, imbuída dos recursos individuais inerentes para lidar com as exigências do contexto organizacional e buscar a saúde. Pode-se constatar que muitos são os estudos que possuem, em sua essência, a busca pelas interfaces dos fenômenos Trabalho-Saúde. Assim, a presente pesquisa apropriou-se de conteúdos já existentes e problematizou algo novo que poderá contribuir para a evolução dos estudos na área, os quais também poderão instigar novos estudos: os sentidos do trabalho para servidores afastados no processo de depressão.

Entre as descobertas, a primeira que precisa ser salientada remete-se à escolha da referência pelos estudos de Estelle Morin sobre sentidos do trabalho que, até então, foram realizados com base nas categorias de análise identificadas por ela no aprimoramento de suas pesquisas, realizadas desde a década de 90 do século XX, ou seja, as dimensões individuais, organizacionais e sociais. Nesta pesquisa, optou-se por desenvolver o estudo com base nos componentes dos sentidos (significação, orientação e coerência), também elaborados por Morin e, a partir desses, compreender o sentido do trabalho para os participantes. A opção pelo pressuposto teórico, bem como o método de investigação, parece ter sido coerente com a escolha da população a ser pesquisada - pessoas em processo de adoecimento e afastamento do trabalho por motivo de depressão. Tal consonância ocorre principalmente na compreensão da autora de que os três componentes dos sentidos são formados por estruturas afetivas e com isso vem ao encontro das circunstâncias em que os participantes se encontravam durante a pesquisa, em processo de adoecimento. Pretende-se, assim, registrar a contribuição dessa base teórica para a coleta das informações e, principalmente, para o aprofundamento do acesso à subjetividade de cada participante.

Quanto ao campo de estudos da saúde do trabalhador, no qual se insere a população pesquisada - pessoas afastadas do trabalho por motivo de depressão - houve dificuldade no que se refere à escolha da perspectiva teórica adotada, pois se pode perceber pouca articulação entre as aproximações e diferenças epistemológicas. Há ênfase nos estudos relacionados à estrutura e a organização do trabalho formal, como também, o questionamento quanto à predominância do modelo médico para o tratamento dos casos de afastamento e adoecimento do trabalho. Entretanto, há ainda a carência de uma concepção

consistente que ofereça respostas efetivas ao mau funcionamento do sistema vigente. Isso remete à necessidade da construção de mais conhecimento, em especial na Psicologia, que possa romper com a predominância do modelo médico.

Outro aspecto a ser considerado é a escolha pela população de pessoas afastadas do trabalho pelo motivo da depressão, condição, de certo modo, comum nos dias atuais; porém cercada de preconceito, falta de entendimento e condução monopolizada de tratamento. Tal contexto, por um lado, suscitou uma abrangência de possibilidades, pela expansão social e organizacional de casos; e, por outro, tratou de situações delicadas nas quais nem as empresas nem as pessoas colocaram-se prontamente a participar. Isso dificultou o processo de negociação para o local do campo de pesquisa e também para a adesão da população a ser pesquisada, o que gerou, por exemplo, limitações no número de entrevistados. Entende-se que o quantitativo maior da população poderia ter proporcionado respostas mais precisas quanto a questões relativas ao trabalho, que tem ou não sentido. Contudo, vale ressaltar a riqueza do material pesquisado e a possibilidade de aprofundamento das condições individuais de cada participante.

Especialmente, quanto ao aspecto da condução monopolizada do tratamento da depressão, 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. Na população pesquisada, foi possível observar que, com base na concepção médica, predomina o diagnóstico de depressão recorrente, caracterizada por episódios depressivos, com destaque para variações de ansiedade e estresse. Embora tal diagnóstico não seja pertinente aos níveis mais graves, são, mesmo assim, geradores de incapacidade para o trabalho.

Mais da metade da população da pesquisa 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, tal qual a depressão. Entende-se que é necessária a existência de 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 deem conta de compreender e avaliar as dificuldades em suas singularidades. Isso se estende ao contexto organizacional, o qual se

mostra resistente e incrédulo diante das necessidades individuais que surgem. Para pesquisadores como Jacques (2002, 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 dessas pessoas à sua vida profissional.

O levantamento dos casos, tanto por meio dos documentos, como através das entrevistas, possibilitou testemunhar as diferentes realidades em que se construíram historicamente o processo de adoecimento até gerar o afastamento do trabalho. Isso apontando, em muitos casos, para ocorrências sucessivas de afastamentos, inicialmente por períodos curtos, que ao longo dos anos, foram ampliando o tempo de ausência no 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 ao trabalho, gerando prorrogação de outros afastamentos até a aposentadoria. Essa constatação contradiz com outra descoberta, a de que, embora em processo de depressão e afastados do ambiente de trabalho, os participantes entrevistados em sua maioria atribuem tamanha importância ao mesmo, que a ausência dele interfere, de modo negativo, diretamente no relacionamento social, no senso de utilidade e na independência.

Foi possível compreender também que o trabalho, mesmo sendo considerado por muitos autores (ANTUNES, 2002, 2005; BORGES, 1999, 2003; MORIN, 2002, 2007) como central na vida do homem, implica em uma parcela de ocupação do cotidiano da vida das pessoas e que, diante disso, necessita ser administrado junto com outros interesses, vínculos e compromissos. Seja com a família, com os cuidados pessoais, as responsabilidades econômicas e sociais, os amigos, o lazer, entre outros que interferem sobremaneira na condição de saúde e doença. Nos depoimentos, pode-se perceber que a depressão está muitas vezes relacionada a dificuldades em estabelecer limites, priorizar necessidades e gerenciar diversas situações ao mesmo tempo. Assim, o trabalho, em torno de tantos outros estímulos e responsabilidades da vida adulta, pode contribuir para a sobrecarga da vida moderna.

Os motivos associados ao afastamento do trabalho foram diversos, expressaram a subjetividade dos participantes e, ao mesmo tempo, impossibilitam generalizações. Alguns foram explicitamente relacionados à atividade profissional dos participantes, os quais alegaram sobrecarga, dificuldade de lidar com mudanças internas e de relacionamento com a equipe. Outros motivos foram relacionados ao gerenciamento da vida, pessoal e profissional, e aos efeitos ocasionados pelo tratamento da depressão. Pode-se perceber que o valor atribuído ao trabalho está associado não somente a história de relação com o fenômeno, mas com a forma como essa relação foi se transformando ao longo dos anos. Aquilo que um dia foi fonte de prazer e perspectiva de futuro transforma-se em decepção. Na fala dos entrevistados, pode-se perceber que o período de proximidade da aposentadoria, mesmo que precoce, permeia sentimentos de frustração, inutilidade, ingratidão e até injustiça, uma falta de reconhecimento pela dedicação oferecida ao longo de anos de história profissional. Esse pode ser considerado uma lacuna no presente estudo, pois não se tratou do interesse principal, porém parece haver peculiaridades na faixa etária acima dos 50 anos, que culmina com aspectos marcantes da vida, como: aposentadoria, menopausa/andropausa, crescimento dos filhos e, segundo muitas pesquisas, alta incidência de depressão.

Outra constatação importante é a de que todos os participantes têm a concepção de trabalho como emprego, sendo que a mesma pode também ter relação com a forma como essas pessoas lidam com seu trabalho e com sua condição de vida e de saúde. A maioria dos entrevistados entende o trabalho como uma função de caráter econômico, necessário à segurança, independência financeira e à aquisição de bens para si e sua família. Mesmo para aqueles cujo trabalho tenha uma função expressiva, de contribuir com a sociedade, ser campo de interação e fonte de crescimento, realização e aprendizado, há o componente salário como destaque. Tal constatação pode estar relacionada à condição de servidor público, quando há uma busca apregoada por segurança e estabilidade.

Houve depoimentos que demonstraram mudanças no sentido do trabalho antes e após o período de adoecimento, ou seja, diferenças na forma de ver e lidar com o trabalho a partir da condição de saúde-doença e diante daquilo que provocou o afastamento. Entretanto, mesmo para aqueles que demonstraram sentimentos de frustração e ressentimento perante o trabalho, atribuindo a esse um sentido negativo, quando relataram a respeito da categoria de contribuição social da sua atividade, o trabalho mostrou ser positivo, com um sentido mais amplo. Foi possível perceber que as categorias coerência e contribuição social

contemplam um sentido maior ao trabalho, que ultrapassa o desempenho da atividade em si e relaciona-se ao sentido da vida. Já o trabalho que tem sentido é principalmente aquele que possibilita o relacionamento agradável com as pessoas, além da possibilidade de autonomia, reconhecimento e visualização do resultado do trabalho perante a sociedade. Por outro lado, aqueles que não percebem sentido em seu trabalho ou veem um sentido negativo nele, salientam a falta de alguns fatores, como o reconhecimento e a segurança. Atribuem ainda a ausência de prazer ou presença do desânimo, aspectos que além de estar relacionados ao desempenho da tarefa, correspondem a sintomas ligados ao processo de depressão.

Por fim, podem-se inferir dois aspectos importantes que interligam os fenômenos trabalho e sentido e, ao mesmo tempo, seu afastamento; e saúde e depressão. O primeiro aspecto diz respeito à possibilidade do afastamento do trabalho dificultar a recuperação da pessoa adoecida, pois limita ou impossibilita o relacionamento interpessoal e, quando esse é associado à fonte de saúde, pode gerar ainda mais carências. Isso evidencia um paradoxo, pois o trabalho pode contribuir para o adoecimento do trabalhador, porém o afastamento desse retira o “problema” (a pessoa que está comprometida em termos de desempenho), mas não resolve a situação. Tal fato procede tanto para o trabalhador, que não necessariamente se recupera durante o período de afastamento, como para a organização, que em caso de afastamento substitui o trabalhador. Porém, em alguns casos, a curto, médio ou longo prazo, a empresa vê-se diante de outro trabalhador nas mesmas condições de saúde-doença.

Como segundo aspecto de destaque, o fato de que, para os participantes da pesquisa, ao trabalho que tem sentido foi atribuído menos responsabilidade pelo processo de adoecimento, além dele contribuir para a saúde e o bem-estar. Tal constatação remete à subjetividade de cada trabalhador, que somente poderá ser compreendida, por meio da busca do entendimento individual e coletivo de cada situação. Pode estar relacionada à construção social e individual do trabalho para cada pessoa; à relação de responsabilidade e comprometimento com a organização trabalhada; ou à forma como se relaciona com a condição de saúde e de doença em sua vida. Isso demonstra a importância do entendimento individual, mesmo em um contexto coletivo, como o mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ADLER D. A., MCLAUGHLIN T. J., ROGERS W. H., CHANG H., LAPITSKY L., LERNER D. M.S. Job Performance Deficits Due to Depression. **American Journal of Psychiatry**. USA, v.163, p.1569-1576, September, 2006.
- AGUIAR, W. M. J. (Org.). A pesquisa junto a professores: fundamentos teóricos e metodológicos. In: AGUIAR, W. M. J. **Sentidos e Significados do Professor na Perspectiva Sócio-Histórica: Relatos de pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- AGUIAR, W. M. J. ; OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 1, p. 222-245, 2006.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA), *Guides to the evaluation of permanent impairment*. 4^a ed., 1995.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D. BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal)**, vol.3, n.2, pp. 273-294, 1998.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.
- _____. **O caracol e a sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARAÚJO, R. R. de; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v.14, p.53-66, jan./mar., 2007.
- BAHLS, S. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação**, Curitiba, v.3, p.49-60, jan./dez., 1999.
- BARROS, P. C. R. Sofrimento e defesa no trabalho dos operários terceirizados da construção civil de empreiteira e de cooperativa do Distrito Federal. In MENDES A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 253-280, 2007.
- BASSO, I. S. Significado e sentido do trabalho docente. **Cadernos CEDES**. Campinas, v.19, n.44, p.19-32, abr., 1998.
- BENDASSOLLI, P. F. **Trabalho e identidade em tempos sombrios: insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho**. 1.ed. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.

BENDASSOLLI, P. **Psicologia e trabalho: apropriações e significados**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BETIOL, M. I. S. Análise exploratória sobre os sentidos do trabalho em duas visões: região metropolitana de São Paulo e região Parisiense. In: Encontro da Anpad, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2006. CD-ROM.

BERBER, J. de S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, vol.45, n.2, pp. 47-54, 2005.

BERTONCINI, E. M. O. L. Trabalho, identidade e aposentadoria precoce: notas teóricas sobre o sofrimento do trabalhador. **Revista de psicologia da UNESP**, v.1, n.1, p.38-51, 2002.

BLANCH RIBAS, J. M. (Coord.). Trabajar en la modernidad... In: BLANCH RIBAS, J. M.; TOMAZ, M. J. E.; DORÁN, C. G. **Teoría de las relaciones laborales fundamentos**. Editorial UOC, Barcelona, 2003.

BORGES, L. de O. Os pressupostos dos estudos do significado do trabalho na psicologia social: no caminho do existencialismo. **Vivência**, Natal, v.12, n.2, p. 87-105, Jul./Dez. 1998.

_____. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, 81-107, Set./Dez., 1999a.

_____. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 4, n. 1, 109-139, Jan./Jun. 1999b.

BORGES, L. O.; ALVES-FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 2, 117-194, Jul./Dez., 2001.

_____. A estrutura fatorial do Inventário do Significado e Motivação do Trabalho, IMST. **Avaliação Psicológica**, v.2, n. 2, p. 123-143, dez. 2003.

BORGES, L. de O.; YAMAMOTO, O. H. O Mundo do Trabalho IN: ZANELLI, J.C. BORGES-ANDRADE, J.E. BASTOS, A.V.B. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2004.

BORGES, L. de O.; TAMAYO, A.; ALVES FILHO, A. Significados do trabalho entre os profissionais de saúde. In: Borges, L. de O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

- BORSONELLO, E. C., SANTOS, L. C. dos, SCHMIDT, M. L. G.; ANDRADE, T. G. C. S. de. A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.22, n. 3, set. 2002.
- BOSI, M. L. M. Trabalho e Subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13, n. 2, p.107-115, maio/ago., 2000.
- BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 213-223, 2004.
- BRANT, L. C., MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.12, n. 2, 2008.
- BROADHEAD W.E, BLAZER D.G, GEORGE L.K. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. **JAMA**, USA, v. 264, p.2524–2528, 1990.
- BROFMAN, G., Grupo com deprimidos. In: ZIMERMAN, D. E. e OSÓRIO, L. C. e cols. **Como trabalhamos com grupos**. Artes Médicas, Porto Alegre. 1997.
- BROSOL, I. C. F. Os sentidos do trabalho na construção civil: o “esforço alegre” sem a alegria do esforço. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, p.309-324, 2002.
- CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 5. Ed. Especial, v.25, p.240-244, 1998.
- CAMPOS, C. R., INOCENTE, N. J., ALVES, O. D., GUIMARÃES, L. A. M.; AREIAS, M. E. Q. Síndrome de *burnout* em profissionais da saúde. In: GUIMARÃES & S. GRUBITS (Eds.) L. A. M. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, v. 3, pp. 63-78, 2004.
- CAMPOS, I. C. M. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis-SC, 2006.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.19, n.4, pp. 923-931, 2003.
- CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10. ed., v.1, , versão 2008.

- CENCI, C. M. B. Depressão e contexto de trabalho. **Aletheia**, Canoas-RS, n.19, p.31-44, jun. 2004.
- CHAUI, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Rev. Bras. Educ.**, n.24, pp. 5-15, 2003.
- CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEAGA, N.; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.31(Supl I), p.18-25, 2009.
- CHEREM, J., SELIG, S. B. O sofrimento psíquico como causa de afastamento do trabalho. **RUBS**, Curitiba, v.1, n.4, sup.1, p.49-52, out./dez., 2005.
- CODO, W. **O que é alienação?** Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- _____. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar.** Petrópolis-RJ:Vozes, 1993.
- _____. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: Tamayo, A.; Borges-Andrade, J.; Codo, W. (Eds.). **Trabalho, organizações e cultura.** São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997.
- _____. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: Jacques, M. das G.; Codo, W. **Saúde mental e trabalho: leituras.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho. In: Zanelli, J. C.; Borges-Andrade, J. E.; Bastos, A. V. (orgs.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CONTI DJ, BURTON WN. The economic impact of depression in a workplace. **Journal of Occupational Medicine**, v. 36, p. 983-988, 1994.
- CUNHA, J. C. C. B. **Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.
- CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Rev. bras. epidemiol.** [online], vol.12, n.2, pp. 226-236, 2009.
- CUNHA, S. Doenças mentais no trabalho: transtornos mentais afastam brasileiros do trabalho e causam acidentes. CIPA, **Caderno informativo de prevenção de acidentes.** www.cipanet.com.br., 2009.
- D'ACRI, G., LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-terapia: "gestaltês"**. São Paulo: Summus, 2007.

- D'ACRI, V. Trabalho e saúde na indústria têxtil de amianto. **São Paulo Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 13-22, 2003.
- DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. 3ª.Ed. São Paulo: Makron Books Ltda, 2001.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- _____. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v.33, n. 3, p.98-104, mai./jun., 1993.
- DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E.; JAYET, C.; Coord.: BETIOL, M. I. S. **Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, SP, v.21, s.1, mai., 1999.
- DIAS, T. L. **Modelo de sistemas viáveis em organizações públicas: um estudo de caso da função de planejamento de informações estratégicas para informatização da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 1998.
- DÍAZ VILELA, L. **Psicología del trabajo y lãs organizaciones – concepto, história y método**. Santa Cruz de Tenerife, Espana: Resma. 1999.
- Dicionário de Blakiston, 2ªEd., SP.
- DORON, R.; PAROT, F. **Dicionário de psicologia**. Ática. São Paulo, 2007.
- DRUSS BG, ROSENHECK RA, SLEDGE WH. Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, p. 1274-78, 2000.
- DUROUZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de Filosofia**. SP: Papirus, 2ªEd. 1996.
- ELINSON, L., HOUCK, P., MARCUS, S. C., PINCUS, H. A. Depression and the Ability to Work. **Psychiatric Services**, v. 55, p. 29-34, Jan., 2004.
- DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, vol.23, n.3, pp. 691-700, 2007.
- DURONZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de Filosofia**, SP: Papirus, 2ª Edição, 1996.
- EMERY, F. **Report on the Hunsfoss project**. London Tavistock, 1964.
- _____. **Future we are in Leiden**: Martinus Nijhoff, 1976.

- ENGLAND, G. E.; WHITELEY, W. T. Cross-national meanings of working. In: BRIEF, A. P.; NORD, W. R. (Ed.) Meanings of occupational work. Toronto: Lexington Books, 1990.
- ESTELLITA-LINS, C., OLIVEIRA, V. M. de e COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psyche**: São Paulo, vol.10, n.18, p.151-166. set., 2006.
- ESTEVES, F. C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Manaus, n.24, p.127-135, jul/dez., 2006.
- FARIA, A. C. de; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no de 1995 a 2004. **Arquivos de ciências da saúde da FARMERP**. São José do Rio Preto, jan.-mar., v.12, n.1, p.14-20, 2005.
- FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflitos entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Caderno de saúde pública**, Rio d Janeiro, v.18, n.5, 1229-1241, set.-out., 2002.
- FICHTNER, N. (org.). Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2006.
- FERREIRA A. B. de H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed., Curitiba: Positivo, 2004.
- FERREIRA, M. C. Bem-estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. In TAMAYO A. (Org.), **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, pp. 181-207, 2004.
- FLAUZINO, D. P.; BORGES-ANDRADE, J. E. Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais. **Rev. Adm. Pública online**, v.42, n.2, p. 253-273, 2008.
- FLECK, M. P. de A., LAFER, B., SOUGEY, E. B., DEL PORTO, J. A., BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25, n.2, p.114-122, jun., 2003.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged, community sample. **Journal of Health and Social Behavior** , 21, 219-239, 1980.
- FRANKL, V. **O sentido da vida**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1963.
- _____. **V. Em busca do sentido**. Ed. Sinodal Vozes. Petrópolis, 1991.
- _____. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. 13 Ed. São Paulo: Idéias & letras, 2005.
- FREITAS, L. G. O processo de saúde e adoecimento dos professores que atuam em ambiente virtual. In MENDES A. M. (Org.). **Psicodinâmica do**

trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 155-178, 2007.

FREUD, S.; SALOMÃO, J (coord.). **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Edição *Standard* Brasileira. IMAGO (1969-80). CD-ROM.

KESSLER RC, FRANK RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. **Psychological Medicine**, v. 27, p.861–873, 1997.

KESSLER RC, BARBER C, BIRNBAUM HG. Depression in the workplace: effects on short-term disability. **Health Affairs** (Millwood), v. 18, n. 5, p.163–171, 1999.

KESSLER RC, GREENBERG PE, MICKELSON KD. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 43, p. 218–225, 2001.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNCAO, A. Á. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa** [online], vol.31, n.2, pp. 189-199, 2005.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções.** São Paulo: Editora CIPA, 2000.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E.; BATISTA, M. L.; MENDONCA, M. G. V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexso com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**. vol.17, n.3, pp. 607-616, 2001.

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. **J Affect Disord**, 49, p. 59-72, 1998.

GOOD, W.; HATT, P. **Métodos em Pesquisa Social.** 7. Ed. São Paulo: Nacional, 1979.

GUARESCHI, N. M. F.; MEDEIROS, P. F.; BRUSCHI, M. E. Psicologia social e estudos culturais: rompendo fronteiras na produção do conhecimento. In: GUARESCHI, N. M. F.; BRUSCHI, M. E. **Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GRUNSPUN, H. Crianças e Adolescentes com Transtornos Psicológicos e do Desenvolvimento. São Paulo, **Atheneu**, 2006.

HACKMAN, J. R.; OLDFHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v.60, n.2, p.159-170, 1975.

HELOANI, J. R. Assédio moral – um ensaio sobre a expropriação da dignidade do trabalho. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 1, Art. 10, jan./jun. 2004.

- HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 102-108, abr./jun. 2003.
- HELOANI, R.; LANCMANN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 77-86, set./dez., 2004.
- HOLMES, D. S., **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed., Artmed, Porto Alegre, 2001.
- HOUTMAN, I. L. D. e KOMPIER M. A. J., Trabajo y salud mental. In: **Enciclopedia de Salud Y Seguridad en el Trabajo**. Organización Internacional do Trabalho. 4ª ed., Espanha. 2002.
- INOCENTE, N. J.; REIMÃO, R. N. A. A.; GUIMARÃES, L. A. M.; SOUZA; J. C. R. P.; ROSSINI, S. R.; AREIAS, M. E. Q. Síndrome de *Burnout* em professores universitários do Vale do Paraíba (SP). **Biblioteca digital da UNICAMP**, 2005.
- INOCENTE, N. J., CAMARGO, D. A. de. Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (org.). **Série saúde mental e trabalho**, vol.III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- JACQUES, M. da G. C.; CODO, W. (Eds.), **Saúde mental & trabalho: Leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- JACQUES, M. da G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. RS, v.15, n.1, p.97-116, Jan./jun., 2003.
- _____. O nexu 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 1, v.19, p. 112-119, 2007.
- JAHODA, M. Work, employment, and unemployment. **American Psychologist**, v.36, n.2, p.184-91, 1981.
- _____. **Employment and unemployment: a social-psychological analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- _____. **Empelo y desempleo: un análisis socio-psicológico**. Madri: Ediciones Morata S. A., 1987.
- JEKEL, J. F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2005.
- JOHNSON, R. O que é, afinal, Estudos Culturais? In: SILVA, T. T. da (Org.) **O que é, afinal, Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. **Rev. psiquiatr. clín.** v.33, n.2, pp. 74-79, 2006.

- LAFER, B., ALMEIDA, P., FRÁGUAS, R. JR., MIGUEL, E. C. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- LANCMAN, S.; UCHIDA S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.6, p. 79-90, 2003.
- LAST, J. M. **A Dictionary of Epidemiology**. Edited for the International Epidemiological Association. New York, Oxford, Toronto: Oxford University Press, 2001.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.
- LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.
- LEITE, V. M. M.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; FALCAO, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], vol.6, n.1, pp. 31-38, 2006.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Psicologia do Trabalho: Psicossomática, valores e práticas organizacionais**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2008.
- MALTA, C. G. T. **Dicionário de Medicina do Trabalho**. SP: LTR, 1999.
- MALVEZZI, S. Gestão por metas: força transformadora das pessoas. **Marketing industrial**. São Paulo, n.45, 2009.
- MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud. psicol.** (Natal). vol.12, n.1, pp. 79-85, 2007.
- MARCONI, N. Uma breve comparação entre os mercados de trabalho do setor público e privado. **Revista do Serviço Público**, ano 48, n.1, p.126-147, Jan./Mar., 1997.
- MARTINS, D. A. Associação entre LER/DORT e depressão. In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (org.). **Série saúde mental e trabalho**, vol.III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MARTINS, S. R. Subjetividade e adoecimento por DORTs nos trabalhadores em um banco público de Santa Catarina. In MENDES A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 129-154, 2007.
- MASLACH, C., Stress, burnout and workaholism. In: KILBURG, R., NATHAN P. E. & THORESON, R. W., (Orgs.), **Professionals ins distress: issues, syndromes, and solutions in psychology**. Washington: American Psychological Association.1994

- MEANING OF WORK INTERNATIONAL RESEARCH TEAM. **The meaning of working**. London: Academic Press, 1987.
- MENDES, A. M.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: Tamayo, Álvaro e colaboradores. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. Coleção trabalho humano: All Books. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MENDES, A. M.; TAMAYO, Á. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, v.6, n.1, p.39-46, jan./jun., 2001.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. v.25, n.5, pp. 341-349, 1991.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p.21-32, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: MS, 2001.
Disponível em: http://www.ims.uerj.br/espmmedtrab/doenca_trabalhador.pdf.
- MOLON, S. I. **Cultura: a dimensão psicológica e a mudança histórica e cultural: subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky**. Departamento de Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, UFSC, Brasil, 1999.
- MORAES I.; PINHEIRO R.; SILVA R.; HORTA B.; SOUSA P.; FARIA A.. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1. p.65-70, 2006.
- MORIN, E. Léfficacité organisationnelle et le sens du travail. In: PAUCHANT, T. C. et al. (Coord.). **La quête du sens: gérer nos organizations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature**. Québec: Éditions de l'organisation, p.257-286, 1996a.
- MORIN, E. **La quête du sens au travail**. Le papier a présenté dedans 9°Congrès International de l'Associations de Psychologie du travail de langue française. Sherbrooke, France: Université de Sherbrooke. 27 out., 1996b.
- MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **RAE: Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.14, n.3, p.8-19, jul./set., 2001a.
- MORIN, E. M. Santé mentale et travail. La santé au travail: une question de sens! **Psychologie Québec**. Canadá, mars., 2001b.
- MORIN, E. M. Sentidos do trabalho. In: WOOD, T. Jr. (Coord.). **Gestão empresarial: o fator humano**. São Paulo: Atlas, 2002.

- MORIN, E., TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V. O trabalho e seus sentidos. **Psicologia & Sociedade**. Revista da associação brasileira de psicologia social – ABRAPSO, SP, Edição Especial 1, v.19, p. 47-56, 2007.
- MORIN, E., FOREST, J. Promouvoir la santé mentale au travail: donner un sens au travail. **Gestion**, v.32, n. 2, p. 31-36, 2007.
- MURPHY, G. C.; ATHANASOU, J. A. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **British Psychological Society**. v. 72, n. 1, pp. 83-99(17), March 1999.
- MYNOR-WALLIS L, GATH D. Predictors of treatment outcome for major depression in primary care. **Psychol Med**, 27, p. 731-6, 1997.
- NAMURA, M. R. Por que Vygotski se centra no sentido: uma breve incursão pela história do sentido na psicologia. **Psicologia da Educação**, v.19, São Paulo, dez., 2004.
- OFFE, C. Trabalho: a categoria chave da sociologia? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 4, n. 10, jun. 1989. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/content/view/132/54/>. Acesso em: 15 jan. 2009.
- OLIVEIRA, S. R. **Os sentidos do trabalho para os dentistas filiados à Uniodonto**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2004.
- OLIVEIRA, S. R., PICCININI, V. C., FONTURA, D. S.; SCHWEIG, C. Buscando o sentido do trabalho. In: EnANPAD, 28º, 2004, Curitiba/PR. **Livro de resumos dos trabalhos do XXVIII EnANPAD**, Porto Alegre: ANPAD, 2004.
- OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.40, n.4, pp. 734-736, 2006.
- PERON, A. P.; NEVES, G. Y. S. N.; BRANDAO, M.; VICENTINI, V. E. P. Aspectos biológicos e sociais da depressão. **Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR**, Portugal, v. 8, n. 1, p. 45-48, jan.-abr., 2004.
- PERSONS JB, THASE ME, CRITS CP. The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines. **Arch Gen Psychiatry**, 53, p.283-90, 1996.
- PIKHART, H., BOBAK, M., PAJAK A., MALYUTINA S., KUBINOVA R., TOPOR R., SEBAKOVA H., NIKITIN Y., MARMOT M. Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. **Social Science & Medicine**. v. 58, n. 8, p. 1475-1482, April 2004.

- PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, vol.34, n.1, pp. 76-83, 2000.
- PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Rev. Adm. Pública [online]**, v.40, n.1, p. 81-104, 2006.
- PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. Atualização – *Update*. **J. Brasil Psiquiatria**. Universidade de Brasília, v.54, n.2, p. 146-154, 2005.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1998.
- ROCHA, L.E.; GLINA, D.M.R. Distúrbios Psíquicos Relacionados ao Trabalho In: FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no Trabalho**. São Paulo: Ed. Roca, p. 320-351, 2000.
- ROCHA, S. R. A. Depressão relacionada a distúrbios osteomusculares no trabalho bancário. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. SP: Casa do Psicólogo, pp.205-229, 2007.
- RUSCHI, G. E. C.; SUN, S. Y.; MATTAR, R.; CHAMBÔ FILHO, A.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. psiquiatr.** Rio Grande do Sul, vol.29, n.3, pp. 274-280, 2007.
- SALANOVA, M.; GARCIA, F. J.; PEIRÓ, J. M. Significado del trabajo y valores laborales. In: Peiró, J. M.; Prieto, F. **Tratado de Psicología del trabajo**. Volume II: Aspectos Psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis Psicología, 1996.
- SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: Jacques, M. G.; Codo, W (orgs.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- SANTOS, T. M., ALMEIDA, A. O., MARTINS, H. O., MORENO, V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação de enfermagem. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.25, n.2, p.171-176, 2003.
- SCHESTATSKY, S.; FLECK, M. **Psicoterapia das depressões**. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], vol.21, suppl.1, pp. 41-47, 1999.
- SCOTT J. Psychological treatments for depression: an update. **Br J Psychiatry**, 167, p.289-92, 1995.

- SCHONFELD, I. S. A longitudinal study of occupational stressors and depressive symptoms in first-year female teachers. **Teaching eaching & teacher educatio**, v. 8, n.2, p. 151-158, 1992.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1995.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. Ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVA, H. L. **Afastamento para tratamento de saúde dos servidores públicos das secretarias de Estado da administração e fazenda: proposta para minimizar a incidência**. (Dissertação de mestrado) Programa de Pós Graduação da Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2004.
- SILVA, L. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. **Ciência e saúde coletiva**, vol.13, suppl.2, pp. 2049-2058, 2008.
- SILVEIRA, S. G. **Trabalho e saúde: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis-SC, 2008.
- SIMONSISCK E. M., WALLACE R. B., BLAZER D. G., BERKMAN L. F. Depressive symptomatology and hypertension-associated morbidity and mortality in older adults. **Psychosom Med**;57:427-35, 1995.
- SOUSA, C. M., FERREIRA, J. B., CASTRO-SILVA, L. M., MARTINS, M. V. O trabalho dos bancários em instituições financeira pública. In MENDES A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 345-360, 2007.
- SOUZA, F. G. de M. e. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, s.1, maio, 1999.
- SOUZA, R. M. B. de. A construção dos conceitos de saúde e doença mental: reflexões sobre sofrimento nas relações de trabalho. In: MATIAS, M. C. M.; ABIB, J. A. D. (orgs.). **Sociedade em transformação: Estudo das relações entre trabalho, saúde e subjetividade**. Londrina: Eduel, 2007.
- SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2004.

- STOTZ, M. R.; CEZAR JUNIOR, N. A depressão e afastamento do trabalho em professores. Curso de Psicologia. UNISUL, 2007.
- STUART, A. L. The most short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. **Med Care**, 26, p.724-732, 1988.
- TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. **Estudos de Psicologia** (Natal), v.7, n.1, Jan. 2002.
- TEIXEIRA, S. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Ver. Trib. Reg. Trab.** 3ª Reg., Belo Horizonte, v.46, n.76, p.27-44, jul./dez. 2007.
- TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.** [online], vol.32, n.3, pp. 149-159, 2005.
- TOLFO, S. da R.; COUTINHO, M. C.; BRASCH, D. CUGNIER, J.
- ALMEIDA, A. R. Revisando abordagens sobre sentidos e significados do trabalho na psicologia. **Fórum Criteos**, 2005.
- TRIST, E. **Adapting to a changing work.** Labour Gazette, v.78, p.14-20, 1978.
- TOLFO, S. da R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade.** Revista da associação brasileira de psicologia social: ABRAPSO, SP, v.19, Edição Especial 1, p. 38-46, 2007.
- TUCCI, A. M.; KERR-CORREA, F.; DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.23, n.2, pp. 79-87, 2001.
- YALOM, D. I. **Existential psychotherapy.** New York: Basic books, 1980.
- VYGOTSKI, L. S. Obras escogidas II: problemas de psicologia general. Madri: Visor Distribuiciones, 1991.
- _____. Psicologia concreta do homem. Educação & Sociedade, ano XXI, n.71, jun.2000.
- VORCARO, C. M. R., UCHOA, E., LIMA-COSTA, M. F. 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**, v.51, n.3, 167-182, jun.2002.
- WARREN, H., C. **Diccionario de Psicologia**, Fondo de Cultura Económica, 1964.
- WEISSMAN MM, MARKOWITZ JC. Interpersonal psychotherapy: current status. **Arch Gen Psychiatry**, 51, p. 599-606, 1994.

WELLS, K. B. The functioning and well-being of depression patient. **JAMA**, 262, p.914-919, 1989.

ZARAGOZA, J. M. E. **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores**. Tradução: Durley de Carvalho Cavicchia. 3ª ed., Bauru: Edusc, 1999.

APÊNDICE A

Profissionais afastados por depressão no período de julho a dezembro de 2009:
dados coletados na análise documental

Profissional afastado 1	
Diagnóstico CID-F	F33.2; F33.1
Sintomas descritos	Ansiedade, insônia, anedonia
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (90, 90 e 120)
Registro de outros afastamentos de saúde	Procedimentos cirúrgicos e Cefaléia
Queixa atual (2009)	Problemas familiares
Idade	49 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Técnico de enfermagem
Profissional afastado 2	
Diagnóstico CID-F	F32.2; F43.2; F41.1
Sintomas descritos	Depressão grave Potencial suicida Ansiedade, insônia Exaustão física e mental Transtorno de ajustamento Limitação psíquica
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (45, 90, 120, 120 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Sem afastamentos anteriores
Queixa atual (2009)	Problemas familiares (Mãe com Alzheimer)
Idade	48 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Superior (Biblioteconomia)
Profissional afastado 3	
Diagnóstico CID-F	F32.2; F41.1
Sintomas descritos	Depressão grave Insônia severa, Exaustão física e mental
Períodos de Afastamentos por depressão	2007 (60 dias) 2008 (10 dias) 2009 (15 e 90 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Internação por 20 dias (F33)
Queixa atual (2009)	Sem informação Problemas familiares (separação do marido e filho)

	Acompanhamento mensal da junta médica
Idade	55 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Técnico de enfermagem
Profissional afastado 4	
Diagnóstico CID-F	F32; F11
Sintomas descritos	Sem informação
Períodos de Afastamentos por depressão	2007 (07 dias) 2009 (60 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Afastamentos por problemas ortopédicos
Queixa atual (2009)	Sem informação
Idade	43 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Auxiliar de enfermagem
Profissional afastado 5	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F41.0; F33.1
Sintomas descritos	Sem informação
Períodos de Afastamentos por depressão	2008 (30, 20 e 10 dias) 2009 (45, 75, 90 e 90 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Histórico de câncer
Queixa atual (2009)	Tratamento de câncer
Idade	55 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Sem informação
Formação	Enfermagem
Profissional afastado 6	
Diagnóstico CID-F	F41.0; F44.9; F43.2 (depressão maior)
Sintomas descritos	Crises de choro
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (60 e 60 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Sem outros afastamentos
Queixa atual (2009)	Cargo de coordenação de curso
Idade	40 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Professor
Formação	Biblioteconomia
Profissional afastado 7	
Diagnóstico CID-F	F32.2; F42
Sintomas descritos	Cabeça não pensa direito

Períodos de Afastamentos por depressão	2004 (30 dias) 2005 (25 dias) 2006 (15, 07 dias) 2008 (30 dias) 2009 (30 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Tratamento psiquiátrico Tratamento ortopédico Tratamento com o filho
Queixa atual (2009)	Sem informação
Idade	50 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Sem informação
Formação	Sem informação
Profissional afastado 8	
Diagnóstico CID-F	F31.1; F32.2; F40; F41; Bipolar
Sintomas descritos	Sensação eminente de suicídio, labirintite, pânico, hiperatividade, apragmatismo, ansiedade, verborria, associação por contiguidade, intolerância, impaciência, oscilações e labilidade de humor, Insônia, fobia, disforia, choro
Períodos de Afastamentos por depressão	2002 2008 (30 e 90 dias) 2009 (3x 60 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Muitos afastamentos por depressão
Queixa atual (2009)	Depressão
Idade	53 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Professor
Formação	Sem informação
Profissional afastado 9	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F32.3; F43.0
Sintomas descritos	Insônia Pensamento lógico Ansiedade
Períodos de Afastamentos por depressão	2008
Registro de outros afastamentos de saúde	2009
Queixa atual (2009)	Depressão grave psicótica
Idade	52 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor/Servente

Formação	
Profissional afastado 10	
Diagnóstico CID-F	F41.2; F43.2
Sintomas descritos	Sem informação
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (60 e 60 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Tratamento psiquiátrico
Queixa atual (2009)	Problema no local de trabalho
Idade	Encaminhamento para internação
Gênero	49 anos
Cargo	Servidor/Servente
Formação	
Profissional afastado 11	
Diagnóstico CID-F	F33; F41.2; F32.2; F43.2
Sintomas descritos	Instabilidade emocional
Períodos de Afastamentos por depressão	2003 (20 e 30 dias) 2006 (30 dias) 2009 (3x)
Registro de outros afastamentos de saúde	Histórico de depressão
Queixa atual (2009)	Deseja retornar ao trabalho
Idade	38 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Técnico de enfermagem
Profissional afastado 12	
Diagnóstico CID-F	F33.2
Sintomas descritos	Ansiedade Insônia
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (3x 60 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Histórico de problemas ortopédicos Fibromialgia Deseja se aposentar desde 2006 Crise de hipertensão
Queixa atual (2009)	
Idade	57 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor/Servente
Formação	
Profissional afastado 13	
Diagnóstico CID-F	F33.2; F41.2; F43.2
Sintomas descritos	Pânico
Períodos de Afastamentos por depressão	2006 (30 e 60 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Histórico de depressão desde 1996

	Histórico de obesidade Tratamento psiquiátrico HIV (2001)
Queixa atual (2009)	Entre 2007 e 2009 (aguarda resultado do processo de aposentadoria por invalidez)
Idade	47 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Sem informação
Formação	Sem informação
Profissional afastado 14	
Diagnóstico CID-F	F32.1
Sintomas descritos	Sem informação
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (30 e 90 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	Sem informação
Queixa atual (2009)	Sem informação
Idade	45 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Sem informação
Formação	Enfermagem
Profissional afastado 15	
Diagnóstico CID-F	Depressão
Sintomas descritos	Sem informação
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (vários de período curto)
Registro de outros afastamentos de saúde	
Queixa atual (2009)	Tendinite
Idade	45 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Sem informação
Formação	Enfermagem
Profissional afastado 16	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F40.0; F34.1; F41.0
Sintomas descritos	Apatia; Insônia; Instabilidade; Ansiedade e tristeza
Períodos de Afastamentos por depressão	2003, 2005, 2006, 2007 e 2009 (muitos)
Registro de outros afastamentos de saúde	Dependência química Solicitação médica para remanejamento de função ou transferência de setor em 2006
Queixa atual (2009)	Depressão
Idade	49 anos

Gênero	Feminino
Cargo	Sem informação
Formação	Sem informação
Profissional afastado 17	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F32.2; F40.9
Sintomas descritos	Depressão moderada Ansiedade e medo
Períodos de Afastamentos por depressão	2008 e 2009
Registro de outros afastamentos de saúde	Hipertensão
Queixa atual (2009)	Obesidade
Idade	58 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Auxiliar de enfermagem
Profissional afastado 18	
Diagnóstico CID-F	F33.2
Sintomas descritos	
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (90 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	
Queixa atual (2009)	
Idade	54 anos
Gênero	Masculino
Cargo/Função	Servidor/Motorista
Formação	
Profissional afastado 19	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F32.2
Sintomas descritos	Anorexia
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (60 e 90 dias)
Registro de outros afastamentos de saúde	
Queixa atual (2009)	Internação por tentativa de suicídio
Idade	28 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Técnico de enfermagem
Profissional afastado 20	
Diagnóstico CID-F	F43.2
Sintomas descritos	Não consta
Períodos de Afastamentos por depressão	Desde set./2008, em 2009 (45, 30, 30, 90, 60, 30, 60, 60) até fev./2010.
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Doença do marido
Idade	44 anos

Gênero	Feminino
Cargo	Docente
Formação	Não consta
Profissional afastado 21	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F43.1
Sintomas descritos	Não consta
Períodos de Afastamentos por depressão	2008/2009 (90, 90, 90, 45)
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Tratamento quimioterápico Encaminhada para psicoterapia
Idade	46 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Não consta
Profissional afastado 22	
Diagnóstico CID-F	F31.1
Sintomas descritos	Não consta
Períodos de Afastamentos por depressão	Desde out./2008 até jan./2010
Registro de outros afastamentos de saúde	Não há
Queixa atual (2009)	Processo de aposentadoria Dificuldades no retorno ao trabalho Dificuldades no ambiente de trabalho
Idade	58 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor
Formação	Geografia
Profissional afastado 23	
Diagnóstico CID-F	F43; F31, F31.9
Sintomas descritos	Ansiedade e insônia
Períodos de Afastamentos por depressão	2007 (7, 5, 20, 30, 30) 2008 (60, 80, 15, 30) 2009 (60, 15, 45, 30)
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Transtorno de adaptação Bipolar
Idade	53 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor
Formação	Não consta
Profissional afastado 24	
Diagnóstico CID-F	F32.1; F41.9
Sintomas descritos	Não consta

Períodos de Afastamentos por depressão	Desde jul./2008; 2008 (90) 2009 (60, 30, 90, 90)
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Processo de aposentadoria por invalidez Internação em 2009
Idade	52 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Docente
Formação	Não consta
Profissional afastado 25	
Diagnóstico CID-F	F32.2; F33.1, F31.3
Sintomas descritos	Tristeza profunda Oscilação de humor
Períodos de Afastamentos por depressão	2005, 2006, 2007, 2008 2009 (30, 30, 60, 30)
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Internação em 2008 Bipolar
Idade	56 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Docente
Formação	Filosofia
Profissional afastado 26	
Diagnóstico CID-F	F41.1; F42.0
Sintomas descritos	Fraqueza, tremores, choro, tristeza, falta de apetite, insônia
Períodos de Afastamentos por depressão	2007 (15, 30) 2009 (15, 30, 30, 60)
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Transtorno obsessivo compulsivo
Idade	55 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor
Formação	Não consta
Profissional afastado 27	
Diagnóstico CID-F	F34; F32.2
Sintomas descritos	Ansiedade, taquicardia, distúrbio de personalidade
Períodos de Afastamentos por depressão	2003 (15, 15); 2004 (15, 15) 2006 (5); 2009 (20)
Registro de outros afastamentos de saúde	Histórico de tendinite e depressão

Queixa atual (2009)	
Idade	46 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Não consta
Profissional afastado 28	
Diagnóstico CID-F	F32; F14, F19
Sintomas descritos	Anorexia
Períodos de Afastamentos por depressão	2001, 2002, 2003, 2004, 2008, 2009
Registro de outros afastamentos de saúde	Dependência química Histórico de internações Falecimento da esposa em 2004
Queixa atual (2009)	
	Solicitação da equipe do hospital para afastamento definitivo do trabalho
Idade	52 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor
Formação	Médico anestesista
Profissional afastado 29	
Diagnóstico CID-F	F23.1; F32, F41
Sintomas descritos	Síndrome do pânico e episódios de depressão
Períodos de Afastamentos por depressão	1992 (primeiro diagnóstico) 2002, 2005, 2009 (afastamentos de curto período)
Registro de outros afastamentos de saúde	Afastamentos de saúde de curto período; Gastrite
Queixa atual (2009)	
	Não consta
Idade	41 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Servidor
Formação	Não consta
Profissional afastado 30	
Diagnóstico CID-F	Não consta CID-10 (tratamento psicoterápico)
Sintomas descritos	Não consta
Períodos de Afastamentos por depressão	2002 (30 dias) 2009 (90, 120, 90, 60)
Registro de outros afastamentos de saúde	Diabetes
Queixa atual (2009)	
	Cirurgia (Câncer gastro)
Idade	59 anos
Gênero	Masculino

Cargo	Docente
Formação	Filosofia
Profissional afastado 31	
Diagnóstico CID-F	F31.6
Sintomas descritos	Não consta
Períodos de Afastamentos por depressão	Muitos
Registro de outros afastamentos de saúde	Histórico de depressão por 20 anos
Queixa atual (2009)	Processo de aposentadoria por invalidez
Idade	Atua em outra universidade
Gênero	45 anos
Cargo	Feminino
Formação	Docente
	Não consta
Profissional afastado 32	
Diagnóstico CID-F	F33, F32.1; F14.2
Sintomas descritos	Não consta
Períodos de Afastamentos por depressão	2009 (90, 60, 65, 20)
Registro de outros afastamentos de saúde	Dependência química
Queixa atual (2009)	Internação em 2009
Idade	Não consta
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor
Formação	Não consta
Profissional afastado 33	
Diagnóstico CID-F	F43.0, F32.0
Sintomas descritos	Cefaléia e náuseas
Períodos de Afastamentos por depressão	Desde out./2008
	2009 (30, 60, 60)
Registro de outros afastamentos de saúde	Não consta
Queixa atual (2009)	Em processo de defesa da tese de doutorado; Dificuldade no retorno ao trabalho; Tendinite; Tratamento homeopático; Psicoterapia; Junta médica solicita retorno ao trabalho; Médico particular atesta aptidão ao trabalho
Idade	40 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Docente
Formação	Pedagogia
Profissional afastado 34	

Diagnóstico CID-F	F31.2; F32; F32.2; F33.3
Sintomas descritos	Mania, sintomas psicóticos
Períodos de Afastamentos por depressão	1990 (internação) 2000, 2002, 2003 2007 (90, 120, 30) 2009 (90, 30, 60)
Registro de outros afastamentos de saúde	Depressão grave com sintomas psicóticos
Queixa atual (2009)	Transtorno de depressão grave
Idade	57 anos
Gênero	Masculino
Cargo	Servidor/Motorista
Formação	Não consta
Profissional afastado 35	
Diagnóstico CID-F	F33.1; F41.1
Sintomas descritos	Distúrbio do sono, narcolepsia, hipersensibilidade auditiva, tontura, choro constante, pensamentos negativos, desânimo, ansiedade, perda de peso, alteração do apetite, medo de trabalhar, das pessoas, hipermania, crise de riso, humor alterado
Períodos de Afastamentos por depressão	1999, 2000; 2009 (30, 30, 90, 90)
Registro de outros afastamentos de saúde	Uso de medicação desde 1991 1999 (crise depressiva) 2000 (depressão grave)
Queixa atual (2009)	Histórico de depressão
Idade	45 anos
Gênero	Feminino
Cargo	Docente
Formação	Farmácia
Profissional afastado 36	
Diagnóstico CID-F	F32.2; F43.1, F33
Sintomas descritos	Anorexia
Períodos de Afastamentos por depressão	2007, 2008, 2009
Registro de outros afastamentos de saúde	Foi agredida por um aluno em 2007 Tratamento psiquiátrico Depressão, estresse
Queixa atual (2009)	Processo de aposentadoria por invalidez 2 anos de afastamento, solicitação da junta médica sobre parecer do médico

Idade	particular
Gênero	57 anos
Cargo	Feminino
Formação	Docente
	Não consta

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

APÊNDICE B

Sintomas relacionados no CID-F e identificados nos participantes da pesquisa

CID-F	Sintomas descritos
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
F11	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos (morfina e heroína).
F30-F39	Transtornos de humor afetivos
F31	Transtorno afetivo bipolar Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e, em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos. Episódio atual maníaco correspondente à descrição de um episódio maníaco sem sintomas psicóticos (F30.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado. Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado (F32.0 ou F32.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.
F32	Episódios depressivos Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um 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 importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente 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 se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, 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, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve,

moderado e grave.

- F32.1 **Episódio depressivo moderado**
Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente, e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.
- F32.2 **Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos**
Episódio depressivo quando vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.
- F32.3 **Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos**
Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2), mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.
- F33 **Transtorno depressivo recorrente**
Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo e, por vezes, precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).
- F33.1 **Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado**
Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.
- F33.2 **Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos**
Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos,
-

sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F34 **Transtornos de humor [afetivos] persistentes**

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam, contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.1 **Distímia**

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

**F40-
F48** **Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes**

F40 **Transtornos fóbico-ansiosos**

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais, tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e frequentemente se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica frequentemente se associa a uma depressão. Para determinar se convém fazer dois diagnósticos (ansiedade fóbica e episódio depressivo) ou um só (ansiedade fóbica ou episódio depressivo), é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do exame.

F40.0 **Agorafobia**

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é frequente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se com frequência sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

Agorafobia sem antecedentes de transtorno de pânico

-
- F40.9 **Transtorno de pânico com agorafobia**
Transtorno fóxico-ansioso não especificado
Estado fóxico SOE
Fobia SOE
- F41 **Outros transtornos ansiosos**
Transtornos caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem- se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóxica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.
- F41.0 **Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]**
A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.
- F41.1 **Ansiedade generalizada**
Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são expressos com frequência.
- F41.2 **Transtorno misto ansioso e depressivo**
Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros, seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo.
- F42 **Depressão ansiosa (leve ou não-persistente)**
Transtorno obsessivo-compulsivo
-

Transtorno caracterizado essencialmente por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto algum da realização destes atos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, frequentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele, que ele(a) teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

F43

Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras à medida que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de “stress” aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de “stress” psicossociais (“life events”) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, frequentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência é sempre a consequência direta de um “stress” agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um “stress” grave ou persistente, à medida que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social.

F43.0

Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras à proporção que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de “stress” aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de “stress” psicossociais (“life events”) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes o papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, frequentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência é sempre a consequência direta de um “stress” agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um “stress” grave ou persistente, à medida que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social.

F43.2 **Transtornos de adaptação**

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais. Ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de “stress” pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de “stress” considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular, nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação

depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

F44 **Transtornos dissociativos [de conversão]**

Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de “histeria de conversão”. Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis. Os sintomas traduzem freqüentemente a idéia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um “stress” psicológico e ocorrer freqüentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes (F45.0). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

F44.9 Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado

Fonte: CID-10, versão 2008 *on line*. Elaborado pela pesquisadora.

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. ABERTURA DA ENTREVISTA:

Apresentação profissional

Objetivos da pesquisa; contexto atual; interesse pelo estudo

Termo de consentimento livre e esclarecido

Responsabilidade e sigilo das informações

Solicitação de gravação da entrevista

2. DADOS DEMOGRÁFICOS

Iniciais:

Idade:

Gênero:

Estado civil:

Filhos:

Formação:

Atuação profissional:

Tempo de trabalho na organização:

Tempo na função:

Carga horária:

Tempo de afastamento do trabalho:

Frequência:

3. SENTIDOS DO TRABALHO

Como você define o seu trabalho?

O que é um trabalho com sentido pra você? Como você identifica esse sentido no seu trabalho?

Qual a importância do trabalho pra você? Como você vê o seu trabalho em relação a outros aspectos da vida?

Qual a função do trabalho na sua vida?

De que forma você percebe que seu trabalho contribui para a sociedade?

4. PROCESSO DE DEPRESSÃO

Como você percebe sua condição de saúde atual?

Tem ocupação no período de afastamento?

Diagnóstico da perícia (CID) / Uso de medicação (Quais?):

Como foi diagnosticada?

Histórico da depressão (história anterior e no trabalho):

Como você descreve a sua depressão? Em que situações se manifesta?

Como foi vivenciado o processo de adoecimento no trabalho? Como ficou o trabalho nesse período? (em termos de desempenho)

Como foi a reação da organização (chefia/colegas). Tipos de intervenção por parte da Junta Médica (UFSC).

5. FECHAMENTO: Relação entre o processo de depressão e o trabalho.

APÊNDICE D**ROTEIRO PARA ANÁLISE DE DOCUMENTOS**

1. Número do prontuário
2. Idade
3. Gênero
4. Formação profissional/Cargo/Setor de atuação
5. Diagnóstico Médico
6. Motivo de afastamento do trabalho no período pesquisado (2009)
7. Histórico de afastamentos por motivo de saúde (outros afastamentos do trabalho)
8. Histórico de Afastamentos por motivo de depressão:
 - a. Número de ocorrências ao longo da trajetória profissional na organização
 - b. Períodos de afastamento do trabalho
9. Uso de medicação; Relação de medicamentos utilizados
10. Sintomas descritos nos prontuários e/ou nos atestados médicos
11. Ano de abertura do prontuário

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Suzana da Rosa Tolfo, sou professora da UFSC e estou desenvolvendo, com a participação da acadêmica do Curso de Psicologia Gabriela Cavalheiro a pesquisa SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO NO PROCESSO DE DEPRESSÃO: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS AFASTADOS DO AMBIENTE LABORAL, com o objetivo caracterizar os sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão. Este estudo é necessário, pois se considera importante identificar a centralidade do trabalho e os sentidos atribuídos ao trabalho no processo de depressão, compreender o processo de depressão no contexto laboral e as influências sociais implicadas na expressão das dificuldades vivenciadas no trabalho.

A coleta de dados se dará através de entrevistas, as quais serão gravadas e, posteriormente, transcritas a fim de que se faça uma análise qualitativa de seus conteúdos.

Se houver dúvida em relação ao estudo ou se você não desejar mais fazer parte do mesmo, favor entrar em contato pelo telefone (48) 3331-8575 ou pelo e-mail srtolfo@yahoo.com.br. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas (ou material coletado) serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisadora principal _____

Pesquisadoras responsáveis _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa **SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO TRABALHO NO PROCESSO DE DEPRESSÃO: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS AFASTADOS**

DO AMBIENTE LABORAL e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNCIDE F

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ilmo. Senhor

Diretor do Hospital Universitário
Campus Universitário – UFSC – Florianópolis – SC

Florianópolis, 10 de novembro de 2009.

Senhor Diretor,

Entende-se que a pesquisa acadêmica tem em seus propósitos principais a formação de docentes universitários e a produção do conhecimento científico. Mais especificamente, a pesquisa em ciências sociais tem o compromisso com o retorno da investigação às pessoas, bem como a transformação do conhecimento em ações aplicáveis que contribuam com o aprimoramento da vida em sociedade.

A presente pesquisa pretende caracterizar os sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão. Compreender se a centralidade do trabalho se altera sob o processo de depressão é relevante para que possam ser desenvolvidas ações de saúde do trabalhador que permitam atender adequadamente a esta clientela. Entende-se que descobertas nesta direção poderão vir a contribuir para o entendimento da atividade laboral como elemento importante para o processo saúde-doença.

Atualmente a investigação encontra-se na fase de coleta de dados, tendo como campo de estudo os servidores e docentes da UFSC, em situação de afastamento do trabalho por motivo de depressão. Tal oportunidade surge por meio do interesse e suporte dos profissionais que compõem a equipe da Junta Médica desta universidade que se responsabilizaram pelo levantamento destes profissionais na Instituição e o primeiro contato com os mesmos para

posterior agendamento de entrevistas individuais, semi-estruturadas com a pesquisadora. A partir disto, diante da oportunidade de realizar uma análise qualitativa deste universo, surge também a necessidade de realizar um levantamento documental dos casos, bem como, organizar e detectar o número total, referente ao ano de 2009 na UFSC e seus respectivos dados demográficos. Deste modo, solicitamos o acesso aos prontuários e documentos referentes aos profissionais afastados por motivo de doença que compõe esta Instituição de ensino.

Certos de um retorno positivo, agradecemos antecipadamente à atenção e ao empenho.

Atenciosamente,

Suzana da Rosa Tolfo - Professora Orientadora do PPGP/UFSC
Gabriela Cavalheiro - Mestranda de Psicologia da UFSC

APÊNCIDE G

Glossário de Termos Técnicos

Anedonia: ausência de prazer, o não prazer; o prazer faz parte da vida, e, muitas pessoas não podem sentir nem encontrar essa emoção fundamental. Encontra-se nos estados depressivos, nas esquizofrenias, nas perturbações de personalidade, nos comportamentos alcoólicos e tóxicodependências, no tédio, na procura de sensações, etc. (BOURGEOIS, Anedonia: O Não Prazer e a Psicopatologia).

Anedonia: ausência total ou crônica de prazer por atividades que, normalmente, deveriam produzi-lo. (Dicionário Médico Blakiston).

Burnout: “Adota-se aqui a perspectiva psicossocial, que toma a síndrome de *burnout* como um processo, no qual os aspectos do contexto de trabalho e interpessoais contribuem para o seu desenvolvimento (...) reação a tensão emocional crônica por tratar excessivamente com outros seres humanos, particularmente quando estão preocupados ou com problemas.” (MASLACH, 1994).

Comorbidade: A co-ocorrência de dois ou mais transtornos em um indivíduo em um momento (ex. quadro depressivo, transtorno alimentar e artrose). (HOLMES, D. S., 2001).

Disforia: 1. situação de não se sentir bem ou de se sentir contrafeito. 2. impaciência e inquietação mórbida. 3. desconforto físico. (Dicionário Médico Blakiston).

Distímia: qualquer temperamento desanimado ou tendência depressiva, amiúde associada à hipocondríase. (Dicionário Médico Blakiston).

Doenças ocupacionais: “doenças’ decorrentes de exposição a substâncias ou condições perigosas inerentes a processos e atividades profissionais ou ocupacionais” Portaria Interministerial n.4, de 31 de julho de 1991, publicado no DOU de 9.8.1991. (Dicionário de Medicina do Trabalho, MALTA, 1999).

Fibromialgia: Dor músculo-esquelética difusa, com enrijecimento e dor em músculos, ligamentos, tendões e articulações. Site *Dor on line*: <http://www.dol.inf.br/index.html>, acesso em Janeiro/2010.

Hipertensão: tensão excessiva, geralmente empregada como sinônimo de alta pressão sanguínea.

Hipertensão arterial: elevação anormal da pressão sanguínea na parte arterial do sistema circulatório. (Dicionário Médico Blakiston).

Hipomania: modalidade comum e branda do tipo maníaco da doença maníaco-depressiva, em que a pessoa geralmente exibe rápidas flutuações entre elevação e irritação, grande energia, impaciência, euforia e, ocasionalmente, acesso de depressão. (Dicionário Médico Blakiston).

Hipermania: fase maníaca da doença maníaco-depressiva. (Dicionário Médico Blakiston).

Narcolepsia: transtorno do mecanismo do sono, especialmente o estado D, caracterizado por dois ou mais de quatro sintomas, a saber: 1. ataques incontroláveis de torpor ou sono durante o dia; 2. ataques catapléticos de perda de força muscular; 3. paralisia durante o sono; 4. alucinações intensas. (Dicionário Médico Blakiston).

Nexo: dependência ou inter-relação mútua dos elementos de uma série; a relação entre antecedentes e consequentes.

Nexo causal: relação entre duas fases sucessivas de um fato, ou entre dois fenômenos sucessivos. (Dicionário de Psicologia, WARREN, 1964). “O estabelecimento da relação causal ou do nexo entre um determinado evento de saúde – dano ou doença – individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. De modo esquemático, esse processo pode se iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e/ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores.” (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

Prevalência: número de pessoas que, em uma população definida, tem uma doença ou condição específica em um determinado ponto do tempo, que corresponde, geralmente, ao momento em que um inquérito é realizado. (JEKEL, e cols., 2005).

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 326

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO


PROCESSO: 326

FR: 290276

TÍTULO: Sentidos atribuídos ao trabalho no processo de depressão, um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral

AUTOR: Suzana da Rosa Tolfo, Gabriela Cavalheiro

FLORIANÓPOLIS, 28 de Setembro de 2009


Coordenador do CEPSH/UFSC
Prof. Filipe Modolo Siqueira
Sub-Coordenador do CEPSH/PRPE/UFSC

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)