

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LINCOLN JOSÉ CUETO DE ALMEIDA

**AFASTAMENTOS POR TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS EM SERVIDORES PÚBLICOS
ESTADUAIS DO TOCANTINS ENTRE
2006 E 2008.**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

BRASÍLIA
2010

LINCOLN JOSÉ CUETO DE ALMEIDA

**AFASTAMENTOS POR TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS EM SERVIDORES PÚBLICOS
ESTADUAIS DO TOCANTINS ENTRE
2006 E 2008.**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em: 04 de fevereiro de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Bezerra Alberto Tomaz (presidente)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Hartmut Gunther

Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho ao esforço incessante daqueles
que lutam para viabilizar a continuidade da vida sobre a
Terra, nosso único lar...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

à força de cada aurora que nos arrebatava à luta exigindo coragem para que domemos os furacões grises da rotina, das incertezas, das perdas, dos enfrentamentos e, muitas vezes, do cansaço extremo;

aos amigos que encontramos e, tais como anjos, nos erguem em seus braços quando a queda é demasiado pesada;

aos nossos filhos, sementes de luz, sempre renovando certeza e esperança de que valerá a pena;

aos nossos amores que alimentam a alma, dividindo o vinho e o fel em tantas estações ao nosso lado;

a tudo que vive, pulsa e clama por cuidado;
à nós, lagartas, que sonhamos devir borboletas;
ao planeta azul, sofrido por ganância e descaso;

à crença de menino que insiste em negar que estamos apenas encerrando mais um ciclo de uma espécie qualquer;

enfim;

a tudo que parece insano, mas que preencha a vida de poesia e dá sentido à caminhada.

*“Sejamos sempre nós mesmos,
mas procuremos nunca sermos sempre os mesmos...”*

(Gregório Barenblitt)

RESUMO

O problema das licenças médicas por transtornos psiquiátricos entre servidores públicos tem sido tema de relevância progressiva, mobilizando amplas pesquisas nas mais variadas esferas do funcionalismo. Este trabalho traz os principais resultados de um estudo realizado no mais novo estado da federação brasileira, o Tocantins, onde foram coletados dados referentes aos 25.696 servidores públicos pertencentes à população selecionada, entre 2006 e 2008, sendo traçado um perfil nosológico básico dos 15.022 afastamentos ocorridos no período. Constatou-se que 1915 destes afastamentos corresponderam a diagnósticos psiquiátricos (12,74%), sendo a Secretaria de Educação responsável por mais de 60% do total e as quatro secretarias juntas: Educação, Saúde, Segurança Pública e Fazenda, perfazendo mais de 90% (entre 41 órgãos oficiais do estado). As quatro secretarias foram estudadas detalhadamente e verificou-se que as funções mais representativas de cada uma delas também foram as que mais tiveram afastamentos por causas psiquiátricas. A prevalência de transtornos depressivos, ansiosos, ligados ao estresse, dissociativos/conversivos e somatoformes possibilitou uma aproximação com a síndrome de *burnout*, apontando para uma tendência à exposição de fatores estressantes que direcionam a problemática para um estado de cronicidade. As pesquisas comparadas com este estudo, assim como os dados de órgãos oficiais mostraram prevalências muito próximas também, revelando a preocupação sobre esta complexa relação entre adoecimento psíquico e trabalho. Para isso, foram levantadas as principais escolas e modelos teóricos que abordam a questão, procurando-se uma visão reflexiva e crítica. O estudo mostrou, dentre outras coisas, a predominância dos afastamentos psiquiátricos nas categorias profissionais dos educadores e cuidadores, bem como a necessidade por estudos que se aprofundem no levantamento do perfil epidemiológico dessa população.

PALAVRAS CHAVE: transtornos mentais, absenteísmo, trabalhadores.

ABSTRACT

The problem of the medical licenses for psychiatric disorders among public servants has been theme of progressive relevance, mobilizing wide researches in the most varied spheres of the functionalism. This work brings the main results of a study accomplished in the newest state of the Brazilian federation, Tocantins, where was collected referring data of the 25.696 public servants belonging of the selected population, between 2006 and 2008, being drawn a nosologic basic profile in the 15.022 removals happened in the period. It was verified that 1915 of these removals corresponded to psychiatric diagnoses (12,74 %), being the General office of Education responsible for more than 60% of the total and the four general offices together: Education, Health, Public Security and Finance, corresponding with more than 90% (among the 41 official organs of the state). The four general offices were studied in full detail and it was verified that the most representative functions of each one of them was also what more had removals for psychiatric causes. The prevalence of depressive disorders, anxious, those linked to the stress, dissociatives/conversion and somatoforms it made possible an approach with the burnout syndrome appearing for a tendency to the exhibition of stressful factors that address the problem for a chronicity state. The researches compared with this study, as well as the data of official organs showed very close prevalences also emphasizing the concern about this complex relationship between psychic suffering and work. For that, were approached the main schools and theoretical models that approach the subject, being sought a reflexive and critical vision. The study showed, among other things, the predominance of the psychiatric removals in the educators' professional categories and caretakers, as well as the need for studies that are deepened the rising of the epidemic profile of that population.

KEY WORDS: mental disorders, absenteeism, workers

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro geral do funcionalismo público no Tocantins entre 2006 e 2008. TS (total de servidores)_____	37
Tabela 2 - TS: Total de servidores; TAG: Total de afastamentos gerais; TAP: Total de afastamentos psiquiátricos_____	38
Tabela 3 - Números absolutos dos afastamentos únicos (AU) e afastamentos reincidentes (AR)_____	40
Tabela 4 - Absenteísmo por afastamentos únicos, reincidentes; número de servidores afastados e as médias de absenteísmo em cada uma das secretarias _____	41
Tabela 5 - Prevalências dos 3 agrupamentos diagnósticos principais, em números absolutos e percentuais, segundo o CID-10 na SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ_____	45

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Representação em percentuais dos afastamentos psiquiátricos nas quatro secretarias com maior prevalência, frente aos demais órgãos do Estado _____ **39**
- Figura 2 -** Comparação entre a SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ em números absolutos de dias afastados. Barra amarela: TD AU (total de dias dos afastamentos únicos); barra azul: TD AR (total de dias dos afastamentos reincidentes) _____ **42**
- Figura 3 -** Representação percentual do número de dias não trabalhados (absenteísmo) em cada uma das quatro secretarias _____ **42**
- Figura 4 -** Máximo de dias afastados (números absolutos) em 10 órgãos do governo _____ **43**
- Figura 5 -** Prevalência de diagnósticos psiquiátricos (números absolutos) em afastamentos únicos nas 4 secretarias: SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ _____ **44**
- Figura 6 -** Prevalência de diagnósticos psiquiátricos (números absolutos) em afastamentos reincidentes nas 4 secretarias: SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ _____ **45**
- Figura 7-** Comparação entre a representatividade de cada uma das 3 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SEDUC com suas respectivas prevalências de afastamentos (barras claras) _____ **47**

Figura 8 - Comparação entre a representatividade de cada uma das 3 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SESAU com suas respectivas prevalências de afastamentos (barras claras)	48
Figura 09 - Comparação entre a representatividade de cada uma das 3 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SSP com suas respectivas prevalências de afastamentos (barras claras)	49
Figura 10 - Comparação entre a representatividade de cada uma das 2 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SEFAZ com suas respectivas prevalências de afastamentos (barras claras)	50
Figura 11 – Prevalência em percentual das co-morbidades encontradas com outros diagnósticos pertencentes ao CID-10	51
Figura 12 – Secretarias que apresentaram a maior prevalência de co-morbidades (números absolutos e percentuais): SEDUC, SESAU, SSP	52
Figuras 13, 14, 15, 16 – Referências do INSS sobre os benefícios previdenciários concedidos entre 2006 e 2008 por agravos psiquiátricos	56
Disponível em: http://www.ipaf.com.br/ipaf_pdf/Maria%20Maeno%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20E%20TRABALHO.pdf	
Figura 17 - Esquema simbolizando o processo de subjetivação entre sujeito e trabalho	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- SEDUC. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior_____ **53**

Quadro 2- SESAU. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior_____ **53**

Quadro 3 - SSP. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior_____ **54**

Quadro 4 - SEFAZ. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior_____ **54**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA- Americans With Disabilities Act	14
AR- Afastamentos reincidentes	40
AU- Afastamentos únicos	40
AVAI – Ano de Vida Ajustado por Incapacidade	10
CD – Compact Disc	35
CID-9 – Código Internacional das Doenças (9ª edição)	4
CID-10 – Código Internacional das Doenças (10ª edição)	4
CPD - Central de Processamento de Dados	35
DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde	32
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos	26
DSM - <i>Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders</i>	8
EUA - Estados Unidos da América	35
GHQ -12 - <i>General Health Questionnaire</i>	26
GNT - <i>Globosat New Television</i>	69
HC - Hospital das Clínicas	55
IGEPREV - Instituto de Gestão Previdenciária	36
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social	19
JMOE- Junta Médica Oficial do Estado	2
LPT - Laboratório de Psicologia do Trabalho	29
MDA – Máximo de dias afastados	53
MBI – <i>Maslach Burnout Inventory</i>	26
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	68
OIT – Organização Internacional do Trabalho	1
OMS – Organização Mundial da Saúde	1
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde	11
PIB – Produto Interno Bruto	32
SC - Santa Catarina	62

SECAD – Secretaria de Administração_____	2
SEDUC – Secretaria de Educação e Cultura_____	37
SEFAZ- Secretaria da Fazenda_____	37
SESAU – Secretaria da Saúde_____	37
SNC - Sistema Nervoso Central_____	10
SSP- Secretaria de Segurança Pública_____	37
TA – Total de afastamentos_____	38
TAP – Total de afastamentos psiquiátricos_____	38
TD AR- Total de dias afastamentos reincidentes_____	41
TD AU – Total de dias afastamentos únicos_____	41
TS- Total de servidores_____	37
TXT- Extensão de arquivo de texto_____	35
USP- Universidade de São Paulo_____	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	1
1.1 O PROBLEMA DO ADOECIMENTO MENTAL E TRABALHO	1
1.1.1 Os Servidores Públicos do Tocantins e a Questão dos Afastamentos Psiquiátricos	2
1.2 DOENÇAS E TRANSTORNOS: A CLASSIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	4
1.3 PREVALÊNCIAS DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	10
1.4 ABORDAGENS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS SOBRE SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO	19
1.4.1 A Psicodinâmica Laboral Dejouriana	21
1.4.2 Concepções Teóricas sobre o Estresse	24
1.4.3 As Bases do Modelo Epidemiológico	28
2 O PANORAMA DA POPULAÇÃO DO ESTADO	32
3 JUSTIFICATIVA	33
4 OBJETIVOS	34
4.1 GERAL	34
4.2 ESPECÍFICOS	34
5 MATERIAIS E MÉTODOS	35
5.1 ESTUDO	35
5.1.1 Amostra	35

5.1.2 Coleta de Dados	35
5.1.3 Tratamento dos dados	35
5.1.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	36
5.1.5 Considerações e Aspectos Éticos	36
6 RESULTADOS	37
6.1 AFASTAMENTOS GERAIS E PSIQUIÁTRICOS	38
6.1.1 Afastamentos Psiquiátricos Únicos e Reincidentes	40
6.1.2 Absenteísmo encontrado nas Secretarias mais numerosas (SEDUC, SESAU, SSP, SEFAZ)	41
6.1.3 Prevalências de Diagnósticos Psiquiátricos	43
6.1.4 A Representação das Funções e os Afastamentos por Transtornos Psiquiátricos	46
6.1.5 Co-morbidades não Psiquiátricas	50
7 DISCUSSÃO	55
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
8.1 REFLEXÕES – CRÍTICAS – QUESTIONAMENTOS	65
8.2 PELA ÉTICA, PELA ESTÉTICA	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	84
ANEXO 1 (autorização à coleta de dados)	85
ANEXO 2 (aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP)	86

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 O PROBLEMA DO ADOECIMENTO MENTAL E TRABALHO

Os adoecimentos relacionados ao trabalho passaram a ser temas constantes em discussões e pesquisas nos últimos anos, dada a preocupação que têm despertado não só em especialistas ligados à saúde, mas particularmente entre gestores de órgãos públicos, privados e sistemas previdenciários em todo o mundo. As estatísticas gerais apontam a cada ano um aumento no número de registros de doenças relacionadas ao trabalho, mobilizando pesquisadores a investigarem a relação entre o surgimento de doenças (físicas, mentais ou psicossomáticas) e as organizações laborais (1). Afastamentos e outros benefícios em função das causas mais diversas trazem necessidades permanentes de adequações dentro das empresas, tais como reposição de funcionários, transferências, novas contratações e rotatividade. Não obstante seja prática frequente, tem se mostrado paliativa e muito aquém da capacidade de resolução, apontando para uma problemática que parece transcender e superar toda tentativa utilizada, denotando, talvez, outra realidade mais complexa, ainda a ser compreendida.

Além de revisões teóricas nos modelos que tentam explicar essa complexa relação homem-trabalho, discutem-se formas de se repensar as organizações e dinâmicas de todo o universo laboral, pois prejuízos globais são significativamente percebidos e divulgados com insistência em órgãos como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). A OIT estima que somente no mercado formal, cerca de 5.000 pessoas morrem diariamente em consequência direta do trabalho, ainda que acredite que para cada registro haja três mortes não notificadas (2); afirma também que 160 milhões de pessoas adoecem anualmente de causas diretamente ligadas a ele, seja pela associação de variáveis individuais como sexo, faixa etária, grupo social, ou àquelas que são específicas ao risco relacionado às atividades que o indivíduo desenvolve (3).

A saúde mental, particularmente, se afigura entre as que mais têm suscitado discussões e requisitado planos de intervenções variadas, não só pela sua

complexidade conceitual, mas pela íntima relação com outros agravos (co-morbididades não psiquiátricas) e elevados índices de incidência-prevalência, fazendo com que países do mundo todo sintam periodicamente o impacto dos adoecimentos, seja pelos altos custos financeiros ou pelos significativos prejuízos sociais.

Controvérsias e polêmicas, entretanto, fazem parte usualmente das pesquisas sobre o tema, pois os critérios de avaliação muitas vezes são imprecisos, os modelos epistemológicos distintos, inexistindo meios que sejam totalmente objetivos para se confirmar na prática clínica cotidiana a maioria dos diagnósticos quando comparados a outras doenças.

1.1.1 Os Servidores Públicos do Tocantins e a Questão dos Afastamentos Psiquiátricos.

No Estado do Tocantins, a Junta Médica Oficial (JMOE) é o órgão vinculado à Secretaria de Administração (SECAD) responsável por acompanhar a saúde dos servidores quando esta implica diretamente no comprometimento de suas atividades. Licenças por causas das mais diversas, ligadas a algum problema de gravidade variável ou motivadas por outras circunstâncias, tais como: afastamentos legais (licença à maternidade, acompanhamento familiar), aposentadorias por invalidez, concessão de redução na carga horária e remanejamento funcional, são algumas de suas atribuições como órgão oficial de perícia médica à maioria dos servidores do poder executivo.

Os transtornos mentais e/ou emocionais têm provocado preocupação nas autoridades diretamente ligadas à situação dos trabalhadores, face à significativa demanda que recorre à JMOE advinda de diferentes áreas e funções para obter os benefícios a que têm direito. Atestados médicos contendo hipóteses diagnósticas diversas, quase sempre trazem a associação de várias morbidades (não só psiquiátricas) e passam a ser uma realidade cada vez maior, provocando com isso, além da reincidência das licenças (aumento do tempo de absenteísmo¹), remanejamentos funcionais e outras conseqüências significativas. Esse fato levou a questionamentos quanto à efetividade dos recursos terapêuticos empregados,

hipóteses diagnósticas levantadas e possíveis causas que concorrem para a situação. O absenteísmo se traduz como sendo uma condição claramente negativa a qualquer empresa e seus funcionários (4).

No caso da JMOE a constatação das morbidades, não diferindo da maioria dos lugares, é feita mediante a apresentação dos atestados médicos e exames periciais. Os atestados trazem, junto das hipóteses levantadas, a história da doença atual, seus principais sintomas e a referência do tempo solicitado, raramente havendo embasamento em investigações laboratoriais, radiológicas ou outras; salvo quando a natureza orgânica seja evidente e passível de ser mensurada.

Mesmo com a existência de inúmeras tabelas, questionários, escalas para depressão, estresse, ansiedade e exames como a tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., a maioria desses procedimentos em saúde mental é usada para fins de pesquisa e muito pouco para se confirmar um diagnóstico, ainda mais no dia a dia do funcionalismo público. Não existe na literatura médica qualquer fator isolado que seja inquestionável quanto a etiologia da grande maioria dos transtornos mentais, sendo a história pessoal e a clínica dos sintomas ainda os principais meios diagnósticos.

Ao longo de sucessivas entrevistas periciais onde os servidores foram sendo convocados, perceberam-se alguns denominadores comuns (queixas), despertando interesse para um maior entendimento sobre a dinâmica envolvida nas licenças. Dentre as queixas encontradas, foram mais frequentes as reclamações com local e condições em que realizam suas atividades, relacionamento entre colegas e chefias, cansaço, carga horária excessiva e desmotivação com a função. Essas queixas estariam direta ou indiretamente relacionadas com um suposto esgotamento e adoecimento psíquico, indo ao encontro de observações que citam o ambiente de trabalho com suas diversas características o principal desencadeador das desordens e adoecimento dos trabalhadores, ressaltando a importância de investimentos para a promoção e proteção à saúde (5).

¹ Expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho.

No Estado do Tocantins esta ainda é uma realidade com quase nenhuma investigação mais pormenorizada que possa disponibilizar informações e estatísticas. Sendo assim, mobilizou interesse na pesquisa das variáveis possivelmente envolvidas, não apenas com a realidade local, mas àquelas citadas em estudos que procuram identificar as prevalências dos agravos e o relacionamento entre adoecimento mental com o entorno social do indivíduo, sendo a atividade laboral uma das mais evidenciadas, discutidas e estudadas. Verificou-se, contudo, que não se trata de uma relação que se estabelece com facilidade, havendo multiplicidades de orientações teóricas e metodológicas muitas vezes conflitantes (6).

Antes de se abordar mais especificamente estas correntes e tendências, bem como seus paradigmas metodológicos, será buscado um retrato atual do conceito de *transtorno psiquiátrico*, seu panorama geral e também algumas estatísticas associadas às licenças, aposentadorias e demais benefícios previdenciários concedidos em função dos variados diagnósticos existentes.

1.2 DOENÇAS E TRANSTORNOS: A CLASSIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Um fato a princípio relevante é a própria definição de *transtorno psiquiátrico*. Este termo foi adotado há cerca de dezesseis anos, após a edição da décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10). Lançado em junho de 1993, por ocasião do IX Congresso Mundial de Psiquiatria (realizado no Brasil), a nona edição (CID-9) progressivamente seria substituída, trazendo mudanças paradigmáticas e estruturais. Não se constituía em nova edição apenas, mas numa outra visão dos conceitos e descrições sobre as desordens mentais e comportamentais. Oficialmente passaria a vigorar no Brasil, a partir de 1996 (em 1º de janeiro de 1996), como uma “*verdadeira bíblia da psiquiatria*” (7).

Dentre os fatos de relevância da décima edição encontrava-se uma mudança substancial na terminologia das afecções, até então contendo definições extraídas com grande influência do saber psicanalítico; principalmente em termos como neuroses, psicoses e na questão da dependência de drogas. Até o CID-9 considerava-se, por exemplo, a neurose fóbica como originária na estrutura de um ego que, por razões

próprias, havia se constituído com defesas específicas frente à angústia, fazendo com que esta se deslocasse de um objeto originário para os sintomas fóbicos (medos exagerados e desproporcionais de objetos, animais ou situações). Este mecanismo, segundo a psicanálise, tinha sua origem na conflitiva reprimida da sexualidade infantil que, para evitar o objeto originário, exigia um substituto (8). A partir da décima revisão, no entanto, entendeu-se que tal organização conceitual ia de encontro com a nova visão da psiquiatria que passava a se autodenominar ateórica, isto é, destituída da pretensão inicial de atribuir uma etiologia consistente para estas afecções, limitando-se tão somente a descrever e categorizar sintomas, classificando-os e separando-os por semelhança quanto a manifestação (9).

Sobre isso, dispõe a décima revisão do código internacional das doenças, em seus parágrafos iniciais:

Estas descrições e diretrizes não contêm implicações teóricas e não pretendem ser proposições completas acerca do estágio atual de conhecimento dos transtornos. Elas simplesmente são um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve uma concordância por parte de um grande número de conselheiros e consultores em muitos e diferentes países como sendo uma base razoável para definir os limites de categorias na classificação de transtornos mentais (pg. 2).

Para tanto, utilizou-se uma classificação alfa-numérica própria, que, no caso das afecções mentais, se estende de F00 até F99. Passou-se a designar o mosaico sintomático dos diagnósticos psiquiátricos como sendo *transtornos* ou *síndromes*, que significam, segundo razoável aceitação, um conjunto de sinais e sintomas observáveis em vários processos patológicos diferentes, sem causa específica. É uma terminologia que consta na maioria dos léxicos e assim foi adotada na língua portuguesa (10). Tomando-se o exemplo anterior, a *neurose fóbica* seria chamada de *transtorno fóbico*. Uma denominação que excluía a ideia de existir uma etiologia incontestável – em particular, psicanalítica –, e se concentrariam as atenções na descrição dos sintomas, seus subtipos, modos de aparecimento, prognóstico e nas hipóteses multicausais como possíveis etiologias. Esta mudança passou a ocorrer para quase todos os quadros psiquiátricos, mesmo para alguns cuja organicidade – cerebral ou outra – fosse mais evidente. No caso destes últimos, como algumas demências, comportamentos

causados por lesões cerebrais traumáticas, acidentes vasculares, processos expansivos, tóxico-metabólicos entre outros, uma categoria alfa-numérica de F00-F09 é específica e traz em sua definição a ligação mais ou menos clara dos sintomas com a organicidade em questão.

Mesmo que a psiquiatria, entretanto, tenha mantido sua posição sobre as possibilidades causais estarem inter-relacionadas com diversos fatores (sociais, ambientais, culturais e biológicos), grande parte das pesquisas, publicações em revistas da área e anais de congressos ao redor do mundo, é nitidamente dirigida ao estudo do funcionamento cerebral através de exames como a ressonância magnética funcional, a tomografia por emissão de pósitrons, entre outros, onde se procura relacionar o comportamento apresentado ao funcionamento, bioquímica, genética e estrutura das áreas cerebrais.

Dessa forma, oficialmente o discurso hegemônico das ciências médicas é de que os distúrbios mentais passam a ser vistos, diagnosticados e tratados em seus agrupamentos sintomáticos, não mais pelas supostas etiologias. A psiquiatria escreve, através de importantes tratados, que a grande maioria dos transtornos ainda tem origem desconhecida, se desenvolve conseqüente à interação de múltiplos fatores, como dito, ambientais, sociais, culturais e biológicos, mas, principalmente tendo a genética e a bioquímica do sistema nervoso central, seu foco de principal interesse. Assim foi feito com os demais diagnósticos. A *psicose maníaco-depressiva* passou a ser denominada *transtorno afetivo bipolar* (com ou sem sintomas psicóticos). Neste caso foi retirado o termo *psicose* da versão anterior que pressupunha ser o portador invariavelmente psicótico, isto é, tendo sinais e sintomas próprios deste estado (delírios, alucinações...). Para a psicanálise, psicose representa uma perturbação primária da relação libidinal e uma regressão a estados arcaicos da relação objetal (11). Com a mudança, não só terminológica, mas conceitual, a bipolaridade passa a ser pautada primariamente pela oscilação do humor, podendo ou não cursar com sintomatologia psicótica. Outros diagnósticos sofreram também a alteração: neurose obsessivo-compulsiva para transtorno obsessivo-compulsivo; neurose de ansiedade para transtorno ansioso, etc.

Com relação ao que hoje se denomina dependência química, uma categoria própria classifica usuários de drogas como possuidores de *transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas* (F10 a F19). Dessa maneira, o usuário deixaria de ser enquadrado como tendo uma perversão, ou seja, especificamente um desvio de personalidade, como havia construído o modelo psicanalítico. Qualquer indivíduo estaria sujeito ao diagnóstico de dependência química, independente da estrutura de seu caráter. Manteve-se, no entanto, os diagnósticos de transtornos de personalidade que poderiam ou não se associar ao uso de substâncias psicoativas.

Embora essa postura seja predominante e uniforme na literatura especializada atual, muitas vezes o termo *transtorno* e *doença* são usados indistintamente para se designar a problemática do universo mental, trazendo, não raro, confusões e questionamentos ainda não totalmente resolvidos. O conceito de doença implica numa alteração biológica do estado de saúde manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não (10). Trata-se de uma definição passível de críticas, como o faz Almeida Filho (12) ao afirmar que cada vez mais tornam-se necessários novos estudos que articulem adequadamente os conceitos de saúde e doença, a fim de poder ser criada uma teoria global entre saúde-doença-cuidado, particularmente neste momento em que se pretende uma maior articulação entre abordagens biológicas e ecossociais dos fenômenos de saúde e doença.

O próprio CID, por definição, se constitui em um manual classificatório de doenças e não de transtornos, uma vez que toda a nosografia médica está nele contida (doenças respiratórias, ósteo-musculares, cárdio-vasculares, reumatológicas, neurológicas, oftalmológicas, etc.). Esse fato marca definitivamente a entrada dos desarranjos e desequilíbrios do comportamento humano no campo de domínio das ciências médicas. O problema com a terminologia, entretanto, permanece e talvez se mostre com mais frequência na tradução de artigos da língua inglesa quando há referências à palavra *disorder* (desordem ou transtorno), traduzido muitas vezes ao português como doença. O termo correspondente à doença em inglês – *disease* – seria o mais correto. Mesmo assim, em publicações originais na língua inglesa se observa este fato. No artigo *The long-term impact of stress on brain function: from adaptation to*

mental diseases o autor trata do estresse e seu impacto relacionado às ‘doenças’ mentais (13). Na realidade, pelas convenções adotadas, o mais adequado seria *disorder* – como, aliás, é o próprio significado da sigla DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), reconhecidamente o mais abrangente e detalhado método diagnóstico da psiquiatria, com origens na escola norte-americana.

Por estas razões, considerar-se-á na maior parte deste trabalho o termo transtorno, distúrbio, síndrome, mas, por vezes, doença também – quando usado ou citado por algum autor - sem que, com isso, seja retomada a explicação referente às contradições. Porém, quando se tratar dos desenvolvimentos teóricos do autor da pesquisa, referências à palavra transtorno serão preferidas, tendo em vista não se distanciar do seguinte enunciado do CID-10:

O termo transtorno é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como doenças ou enfermidades. Transtorno não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais (pg.5).

A classificação do chamado transtorno mental ou psiquiátrico – assim como toda classificação – acaba por refletir inevitavelmente uma maneira de se ver o mundo, uma posição ideológica; de um padrão de teoria e conhecimento, em determinada época histórica. E essa visão mais atual culminada com a criação do DSM e do CID teve seu desenvolvimento impulsionado após os anos 60 do século passado quando a psicofarmacologia inaugurou com os primeiros fármacos efetivos ao controle de sintomas mentais, uma nova era junto às neurociências – precisamente com a Clorpromazina em 1952 (14).

Progressivamente, a concepção psicanalítica sobre aparelho mental ou psíquico foi sendo posta em xeque e cedeu lugar à retomada de um interesse na biologia cerebral, sendo considerada como uma retomada à visão de Kraepelin² (neo-Kraepeliniana). Junto ao processo de mudança na construção conceitual, tomam forças novas tendências da psicologia, mais afinadas com esse resgate ‘biologicista’ (psicologia cognitivo-comportamental, evolucionista, neuro-psicologia, etc.), além da criação dos diagnósticos multiaxiais.³

Kraepellin acreditava que a causa das enfermidades mentais mais graves estava na anatomia e no funcionamento cerebral (15) e permaneceu como símbolo de uma psiquiatria científica voltada ao funcionamento do cérebro. Para alguns defensores da sistematização psiquiátrica, o diagnóstico, nos moldes do agrupamento sintomático é central. Sua aceitação identifica e consolida um modelo médico de ver e tratar as manifestações mentais e comportamentais. A discussão ou abandono deste paradigma arrastariam a psiquiatria para modelos psicológicos sociais ou psicodélicos. Segundo esse pensamento, teria sido eliminada a idéia de que conflitos inconscientes pudessem provocar enfermidades mentais (16).

Com afirmações dessa natureza reitera-se a preocupação em manter as desordens ou transtornos enquadrados dentro do saber médico-biológico, teórico, metodológico e pragmático, sob pena de que, ao contrário, o *status quo* conseguido com a emancipação da psiquiatria, pudesse ser perdido (16). É um posicionamento que se esclarece à medida que a historicidade conceitual do portador de sofrimento mental descortina diversas tendências e modelos ao longo das épocas, muitas vezes opostos entre si e só muito recentemente pertencente ao domínio da ciência que tenta criar uma linguagem unificada para defini-lo e tratá-lo.

A visão ateórica, ainda que porta-voz da ciência médica oficial e praticamente uniformizada em quase todo mundo, encontra pontos de atrito e divergências particularmente com escolas e modelos teóricos que buscam encontrar outras relações entre, por exemplo, o adoecimento psíquico e trabalho, tendo como pontos de partida modelos psicológicos centrados principalmente na 'relação objetal' (terminologia tipicamente psicanalítica) e no processo de construção da subjetividade do indivíduo através de seu meio e seu trabalho.

² Emil Kraepellin, psiquiatra alemão do século XIX que cunhou o termo demência precoce que mais tarde seria chamado por outro psiquiatra – Eugen Bleuler – de esquizofrenia; termo que se mantém até os dias de hoje.

³ Referência ao DSM-3 (terceira edição do manual) que, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1980, criou cinco grandes eixos para situar as hipóteses diagnósticas.

1.3 PREVALÊNCIAS DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Em revisão inicial da literatura foram encontradas estatísticas indicando que 10% da população mundial adulta (450 milhões de pessoas) sofrem de algum tipo de distúrbio mental (17). Ao definir tal estatística, estes números, que pertencem ao relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, pg. 55), apontam que os 10% citados referem-se a 'condições neuropsiquiátricas', incluindo a epilepsia, a demência de Alzheimer e outros quadros orgânicos – F00 a F09 –, isto é, aqueles transtornos decorrentes de estados mórbidos cuja etiologia é quase sempre mais constatada, afetando, direta ou indiretamente, o Sistema Nervoso Central (SNC). Junto destes, somam-se as depressões unipolares, bipolares, esquizofrenia, problemas relacionados ao álcool e drogas, estresse pós-traumático e insônia primária. Por definição, são transtornos que se manifestam através de condições clínicas variadas caracterizadas por alterações no modo de pensar, do humor ou comportamentais.

As estatísticas apresentadas pela OMS, entretanto, podem estar aquém da realidade uma vez que os critérios para se determinar os diagnósticos muitas vezes se esbarram em diversos entraves tais como a relutância de muitos indivíduos em fornecerem dados sobre seus sintomas, particularmente em populações especiais, jovens, anciãos e em países ainda em fase de desenvolvimento, cuja cultura não tenha assimilado os postulados científicos da uniformização normativa ou que não disponham de meios adequados de pesquisa e diagnóstico. É um fato que se considera um desafio à epidemiologia psiquiátrica, em que pesem os grandes avanços feitos nos últimos vinte anos (18).

O impacto que as desordens mentais causam à população mundial é avaliado através de vários referenciais, particularmente qualidade de vida e custos previdenciários destinados aos cuidados com os portadores. Em 1993 a Escola de Saúde Pública de Harvard, a OMS e o Banco Mundial, criaram um parâmetro de avaliação ligado ao 'Ano de Vida Ajustado por Incapacidade' (AVAI), que avalia a perda de qualidade de vida por enfermidades (17):

Pode-se considerar como um AVAI, um ano perdido de vida 'saudável', e a carga das doenças, como uma medida do desnível entre o status de saúde

atual e uma situação ideal, na qual todos chegam à velhice livres de doenças e deficiências (pg.60).

Utilizando-se desse parâmetro foram feitas avaliações por grupos etários e gênero. Ao final – em se considerando todos os grupos etários e ambos os sexos – seis transtornos neuropsiquiátricos se situaram entre as 20 principais causas de incapacidade no mundo: transtornos depressivos unipolares, transtornos conseqüentes ao uso do álcool, esquizofrenia, transtornos afetivos bipolares, Alzheimer e outras demências, e a hemicrania. Destes, os transtornos depressivos representaram 11.9%, mais que o dobro em relação ao segundo colocado (perda da audição na idade adulta) com 4,6%.

Especificando por diagnósticos, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS estimam que os transtornos depressivos encontram-se na liderança da prevalência geral com 17,3% dos casos, seguidos pelas demências e doença de Alzheimer com 12,7%; a dependência de álcool com 12,1%; a epilepsia com 9,3%; as psicoses com 6,8%; o transtorno de estresse pós-traumático com 4,7%, a fârmaco-dependência com 4,8%.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam que 3 % da população sofre de transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% apresenta transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e cerca de 12% necessita de algum cuidado. A cidade do Rio de Janeiro em 1995 obteve a quarta colocação, dentre 15 grandes cidades estudadas em todo mundo na prevalência dos transtornos depressivos (15,8%), a primeira em transtorno ansioso generalizado (22,6%) a quarta em dependência do álcool (4,1%) e a segunda, ao se considerar todas as perturbações incluídas no CID-10, com 35,5% (17) *apud* Goldberg pg.57.

As perturbações psiquiátricas representam, como um todo, quatro das dez principais causas de incapacitação no mundo e, em centros de atenção primária de 14 países, cerca de 24% da demanda apresenta transtornos mentais e/ou comportamentais, sendo os diagnósticos mais freqüentes: depressão, ansiedade e uso inadequado de substâncias psicoativas (17). No Brasil, Dalgalarondo, ao apresentar os estudos realizados por Almeida Filho, mostra que 31 a 50% da população brasileira apresenta ao longo da vida pelo menos um episódio de algum tipo de transtorno mental

e cerca de 20 a 40% da população necessita de alguma ajuda (19). São dados de relevância que indicam cada vez mais a importância social desses agravos, bem como da necessidade de um maior reconhecimento e assistência adequada através de políticas públicas específicas.

Quando se referem aos trabalhadores, mais especificamente, os estudos da OMS apontam que 30% dos que se encontram ocupados são portadores do chamado “transtorno psiquiátrico menor” e 5 a 10% dos chamados “transtornos psiquiátricos maiores” (17). Por transtornos menores consideram-se os quadros ansiosos, reativos, depressivos leves, somatizações, etc. Já, por transtornos maiores entendem-se os mais severos, ligados aos transtornos do humor (depressões maiores, transtorno afetivo bipolar), psicoses de maneira geral (esquizofrenia, psicose esquizoafetiva), dependência química, dentre outros.

No Brasil, o maior estudo já realizado se deu com profissionais ligados à educação, com amostra de 52.000 educadores provenientes de todo o País (20). Foram priorizados os sintomas e as vivências dos profissionais, bem como a subjetividade e suas relações com o trabalho, mais que os diagnósticos formais. Pretendeu abordar com profundidade um mosaico sintomático característico do adoecimento de algumas classes trabalhadoras (a síndrome de *burnout*, que será posteriormente elucidada). O estudo identificou que 31,9% dos avaliados tinham baixo envolvimento emocional com suas tarefas, 25% apresentavam exaustão psíquica, e 10% com sintomas de despersonalização (sensações de estranheza com relação a si mesmo, ao seu corpo, à sua unidade psíquica enquanto sujeito). O Estado do Tocantins ocupou a décima colocação entre todos os estados brasileiros onde se encontraram esses sintomas nos educadores: despersonalização, problemas de envolvimento pessoal com suas tarefas e exaustão emocional. Os graus dos sintomas variaram de baixo, moderado à grave (20) pág. 35.

Guimarães *apud* Brundland (2) cita que cinco das dez causas de incapacitação psiquiátrica no mundo são respectivamente depressão maior, esquizofrenia, transtorno bipolar, alcoolismo e transtorno obsessivo-compulsivo, apontando que especificamente no Brasil as desordens psiquiátricas estão em terceiro lugar daquelas morbidades que mais provocam afastamentos no trabalho por tempos superiores a 15 dias e

aposentadorias por invalidez. Chama atenção ainda à preocupação de que as solicitações de afastamentos por problemas psiquiátricos têm aumentado progressivamente ao longo dos últimos anos. Entre 1998 - 2002 foram concedidos 270.398 benefícios por transtorno mental a uma população de 18 milhões (apenas às pessoas com carteira registrada). Tal número, no entanto, pode estar bem aquém da realidade do país uma vez que é grande o contingente de trabalhadores informais, sem registro em carteira que igualmente recorrem à previdência social para obtenção de benefícios. Durante estes anos foram gastos R\$ 1,82 bilhão para trabalhadores com algum tipo de transtorno mental (2).

Entre trabalhadores norte-americanos se estimou que o custo anual dos benefícios previdenciários, especificamente com transtornos de humor, foi da ordem de US\$ 50,7 bilhões. Os transtornos bipolares corresponderam a US\$ 14,1 bilhões e os transtornos depressivos maiores US\$ 36,6 bilhões. O absenteísmo girou na média de 65,5 dias por ano com os transtornos bipolares e 27,2 dias com os transtornos depressivos maiores. Concluiu-se pela necessidade veemente de programas específicos que aprofundassem as avaliações e iniciassem tratamentos relacionados especificamente ao local de trabalho (21). Tratou-se de um estudo que utilizou uma metodologia de pesquisa centrada na terminologia psiquiátrica vigente e nas diversas escalas de avaliação, reconhecendo, ao final, que permaneceram dúvidas quanto as estimativas encontradas e os métodos utilizados, mas que ações especificamente ligadas ao ambiente de trabalho deveriam ser iniciadas, independente dessas dúvidas.

Assim como neste estudo, outros (2, 17, 20) são igualmente enfáticos quanto a necessidade de se promover mais discussões e ações específicas (diagnósticos e intervenções) à problemática do trabalho associada ao adoecimento mental, diante de uma realidade que se mostra progressiva e preocupante. De maneira geral, portanto, tanto as pesquisas que se referem às prevalências gerais dos transtornos mentais quanto àquelas ligadas mais especificamente ao adoecimento e trabalho representam, não apenas índices estatísticos, como também preocupações convergentes, independente do modelo teórico usado.

Seguramente, deve-se imaginar que existam distinções no privilégio concedido à diversidade de variáveis que se relacionam com a metodologia da pesquisa em

questão; além da realidade social, econômica e cultural do local da amostra selecionada e, seguramente, com a orientação científica dos pesquisadores. É importante ressaltar que orientações teóricas distintas tendem a enfatizar óticas igualmente particulares, dando mais peso a aspectos pertinentes a cada orientação. Este é um fato muito peculiar ao universo “psi”, não tão evidente em áreas onde a maior concretude e objetividade dos modelos, meios avaliadores e conhecimento de agentes etiológicos, diminuem polêmicas e divergências em torno da interpretação dos resultados.

Sobre isso, um estudo conduzido com o intuito de se verificar o impacto dos transtornos depressivos incapacitantes foi realizado simultaneamente na Noruega e na Rússia mostrando estatísticas diferentes, pois a noção de incapacitação é vista de forma diferente em cada um dos países. Enquanto na Noruega as enfermidades psiquiátricas crônicas estão relacionadas à ‘reabilitação’ e ‘suporte social’, na Rússia é vista como ‘tratamento’ e ‘incapacitação’ (22). Concepções diferentes gerando resultados estatísticos e ações igualmente distintas.

Em março de 1995 o *Equal Employment Opportunity Commission* propôs diretrizes específicas relacionadas aos norte-americanos portadores de transtornos mentais incapacitantes: o ADA (*Americans With Disabilities Act*) que passaria a reger as questões do cidadão mentalmente incapacitado dentro local de trabalho, exigindo dos empregadores acomodações físicas e organizacionais que se adaptassem a eles (23). Neste sentido, as propostas da comissão norte-americana vão ao encontro às concepções de incapacidade da Dinamarca que concebe em sua legislação uma reabilitação social ao invés, muitas vezes, de um paternalismo ligado à idéia de incapacitação total; tema, aliás, prioritário em nosso país que nos últimos anos, com a reforma psiquiátrica, discute largamente a questão da reinserção social através do trabalho.

Segundo alguns pesquisadores, em âmbito nacional, ao se tratar da saúde mental dos trabalhadores, particularmente aqueles do serviço público, uma situação ainda mais grave se evidencia. Toda a engrenagem pública com suas formas de funcionamento, dinâmica e muitas vezes um total descuido com o fator humano, onde excesso de trabalho, ausência de espaço para que o trabalhador seja ouvido e

sentimentos de desvalor, podem funcionar como uma máquina de desprazer e adoecimento (24, 25).

O funcionalismo público é em geral sinônimo de inatividade, preguiça, burocracia e morosidade. Codo (26) polemiza o tema colocando elementos sobre essa concepção evocando a dinâmica das instituições públicas que quase sempre anulam a capacidade de integração de seu empregado excluindo-o de sentir que seu trabalho tenha algum significado que importe à organização. Avalia decisões verticais e anônimas tomadas como produtoras de um distanciamento e desinteresse por parte do funcionário, vendo em sua aparente morosidade um trabalho até árduo, mas de negação e boicote que acaba por evidenciar-lhe e, talvez até valorizar-lhe mais do que se tivesse cumprido uma simples tarefa que o faz perpetuar no anonimato e desvalorização.

Baremlitt (27), utilizando o pensamento institucionalista trata de instituições onde a força de regras e normas instituídas podem ser anquilosantes e impedem com que impulsos de mudança e reorganização (forças instituintes) permitam criatividade, transformação e (re)significação da subjetividade do indivíduo em seu espaço de trabalho. Seria como afirmar que o trabalhador não se apodera do objeto de trabalho – ao mesmo tempo produto e gerador de subjetividade –, pois no processo de divisão de tarefas ele pode estar sendo bloqueado e interceptado na apropriação do sentido, fazendo com este acabe por se tornar inatingível (28).

No Estado de Santa Catarina, uma pesquisa realizada com funcionários públicos estaduais evidenciou que a maioria dos afastamentos no ano de 2007 (29%) foi consequente a transtornos mentais, particularmente depressivos, seguido das doenças ósteo-musculares e do tecido conjuntivo com 18% (29). As áreas do governo com maior percentual de servidores afastados em relação ao total do estado foram a Educação e a Saúde, ambas com taxas de afastamento de aproximadamente 21%. O índice de absenteísmo-doença do estado foi 6,1% e a taxa de afastamento 19,31%, sendo que os custos diretos dos afastamentos aproximaram-se de R\$ 50 milhões. O estudo propõe medidas corretivas bem como mudanças nas rotinas administrativas e periciais.

Na Bahia, em 2000, segundo Souza (30), os agravos que obtiveram mais benefícios por incapacidade temporária no INSS, foram as doenças ósteo-musculares (32,7%), as do sistema circulatório com 19,3% e os transtornos mentais em terceiro com 10,9%. Os resultados sugeriram aos pesquisadores a possibilidade da existência de fatores de risco, mas também um sub-registro da vinculação das patologias com o trabalho, camuflando a responsabilidade das empresas e a perspectiva de prevenção pela reorganização do trabalho. Nestes dois estudos (Santa Catarina e Bahia) retorna a ideia da necessidade de reorganização na dinâmica de trabalho e das políticas assistenciais adequadas.

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde) buscando uma definição mais prática e operacional procurou evidenciar as doenças relacionadas ao trabalho em três categorias, segundo classificação de Schilling (31). As doenças mentais são colocadas no grupo III, isto é, doenças em que o trabalho é tido como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. O grupo I se relaciona direta e invariavelmente com o trabalho (doenças profissionais tais como intoxicações agudas de origem ocupacional), e o grupo II como tendo no trabalho um potencial risco de natureza epidemiológica (hipertensão arterial, neoplasias, etc.), mas não necessariamente causador. Neste caso, os transtornos depressivos lideram as estatísticas com 65% dos afastamentos e prevê que até o ano de 2020, será a principal causa de incapacitação, ainda que formalmente não os coloquem como estando diretamente ligado ao trabalho (2,31).

Ao utilizar-se desta ótica, o Manual de Procedimentos reforça as possibilidades de dúvidas e polêmicas a cerca do trabalho como agente causador de adoecimento psíquico, abrindo a questão para o estudo das variáveis possivelmente envolvidas com o problema. A página de número 29 faz ênfase à necessidade de uma anamnese ocupacional como importante meio diagnóstico e afirma que *“Lamentavelmente, na formação médica, pouca ou nenhuma atenção é dada ao desenvolvimento dessa habilidade, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade para utilizá-la no dia-a-dia de trabalho”*.

Com essa afirmação, ainda que seja ressaltada a validade histórica pessoal do trabalhador como um importante meio de investigação de sua saúde, coloca-se quase que exclusivamente nas mãos do profissional médico decisões sobre algo que, como diz, “*lamentavelmente*” não faz parte de seu *curriculum* de graduação, não estando, portanto, em condições técnicas adequadas de realizar uma avaliação mais aprofundada de toda a problemática que cerca o adoecimento mental ligado às atividades laborais, salvo quando for de interesse do profissional um aprofundamento sobre o tema.

Reitera-se que até ano de 2020, a depressão, enquanto diagnóstico sintomático será a principal causa de afastamento do trabalho, ainda que não seja considerada uma ‘enfermidade’ diretamente consequente a ele, mas sim agravada e decorrente de uma situação prévia latente, pré-existente (31). Abre-se uma interrogação com relação ao que de fato sustenta esta probabilidade estatística no sentido de que, não sendo o trabalho a razão mais direta da previsão, mas sim uma consequência, quais fatores de adoecimento prévio – como preconiza a classificação de Schilling – contribuirão para uma realidade tão contundente assim esperada? Eis uma questão que se perfila a cada nova pesquisa e abordagem teórico-metodológica que se proponha a investigar essa temática.

Diante do fato que parece transcender às possibilidades exclusivas do saber médico-psiquiátrico em encontrar efetividade na compreensão e abarcar pra si o problema com os diagnósticos sintomáticos e os recursos terapêuticos tradicionais, faz-se necessária uma breve menção de quais abordagens teóricas principais estão envolvidas na proposição dos entendimentos relacionados à saúde mental e trabalho.

É importante ressaltar que em função da limitação de um único saber, houve, já nos últimos anos, uma abertura sobre as questões da saúde do trabalhador para outras formas do conhecimento, particularmente à psicologia social. Através de dispositivos legais (Constituição Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990) propiciou-se um rompimento da centralização no modelo médico e a abertura para diálogos e ações integradas interdisciplinares (32).

Diversos estudiosos ampliando suas discussões para além da psicologia social abrem o pressuposto de que possa ocorrer um processo de transformação de alguma

forma de sofrimento psíquico em adoecimento na gestão do trabalho e daí a necessidade de uma visão amplificada e transdisciplinar. Parte-se da diferenciação conceitual entre sofrimento, dor e adoecimento, uma vez que todo estudo que se proponha a buscar referenciais teóricos que suponha umnexo causal, deve ser munido de amplo referencial teórico e metodológico, entendendo que sofrimento psíquico não é sinônimo de enfermidade ou transtorno psíquico (33).

Para Borges e Yamamoto (34) o trabalho, cujas conceituações e definições são múltiplas, deve ser para fins de poder relacionar-se às diversas implicações a que estão sujeitas os trabalhadores, objeto de múltipla atribuição de significados e/ou sentidos, tendo sua compreensão variando de acordo com uma multiplicidade de fatores: relações de poder, tipo de contrato de trabalho, complexidade da tarefa, esforço empreendido, remuneração, dentre outros.

Um dos aspectos mais estudados e debatidos na relação saúde x adoecimento psíquico no trabalho é a questão da satisfação no exercício das atividades. A satisfação que se realiza com o trabalho tem sido estudada como uma das mais importantes variáveis conseqüentes da área de comportamento organizacional (35). Trata-se de um fenômeno subjetivo cujo interesse decorre da influência que prazer ou desprazer podem exercer sobre o indivíduo, afetando sua saúde física, mental, atitudes, comportamento profissional, social, tanto com repercussões na vida pessoal e familiar como para as organizações a que pertence. Prazer e sofrimento são avaliados como um constructo dialético definido por vivências de sentimentos de valorização, reconhecimento e desgaste no trabalho (36).

Os estudos sistematizados sobre satisfação no trabalho iniciaram-se na década de 30 e desde então têm despertado o interesse de profissionais de saúde e de pesquisadores. Ainda assim, não há consenso sobre os conceitos nem sobre as teorias ou modelos teóricos que contemplem totalmente o tema, tampouco em que momento, algo da ordem de um sofrimento psíquico, se torna uma enfermidade com relação direta às atividades exercidas. Segundo Martinez (37) diferentes conceitos e definições para o mesmo construto têm gerado dificuldades e até mesmo falhas metodológicas em estudos sobre essa temática. Apesar de relevante e frequentemente mencionada, a relação entre satisfação no trabalho e saúde, ou, em seu inverso, insatisfação,

sofrimento e adoecimento, tem sido insuficientemente pesquisada e aplicada. Vários são os modelos que tentam explicar, ainda sem completo sucesso, a relação existente. Assim conclui Martinez:

Apesar da influência que a satisfação no trabalho pode exercer sobre a saúde e a vida dos trabalhadores, não existe um consenso sobre conceitos e teorias referentes a esse construto e suas relações com a saúde do trabalhador. As teorias que abordam o tema evoluíram de uma concepção em que o trabalhador reage mecanicamente a fatores externos e que a satisfação no trabalho existe unicamente em função de salários, para concepções que contemplam as subjetividades.

1.4 ABORDAGENS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS SOBRE SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO

Sob um olhar mais específico da psicologia social, a saúde do trabalhador, seu maior ou menor desempenho, interesse e engajamento, vêm associados a situações motivacionais, poder de liderança, aspectos organizacionais, relacionamentos interpessoais, dentre outros. Já, sob a visão da psicologia conhecida como sócio-histórica, o trabalho ocupa um lugar fundamental na própria constituição do psiquismo, sendo, portanto, de uma ordem estruturante.

A dificuldade inicial seria a própria definição de trabalho que suscita o aparecimento de diversas organizações conceituais históricas. De uma forma ou de outra, ele sempre esteve presente onde qualquer sociedade humana está (38). Dentre as várias definições, conceitos existentes e modificados conforme cultura e época é sem dúvida uma atividade humana por excelência, onde se transmite significados à natureza, sendo um elemento essencial na constituição da identidade (38).

Como dito, há um interesse progressivo nas questões relacionadas às correlações entre trabalho, saúde e adoecimento psíquico. E esse interesse é resultante, por um lado, do número crescente de transtornos mentais e comportamentais ligados a ele, constatados nas pesquisas de vários países.

No Brasil, além das estatísticas (20), o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) tem em seus bancos de dados informações referentes à saúde dos trabalhadores, mas apenas daqueles com registro formal em carteira. Os transtornos

mentais, conforme mencionado (2) ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamentos por mais de quinze dias e aposentadorias por invalidez.

Mesmo com a introdução das categorias diagnósticas centralizadas no modelo classificatório do CID-10, entendeu-se que ele era insuficiente para se entender e explicar a complexa relação existente entre saúde mental e trabalho. Pela própria definição, trata-se de um modelo atóxico que limita-se tão somente a descrever sintomas. A partir de 1986, estas observações foram discutidas na oitava Conferência Nacional de Saúde e na Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, consolidando-se em modificações na Constituição do Brasil (1988) e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (32).

Na psicologia também ocorreram mudanças nas últimas décadas que possibilitaram um novo olhar sobre a problemática. Na medida em que as novas tendências mais biologicistas não se incumbiam de um apoderamento desta questão como objeto de interesse e estudo, a retomada de ideias clássicas sobre a constituição do psiquismo foi se restabelecendo, buscando na subjetividade das relações entre o trabalhador e seu universo pessoal os mecanismos para o adoecimento.

As teorias psicológicas centradas na atenção às relações objetivas reservavam até pouco tempo um caráter secundário ao trabalho, o que foi objeto de questionamentos e críticas por diversos autores que fizeram releituras das teorias clássicas (39, 40). O trabalho, para a psicologia sócio-histórica, seria na verdade essencialmente fundante do psiquismo do sujeito, promovendo um encontro com sua própria subjetividade e um reconhecimento de seus afins.

Foram feitas críticas a posições de psicólogos organizacionais que trocam trabalhadores de função para com isso evitar a identificação do mesmo com um trabalho que, em teoria, estivesse favorecendo o adoecimento. Trata-se, segundo essas críticas, de uma lógica voltada ao modo de produção capitalista que visa eficiência e pouco se interessa com o elemento humano. A releitura das teorias psicodinâmicas passou progressivamente a reafirmar a importância do trabalho na constituição psíquica e na inserção social como promotora de saúde ou associada ao adoecimento mental.

Esse crescente interesse de especialistas pela psicologia centrada nas relações objetivas aplicadas ao campo da saúde do trabalhador tem também suscitado opositores por outro lado. Segundo esses especialistas, o que se verifica freqüentemente é uma imprecisão teórica e metodológica, visto o desconhecimento geral sobre o tema. O que se traduz, para eles, é uma tentativa imprecisa de se combinar conceitos e técnicas com fundamentos epistemológicos diferentes entre si. Constata-se, não uma articulação de pressupostos diversos, mas, simplesmente, um empréstimo de conceitos e técnicas sem reflexões sobre as diferentes concepções de homem, homem/sociedade, ciência e pesquisa que lhes fundamentam (37).

São várias, portanto, as possibilidades de se encaminhar uma busca pela abordagem da relação entre adoecimento mental e trabalho, ainda que não se proponha, com isso, um aprofundamento demasiado do tema e das controvérsias sobre ele. Inicialmente, conforme Seligmann-Silva (41) são distinguidos três grandes conjuntos teórico-metodológicos: a corrente Dejouriana, voltada para o estudo da psicodinâmica do trabalho, as teorias relacionadas ao estresse e o modelo centrado no conceito de desgaste mental.

Já, Tittoni (42) propõe dois eixos, basicamente distintos em suas abordagens: um deles referindo-se a diagnósticos e sintomas psicopatológicos ligados às variáveis do trabalho, com particular influência de metodologias próprias à epidemiologia; o outro, ao contrário, sem ênfase nos diagnósticos e sintomas, mas focalizado nas vivências dos trabalhadores em seus cotidianos laborais e nas situações de adoecimento. Este último eixo é intimamente influenciado pelas ciências sociais e pela psicanálise.

Tratam-se, portanto, de dois autores que propõem divisões distintas no foco relacionado às concepções mais atuais sobre o vínculo do trabalho, saúde-adoecimento mental, que, conforme cita Jacques (39), não esgotam os referenciais teóricos, mas são alguns dos mais difundidos no Brasil.

1.4.1 A Psicodinâmica Laboral Dejouriana

Dejours, estudioso sobre a psicopatologia do trabalho, utilizando-se de embasamento fundamentalmente psicanalítico, retoma a idéia sobre as cargas

pulsionais e o sofrimento psíquico envolvendo a relação do trabalhador com seu trabalho (43). Por pulsões, segundo a psicanálise, entende-se como sendo cargas de energia psíquica livre – equivalente à angústia – necessitadas de ligações a representações para um escoamento e diminuição do estado de tensão (11). Trata-se de um conceito central no desenvolvimento de suas idéias à medida que representam a engrenagem envolvida no sofrimento e adoecimento. Existe, segundo Dejours, a necessidade de rearranjos da organização do trabalho para que haja possibilidade de escoamento da carga pulsional. Quando estes rearranjos passam a não mais serem possíveis, várias formas de adoecimento, físico e mental, se estabelecem. Dito de outra maneira, as defesas psíquicas acabam se tornando patológicas quando o uso delas é exacerbado e apenas contribui para um imobilismo do coletivo no trabalho frente às adversidades do contexto em que este trabalhador está inserido, trazendo alienação e anomia (44); fato também compartilhado por Barembritt (27) pg.138 que ao definir o conceito de ‘antiprodução’ fala da repetição estéril que leva à adoção de mecanismos repressivos diante da possibilidade de mudança.

Ao abordar a falência ou fadiga psíquica no trabalhador, Dejour (45) acrescenta outra idéia: afirma ser algo que não provém somente da sobrecarga de um órgão ou de um aparelho, mas de uma desistência e um estado de inatividade que podem ser também tão ou mais danosos ao indivíduo, porque em algumas circunstâncias ‘parar’ não é um simples repouso, mas, ao contrário, uma repressão, uma inibição da vontade e do desejo.

Formar-se-ia um possível mecanismo compensatório onde a troca de algo insuportável (o trabalho) se daria por algo talvez mais tolerável (a inatividade), em que pese isso poder significar a inibição do desejo, anulação da própria identidade e, não raro, a convivência compulsória com uma gama de efeitos colaterais das inúmeras drogas psicotrópicas consumidas mediante os tratamentos psiquiátricos.

Para Dejours o trabalho poderia funcionar patogenicamente por diversas razões: organizacionais, ritmo, jornada, hierarquia, responsabilidade, controle... Na impossibilidade de que essas cargas pulsionais pudessem encontrar formas adequadas de escoamento dentro de uma funcionalidade insatisfatória, o indivíduo

passa a ser invadido por estados de angústias que se traduzem por inúmeros sintomas.

Birmam (46) reforça a questão dessa anulação da identidade e a adoção do rótulo de doente como substituto muitas vezes preferível a outros enfrentamentos: *“É como se o sujeito dissesse que prefere que seja desta maneira, pois sendo assim ficaria protegido da angústia do desamparo”*.

Este seria, talvez, um questionamento onde, mesmo diante da possível inibição do desejo, conforme mostra Dejours, o indivíduo, ao desistir estaria optando por uma forma de ‘existência menor’ a ter que conviver com outra realidade ainda mais angustiante dentro da dinâmica de seu trabalho.

Mendes *apud* Freud (47) relembra que o trabalho pode representar uma fonte de prazer ou sofrimento:

A atividade profissional constitui fonte de satisfação, se for livremente escolhida, isto é, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos (pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob pressão da necessidade, e esta aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis. (Freud, 1974).

A teoria Dejouriana passou a ser propagada a partir da obra: *'Travail: usure mentale; essai de psychopatologie du travail'* (França, 1980). Foi traduzida no Brasil, em 1987 pelo nome de: *'A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho'*. Ganhou grande reconhecimento e tem sido um dos referenciais principais a várias pesquisas que envolvem a psicopatologia do trabalho.

A proposta do autor atualmente se focaliza em um estudo privilegiando a normalidade ao invés da patologia, levando à substituição do termo psicopatologia do trabalho por psicodinâmica do trabalho, com isso diminuindo a ênfase nos fatores psicopatológicos. Centraliza os aspectos de suas ideias e proposições em intervenções que se voltem à coletividade (e não a indivíduos isolados), assim como para os aspectos organizacionais.

Busca na psicanálise os referenciais teóricos para suas pesquisas e ações: a escuta analítica e a interpretação, posicionando-se veementemente contra o uso de questionários e estudos epidemiológicos, sendo, por isso, um autor de abordagem essencialmente qualitativa. Privilegia a entrevista coletiva e reforça a ideia de que a organização laboral se apresenta como uma "porta de entrada" ao sofrimento e à enfermidade mental – enquanto geradora de angústia e de estratégias defensivas negativas.

A psicodinâmica do trabalho se aproxima do campo clínico da psicologia, em especial, do referencial psicanalítico. Preconiza o emprego de métodos qualitativos, de abrangência coletiva pautada no modelo clínico de diagnóstico e intervenção.

Vê-se, por essa razão, uma linha de confronto com a psiquiatria tradicional normativa, não só na abordagem teórica, mas também na natureza da metodologia e ações específicas. Na psicodinâmica do trabalho há uma ausência da ênfase dada na patologia como faz a psiquiatria (39). Na realidade, trata-se de visões particularizadas que não possuem critérios diagnóstico-operacionais oficialmente compartilhados (modelos epistemológicos distintos) que os permitam contar com incentivos governamentais específicos direcionados ao ambiente do trabalho e ao trabalhador. Uma visão crítica à psicodinâmica do trabalho de Dejours será reservada às reflexões finais deste trabalho.

1.4.2 Concepções Teóricas sobre o Estresse

Estresse é um conceito cada vez mais utilizado em todos os meios, sejam científicos ou não. Tornou-se parte da linguagem cotidiana, muitas vezes se distanciando da precisão conceitual de origem. Cansaço, irritabilidade, pressões de toda sorte, expectativas e demais situações são chamadas de estresse. Todavia, quadros depressivos, ansiosos, reativos com maior ou menor gravidade também o são. Segundo alguns dicionários, tanto da língua inglesa quanto da língua portuguesa, são várias as definições para o verbete estresse, tendo conotações variadas: como força física que deforma um determinado corpo, como biológica e psicológica (estado de tensão física ou mental), etc. Particularmente na língua portuguesa foi adotado o

sentido de que corresponde à resposta do organismo após ser submetido a agressões de quaisquer ordens, e que lhe tira o estado de homeostasia anterior, levando-o a disparar um processo de adaptação caracterizado pelo aumento de secreção de noradrenalina (10).

A base desses significados tem raiz nos trabalhos de Walter Cannon. Conforme sua teoria (1920) haveria uma relação de proximidade entre a função neurovegetativa simpática e a atividade emocional. Na emergência da emoção, o sistema simpático auxilia o organismo a enfrentar as possíveis agressões à sua integridade. Deste modo, ocorrem modificações fisiológicas subjacentes aos estados de medo, fome, dor, raiva – caracterizados pela “*secreção adrenalínica de emergência*” – (48) *apud* Cannon. Chamado pela primeira vez por Selye (49) como uma reação emergencial de luta ou fuga - “*To fight or to flight*” -, isto é, reações orgânicas mediadas pelo sistema nervoso simpático preparando o corpo para a batalha ou para a fuga.

A teoria de Cannon seria depois contestada no que se refere à responsabilidade pelo estado de estresse estar ligado à descarga de adrenalina, já que mesmo em repouso ou na ausência dos estados descritos (fome, raiva...) haveria também secreção desse neurotransmissor. Vários outros autores fizeram acréscimos, modificações e derivações de acordo com o foco em que era empregado (psicológico, biológico, social, etc.). No Brasil, importante contribuição à compreensão do mecanismo do estresse foi feita com a sistematização sobre o funcionamento do circuito neuroendócrino (hipotálamo – hipófise - supra-renal), realizada por Vasconcelos (50). Este demonstrou as alterações bioquímicas envolvendo o referido circuito, bem como as conseqüências sistêmicas a curto e longo prazo.

A utilização da correlação entre estresse e desgaste ganha significado particular quando aplicadas aos estudos e pesquisas sobre a chamada síndrome de *burnout*. Definida por Maslach e Jackson (51) como uma síndrome psicológica de exaustão emocional ou “combustão psíquica” onde também predomina uma reduzida satisfação profissional e despersonalização. Pode acometer pessoas expostas cronicamente ao estresse (entendendo-se aqui como pressões, insatisfações, ansiedades, desgastes, cansaço, etc.) e, de algum modo, ligado à atividade profissional. É uma síndrome que pode agregar sinais e sintomas diversos; ansiosos,

depressivos, cognitivos, reações comportamentais agudas, abuso de substâncias químicas, distúrbios neuro-vegetativos, etc. Não se trata de uma entidade clínica específica que conste na classificação alfa-numérica do CID-10, mas um mosaico sintomático ligado à tomada de atitudes provenientes de estados limites de angústia, provocados pela exposição crônica ao estresse, onde a desistência dá lugar a comportamentos muito peculiares nas relações interpessoais e no desempenho de atividades.

A síndrome de *burnout* foi reconhecida inicialmente entre profissionais da área de serviços e cuidadores; mais recentemente entre trabalhadores de organizações que estão passando por transformações como a reestruturação produtiva, particularmente os educadores. Várias são as pesquisas que relacionam este estado de combustão ou esgotamento entre diversas classes profissionais. Os educadores têm sido uns dos mais estudados através de vários recursos metodológicos. Originalmente o questionário *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.) – construído em 1981 por Maslach e Jackson, é um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados em todo o mundo. Determina o desgaste profissional composto por 3 sub-escalas: a “exaustão emocional”, a “despersonalização” e a “realização pessoal” (52).

O governo alemão em 2006, com intuito de conhecer a problemática entre os educadores, criou o projeto intitulado “*Health Promotion for Teachers*” (53) onde um estudo – parte deste projeto – utilizou-se de uma amostra de 949 professores do ensino médio para avaliar suas condições mentais. Conclui-se após o emprego do GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) que 29,8% deles tinham significativos problemas mentais com vários sintomas próprios da síndrome de *burnout*. Os pesquisadores finalizam o estudo com a seguinte afirmação: “*Ser professor é um trabalho duro e requer uma continência considerável aos efeitos adversos*” (referindo-se às queixas dos educadores quanto aos insultos dos alunos, agressões ou danos à integridade física e material e ameaças freqüentes de violência).

Bauer, também na Alemanha (54), em pesquisa com mais de 700 professores, encontrou sinais de exaustão, despersonalização, estranhamento, desmotivação, concluindo pela síndrome de *burnout* como a principal responsável por aposentadorias precoces. Elias (55), no Brasil, em pesquisa feita pelo DIEESE (Departamento

Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos) com a categoria dos educadores dos ensinos fundamental e médio do interior de São Paulo aponta um grande desgaste emocional sendo evidenciado por queixas que, segundo conclusões, resultavam em vários níveis de sofrimento. Das reclamações mais citadas encontravam-se: superlotação das salas de aula, falta de material pedagógico adequado, dificuldade de aprendizado dos alunos, trabalho excessivo, violência dentro das escolas, pressão da diretoria, etc. Aponta também que o estresse significou 46% dos diagnósticos confirmados, seguindo de depressão, ansiedade e outros, indo ao encontro aos estudos de Galant (56) que identificou o estresse entre os professores como estando intimamente ligado a várias formas de violência a eles infringida pelos alunos nas escolas.

Corroborando com estes dados a recomendação da Portaria 1339/99 do Ministério do Trabalho do Brasil prevê a síndrome de *burnout* como relacionada ao trabalho, mas a inclui em geral no grupo III da classificação proposta por Schilling (31), que corresponde ao trabalho como fator contributivo, mas não necessariamente como causa direta.

Esdras (57), ao abordar a questão do estresse, contribuiu na inter-relação da síndrome *de burnout* com o esgotamento mental à medida que se utiliza de uma ótica ligada à neurociência e imunologia que envolve, portanto, também o eixo hipotálamo – hipófise – supra-renal. Traz a idéia sobre falência psíquica revendo a definição de *homeostase*, dentro de um prisma holístico que integra os princípios da neurociência, psicologia, antropologia e sociologia, chamando atenção ao cuidado nas apropriações de conceitos numa era onde a fisiologia avança consideravelmente, particularmente no conhecimento do funcionamento do eixo neuroendócrino que comprovadamente é responsável pela secreção de hormônios, neurotransmissores, neuromoduladores e outras substâncias que acarretam reações variadas no organismo.

Em síntese, o conjunto de teorias sobre estresse que converge para o conceito e expressão sintomatológica do desgaste e falência psíquica (síndrome de *burnout*) parece privilegiar o emprego de métodos qualitativos e quantitativos, assim como pressupostos teóricos do referencial cognitivo-comportamental ao trabalho como um fator desencadeante do processo de adoecimento, com maior ou menor grau de

relevância, sem que com isso seja necessariamente apenas uma apropriação de conceitos advindos de modelos com epistemologias distintas não passíveis de articulação (37). Na esfera do trabalho, as concepções sobre o estresse parecem convergir para que não seja visto como um fator único e individual, mas como produto de interação entre o meio, as organizações e a dinâmica laboral (58, 59). À medida que persiste cronicamente entre os trabalhadores, pode levar ao desgaste e a quadros psicopatológicos diversos. É importante frisar, todavia, que deve ser reservado um cuidado na associação destes conceitos para que não se confunda estresse com desgaste ou adoecimento psíquico, sendo que um diagnóstico mais preciso da saúde mental do trabalhador – foco deste estudo – deveria ser pautado por um contexto global e não apenas na exibição dos sintomas mais emergentes. No CID-10, por exemplo, consta um diagnóstico com designação alfa-numérica F43.25 que se traduz por: *reação aguda ao estresse com perturbações mistas das emoções e conduta*. Trata-se de um diagnóstico muito presente nas estatísticas de várias pesquisas. Chama-se aqui a atenção para o caráter “agudo” frisado no diagnóstico que se relaciona ao estresse como um fator desencadeador de sintomas mistos de comportamento e emoções que, por outro lado, podem também ser sintomas presentes na síndrome de *burnout*. Entretanto, por definição, esta síndrome se relaciona a exposições *crônicas* e não *agudas* ao estresse (51), não tendo necessariamente comorbidades psiquiátricas típicas do CID-10 agregadas a ela. Fica, portanto, ressaltada a dificuldade em se trabalhar com conceitos provenientes de modelos teóricos distintos com tentativas de se articular uma convergência entre eles (37).

1.4.3 As Bases do Modelo Epidemiológico.

A epidemiologia, com longo percurso histórico, foi originalmente destinada ao estudo de doenças em especial as infecto-contagiosas, tendo no princípio um caráter de maior atenção a métodos de investigação do que de reflexão teórica dirigida à delimitação de um objeto. Em 1960 dá-se uma emancipação simbólica enquanto ciência, através da publicação de "*Epidemiologic Methods*", por MacMahon, Pugh e Ipsen em 1960. Com a obra de Susser em 1973 as construções teóricas a respeito da

multicausalidade das doenças ganharam valor mais consistente em detrimento da idéia da unicausalidade, fazendo com isso uma acentuada ênfase no trajeto dessa ciência às bases sociais. A teoria epidemiológica foi amplamente enriquecida pelo modelo da determinação social da doença e utilização dos conhecimentos das ciências sociais (60). O trabalho, sendo um meio eminentemente social, veio a se integrar como objeto de estudo epidemiológico típico no processo de construção saúde/doença, dentro de uma nova proposta de determinação sustentada por uma teoria social.

Tendo bases na lógica teórico-metodológica do modelo epidemiológico, os trabalhos de Wanderley Codo⁴ e pesquisadores colaboradores são destacados e propagados como de grande relevância. Um dos objetivos principais é identificar sintomas psicopatológicos associados às categorias profissionais. Segundo o autor, foi um método de investigação, com avanços e recuos que revelou realidades peculiares entre trabalhadores, tais como a ‘síndrome do trabalho vazio nos bancários’, a paranóia entre digitadores, a histeria nos trabalhadores de creches e a síndrome de *burnout* em educadores (32). Percebe-se uma denominação interessante à medida que, por tais síndromes, pode-se entender que existam os sintomas principais que dão a denominação a cada uma dessas síndromes e os vários sintomas satélites que as povoam. A metodologia de Codo baseia-se no uso de instrumentos para serem medidas as condições laborais e da saúde mental dos trabalhadores. Inclui 15 escalas de trabalho, 7 escalas clínicas para quadros depressivos, histéricos, paranóia, esquizofrenia, psicopatias, obsessão, mania; 1 escala para *burnout* e 1 para alcoolismo. Acrescenta um protocolo para avaliação do trabalho em si, análise de tarefas e entrevistas qualitativas de aprofundamento. A investigação, dentro do que propõe, deve ser conduzida tendo como base a lógica epidemiológica à medida que cruza variáveis provenientes dos diagnósticos do trabalho às escalas clínicas e com isso podendo ser estudado o surgimento dos sintomas (28). A entrevista clínica, após cumprida estas etapas, é realizada buscando se identificar a psicodinâmica do trabalho.

⁴ Coordenador do Laboratório de Psicologia do Trabalho – LPT (Instituto de Psicologia) da Universidade de Brasília- UnB, usando metodologia qualitativa e quantitativa. Coordenador do desenvolvimento do DICOST - Diagnóstico das condições objetivas e subjetivas do trabalho, pelo LPT.

Segundo o autor, a sistemática usada não é isenta de críticas e opositores, seja dos que defendem mais as metodologias quantitativas – por usar estudos de casos – seja daqueles mais qualitativos – por lançar mãos da estatística.

A metodologia de Codo, não obstante estas críticas, se mostra favorável às propostas interdisciplinares preconizadas em Lei (32), descentralizada de um único referencial (em especial do modelo médico), principalmente pelo rigor e amplitude do método utilizado que parece exercer uma visão caleidoscópica da situação, não se constituindo apenas em um “empréstimo” sem fundamento de conceitos provenientes de distintas fundamentações teóricas (37).

Outros autores também empregam abordagens quantitativas e qualitativas com tradição em pesquisas, sendo considerados pioneiros nos estudos sobre os vínculos entre saúde/doença mental e trabalho, como é o caso de Le Guillam (61). As abordagens utilizadas por ele são multidimensionais onde se recorre a todos os instrumentos capazes de fornecerem as informações necessárias: observações diretas, questionários, entrevistas, fontes documentais, dados estatísticos variados (62).

A proposta de Le Guillam foi a de desenvolver uma metodologia que possibilitasse relacionar a condição de vida e de trabalho com o aparecimento dos distúrbios mentais no exercício deste. Foi através da constatação de um grande número de empregadas domésticas internadas nos hospícios da França no princípio do século XX que se pode obter dados para os questionamentos sobre o caráter adoecedor do trabalho. Na década de cinquenta publica um artigo que viria a se tornar clássico sobre o tema: 'A neurose das telefonistas'. Nele, aborda a relação entre os fatos concretos do dia a dia laboral com seus aspectos subjetivos. Essa articulação entre subjetividade e objetividade são as características mais presentes nos estudos e pesquisas de Codo e colaboradores no Brasil.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* na sua quarta edição (DSM-IV) reconhece algumas síndromes relacionadas à cultura utilizando-se da expressão "doença dos nervos" com sintomas semelhantes aos transtornos de ansiedade, depressão, histeria, psicose e certas características de conflito no trabalho (63). Particularmente às populações de baixa renda, tais conflitivas são também

reconhecidas a partir de um esquema cognitivo-representacional nas manifestações da chamada "doença dos nervos" (64,65).

Os estudos e pesquisas de Codo e a chamada "doença dos nervos" têm, em comum, a prioridade na identificação de quadros psicopatológicos relacionados ao trabalho em que este se apresenta como constitutivo e não tão somente como fator desencadeante. Ainda na perspectiva diagnóstica, em que o trabalho tem caráter essencial na determinação do adoecimento mental, está o grupo das patologias derivadas da exposição a substâncias químicas tóxicas e a agentes físicos como o ruído. São previstos na legislação previdenciária brasileira (demência, *delirium*, transtorno cognitivo leve, transtorno orgânico de personalidade, transtorno mental orgânico, episódios depressivos, neurastenia) e classificados no grupo de doenças em que o trabalho é necessariamente a causa (31).

Dessa forma, a epidemiologia é ferramenta de importância como meio de investigação e compreensão complementar a outras disciplinas. Por este viés, a própria psiquiatria atórica concebe a possibilidade da multicausalidade na geração dos transtornos, ou seja, que contêm objetos epistemológicos distintos interagindo entre si: biológicos, culturais, sociais e psicológicos. Seria complexo imaginar um único modelo tentando abarcar uma problemática que se afigura como uma 'bricolagem' de múltiplas variáveis. Entretanto, a dificuldade, para alguns autores, se apresenta exatamente nisso, isto é, nas diferenças conceituais entre saberes que criam campos de conflito na medida em que pesquisadores tentam associá-los – ainda que seja proposta já sustentada em dispositivos legais da Saúde (6, 32, 37, 40).

2 O PANORAMA DA POPULAÇÃO DO ESTADO

O Tocantins, mais particularmente a capital, Palmas, tem uma população eminentemente migratória. Segundo dados do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) 2007, o estado, por ocasião de sua fundação em 1989, contava aproximadamente com 900.000 habitantes e a capital, com 20.000 (66).

Em pouco mais de 18 anos a população do Estado ultrapassou 1.100.000 e Palmas, chegou próximo a 200.000. São dados que mostram proporcionalmente um crescimento mais concentrado na capital. Esta, sabidamente é procurada por pessoas de todo o País, atraídas pelas oportunidades de trabalho que os concursos públicos oferecem em diferentes níveis profissionais. Particularmente as áreas de serviços como a saúde, educação pública, comércio, serviços de reparação e manutenção, imobiliárias e aluguel representam cerca de 60% do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado (67).

No ano de 2008 foi realizado um concurso para o preenchimento de 6.353 vagas concentradas em maior proporção na Secretaria da Saúde (68), já a Secretaria de Educação e Cultura e de Segurança Pública tiveram concursos específicos também vinculados ao poder executivo (69). Segundo dados da Folha de São Paulo, em 2006, havia cerca de 19.500 servidores contratados no estado do Tocantins ocupando os mais diferentes cargos e funções (70).

3 JUSTIFICATIVA

Tendo o Estado do Tocantins grande parte da população economicamente ativa composta por servidores públicos, o adoecimento mental, observado através dos freqüentes absenteísmos passa a ser um problema de significância. Saber mais sobre a prevalência e as características dos transtornos psiquiátricos e suas variáveis pode oferecer, em momento oportuno, compreensões que levem a propostas de aprofundamento dos estudos e enfrentamentos das situações encontradas.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL: Identificar transtornos mentais entre os servidores públicos estaduais do Tocantins entre 2006 e 2008.

4.2. ESPECÍFICOS:

Avaliar:

- os afastamentos médicos gerais comparados com aqueles por causas psiquiátricas.
- a prevalência e a média dos afastamentos psiquiátricos nos órgãos do Estado.

Conhecer:

- a prevalência de diagnósticos psiquiátricos segundo o CID-10, entre os afastamentos únicos e os reincidentes.
- a prevalência de co-morbidades (não psiquiátricas) segundo o CID-10.

Verificar, a partir dos dados encontrados, quais as categorias profissionais acometidas (segundo as variáveis que se apresentarem significativas).

Procurar, a partir dos resultados, estabelecer conclusões que levem a possibilidades de sugestões para futuras ações, visando contribuir com o panorama encontrado.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 ESTUDO

Trata-se de um estudo documental, descritivo, consistindo na análise das características ou propriedades do fenômeno segundo um corte no fluxo histórico do evento (71), sendo, portanto, um estudo transversal. Utiliza-se de relações entre variáveis, sendo, por essa razão, também considerado co-relacional (72). Analisa estatísticas descritivas onde se consideram números absolutos, média e percentual.

5.1.1 População

Constituída por 25.696 servidores concursados de 41 órgãos do poder executivo do Estado do Tocantins entre os anos de 2006 e 2008.

5.1.2 Coleta de Dados

A Central de Processamento de Processamento de Dados (CPD) da Secretaria de Administração do estado (SECAD) forneceu os dados solicitados em mídia digital (CD) formato TXT (arquivo de texto do Word Office versão 93 - Microsoft, Corp. EUA), com ampla gama de informações referentes aos diagnósticos (baseados nos CID-10, tempos de afastamentos, afastamentos únicos, repetidos, co-morbididades, etc. Esses dados foram recolhidos pela CPD a partir dos prontuários dos servidores onde o atestado médico padrão invariavelmente estava presente.

5.1.3 Tratamento dos Dados

Os dados foram tabulados e analisados pelo software Excel versão 2007 (Microsoft, Corp. EUA).

5.1.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo os servidores concursados que dispõem de uma caixa previdenciária própria, o Instituto de Gestão Previdenciária (IGEPREV), que é integrado à SECAD e à JMOE onde os dados estão disponíveis. No caso destes servidores, os afastamentos, como qualquer outro benefício, são regidos por normas próprias à instituição citada. Foram excluídos: Policiais militares, servidores dos poderes legislativo e judiciário (regulamentados por outras juntas médicas e/ou órgãos administrativos); servidores contratados (máximo 15 dias de afastamento, seguindo o processo para o INSS após este tempo, não havendo acompanhamento); eventuais dados duvidosos com erros de digitação que não puderam ser compreendidos.

5.1.5 Considerações e Aspectos Éticos

1) Condução de toda a pesquisa com a expressa autorização das autoridades competentes (*conforme anexo 1*); 2) Projeto encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (*conforme anexo 2*), 3) nenhum nome, seja do servidor, instituição ou outro, foi ou será revelado, 4) todos os resultados serão utilizados para fins de pesquisa científica e veiculados, na oportunidade, em meios acadêmicos à título de publicação.

6 RESULTADOS

O panorama geral do estudo revelou entre 2006 e 2008 (conforme a Tabela 1), 41 órgãos com um total de 25.696 servidores. Em destaque, as quatro secretarias com maior número de servidores foram: Educação (SEDUC), Saúde (SESAU), Segurança Pública (SSP) e Fazenda (SEFAZ). Em números percentuais obteve-se em ordem decrescente: 45,86% (Educação e Cultura: n=11.786), 24,08% (Saúde: n=6.188), 7,56% (Segurança Pública: n=1.943) e 4,96% (Fazenda: n=1.275). Juntas, perfizeram 82,46%. Fica evidenciado que mais de 82% dos servidores dos 41 órgãos estudados no Estado concentram-se em quatro deles, sendo os 18% restantes divididos entre 37.

Tabela 1 - Quadro geral do funcionalismo público no Tocantins entre 2006 e 2008. TS (total de servidores)

ÓRGÃO DO GOVERNO	TS	ÓRGÃO DO GOVERNO	TS
GABINETE DO GOVERNADOR	113	SECRET. DE HAB. E DES. URBANO	27
CASA MILITAR	19	AG. DE CONTROLE FISCAL	26
SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO	47	DEPART. ESTADUAL DE TRÂNSITO	248
SECRETARIA DE REPRESENTAÇÃO	24	DER TOCANTINS	236
CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO	21	FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO	33
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO	95	FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL	35
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO	210	INST. DO DESENVOLV. RURAL	429
SECRETARIA DA AGRICULTURA	153	INSTIT. DE PESOS E MEDIDAS	18
SECRET. DA EDUCAÇÃO E CULTURA	11786	INSTIT. DE GESTÃO PREVIDENCIÁRIA	19
SECRETARIA DA FAZENDA	1275	INSTIT. DE TERRAS DO ESTADO	47
SECRET. DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO	22	INSTIT. NATUREZA DO TOCANTINS	254
SECRET. DA INFRAESTRUTUTURA	174	INSTIT. SOCIAL ESPÍRITO SANTO	49
SECRETARIA DA JUVENTUDE	33	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO	44
SECRETARIA DA SAÚDE	6188	VICE-GOVERNADORIA	10
SECRET. DA SEGURANÇA PÚBLICA	1943	SECRET. DA CIDADANIA E JUSTIÇA	316
SECRETARIA DO ESPORTE	58	ESCOLA TÉCNICA	28
SECRETARIA DO GOVERNO	219	DEFENSORIA PÚBLICA	86
SECRETARIA DO PLANEJAMENTO	64	AGENCIA DE DESENVOLV. TURÍSTICO	19
SECRETARIA DO TRABALHO	357	SECRET. DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA	111
SECRET. DE REC. HÍD. E AMBIENTE	36	CASA CIVIL	10
SECRET. DE DEFESA AGROPECUÁRIA	814	TOTAL:	25.696

6.1 AFASTAMENTOS GERAIS E PSIQUIÁTRICOS

Foi detectado um total de 15.022 afastamentos, correspondendo a 58,46% dos servidores estudados, conforme Tabela 2. Destes, 1.915 se deram especificamente por transtornos psiquiátricos (12,74%). A Educação, em particular, com 11.786 servidores teve 8.332 afastamentos gerais nos 3 anos do estudo. As quatro secretarias que mais se sobressaíram em números de afastamentos foram: Educação, Saúde, Segurança Pública e Fazenda. Se considerarmos que o total de afastamentos psiquiátricos (nos 41 órgãos) foi de 1.915, apenas a Educação correspondeu com 1.333, ou seja, 69,60% desse total; a Saúde, em segundo lugar com 17,44%, Segurança Pública em terceiro com 4,33% e a Fazenda em quarto com 1,35%.

Tabela 2 - TS: Total de servidores; TAG: Total de afastamentos gerais; TAP: Total de afastamentos psiquiátricos

ÓRGÃO DO GOVERNO	TS	TAG	TAP	ÓRGÃO DO GOVERNO	TS	TAG	TAP
GABINETE DO GOVERNADOR	113	66	8	AG. DE CONTROLE FISCAL	26	23	0
CASA MILITAR	19	12	0	DEPART. ESTADUAL DE TRÂNSITO	248	142	15
SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO	47	9	1	DER TOCANTINS	236	99	8
SECRETARIA DE REPRESENTAÇÃO	24	10	0	FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO	33	23	1
CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO	21	8	0	FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL	35	11	0
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO	95	51	5	INST. DO DESENVOLV. RURAL	429	115	4
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO	210	189	4	INSTIT. DE PESOS E MEDIDAS	18	9	0
SECRETARIA DA AGRICULTURA	153	76	5	INSTIT. DE GESTÃO PREVIDENCIÁRIA	19	31	0
SECRET. DA EDUCAÇÃO E CULTURA	11786	8332	1333	INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO	47	24	0
SECRETARIA DA FAZENDA	1275	287	26	INSTITUTO NATUREZA DO TOCANTINS	254	127	10
SECRET. DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO	22	14	2	INSTITUTO SOCIAL ESPÍRITO SANTO	49	31	0
SECRET. DA INFRAESTRUTUTURA	174	44	0	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO	44	14	1
SECRETARIA DA JUVENTUDE	33	19	3	VICE-GOVERNADORIA	10	7	2
SECRETARIA DA SAÚDE	6188	3584	334	SECRET. DA CIDADANIA E JUSTIÇA	316	156	18
SECRET. DA SEGURANÇA PÚBLICA	1943	742	83	ESCOLA TÉCNICA	28	20	0
SECRETARIA DO ESPORTE	58	34	0	DEFENSORIA PÚBLICA	86	13	0
SECRETARIA DO GOVERNO	219	79	12	AGENCIA DE DESENVOLV. TURÍSTICO	19	19	0
SECRETARIA DO PLANEJAMENTO	64	55	2	SECRET. DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA	111	50	8
SECRETARIA DO TRABALHO	357	229	17	CASA CIVIL	10	1	0
SECRET. DE REC. HÍD. E AMBIENTE	36	19	0	TOTAL:	25.696	15.022	1915
SECRET. DE DEFESA AGROPECUÁRIA	814	225	13	PERCENTUAL:		58,46%	12,74%
SECRET. DE HAB. E DES. URBANO	27	23	0				

Somando-se os afastamentos psiquiátricos das quatro secretarias citadas, SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ, atingiu-se 92,72% daqueles ocorridos no período. Os 7,28% restantes ficaram distribuídos entre os outros 37 órgãos, conforme ilustra a Figura 1. Evidencia-se, portanto, que os quatro órgãos com maior número de servidores foram também, em números absolutos, os que mais tiveram afastamentos no período estudado. A Educação, não só foi a mais expressiva em números absolutos, como também em percentuais (69,35%). A Secretaria de Saúde isoladamente em segundo lugar teve um percentual de afastamentos de 17,44%, maior que todos aqueles dos demais órgãos. A partir destes resultados o estudo passou a ser mais focalizado nestes quatro órgãos do governo, por representarem os índices de maior relevância encontrados.

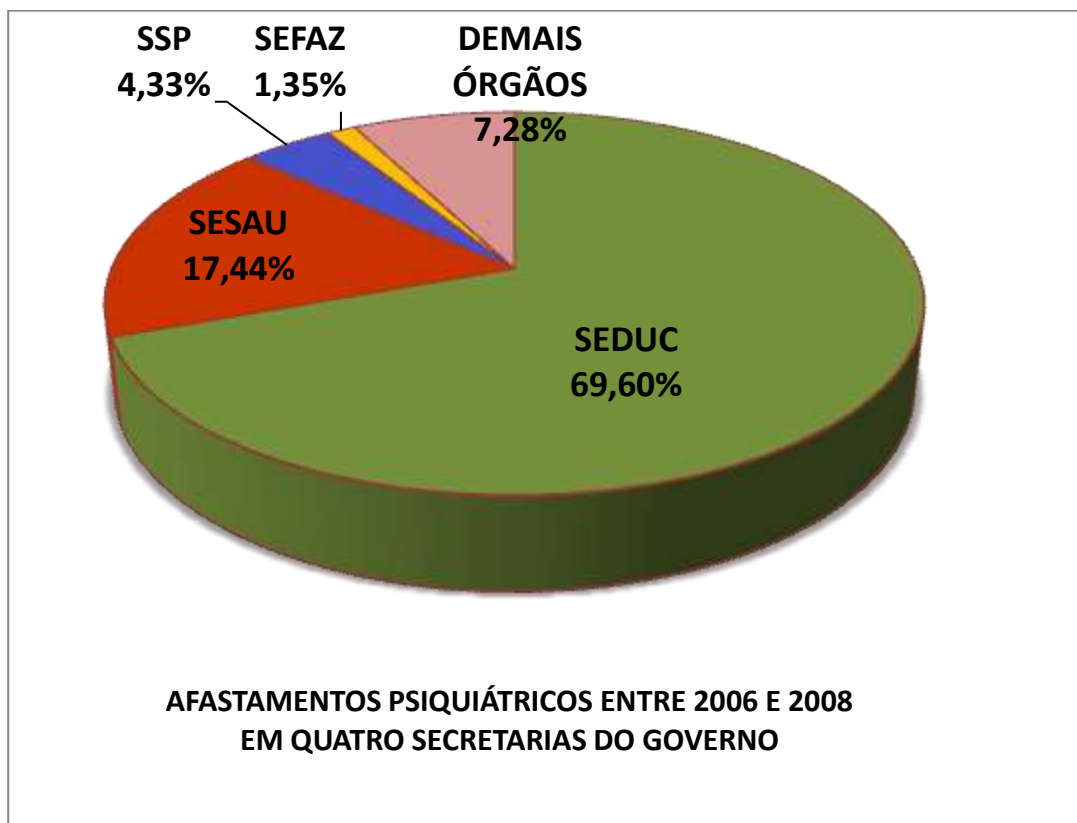


Figura 1 - Representação em percentuais dos afastamentos psiquiátricos nas quatro secretarias com maior prevalência frente aos demais órgãos do Estado. SEDUC (Secretaria de Educação e Cultura); SESAU (Secretaria da Saúde); SSP (Secretaria de Segurança Pública); SEFAZ (Secretaria da Fazenda)

6.1.1 Afastamentos Psiquiátricos Únicos e Reincidentes

Partindo-se dos afastamentos encontrados, procurou-se características quanto à prevalência daqueles afastamentos que ocorreram uma única vez ao longo dos três anos e dos que se repetiram para um mesmo servidor (entre 2 a 22 vezes). Na Tabela 3 observa-se que os números dos reincidentes foram superiores aos daqueles que se afastaram uma única vez: 1.478 (77,18 %) e 437 (22,81%) respectivamente. Os órgãos representados por zero não tiveram licenças psiquiátricas identificadas no período. A SEDUC foi maioria com 1091 (81,84% AR) e 242 (18,15% AU).

Tabela 3 – Números absolutos dos afastamentos únicos (AU) e afastamentos reincidentes (AR)

ÓRGÃO DO GOVERNO	AU	AR	ÓRGÃO DO GOVERNO	AU	AR
GABINETE DO GOVERNADOR	4	4	AG. DE CONTROLE FISCAL	0	0
CASA MILITAR	1	0	DEPART. ESTADUAL DE TRÂNSITO	5	10
SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO	1	0	DER TOCANTINS	3	5
SECRETARIA DE REPRESENTAÇÃO	0	0	FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO	1	0
CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO	0	0	FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL	0	0
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO	0	5	INST. DO DESENVOLV. RURAL	2	2
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO	0	4	INSTIT. DE PESOS E MEDIDAS	0	0
SECRETARIA DA AGRICULTURA	1	4	INSTIT. DE GESTÃO PREVIDENCIÁRIA	0	0
SECRET. DA EDUCAÇÃO E CULTURA	242	1091	INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO	0	0
SECRETARIA DA FAZENDA	9	17	INSTITUTO NATUREZA DO TOCANTINS	6	4
SECRET. DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO	2	0	INSTITUTO SOCIAL ESPÍRITO SANTO	0	0
SECRET. DA INFRAESTRUTURA	0	0	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO	1	0
SECRETARIA DA JUVENTUDE	0	3	VICE-GOVERNADORIA	0	2
SECRETARIA DA SAÚDE	111	223	SECRET. DA CIDADANIA E JUSTIÇA	4	14
SECRET. DA SEGURANÇA PÚBLICA	24	59	ESCOLA TÉCNICA	0	0
SECRETARIA DO ESPORTE	0	0	DEFENSORIA PÚBLICA	0	0
SECRETARIA DO GOVERNO	6	6	AGENCIA DE DESENVOLV. TURÍSTICO	0	0
SECRETARIA DO PLANEJAMENTO	2	0	SECRET. DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA	0	8
SECRETARIA DO TRABALHO	7	10	CASA CIVIL	0	0
SECRET. DE REC. HÍD. E AMBIENTE	0	0	TOTAL:	437	1478
SECRET. DE DEFESA AGROPECUÁRIA	6	7	PERCENTUAL:	22,81%	77,18%
SECRET. DE HAB. E DES. URBANO	0	0			

6.1.2 Absenteísmo encontrado nas Secretarias mais numerosas (SEDUC, SESAU, SSP, SEFAZ)

Com relação ao total e a média de absenteísmo foram encontradas diferenças quando comparados os afastamentos únicos aos reincidentes (SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ). A Tabela 4 ilustra em cada secretaria os números absolutos de afastamentos, servidores afastados e as médias de absenteísmo, inicialmente levando-se em consideração o tipo de afastamento e a soma geral em cada um. Observa-se que a SEDUC lidera em todos os aspectos os resultados encontrados. A SEFAZ (66,92 dias média geral e 139 reincidentes). Ainda que tenha apresentado uma média geral superior à SESAU e SSP, apresentou números absolutos de afastamentos e servidores afastados aquém das outras secretarias.

Para se estabelecer o cálculo das médias de absenteísmo em cada secretaria, aplicou-se a divisão entre o número de afastamentos pelo número de servidores afastados (afastamentos únicos e reincidentes separadamente). A média geral foi calculada: afastamentos únicos + reincidentes / nº de servidores afastados única vez + nº de servidores afastados com reincidência.

Tabela 4 – Absenteísmo por afastamentos únicos, reincidentes; número de servidores afastados e as médias de absenteísmo em cada uma das Secretarias abaixo

TOTAL DE 49.054 DIAS DE ABSENTEÍSMO REGISTRADO ENTRE 2006-2008 NAS 4 SECRETARIAS							
SECRETARIA	NÚMERO DE AFASTAMENTOS ÚNICOS	NÚMERO DE AFASTAMENTOS REINCIDENTES	Nº DE SERVIDORES AFASTADOS UMA ÚNICA VEZ	Nº DE SERVIDORES AFASTADOS COM REINCIDÊNCIA	MÉDIA ABSENTEÍSMO AFASTAMENTOS ÚNICOS	MÉDIA ABSENTEÍSMO AFASTAMENTOS REINCIDENTES	MÉDIA GERAL ABSENTEÍSMO NA SECRETARIA
SEDUC	5.949 dias	30.427 dias	239	282	24,8 dias	107,8 dias	69,8 dias
SESAU	2.200 dias	7.010 dias	110	69	20 dias	101,5 dias	51,4 dias
SSP	775 dias	1.823 dias	23	21	33,6 dias	86,8 dias	59,04 dias
SEFAZ	175 dias	695 dias	8	5	21,8 dias	139 dias	66.92 dias

A Figura 2 ilustra a comparação entre números absolutos do total de dias por afastamentos únicos (TD AU) e os reincidentes (TD AR) entre as 4 secretarias, mostrando a superioridade numérica dos segundos (barras azuis) sobre os primeiros (barras amarelas). A figura 3 mostra a representação percentual do número de dias não trabalhados (absenteísmo) entre as 4 secretarias (com mais de 70% na Educação). Em todas elas os afastamentos reincidentes foram significativamente superiores.

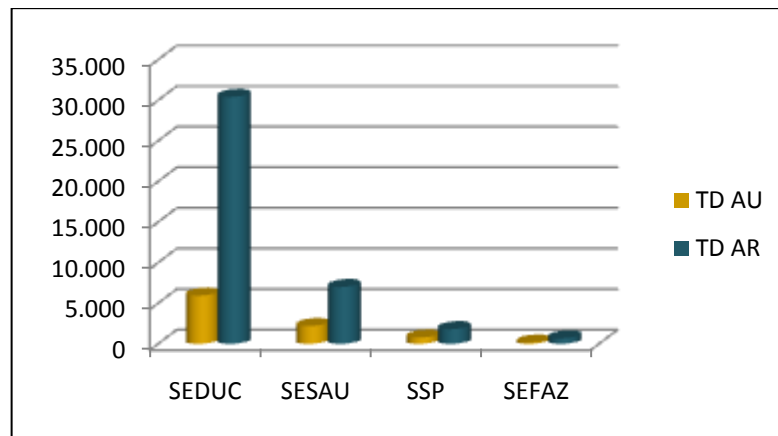


Figura 2 – Comparação entre a SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ em números absolutos de dias afastados. Barra amarela: TDAU (total de dias dos afastamentos únicos); barra azul: TD AR (total de dias dos afastamentos reincidentes)



Figura 3 – Representação percentual do número de dias não trabalhados (absenteísmo) em cada uma das quatro secretarias

A Figura 4 mostra a relação dos dez órgãos que atingiram o mais elevado número de dias não trabalhados ao longo dos 3 anos por transtornos psiquiátricos: em particular a Secretaria de Educação com 523 dias (em especial, um professor que obteve o número máximo de 22 licenças) e a Secretaria da Saúde com 330 dias (auxiliar de enfermagem com 15 licenças).

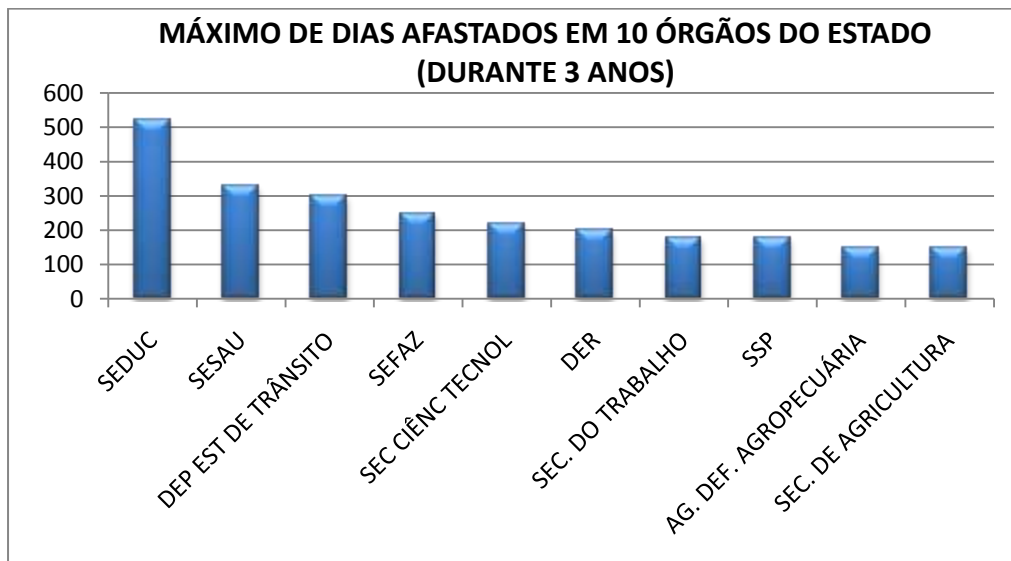


Figura 4 – Máximo de dias afastados (números absolutos) em 10 órgãos do governo por transtornos psiquiátricos

6.1.3 Prevalências de Diagnósticos Psiquiátricos

Os diagnósticos psiquiátricos não demonstraram diferenças significativas entre os afastamentos únicos e reincidentes. As maiores prevalências, conforme Figuras 5 e 6, foram praticamente semelhantes em todos os setores do Estado: transtornos depressivos, ansiosos, reações ao estresse, transtornos conversivos/dissociativos e somatoformes. Não se procurou especificar aqui a gravidade dos quadros (quanto à numeração acessória do CID-10), entendendo-se por transtornos depressivos os diagnósticos que variaram entre F32 - F33, transtornos ansiosos F40 a F41, reações ao estresse, conversivos/dissociativos e somatoformes como F43 – F45. Seguiram-se os quadros psicóticos, transtornos do humor, de personalidade e uso de substâncias.

Observou-se a relevância em números absolutos de diagnósticos nos afastamentos repetidos, corroborando com a reincidência e o tempo mais prolongado; porém, sem diferenciação com relação ao tipo de transtorno se comparado aos afastamentos de uma única vez. Constatou-se ainda que, até os diagnósticos ligados à dependência química e álcool, a ordem das prevalências se equivaleu (entre os afastamentos únicos e reincidentes); a partir de então elas se modificaram. Na Secretaria de Educação houve evidência dos diagnósticos referentes ao uso de substâncias (nos afastamentos únicos e reincidentes), assim como dos transtornos bipolares e esquizofrênicos (nos reincidentes); chegando os bipolares, isoladamente na educação, a serem superiores aos transtornos ligados ao estresse, conversivos/dissociativos e somatoformes (conforme ainda se evidencia na figura 6).

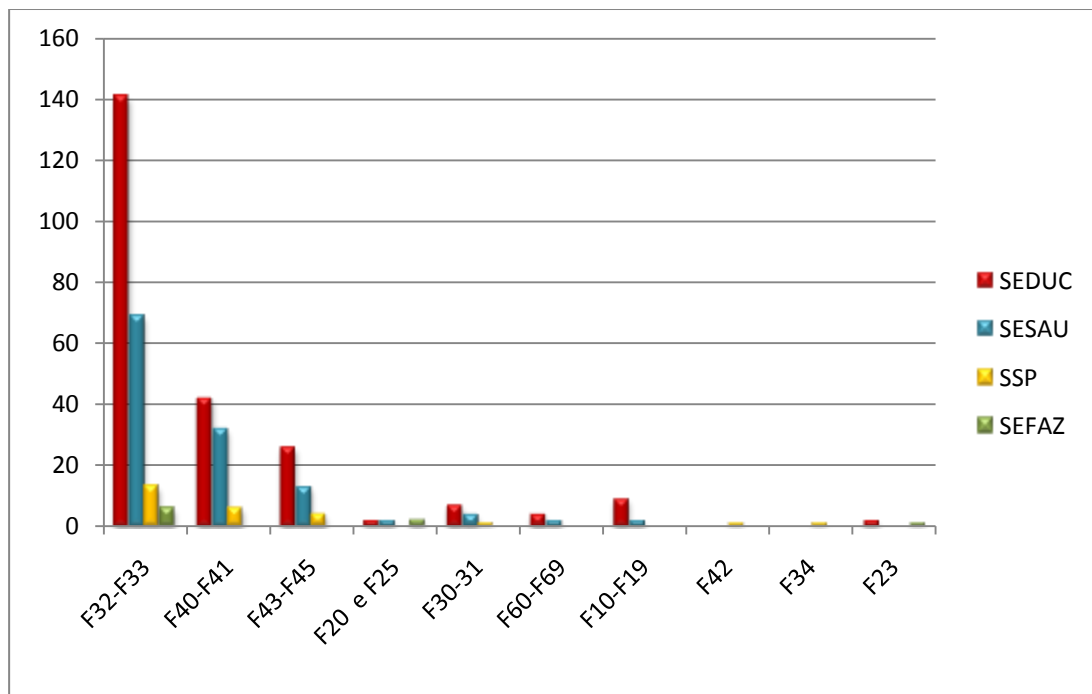


Figura 5 - Prevalência de diagnósticos psiquiátricos (números absolutos) em afastamentos únicos nas secretarias: SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ

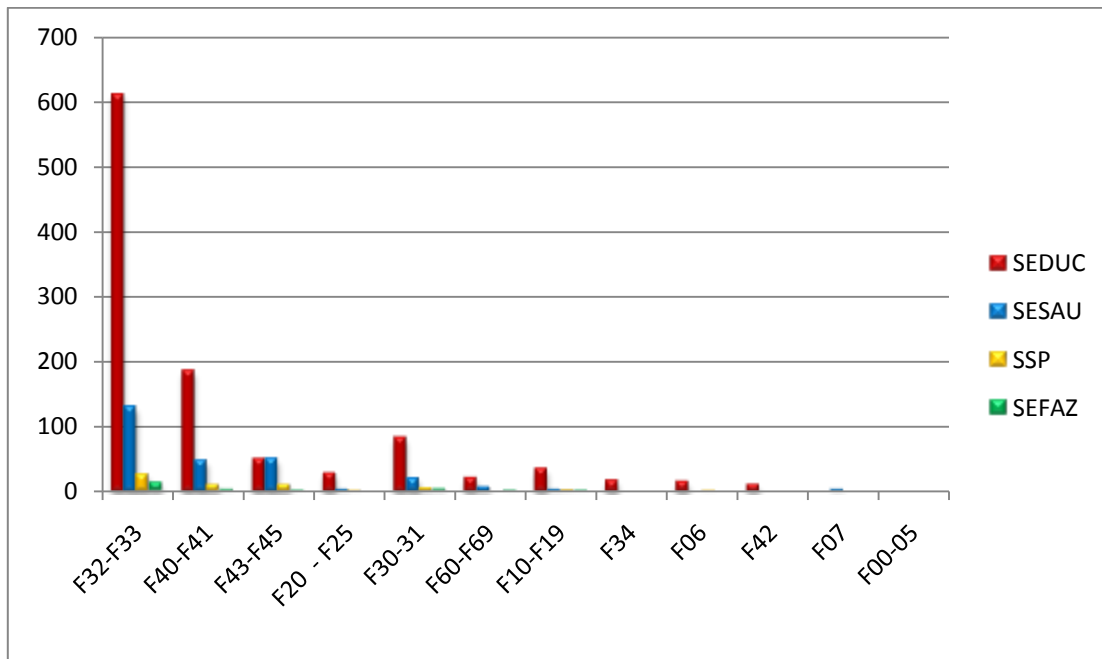


Figura 6 - Prevalência de diagnósticos psiquiátricos (números absolutos) em afastamentos reincidentes nas secretarias: SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ

Em números absolutos e percentuais, a Tabela 5 mostra as prevalências de diagnósticos nas quatro secretarias: SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ. De um total de 2.570 hipóteses diagnósticas psiquiátricas levantadas (indistintamente entre licenças únicas e reincidentes), a somatória dos quadros mais prevalentes chegou a 58,40 % de todos os diagnósticos: F32-33, F40-41, F43-45.

Tabela 5 – Prevalências dos 3 agrupamentos diagnósticos principais, em números absolutos e percentuais, segundo CID-10* na SEDUC, SESAU, SSP e SEFAZ

TOTAL DE 2.570 HIPÓTESES (ENTRE F00 E F99 do CID-10)		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	EM NÚMEROS ABSOLUTOS	EM PERCENTUAL
A. F32 - F33	1010	39,20%
B. F40 - F41	327	7,85%
C. F43 - 44 - F45	164	6,38
SOMATÓRIA de A B e C	1501	58,40%

*F32 transtornos depressivos, F33 transtornos depressivos recorrentes, F40 transtornos fóbico-ansiosos, F41 outros transtornos ansiosos e pânico, F43 reações ao estresse, F44 transtornos conversivos/dissociativos, F45 transtornos somatoformes

6.1.4 A Representação das Funções e os Afastamentos por Transtornos Psiquiátricos

Tendo conhecimento dos transtornos mais prevalentes e das secretarias que se evidenciaram, buscou-se quais seriam as classes profissionais que numericamente pudessem representá-las. Para tanto, foram levantados os dados estatísticos das funções mais numerosas em cada uma delas. Antes, entretanto, julgou-se pertinente mencionar o fato de que a representatividade que determinadas funções têm dentro de um órgão público são também de ordem qualitativa, isto é, ao citar, por exemplo, a Secretaria de Educação ou Saúde, logo são feitas associações com professores às primeiras, enfermagem e médicos às segundas. Seriam na realidade os profissionais “linha de frente” daquele órgão que simbolicamente representam. Um fato que aparenta se repetir em alguns setores do funcionalismo público. Entende-se, por esta razão, que exista uma representação quantitativa, mas também qualitativa em muitas funções exercidas.

Avaliou-se inicialmente qual a relação proporcional da representatividade numérica com as licenças psiquiátricas em cada função encontrada. O intuito foi saber como se comportariam os profissionais mais representativos (quantitativamente), quando comparados com seus próprios afastamentos.

Conforme demonstrado na Figura 7 as três funções mais evidenciadas na SEDUC foram respectivamente: professores, serviços gerais e administrativas variadas. Os professores representaram cerca de 40% de todo o efetivo e perfizeram quase 90% de todos os afastamentos dessa secretaria. Ainda que em número bem mais reduzido, houve a mesma tendência aos de serviços gerais, isto é, se afastaram mais do que representam, e os de servidores administrativos mostraram uma inversão da tendência, ou seja, representaram mais do que se afastaram.

Os professores, na Secretaria da Educação, foram numericamente os maiores representantes, e seus afastamentos, ainda mais significativos.

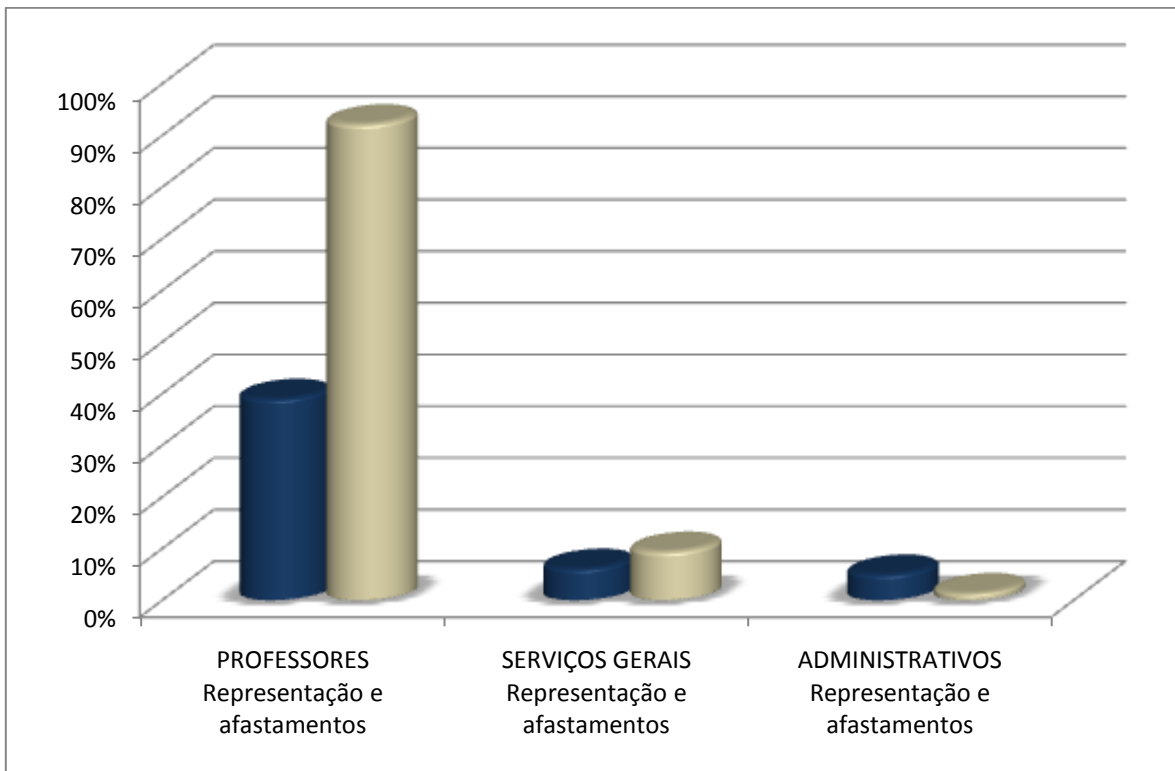


Figura 7 – Comparação entre a representatividade de cada uma das 3 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SEDUC com as respectivas prevalências dos afastamentos (barras claras)

Na Figura 8 utilizou-se idêntico raciocínio à SESA. Foi observado que o corpo de enfermagem se destacou como o mais representativo do setor (próximo a 50%) e também, do ponto de vista dos afastamentos, sobrepôs a própria representação, atingindo quase 70%. Seguiram-se médicos e dentistas, representando mais do que se afastaram, e a mesma tendência à terceira classe mais representativa (funções administrativas).

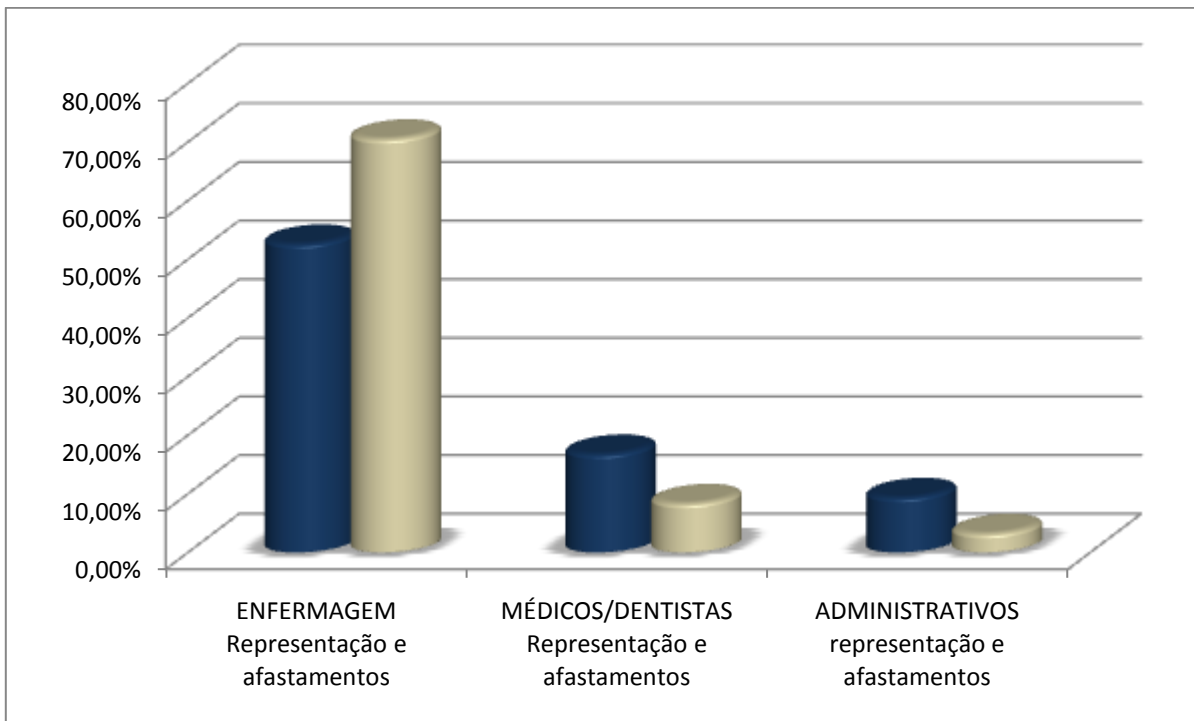


Figura 8 – Comparação entre a representatividade de cada uma das 3 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SESAU com as respectivas prevalências dos afastamentos (barras claras)

A Figura 9 mostra a tendência da SSP. Os agentes policiais (incluindo agentes penitenciários) – classe mais representativa do órgão – tiveram um número de afastamentos menor que a própria representação; igual tendência os escrivães de polícia.

Praticamente, ficaram empatados em terceiro lugar com 9% e 8% de representação os servidores administrativos e os delegados de polícia respectivamente. Nota-se que, enquanto os administrativos afastaram-se um pouco mais que suas representações, os delegados afastaram-se duas vezes mais do que representam na SSP (cerca de 20%).

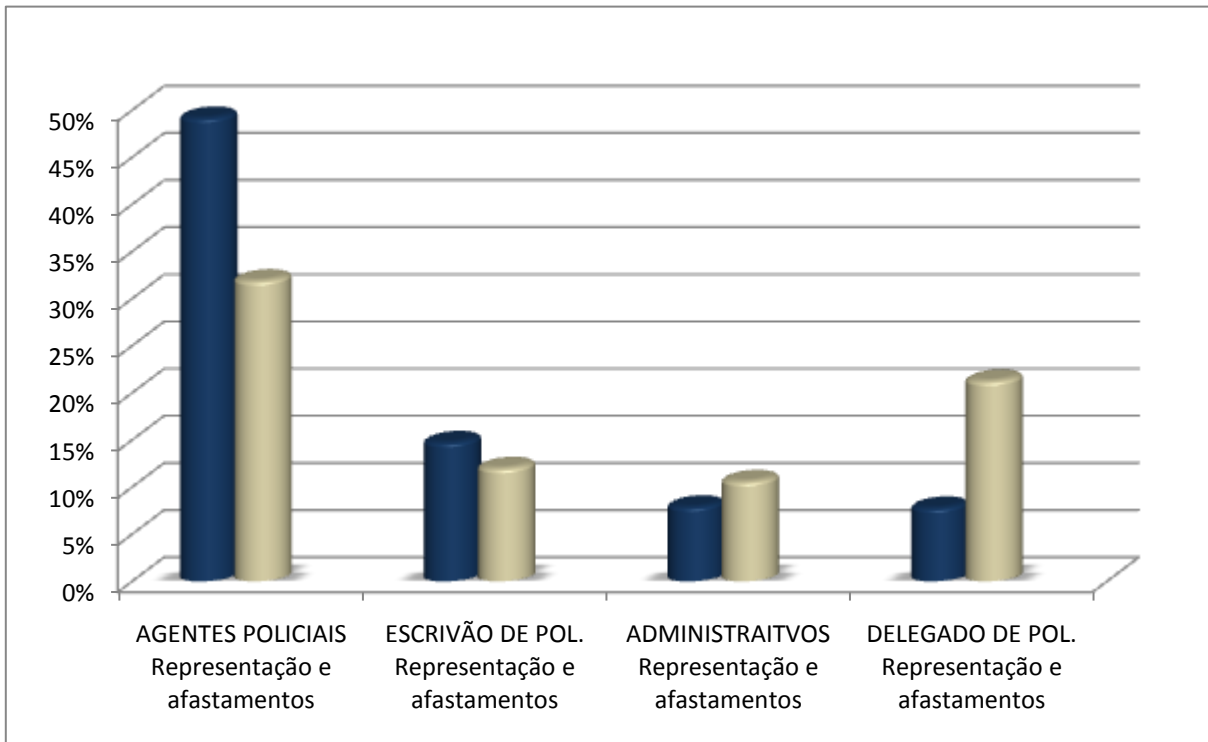


Figura 9 – Comparação entre a representatividade de cada uma das 3 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SSP com as respectivas prevalências dos afastamentos (barras claras)

Na Figura 10 a Secretaria da Fazenda trouxe as funções de auditor fiscal (incluindo analistas tributários e fazendários) em primeiro lugar, seguidos pelos funcionários administrativos. Em ambos a representatividade superou os afastamentos.

Observou-se com estas estatísticas que, nas quatro figuras apresentadas, os profissionais chamados “linha de frente” de cada órgão, também foram consideravelmente os que mais se afastaram. Na SSP os delegados que ocupavam, junto aos funcionários administrativos, praticamente a terceira colocação, tiveram seus afastamentos dobrados em comparação à própria representatividade.

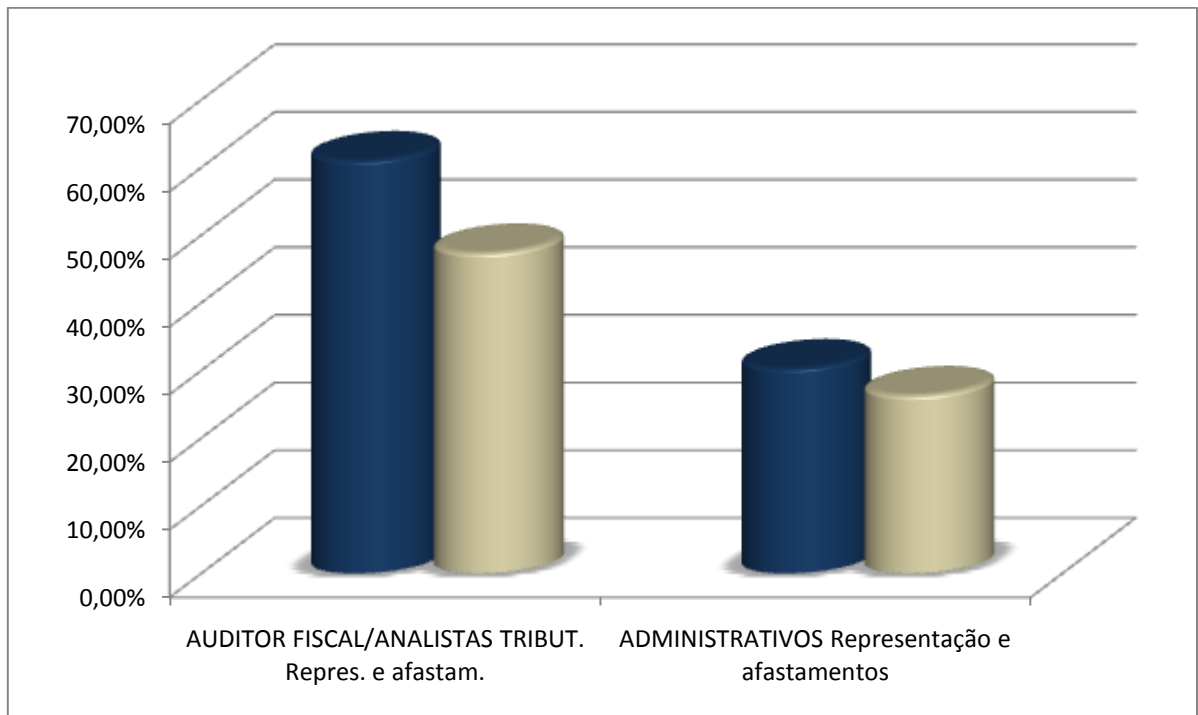


Figura 10 – Comparação entre a representatividade de cada uma das 2 classes profissionais mais prevalentes (barras escuras) na SEFAZ com as respectivas prevalências dos afastamentos (barras claras)

6.1.5 Co-morbidades não Psiquiátricas

A maioria dos afastamentos reincidentes evidenciou diagnósticos não psiquiátricos associados, (inclusive no mesmo afastamento, com três ou mais hipóteses combinadas: reumatológicas, cárdio-vasculares, endocrinológicas, etc.). As Figuras 11 e 12 mostram, respectivamente, a prevalência das co-morbidades nos servidores afastados (apenas aos reincidentes). A Figura 11 evidencia a predominância, segundo o CID-10, de patologias ósteo-musculares (M00-99), seguidas principalmente por Z00-99 (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), I00-I99 (doenças do aparelho circulatório), G00-G99 (doenças do sistema nervoso), J00-99 (doenças do aparelho respiratório), etc.

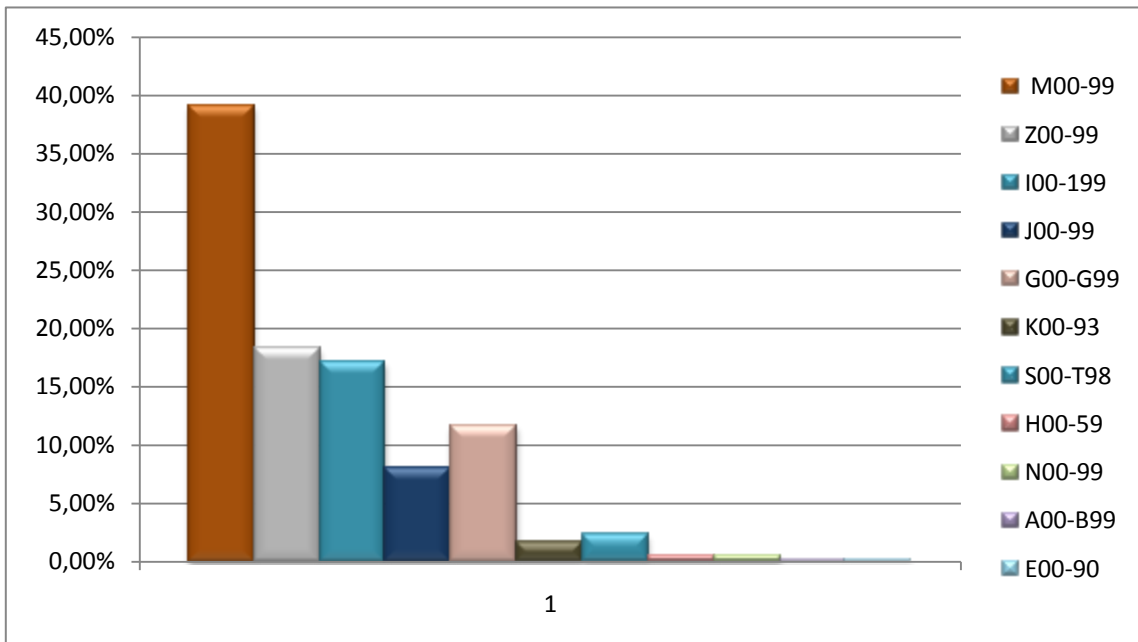


Figura 11 – Prevalência em percentual das co-morbidades não psiquiátricas encontradas nos afastamentos reincidentes: M00-M99 (patologias ósteo-musculares), Z00-Z99 (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), I00-I99 (doenças do aparelho circulatório), G00-G99 (doenças do sistema nervoso), J00-J99 (doenças do aparelho respiratório), K00-K93 (doenças do aparelho digestivo), S00-T98 (lesões, envenenamentos e outras causas externas), H00-H59 (doenças do olho e anexos), N00-N99 (doenças do aparelho genito-urinário)

A Figura 12 demonstra a predominância da Secretaria de Educação nos afastamentos psiquiátricos que foram acompanhados por co-morbidades (75,14%). Neste caso, o tempo de afastamento máximo de 523 dias, na mesma secretaria, elevou-se para 805 dias (professor do ensino básico). A média de dias, também da mesma secretaria, que era próximo de 107 (conforme tabela 4), elevou-se consideravelmente ao se somarem às outras morbidades, não tendo sido, no entanto, um dado quantificado neste estudo.

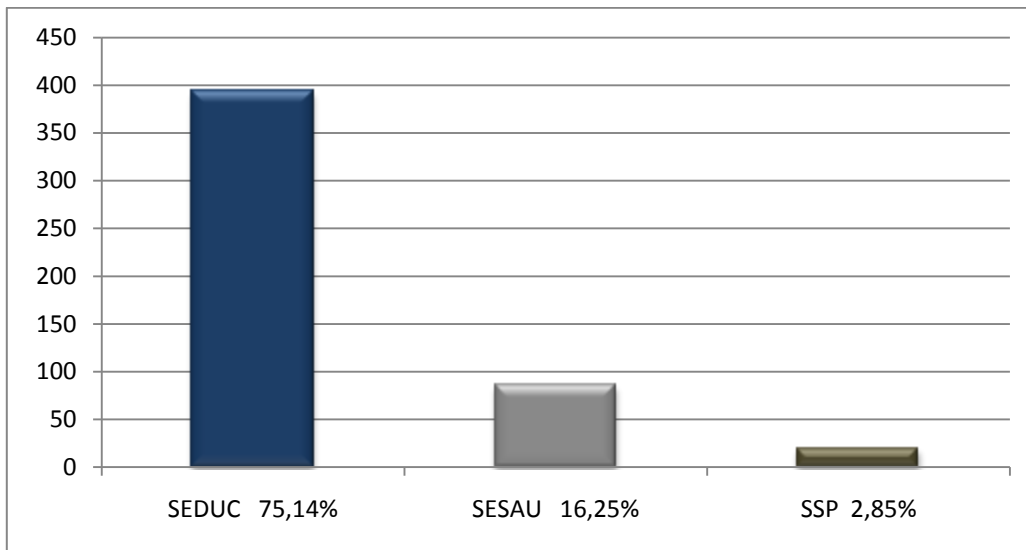


Figura 12 - Secretarias que apresentaram a maior prevalência de co-morbidades (números absolutos e percentuais): SEDUC, SESAU, SSP

A título de complementação, os Quadros 1, 2, 3 e 4 ilustram respectivamente algumas das licenças médicas encontradas com os absenteísmos mais prolongados nas quatro secretarias (SEDUC, SESAL, SSP e SEFAZ). Nota-se que são vários os diagnósticos psiquiátricos associados a outros, sendo estes, na maioria, os mais prolongados. Observa-se também que estes afastamentos se referiram aos profissionais representantes de cada secretaria avaliada, de acordo com as Figuras 7, 8, 9 e 10.

Quadro 1 - **SEDUC**. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior.

MDA	FUNÇÃO	CIDS DIAGNOSTICADOS
805	Prof. Ed. básica	F32/41/I42/49/S92/Z54
665	Prof. Ed. Básica	F32/33/E66/M54/84/71/79/15/L02/Z98/54
523	Prof.Ed. Básica	F32/33/41
335	Prof. Normalista	F31/J43/44/C53
370	Diretor/Prof. Norm.	F32/33/M51/54/R32
655	Prof. Normalista	F25/33/34/M47/54/65/Z54/G54/51
365	Prof. Normalista	B02/F32/33/43/M05/06/54
420	Prof. Ed. Básica	F11/32/33/M79/75/F41
330	Prof.Ed. Básica	F34/41/42/60
322	Prof. Ed.Básica	F10/33/32/S83
470	Prof. Normalista	F33/I37/M50/51/53/54/S82/93/I37
350	Prof. Normalista	F33/41/45/G54/J18/M50/54/S27/Z54
452	Prof. assistente	F10/F18/F14
460	Prof. Ed. básica	F10/32/40/41
380	Prof. Normalista	F20/31/42/33/I83
340	Prof. Normalista	F30/31/32
410	Diretor adj/Prof.	F32/33/41/G25/26/L50/M54/Z54
450	Agente esp. Ed.	F32/45/54/M65/68/75/S75
385	Pof.Ed. básica	F31/32/33/K30/M53/54/31/K10/Z54
330	Prof. Ed.básica	F32/10/33/M51/S32
440	Diretor admin.	D32/33/43/F32/F06/41/M51/54/Z54
415	Prof. Ed.básica	F32/33/41/I44/J15/K52/M32/54/N10/12/T11
495	Prof. Ed.básica	F06/31/K80/M32/35/Z54
405	Prof. Ed.básica	F22/F31/32/43/I84
455	Prof. Normalista	D33/F06/F32/F41/G91/M54
581	Aux. Admin.	E05/F05/I47/I43/49/51/F32/33

Quadro 2 – **SESAU**. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior

MDA	FUNÇÃO	CIDS DIAGNOSTICADOS
385	Aux.enfermagem	F32/33/I10/M17/19/54/65/S63
330	Aux.enfermagem	F32/33/E66/M54/84/71/79/15/L02/Z98/54
380	Aux.enfermagem	F31/32/33/M51/54/25
385	Médico	F32/41/I20/25/Z54
220	Médico	F32/43/33
330	Aux.enfermagem	F25/31/B2
335	Aux.enfermagem	F31/32/33
270	Enfermeiro	F31/32
265	Téc.n.enfermagem	F32/33/41
360	Aux. enfermagem	F07/T90/G40/M54/S06

Quadro 3 - **SSP**. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior

MDA	FUNÇÃO	CIDS DIAGNOSTICADOS
130	Aux.serv.gerais	F32/41/03/G30
105	Ass.admin.	F32/41/Z54
380	Delegado de pol.	F43
180	Agente de pol.	F06
110	Escrivão de pol.	F32/41/M25
172	Ag.penitenciário	F31/40/41/43/S93/83
120	Agente de pol.	F32/J49
120	Delegado de pol.	F32/N23
265	Téc.n.enfermagem	F32/33/41
105	Agente de polícia	F41/43

Quadro 4 - **SEFAZ**. MDA (Máximo de dias afastados). Os diagnósticos do CID-10 que estão entre barras, apenas com números, seguem a letra correspondente anterior

MDA	FUNÇÃO	CIDS DIAGNOSTICADOS
225	Auditor fiscal	F31/M54
250	Auditor fiscal	F32/33/41/43
135	Encarregado serv.	F32/33

7 DISCUSSÃO

O primeiro fato a ser destacado é que os resultados encontrados se alinharam a muitas pesquisas que apontam para as prevalências dos transtornos psiquiátricos nas classes trabalhadoras de forma geral (2, 17, 20, 29, 30, 31). Ainda que não tenha sido objetivo estudar de forma mais ampla as entidades nosológicas contidas no CID-10, as patologias ósteo-musculares (M00-M99) se perfilaram entre as co-morbidades que mais apareceram associadas aos afastamentos psiquiátricos reincidentes, além da predominância de quadros depressivos, ansiosos e as chamadas reações ao estresse que, neste caso, foram agrupados com os transtornos conversivos, dissociativos, e somatoformes, trazendo talvez uma idéia mais geral, mas que em estudos futuros poderão ser adequadamente selecionados e detalhados com maior diferenciação.

Em consonância com os achados deste trabalho, um único estudo conhecido no Estado foi realizado anteriormente, especificamente com educadores da rede estadual da capital, Palmas, afastados por CIDs psiquiátricos entre junho de 2006 a junho de 2007 (73). Das 698 licenças concedidas, 132 foram por transtornos psiquiátricos (18,92%), particularmente com o diagnóstico de F32.2 (transtorno depressivo, episódio atual moderado), correspondendo a 19,42% das licenças, superadas apenas, em números absolutos, por problemas ósteo-musculares. Mesmo refletindo uma realidade local, o trabalho acresceu indícios sobre a prevalência dos transtornos depressivos no perfil geral dos afastamentos e a proximidade das patologias ósteo-musculares com os diagnósticos psiquiátricos que, segundos outros estudos, se configuram entre as primeiras causas de afastamentos gerais (29, 30, 73).

As Figuras seguintes (13,14,15,16) foram anexadas a título de comparação para se observar as prevalências dos benefícios previdenciários, por causas psiquiátricas, concedidas pelo INSS entre 2006 e 2008 – extraídas do trabalho realizado por Seligmann-Silva *et al* do Centro de Saúde Ocupacional do HC (Hospital das Clínicas) da Universidade de São Paulo (USP), por ocasião do Seminário sobre Saúde Mental e Trabalho realizado no Hotel San Raphael entre os dias 27 e 28 de novembro de 2008 na cidade de São Paulo. Observam-se os benefícios concedidos por agravos psiquiátricos, evidenciando a predominância dos transtornos do humor

(englobando os quadros bipolares), quadros ansiosos juntos aos de estresse, conversivos-dissociativos-somatoformes e aqueles ligados ao uso de substâncias psicoativas.⁵ O período do estudo e as prevalências dos agravos mostraram semelhanças com o trabalho realizado no Tocantins.



Figura 13 - Benefícios totais



Figura 14 – Benefícios por t. ansiosos



Figura 15 – Benefícios por t. do humor



Figura 16 – Benefícios por t. uso subst.

⁵ Disponíveis em:

http://www.ipaf.com.br/ipaf_pdf/Maria%20Maeno%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20E%20TRABALHO.pdf (acesso: 20/12/2009).

Feitas essas primeiras pontuações, julga-se oportuno retomar a questão dos diagnósticos e dos agrupamentos descritos como prevalentes neste e em outros estudos (depressivos e ansiosos particularmente), fazendo algumas considerações adicionais. O espectro sintomático dos quadros depressivos e ansiosos e até mesmo das reações ao estresse, estados conversivos/dissociativos e somatoformes podem representar uma gama de situações e conflitos, seja intrínseca ao sujeito, seja como reação ao meio (enfrentamentos, desencantamentos, desistências, estados de esgotamento, etc.).

A problemática relacionada ao ambiente com suas múltiplas variáveis pode estar associada como agente desencadeador, agravante ou até mesmo ser o palco para tradução aos inúmeros sintomas apresentados (31). Para isso, correntes teóricas incumbem-se de tentar estabelecer um peso mais ou menos significativo a cada uma dessas condições. Este fato talvez traga um primeiro desafio, ou seja, diante das estatísticas conhecidas, procurar estabelecer as correlações e as formas de transformação (ou agravamento) das variadas insatisfações próprias ao ambiente de trabalho em adoecimento psíquico, tentando levar em consideração fatores intrínsecos e extrínsecos aos sujeitos para que algum tipo de intervenção possa ser pensada efetivamente. Conforme já visto, trata-se, todavia, de uma tarefa de difícil realização uma vez que não existe ainda um consenso sobre conceitos e teorias referentes a esse modelo teórico e suas relações com a saúde do trabalhador (33).

Sobre isso, Maslach e Jackson (51) ao se referirem à Síndrome de *burnout*, contribuem de maneira expressiva. Apontam-na como um estado de exaustão emocional ('combustão psíquica') em que predomina uma reduzida satisfação profissional e despersonalização, podendo estar presentes sintomas dos mais variados ligados à classificação do CID-10, tornando possível a associação com distúrbios da consciência (dissociação), do comportamento, das inter-relações, das condutas, abuso de substâncias, sintomas de depressão, etc. Acomete pessoas expostas cronicamente ao estresse e, de algum modo, ligada à sua atividade profissional. De uma forma geral, a síndrome de *burnout*, ainda que não conste diretamente como um diagnóstico no CID-10 pode ligar-se sintomatologicamente aos quadros mais prevalentes deste estudo (depressão – ansiedade – estresse – conversões - somatizações - sentimentos de

desrealização e despersonalização, dentre outros) que, por sua vez, acabam encontrando linhas de intersecção com a síndrome no contexto dos dados encontrados, ou seja, pela tendência à cronicidade. Dentro dessa possível aproximação, um campo prolífico se abre para que outras pesquisas possam estabelecer as variáveis envolvidas na relação do trabalhador com seu equilíbrio mental, questionando inclusive a validade dos afastamentos serem baseados quase exclusivamente em diagnósticos sintomáticos que podem muito bem camuflar a síndrome de *burnout*, já que as perícias são feitas por profissionais que não têm qualquer contato ou conhecimento direto desta realidade (31).

Mesmo utilizando a classificação alfa-numérica do CID-10 (F00 à F99) para o enquadramento dos transtornos, muitas vezes a diferenciação entre o que seja, por exemplo, um quadro depressivo com seus variados graus e tempos de evolução, daqueles que se afiguram como depressivo-ansiosos; reativo ao estresse (com alterações emocionais e/ou comportamentais), dentre outros, parece, face às estatísticas gerais, intimamente ligados às descrições feitas sobre a síndrome de *burnout*, seja pela tendência à reincidência ou pela baixa resposta às terapêuticas usuais, apontando para uma evolução que tende nitidamente à cronicidade.

Esta síndrome, multifacetada e polissintomática, carrega consigo todas as possibilidades diagnósticas encontradas, conjugadas ou não, cujos sintomas podem estar presentes (74). Reflete a importância da submissão do trabalhador ao estresse crônico, não sendo de grande exercício cognitivo imaginar o porquê, após a constatação de que os profissionais mais representativos das secretarias estudadas tiveram seus afastamentos também significativamente os mais prevalentes. Investigações qualitativas são fundamentais para uma maior apuração diferencial.

Além disso, a proximidade de inúmeras patologias ósteo-musculares e reumatológicas com desequilíbrios psiquiátricos é amplamente conhecida e estudada, sendo de relevância a associação de desordens emocionais com enfermidades tais como a fibromialgia, por exemplo. Esta, quando associada à depressão e ansiedade se relaciona à persistência maior dos sintomas (75, 76). Lombociatalgias, fibromialgias, dores crônicas desconhecidas, dentre várias outras, são muitas vezes associadas com somatizações ou mesmo inseridas no campo das doenças psicossomáticas. A

fibromialgia em especial vem sendo mencionada em vários estudos quanto a importância dos fatores psicossociais intimamente ligados a ela (77). Outros apontam, pelos resultados obtidos, que programas onde se manejam aspectos e conceitos psicossociais ligados à dor crônica são nitidamente mais efetivos, quando estas se associam aos transtornos do humor (78).

Sendo assim, independente da precisão diagnóstica usada, torna-se fundamental para os gestores deslocarem mais atenção à redução e modificação de variáveis que submetem o servidor a situações crônicas de pressão e estresse, ao invés de entregarem problemática tão significativa a um modelo diagnóstico sintomático, aos psicofármacos e ao ostracismo do absenteísmo que acabam por retirar do trabalhador um ambiente fundamental à constituição de sua identidade, como as únicas medidas que continuarão a ser tomadas.

O que se tenta abordar em última análise é que mesmo não havendo uma correspondência incontestada entre *burnout* e transtornos psiquiátricos CID-10, as estatísticas apresentadas mostram que é justamente no universo do trabalho onde um significativo problema social, econômico e de saúde coletiva se avoluma progressivamente. A prevalência de mais de 70% de licenças psiquiátricas reincidentes podem ter conseqüências semelhantes ou estarem associadas à síndrome de *burnout* (absenteísmos prolongados, exaustão, desistência, falta de resolutividade). Esta, sendo ligada a atividades profissionais submetidas a estresse crônico, pode, talvez, ter encontrado neste estudo uma tradução através dos quadros psiquiátricos prevalentes (Tabela 5) que estabelecem um nexos, se não causal, no mínimo, probabilístico e digno de melhor avaliação se é o trabalhador ou o trabalho que está adoecido.

A necessidade de medidas urgentes parece ser clara, entretanto, o que se observa na maioria das vezes é a prática de permanecer exclusivamente no âmbito de perícias médicas superficiais, como única atitude concreta às licenças por causas psiquiátricas no funcionalismo público do estado. Tal atitude tende a agravar o ciclo vicioso de adoecimento, baixa resolutividade, absenteísmo e cronificação.

Durante este estudo ocorreram 15.022 afastamentos por causas gerais. É um número significativo, pois representa mais da metade do total de servidores que participaram da amostra do estudo (25.696) e que compõe o funcionalismo do Estado.

Poder-se-ia afirmar, desconsiderando-se (simbolicamente) as reincidências, que mais da metade de todos os servidores avaliados se afastaram entre 2006 e 2008. Estes resultados, entretanto, podem estar bem aquém da realidade, uma vez que se desconhece a estatística dos afastamentos entre policiais militares que, como dito, têm uma junta médica própria e um órgão administrativo especial. Além disso, o quadro de funcionários contratados no Tocantins também não foi considerado na pesquisa, já que o INSS é a instituição responsável pelas licenças desses servidores, trazendo ainda mais as estatísticas encontradas para um valor possivelmente abaixo da realidade de todo o Estado (70).

Os diagnósticos por causas psiquiátricas não foram prevalentes dentre as morbidades pertencentes ao CID-10 (12,70%), o que também se alinha às pesquisas. Entretanto, além de terem sido responsáveis por licenças de longa duração, refletindo um alto absenteísmo, mostrou evidente tendência à reincidência com licenças que variaram de 2 a 22 vezes e até 805 dias (mais de dois anos seguidos) de ausência do trabalho. A presença de co-morbidades elevou seguramente a média dos dias sob licença em todos os órgãos do estado, e isto significa dizer que os transtornos psiquiátricos quando associados com outras morbidades trazem a situação para um patamar ainda mais grave de absenteísmo e cronicidade.

Um estudo realizado em servidores públicos estaduais da Secretaria de Saúde de São Paulo, em 2004, calculou detalhadamente os índices de absenteísmo. Encontrou entre as desordens psiquiátricas os mais elevados de todo o CID-10, ainda que os afastamentos por doenças ósteo-musculares tenham sido as mais prevalentes (79, 73).

No Tocantins, a Secretaria da Educação e Cultura, em especial, se mostrou de grande complexidade. Com o número de servidores mais elevado de todo Estado (11.776, isto é, 38,5% do contingente) correspondeu também à maioria dos afastamentos psiquiátricos, reincidências e os maiores tempos de afastamentos. Foi ainda à que teve os maiores índices absolutos e relativos de transtornos depressivos, ansiosos, reações ao estresse, transtornos conversivos/dissociativos e somatoformes; além de ser a que apresentou o mais alto percentual de co-morbidades dos 41 órgãos (75,14%). Se considerarmos todas as hipóteses diagnósticas levantadas no estudo

encontramos o total de 2.570. Na educação houve 753 diagnósticos de depressão (com grande reincidência), ou seja, apenas o *espectro* dos quadros depressivos correspondeu a 29,29% de todas as hipóteses levantadas. É um dado que lembra o estudo de Codo (80) quando afirma que um em cada quatro educadores sofre de exaustão mental e praticamente a metade deles sofre de algum sintoma de *burnout*.

Segundo alguns trabalhos, a classe dos educadores é a que tem o maior número de variáveis contribuindo para que a relação entre adoecimento psíquico e trabalho se estabeleça de forma mais clara: carga horária excessiva, estresse permanente, remuneração deficiente, violência, superlotação das salas de aula, desinteresse dos alunos, infra-estrutura precária nos locais de trabalho, falta de material escolar, etc. (81), fato, entretanto, não objetivado de ser apurado nesta pesquisa.

A Secretaria da Saúde com 6.188 servidores (20,5% do contingente da amostra) manteve igualmente índices elevados de afastamentos psiquiátricos se comparados aos outros órgãos (17,37 %), cuja soma total não ultrapassou 8%, ou mesmo com relação a SSP e a SEFAZ com percentuais entre 4,31% e 1,35% respectivamente. Particularmente, o corpo de enfermagem foi majoritário numericamente (chegando a 35%), ultrapassado em representatividade na Saúde, apenas pelos próprios afastamentos que atingiu mais de 50%, conforme figura 8. A síndrome de *burnout* em grupos de enfermagem, assim como o absenteísmo, vem sendo sistematicamente estudados. Imai *et al* (82) identificaram-na em mais de 59% do grupo avaliado (enfermagem psiquiátrica), apontando o excesso de trabalho (além do horário de expediente) e o número elevado de urgências como as variáveis mais presentes e significativas.

Os profissionais que atuam na saúde, segundo pesquisadores, apresentam graus elevados de estresse, em razão de pressões excessivas, responsabilidade demasiada, monotonia e tensão. Os sintomas iniciais do estresse surgem como irritabilidade, fadiga, raiva, angústia, períodos de depressão, dor de estômago, dores musculares no ombro, pescoço e palpitações (83).

Em reportagem veiculada pela Folha de São Paulo, foi mostrada a situação enfrentada pelos médicos peritos do INSS que reclamavam do excesso de obrigações,

da falta de segurança e das condições de trabalho. Passaram a abandonar suas funções, recorreram aos afastamentos ou mesmo à antecipação de aposentadorias (84). Profissionais como médicos, dentistas e enfermeiros que além de lidarem diretamente com o público, ou como afirma Ana Pitta, "*fazerem da dor e do sofrimento suas ferramentas de trabalho*" (85), ficam expostos a algumas pressões com um sofrimento que parece estar associado diretamente às características do processo de seus trabalhos.

O atendimento ao público pode, por si só, ser definido como um serviço complexo que coloca em cena diferentes interlocutores, cuja interação social é mediada por distintas necessidades, podendo ser facilitada ou dificultada em função das condições (físicas, materiais, instrumentais, organizacionais) disponibilizadas pela organização. Todavia, não parece ser apenas o ambiente de trabalho insalubre o gerador de sofrimento, mas os sentimentos de impotência em lidar com situações que estejam fora do controle (86).

Os trabalhadores da Saúde mostram-se também prioritários para o aprofundamento de entendimentos que possam detectar as variáveis relacionadas com os agravos a toda uma classe de profissionais dessa área, não sendo por isso de menor importância que estudos futuros abordem as demais classes profissionais e os outros órgãos do estado como um todo.

O trabalho de dissertação de mestrado de Campos (87) em Florianópolis (SC) abordou o tema do adoecimento psíquico em servidores públicos estaduais e a conclusão transcrita evidencia semelhanças com os resultados aqui achados:

Segundo estudos de Barcelos e Jackson Filho (2005), o adoecimento dos trabalhadores do setor público não se deve apenas às precárias condições físicas de trabalho, mas também em atender os cidadãos de forma igual e justa, e sem os meios adequados para fazê-lo. *Os servidores públicos vivem sob forte pressão, entre o Estado e os cidadãos, isto é, tendo ou não condições de trabalho (recursos humanos, materiais e financeiros no posto) a tarefa precisa ser executada. O destaque observado nesta pesquisa foi nos locais em que os servidores estaduais estão atuando na "linha de frente", em Secretarias finalísticas como a Saúde, a Educação e a Segurança Pública. As demandas para atender ao cidadão com qualidade são intensas e há pressão temporal para a realização de certas tarefas, sob pena de cobrança da comunidade e do próprio poder público - pg.110 - (grifos nossos).*

O estudo com os servidores estaduais do Tocantins reflete uma possível mudança do perfil epidemiológico de transtornos e doenças com aumento da prevalência de patologias crônico-degenerativas identificadas através da maior prevalência dos afastamentos reincidentes, com média elevada de dias não trabalhados. Traz a relevância da situação para um cenário global com relação ao impacto desses agravos que levam não só ao aumento do absenteísmo, mas também a um acréscimo substancial dos gastos previdenciários – chegando a custar ao INSS, apenas com transtornos depressivos, a importância de R\$ 495 milhões e correspondendo a 65% dos afastamentos – (1,42); além de prejuízos aos trabalhadores, aos que dependem deles e à sociedade como um todo.

Considerando que na Educação, Saúde, Segurança e Fazenda, os profissionais mais representativos foram os que mais se afastaram por um complexo sintomático com possível aproximação da síndrome de *burnout*, questiona-se a própria fidedignidade dos diagnósticos encontrados. Estes poderiam ser formas de expressar sofrimentos camuflados, pertencentes ao coletivo do trabalho, mas que só encontram na categorização psiquiátrica uma maneira de legitimação e, de certa forma, de nomeação. Assim como a angústia busca na fobia uma defesa, os diagnósticos achados podem ser a ‘bola da vez’ que nomeiam conflitivas inanimadas e negadas de enfrentamento, à medida que afastam o indivíduo de seu palco de batalha: o trabalho.

Diante destes achados que situam, ainda que de forma básica, a saúde mental dos servidores do Estado do Tocantins, algumas ideias serão trazidas como formas de se pensar na realização de pesquisas mais detalhadas. Tomou-se por base uma adaptação do estudo de Gasparini (88) para que se possa aprofundar a investigação da realidade dos servidores públicos do estado (incluindo o contingente da polícia militar), estudando com maior detalhamento qualitativo as características dos quadros apresentados.

A adoção de medidas dependerá, por suposto, de uma compreensão mais adequada, porém, pelos resultados já levantados, algumas delas, em caráter emergencial, podem ser sugeridas mais concretamente àquela que se mostra uma problemática progressiva, grave e que potencialmente arrasta para o colapso todo o sistema previdenciário.

MEDIDAS PROPOSTAS:

. Estimular novas pesquisas para compreensão dos fatores identificados com os problemas mentais, levando-se em consideração um perfil epidemiológico mais completo (gênero, faixa etária, faixa salarial, etc.), incluindo os outros órgãos com menor contingente de servidores, mas com índices proporcionalmente significativos de afastamentos (não aprofundados neste trabalho). Estudos longitudinais em docentes, corpo de enfermagem e médico, por exemplo, permitiriam conhecer melhor como as condições de trabalho se inter-relacionam ao longo do tempo, visto que os transtornos mentais são recorrentes, com tendência à cronicidade e apresentam uma enorme variedade de expressões clínicas. Sugere-se também a realização de estudos que possam esclarecer melhor os diagnósticos encontrados, fortemente sugestivos de pertencerem à síndrome de *burnout* (através de metodologias qualitativas e quantitativas).

. Sensibilizar os gestores à realidade ampla e crescente do absenteísmo entre as várias classes profissionais do funcionalismo público que, pelos resultados encontrados, é superior em complexidade e exige medidas de ordem concreta que vão além do diagnóstico psiquiátrico e do tratamento médico/psicológico convencional.

. Sugerir a promoção de espaços para discussão entre os servidores com vistas a dar voz ao que estes pensam, desejam e sugerem (assembléias, por exemplo) proporcionando-lhes garantias de que não se sintam temerosos pela possibilidade de retaliação ao expressarem opiniões e críticas. Com isso, subsidiar políticas que forneçam condições favoráveis ao exercício do trabalho, incluindo questões relacionadas à autonomia, criatividade, segurança e disponibilidade de recursos materiais.

. Estimular a formação de grupos de debates e de apoio para esclarecer e qualificar as experiências vivenciadas por eles, assim como de seus papéis e funções numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, articulada a outras ações coletivas e setores sociais relevantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 REFLEXÕES - CRÍTICAS - QUESTIONAMENTOS

Considera-se, após os resultados encontrados (neste e em outros trabalhos) que na máquina pública do Estado do Tocantins, assim como na maioria das instituições envolvidas com o elemento humano inserido no trabalho, se enfrenta um problema de proporções, ao que parece progressivamente maior. Verificou-se, apesar de não haver um consenso na compreensão deste universo, que o ambiente de trabalho é cenário para a maioria das pessoas desenvolverem grande parte da vida, sendo por isso parte inseparável dela. Para diversas classes profissionais, nas estatísticas encontradas, a relação direta daquelas mais representativas que obtiveram também as maiores prevalências, são indicativos importantes para o aprofundamento no estudo dos nexos causais e a promoção de ações junto aos servidores (89,90).

Outras pesquisas deverão continuar buscando variáveis e entendimentos, porém, o momento se torna demasiado delicado quando se observa, por exemplo, que 69% dos afastamentos por causas psiquiátricas são reincidentes numa única Secretaria como a Educação e que mais de 90% de todos eles correspondem a apenas 4 órgãos básicos e estruturais dentro de qualquer sociedade (Educação, Saúde, Segurança Pública e Fazenda) num total de 41.

Particularmente, na Secretaria de Educação junto à Saúde, encontram-se as poucas profissões em que a demanda cresce e mais trabalhadores são requisitados para ocupar este lugar. Par e passo com a necessidade vão crescendo as impossibilidades da tarefa, pois as contradições sociais empurram a educação para impasses que parecem insolúveis e os profissionais da saúde ao se verem diante das limitações onde seu corpo é a linha de frente a situações caóticas de miserabilidade. *“Do educador se exige muito, o educador se exige muito; pouco a pouco desiste, entra em burnout”* (80).

Cada um dos modelos teóricos apresenta falhas mais ou menos significativas e não contempla a problemática como um todo, tampouco encontra aceitação unânime, seja na formulação de hipóteses ou na proposição de medidas efetivas.

Determinadas pesquisas que se utilizam de métodos qualitativos e quantitativos parecem ser as que mais se aproximam da necessidade de uma compreensão mais profunda e possibilitam ações concretas, pois, se utilizando de instrumentos variados que, mesmo pertencendo a epistemologias distintas, dão contribuições importantes à medida que cada uma faz sua leitura por uma ótica e confronta o problema sob diferentes perspectivas e proposições.

O que parece unânime é a constatação de uma crise mundial (globalizada) de dimensões que envolvem, dentre outras coisas, a atividade mais antiga e própria à humanidade: o trabalho. Uma crise que é anterior aos modelos que vêm para explicá-la; pois, só depois de desencadeada e percebida, é que as ciências se mobilizaram para buscar explicações e soluções. Assim como a sexualidade puritana e burguesa do século XIX propiciou o surgimento da psicanálise, homem e trabalho agora em franca distonia requerem cuidados e explicações em todos os sentidos. Enquanto isso não ocorre, o problema se avoluma, as estatísticas de absenteísmo e aposentadorias por invalidez aumentam e os sistemas previdenciários se encontram em crescente dificuldade.

De alguma forma se discute se as organizações de trabalho é que estão em crise ou se há uma ‘crise humana’ se refletindo e se instaurando no trabalho. Segundo Codo (91), cap.1 a crise do sistema capitalista taylorista e fordista entrou em seu apogeu. Faz analogias das teorias marxistas e das deturpações nela ocorrida pelos modelos teóricos e políticos que a sucederam, apontando para a transformação de algo tão importante como o trabalho, em mera mercadoria. Desse modo dispõe: “O que se *precisa é de trabalho, não de força de trabalho [...]*”. Para Kepel (92), há um vazio sideral deixado pela morte das utopias terrenas. Afirma que há um mal-estar na civilização contemporânea que perdeu os sonhos que se escondiam por trás da cortina de ferro, e no antagonismo entre leste e oeste que ainda propiciava um discurso de contestação a todos os marginalizados do planeta:

A renovação religiosa revela o vazio sideral deixado pela morte das utopias terrenas, desacreditadas pelos próprios poderes que se proclamavam campeões de sua defesa: terceiro mundismo, nacionalismo, marxismo, tudo desmoronou.

Freud já havia denunciado, ainda no início do século XX, em o “Mal estar da Civilização”, a grande crise que se avolumava na humanidade pelo fracasso da revolução industrial em propiciar a felicidade prometida (93).

No que se refere à questão central deste estudo, volta-se novamente o olhar às ciências que tentam de alguma forma se manterem conectadas nesta íntima relação ainda não totalmente esclarecida: homem-trabalho. A psiquiatria, tendo como objeto principal os sintomas, direciona-se aos tratamentos medicamentosos e psicoterápicos cognitivo-comportamentais na maior parte das vezes. Observa-se, não obstante ao aparente êxito no controle de muitos quadros, os efeitos colaterais de um modelo que após mais de vinte anos de consolidação, além de aparentes limitações, traz muitas interrogações.

Como compreender, por exemplo, que até 2020, pelas previsões, a depressão será a principal causa das aposentadorias por invalidez, se cada vez os medicamentos antidepressivos se dizem mais eficazes? Seria a incidência e a gravidade desses transtornos que estariam crescendo em proporção tal que os tratamentos não conseguem acompanhá-los? Estariam, por outro lado, falhando em suas propostas clínicas, por tolerância do organismo às doses usadas, ou até mesmo pela falha dos constructos teóricos que os legitimam como terapêuticos? Drogas com preços onerosos à maioria da população, pacientes polimedicados, sujeitos a efeitos colaterais a médio e longo prazo, são igualmente preocupantes, pois acabam sendo tratados por outras drogas que combatem os efeitos colaterais (sofrimento hepático, hipotireoidismo, diabetes, disfunção sexual...) que os remédios anteriores provocaram. Os laboratórios farmacêuticos atualmente são as principais fontes de financiamento de onde emana o saber psiquiátrico (94).

Na realidade, para além da cortina dita atórica da psiquiatria parece inscrever-se uma visão ‘biologizada’ do humano que fundamenta sua subjetividade no terreno das chamadas ‘bioidentidades’. Lima (95) conceitua bioidentidades como formas do indivíduo se reconhecer dentro da passagem de uma cultura centrada no sujeito psicológico, cuja identidade estava referida preferencialmente aos critérios de desenvolvimento emocional interior, para outra, onde os critérios de normal e normativo se remetem quase exclusivamente aos padrões biológicos e aos predicados corporais.

Segundo o autor, os fenômenos humanos complexos, nessa nova cultura, são tratados como categorias nosológicas. Kendel (96), mais enfático, afirma que entramos em definitivo numa era onde: *“mente é sinônimo de cérebro”*.

A ciência psiquiátrica ainda que cite e reconheça um ‘holismo etiológico’, não se ocupa verdadeiramente do humano enquanto ser histórico-social, mas como produto e epifenômeno do funcionamento neuroquímico cerebral (15). Apresenta, por isso, limitações relevantes ao ser designada responsável direta e quase única na lida diária de problemas que a suplantam progressivamente, como é o caso das incidências e prevalências de transtornos psiquiátricos na esfera do trabalho.

À psicologia, particularmente, reservam-se considerações mais detalhadas, pois trata-se de uma ciência que se propõe a compreender o homem e a natureza humana. De maneira geral, sempre teve muito pouco a dizer sobre a relação do homem com o trabalho (96), e muito mais sobre o homem no trabalho, isto é, voltada às formas organizacionais, produtividade, eficiência e adequação aos modos capitalistas de produção. *“Termos como “motivação”, “seleção” e “treinamento” parecem instrumentalizar os afetos como formas de aumentar a produtividade”* (91) cap.2.

A concepção de Dejours, inicialmente revolucionária por reinserir o saber psicanalítico na esfera do trabalho, inicialmente com a psicopatologia do trabalho e posteriormente com a psicodinâmica do trabalho, parece não ter escapado de uma dialética totalmente centrada e aprisionada na formação edipiana do sujeito, cujo trabalho, ainda que seja proclamado elemento central, não parece ser afinal o cenário realmente principal.

O corpo teórico-metodológico proposto por Dejours, privilegiando a abordagem psicanalítica (escuta, interpretação), apesar de ser direcionada ao trabalho, aos mecanismos defensivos relacionados a ele, acaba não tendo uma relação exclusiva. O processo de desenvolvimento da personalidade sendo centrado no conflito edipiano, no ‘desejo freudiano’, no narcisismo primário e secundário, no ideal de ego e ego ideal, se torna pilar de um suposto sujeito universal que condena a si mesmo a repetir pela vida buscas fantasmáticas em qualquer relação ou contexto em que se insira. Neste sentido, trabalho, família, religião, crime organizado, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), escolhas sexuais, organizações terroristas, são todas ‘farinhas de um

mesmo saco', isto é, nada específicas da relação atual do sujeito com o meio em que está inserido, mas de qualquer forma de grupalidade a que pertença, sempre repetindo desejos arcaicos. O trabalho será apenas mais um palco onde o mesmo enredo se desenvolverá, com outros atores, cenários, figurinos, teatros, porém, sempre com a mesma peça, seja onde, quando e com quem estiver.

Dejours, ao abordar a profissão dos pilotos de caça franceses reafirma que a dinâmica e escolha dessas profissões é exatamente essa, ou seja, repetições de conflitos infantis que se (re)configuram na atividade que desenvolvem (45) pg.88-91. Faz menção a sujeitos narcísicos, agressivos, com homossexualidade latente, ávidos por competir e vencer, exibir uma parceira que seja a mais atraente possível, etc. Qual seria a necessidade de se avaliar as relações de trabalho desses pilotos, se daria no mesmo se fossem chefes de cozinha, músicos de uma orquestra ou andarilhos?

Trata-se de um aparente paradoxo difícil de ser desfeito. O sujeito psicanalítico ainda está encarcerado dentro de uma ortodoxia conceitual proveniente de uma época onde a sexualidade reprimida fazia sentido e dava corpo teórico suficiente a toda conflitiva explorada, mas que agora aparenta deixar a desejar, haja vista os arranjos familiares que se fazem totalmente destoantes do modelo nuclear do triângulo edípico (97) e, por conseguinte, com constituições de subjetividades marcadas por outros pré-supostos e relações simbólicas.

Segundo uma entrevistada do documentário intitulado *Noivas do Cordeiro*⁶: “*Aqui nascemos tendo não uma, mas várias mães*”. Esta fala é uma alusão de que naquela comunidade rural, as mulheres praticamente coordenam tudo – por razões históricas locais. Seus filhos, ao nascerem, convivem com muitas delas que se revezam no papel de mães para cuidá-los, tendo a figura paterna quase ausente do contexto. Não faltariam exemplos de constituições familiares que na atualidade romperam e (re)significaram o contexto de formação das subjetividades, para além da triangulação edípica.

⁶ Documentário exibido pela GNT (*Globosat New Television*) feito na comunidade rural *Noivas do Cordeiro*, distante 100 km de Belo Horizonte, Brasil, onde um fenômeno sociológico se deu à medida que as mulheres, por razões históricas locais, foram assumindo todo o controle da comunidade para conviverem com o preconceito e ostracismo a que foram submetidas por parte das comunidades vizinhas.

A Psicanálise, seria assim, a ‘ciência’ que se ocupa de um modo de produção do sujeito psíquico, porém ao modo da produção edipiana que irá se repetir ao longo da vida (98). É, portanto, dentro dela que se considera a geração de subjetividade. Qualquer outra possibilidade seria incompleta e desviada. Deleuze e Guattari (99) discordam e afirmam não existir um modo de produção que seja universal e eterno. Existe sim um modo historicamente dominante de produção do sujeito psíquico que, obviamente, é o edipiano.

Isso se torna instigante, pois vendo o sujeito psíquico como histórico, as concepções se relativizam e outras formas de subjetivação podem ser também concebidas de acordo com outros processos. Um dos grandes problemas de um referencial teórico é quando se tenta fazer dele verdade histórica universal e atemporal.

Cita-se, como exemplo, a concepção de uma anormalidade comportamental francamente difundida na sociedade européia do século XIX, emanada do saber científico da época. O texto médico a seguir retrata a visão oficial do puritanismo burguês (logo, de toda a sociedade dita como civilizada) em plena efervescência científica do século XIX. Não seria demais lembrar que tal pensamento já se constituiu numa verdade médica aceita por toda a sociedade na cultura ocidental. Trata-se de um artigo publicado em periódico científico pelo ilustre médico francês Poillet em 1876 (100):

De todos os vícios e de todos os erros que podem ser adequadamente denominados crimes contra a natureza, que devoram a humanidade, ameaçam sua vitalidade física e tendem a destruir suas faculdades intelectuais e morais, um dos maiores e mais difundidos – ninguém o negará – é a masturbação.

Tratou-se de um posicionamento que veio a dar anuência e legalidade a que fossem cometidos atos de mutilações em meninos e meninas em nome da salvação de seus corpos, suas almas e da moral. Aplicavam-se aos infratores – criminosos – toda sorte de punições severas: cintos de castidade, extirpação do clitóris (método introduzido pelo cirurgião londrino Isaac Baker Brown, por volta de 1858), seccionamento dos nervos dorsais do pênis e ovariectomia – Spratling, 1895 (100). Seria tarefa não dispendiosa exercer críticas de indignidade ao que foi lido uma vez que

ocupando um lugar na contemporaneidade veste-se de um olhar também contemporâneo. Todavia, historicamente este é apenas um exemplo do que em grande parte das vezes se repete mesmo nos modelos científicos mais criteriosos.

No mito grego conhecido como 'O leito de Procusto' (101) essa tendência ao enquadre do humano em teorias muitas vezes reducionistas, ilustra o fato. Reza a lenda que Procusto foi um salteador que tinha em sua casa na Grécia (Helêusis) uma cama de ferro. Ali obrigava suas vítimas a se deitarem amordaçadas. Caso fossem maiores que ela, amputava seus membros; do contrário, se menores, ele os esticava até serem rompidos para caberem. Procusto acabou tendo o mesmo fim que suas vítimas, sendo morto por Teseu que cortou-lhe a cabeça e os pés.

O mito de Procusto talvez seja uma alegoria arquetípica⁷ à recusa, muitas vezes descabida de serem aceitos, na prática, modelos epistemológicos distintos, provenientes de outras fontes do saber, quando estas possibilidades se revestirem de seriedade e rigor metodológico. Como comenta Codo (91) cap.1, não se advoga com isso que possa haver uma 'salada mista' entre profissionais. Cada um lida de forma diferente com problemas supostamente diferentes, embora, cada um dos ramos do saber tenha suas brechas e limitações. É no confronto entre esses saberes que se pode aprender muito; e não ao contrário, isto é, tornar-se hermético, reducionista e, à maneira de Procusto, tentar adequar o humano a um modelo. Como diz Leonardo Boff em "Tempo de transcendência": *"o ser humano ainda é maior que qualquer teoria que tenta enquadrá-lo [...]"*.

⁷ Referência ao funcionamento psíquico onde imagens e símbolos primordiais estão presentes no inconsciente coletivo da humanidade há muito tempo, sendo transmitidas pelas gerações. Aparecem de diferentes formas nas culturas, mas evocam repetidamente às mesmas coisas. É uma concepção do corpo teórico do psicólogo Suíço K.G Jung.

Autores contemporâneos de escopo trazem à tona o fato de que possa haver maneiras de se constituir a identidade que não aquela exclusiva do sujeito edipiano, mas outras, baseadas em formas distintas de significações (91, 98, 99). Neste sentido, o trabalho seria 'fruto' e 'lavrador' ao mesmo tempo do sujeito. Poderia se pensar que um trabalhador em franca crise, dentro de um sistema também em crise, é reflexo e fonte de significados vazios, relações espoliativas, não participativas e alienadas de valores que acabam produzindo subjetividades empobrecidas e até adoecidas.

Dentro desse recorte não parece estranho que os maiores índices e prevalências de pesquisas relacionadas aos trabalhadores identifiquem nos sintomas da síndrome de *burnout* uma relação de significativa proximidade. Simbolicamente, *burnout* seria mais que uma síndrome, mas quase um modelo teórico de um processo identificatório, pautado por excesso de cargas estressantes que levam ao desgaste, à falência, desistência, exaustão psíquica, estranhamento, fugas e negações que, por sua vez, podem englobar vários quadros psiquiátricos citados no CID-10 e DSM.

Pela visão institucionalista (27) os encontros (entenda-se por trabalhos) poderão produzir "paixões alegres", com aumento de potência e força vital, ou "paixões tristes", com diminuição dessa força (102). Podem, diante de um trabalho desvalorizado improdutivo – mera mercadoria –, criarem também sujeitos desvalorizados e improdutivos, à medida que se (re)constituem e se (re)significam através de atividades esvaziadas de sentido, produzindo no final, identificações semelhantes. Aproxima-se com esta suposição da psicologia sócio-histórica que vê no trabalho uma atividade fundamentalmente estruturante do psiquismo. Fala-se em fluxos não produtores de vida, de reprodução e de morte como qualquer tipo de violência, segregação, dominação, mistificação e ditaduras dos processos de semiotização e mistificação.

8.2 PELA ÉTICA, PELA ESTÉTICA

Falar em saúde mental e trabalho, cuja complexidade parece ainda superar qualquer modelo teórico-pragmático, nos instiga a pensar em maneiras preventivas e participativas que propiciem a construção de um novo território que seja ético e estético no processo de cuidado com as equipes de trabalhadores para se reapoderarem de significado e sentido. Práticas participativas, em especial aquelas onde o trabalhador tenha liberdade de expressão e tomada de decisões junto aos seus superiores, sobretudo quando se desenvolve a capacidade de diálogo, resolução de conflitos e capacidade de negociação.

Seria realidade tão utópica que numa instituição pública, destinada basicamente à máquina política, possa haver maior transversalidade em detrimento de menor verticalidade nas relações de poder? Seria, metodologicamente, empobrecedor propor a utilização de modelos que se utilizem de mecanismos direcionados à melhoria das dinâmicas organizacionais como formas de redução das cargas estressantes, porém visando bem-estar físico/mental e não aumento de eficiência e produção?

Na Figura 11 segue um modelo simbólico imaginado ao relacionamento homem-trabalho onde um fluxo contínuo de simbolizações, (re)significados, (re)invenções, continuamente se alternam e são reciprocamente potencializadores da saúde, sofrimento ou mesmo do adoecimento, levando-se em consideração a possibilidade de que o trabalho seja um ambiente social fundamental e estruturante ao sujeito psíquico. A palavra 'Devir' contida no centro da figura é um conceito filosófico que qualifica a mudança constante, a perenidade de algo ou alguém. Surgiu primeiro em Heráclito e em seus seguidores; o devir é exemplificado pelas águas de um rio, que continua o mesmo, a despeito de suas águas continuamente mudar (103). É aqui usada para exemplificar o fluxo e refluxo constante entre sujeito e trabalho, ambos se constituindo e sendo constituídos um pelo outro: sujeito-*devir*-trabalho; trabalho-*devir*-sujeito. E nesse processo recíproco, a saúde, o sofrimento e a possível transformação em adoecimento seriam também produtores e produtos inseparáveis.

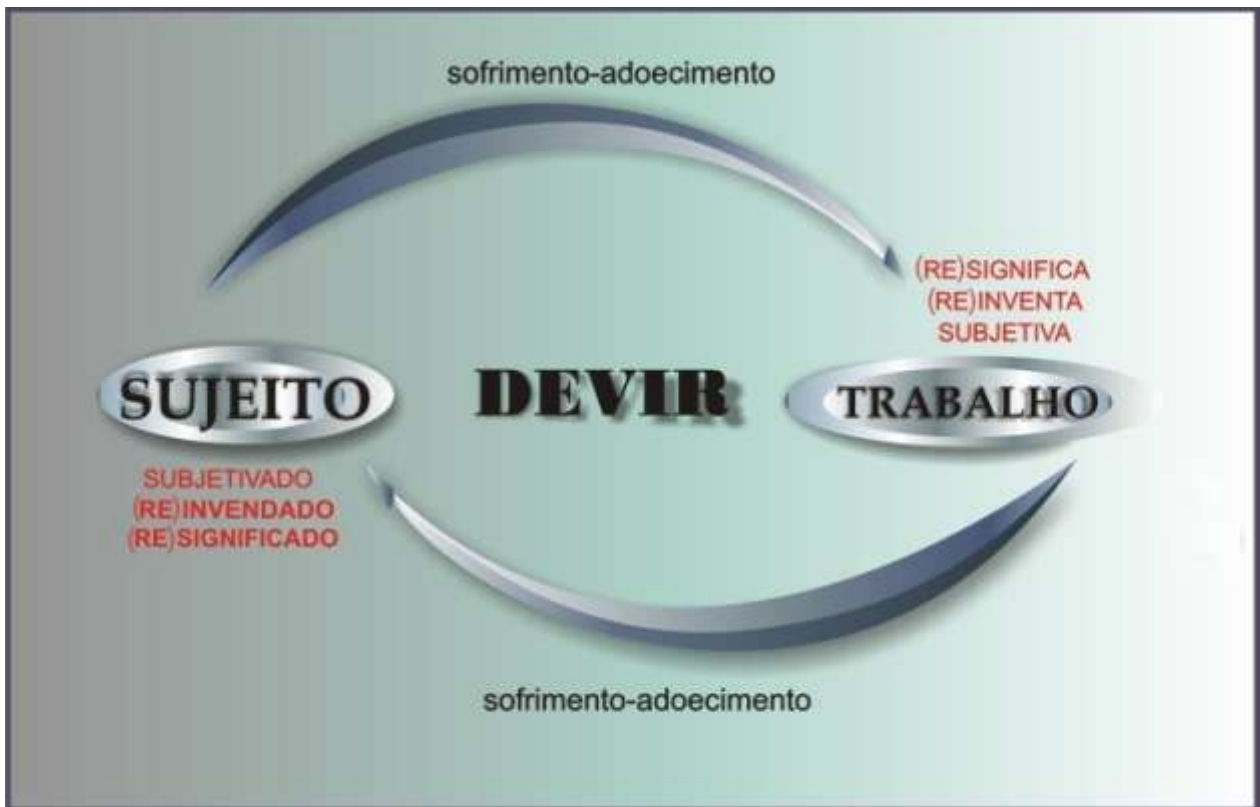


Figura 11- Esquema simbolizando o processo de subjetivação entre sujeito e trabalho

Seguindo, não a um único modelo, mas à tomada de ações pautadas por preceitos mais éticos (de respeito e participação), além de estéticos (um sujeito que se reconhece e se interessa como agente daquilo que executa), a mudança de todo o cenário que se mostra enegrecido, dependa menos, talvez, de um modelo em especial que se adote, e talvez só encontre possibilidade de fluência mais positiva à medida que aposte e invista nas relações humanas como *modus operandi* por excelência do processo de trabalho; na constituição de processos autoanalíticos e autogestionários das equipes, que favoreçam a elaboração de intervenções na micropolítica do processo, possibilitando a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, (re)significando os atos; sobretudo quando se desenvolve capacidade de diálogo, resolução de conflitos e negociação.

A liberdade é um requisito fundamental das ações criativas e da abertura às mudanças, por consequência de uma maior possibilidade de trocas saudáveis que favoreçam a saúde, independente do modelo adotado, ou, se há relação direta com o

adoecimento mental e trabalho (104). A falta dessa liberdade, como talvez seja na maior parte das vezes observada, exerce o efeito oposto favorecendo a estruturação de sujeitos psíquicos mais propensos ao sofrimento, corroborando, talvez, as origens da palavra trabalho como sendo realmente uma ‘tortura’ (*Tripalium*, do Latim).

Enquanto se perpetua uma lógica que desvaloriza e dissocia o indivíduo, seja nas instituições privadas ou públicas, o que se faz como diz Codo (26), é sobreviver, e neste ponto, segundo Dejours (45) opta-se pela inatividade com forma de suportar tão somente, mesmo se utilizando de sistemas defensivos patologizantes.

Utilizando ainda do raciocínio de Codo e Dejour, questiona-se até que ponto o ‘adoecimento’ mental do trabalhador não possa ser visto também como uma forma de dizer não! Não às políticas esvaziadoras de sentido que o transformam, assim como a seu trabalho, em mera mercadoria dentro de um sistema capitalista globalizado e voraz; não aos tratamentos médicos supostamente eficientes, mas que parecem perpetuar e agravar ainda mais seu estado à medida que lhe oferecem um auxílio enquadrado no controle de sintomas, dentro do modelo normativo das bioidentidades (95).

Pelas estatísticas encontradas, as formas terapêuticas usualmente empregadas parecem mais legalizar desistência e falência, arrastando o trabalhador à cronicidade e à necessidade de apenas sobreviver. O que não se sabe ao certo é se as previdências sociais de todo o mundo sobreviverão também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasconcelos A, Faria JH. Saúde Mental no Trabalho: contradições e limites. *Psicologia & Sociedade* 2008; 20 (3): 453-464.
2. Guimarães LAM (*apud* OIT 2003). Atualizações em Saúde do Trabalhador. Laboratório de Saúde Mental e Trabalho. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria-FCM/Unicamp. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00006126.ppt>. (acesso:30/09/2009).
3. Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. *In*: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro 1999: Medsi: 431-456.
4. Chiavenato I. Recursos humanos na empresa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
5. Andrade TB, Souza MGC, Simões MPC, *et al*. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Porto Alegre: Scientia Médica* 2008; 18: 166-171.
6. Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro out/dez 2005; 10 (4): 869-678.
7. Jorge MR. Sobre o CID-10 e sua comparação com o CID-9 (Parte II). *Psychiatry On-line Brazil* (1) Julho 1996. Disponível em <http://www.polbr.med.br/arquivo/cid102.htm>. (acesso: 22/06/2009).
8. Fenichel O. Teoria Psicanalítica Das Neuroses. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1980: pg.185.
9. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão (CID-10). v.1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/EDUSP; 1994.
10. Houaiss A. Dicionário Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
11. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1998: pg.390.
12. Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 879-889.

13. Pardon MC, Marsden CA. Long-term impact of stress on brain function: From adaptation to mental diseases. *Neuroscience and Biobehavior Reviews* 2008; 32 (6): 1071-72.
14. López MF, Alamo C, Cuenca E, Shen WW, Clervoy P, Rubio G. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Ann Clin. Psychiatry* 2005 Jul-Sep;17(3): 113-35.
15. Kraepelin E. *Introducción a la Clínica Psiquiátrica*. Madrid, Espanha: Nieva, 1988.
16. Lopes JL. *O Diagnóstico em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica 1980: pg. 124 *et passim*.
17. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde; 2001.
18. Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions — the NAPE lecture 1998. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 99: 2–9.
19. Dalgalarrrondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
20. Codo W, Menezes IV. *Burnout: Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores de Educação*. *Cad. de Saúde do Trabalhador*. Inst. Nacional de Saúde no Trabalho. São Paulo 2000. Disponível em: http://www.cnte.org.br/anexos/Burnout_Cartilha_CNTE_e_CUT.pdf. (acesso: 10/09/2008).
21. Ronald CK, Hagop SA, Minnie A, *et al*. The prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *Am J Psychiatry* 2006 Sept; 163 (9): 156-168.
22. Rezvy G, Schönfelder W, Øiesvold T, Olstad R, Midré G. Between health care and social security – psychiatric patients and the disability pension system in Norway and Russia. *BMC Health Services Research* 2007, 7:128. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/128> (acesso:17/12/009).
23. Gudel PJ. *Mental Disorder, Work Disability, and the Law*. *Personnel Psychology*. Durham: Spring 1998; 51(1); 233-36.
24. Bazzo EF. Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos. *Psicologia, Ciência e Profissão* 1997; 1: 4-44.

25. Evans S, Ehuxley P, Gately C, Webber M, *et al.* Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188: 75-80.
26. Codo W. A arte de não fazer. O funcionário público faz o que precisa ser feito? Cap. 5. Disponível em: http://www.psicologiadotrabalho.com.br/materia_com.php?cod_com_artigo=16 (acesso: 20/12/2009).
27. Baremlitt G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Teoria e prática.* Belo Horizonte: Felix Guatarri, 1992.
28. Codo W. Um diagnóstico do trabalho com ênfase em saúde mental. Cap.8. Disponível em: http://www.psicologiadotrabalho.com.br/materia_com.php?cod_com_artigo=15. (acesso:20/12/2009).
29. Cunha JCCB. A análise estatística dos afastamentos por problemas de saúde de servidores públicos: ferramenta para a gestão da área de saúde do servidor. (apresentado no II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 12: Gestão de políticas de saúde ocupacional; 2008; Florianópolis, Brasil).
30. Souza NSS, Santana, Vilma SS, Oliveira PRA, *et al.* Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4): 630-8.
31. Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho (Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde). Normas e Manuais Técnicos; n. 114.* Brasília/DF (Brasil); 2001.
32. Nardi H. Saúde do trabalhador. *In:* Cattani A. (Org.) *Trabalho e tecnologia; dicionário crítico.* 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1997: 219-224.
33. Brant LC & Minayo CG. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9 Suppl 1: 213-223.
34. Borges LO, Yamamoto OH. O Mundo do Trabalho. *In:* Zanelli JC. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, 2004.
35. Martins MCF, Santos GI. Adaptação e validação de constructo da Escala de satisfação no trabalho. *Psico-USF* 2006; 11(2): 195-205.
36. Mendes A M, Tamayo A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Psico-USF* 2001; 6 (1): 39-46.

37. Martinez MC. As relações entre satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do Trabalhador. São Paulo; 2002. (Dissertação de Mestrado-Fac. de Ciências Públicas da USP).
38. Codo W, *et al.* Trabalho, Organizações e Cultura. Coletâneas da Anpepp, São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997.
39. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade* 2003; 15: 97-116.
40. Erikson E. Identidade, juventude e crise. R.J: Zahar, 1972.
41. Seligmann - Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. *In: Mendes R. (Org.). Patologia do trabalho.* S.P: Atheneu; 1995.
42. Tltoni J. Saúde mental. *In: Cattani A. (Org.). Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico.* 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1997: 215-19.
43. Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho. São Paulo: Atlas; 1993.
44. Mendes, AM. Quando as estratégias utilizadas no ambiente de trabalho se tornam patológicas? Conselho Federal de Psicologia. Revista on line 2004. Disponível em: http://www.lpct.com.br/site/index.php?secao=artigos_divulgacao. (acesso: 18/12/2009).
45. Dejours C. A Loucura do Trabalho. São Paulo: Cortez; 2005.
46. Birmam J. Estilo e Modernidade em Psicanálise. São Paulo: Ed. 34; 1997.
47. Mendes AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol. cienc. Prof* 1995; Brasília; 15 (1-3).
48. Castiel LD. O Estresse na Pesquisa Epidemiológica: o Desgaste dos Modelos de Explicação Coletiva do Processo Saúde-Doença. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Jan 2005; 15 suppl: 103- 120.
49. Selye, H. Stress: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 1959.
50. Vasconcelos EGO. Modelo psiconeuroendocrinológico de *stress*. *In: Seger L. (Org.) Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora.* 2. ed. Santos: Livraria Editora Santos; 1992: 25-47.
51. Maslach C & Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.

52. Prosser D Johnson S, Kuipers E, *et al.* Mental Health, Burnout and Job Satisfaction among Hospital and Community-Based Mental Health Staff. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 334-37.
53. Unterbrink T, Hack A, Pfeifer R, *et al.* Burnout and effort–reward-imbalance in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health* 2007; 80: 433-441.
54. Bauer J, Stamm A, Virnich K. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *Int Arch Occup Environ Health* 2006; 79: 199–204.
55. Elias E. DIEESE subseção APOPESP. Perfil, Saúde e Condições de Trabalho dos Professores. Apresentação dos Resultados Preliminares da pesquisa In: XX Congresso Estadual da APEOESP 2004; Serra Negra SP, Brasil.
56. Galant B, Lecocq C, Phillipot P. School violence and teacher professional disengagement. *British Journal Of Education Psychology* 2007; 77 (2): 465-477.
57. Esdras AAC. *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Pioneira, 2000.
58. Collins S, Parry-Jones, B. Stress: The perceptions of Social Work Lecturers in Britain. *British Journal of social Work* 2000; 30: 769 -194.
59. Kopp MS, Stauder A, Purebl G, *at al.* Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*; 18 (3): 238–244.
60. Fachini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli, JT, Rocha L, Rigotto R. (Orgs.) *Isto é trabalho de gente?* Petrópolis: Vozes; 1994: 33-55.
61. Le guillant, *et al.* A neurose das telefonistas. *Revista brasileira de saúde ocupacional jul/ag/set 1984; 12 (47): 7-11.*
62. Lima ME. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: Jacques MG, Codo W. (Orgs.) *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes; 2002: 50-81.
63. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.4th edn. text revision(Washington DC: American Psychiatric Association, 2000).*
64. Souza, MC. “Doença dos nervos”: uma estratégia de sobrevivência. *A saúde no Brasil jul/set1983; 1 (3):131-9.*
65. Costa JF. *Psicoterapia e doença dos nervos*. In: *Psicanálise e contexto cultural*. R.J: Campus; 1989: 17-39.

66. Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS). Informações de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe? ibge/cnv/popto.htm>. (acesso: 08/09/2007).
67. Secretaria do Planejamento do Tocantins (SEPLAN). Informações sobre o PIB. Disponível em: <http://secom.to.gov.br/noticia/seplan-apresenta-pib-tocantinense/22749>. (acesso: 12/12/2009).
68. Secretaria da Administração do Estado (SECAD). Disponível em: <http://www.secad.to.gov.br/>. Acessado em: 12 de dez. 2009.
69. Secretaria da Administração (SECAD). Concurso público para proviementos de cargos de servidores geral do poder executivo. Edital N001/Quadro Geral/2008. Tocantins, 22 de outubro de 2008. Disponível em: <http://concursos.unitins.br/concursos/principal.aspx?l=7E8S8ECV8U8HRSW8SR89TY5SD487ES4S> (acesso: 19/12/2009).
70. Figueiredo F. “TRE manda Tocantins dispensar servidores contratados depois da campanha”. Folhaonline 26/08/2006. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u82001.shtml>. (acesso: 19/12/009).
71. Almeida Filho N & Rouquayrol MZ. Fundamentos metodológicos da Epidemiologia. *In*: Epidemiologia e Saúde (Rouquayrol MZ, org.), MEDSI; 1994: 157- 183.
72. Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.
73. Alencar NFC, Gorgonzinho JA. Prevalência de Transtornos Mentais Junto ao setor de Licenças Médicas. Projeto de pesquisa (apresentado na VIII Jornada de Iniciação Científica do CEULP/ULBRA; 2008 Palmas; TO, Brasil).
74. Trigo TR, Tung CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín* 2007; 34 (5): 223-233.
75. Epstein AS, Kay G, Glaw D, *et al*. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999; 40: 57-63.
76. White PD. Physical or mental? A perspective on chronic syndrome. *Adv. Psychiatr. Treat* 8 2002: 363-65.
77. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, *et al*. Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: Psychiatric Diagnoses and Functional Disability. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59: 565-571.
78. Alice KY, Man MC Chu. Clinical experience with a chronic pain management programme in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Med J* 2007; 13: 372-8.

79. Sala A, Carro, AN, Seixas, PH. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cadernos de Saúde Pública 2009; Suppl 10: 2168-2178.
80. Codo W. (Coord.). Educação: carinho e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
81. APEOESE/DIEESE. Professores: Saúde e condições de trabalho. Novembro 2004 Disponível em: http://apeoespsub.org.br/especiais/SAUDE_PROFESSORES_Dados%20Preliminares.pps (acesso: 25/11/2009).
82. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. Occup Environ Med 2004; 61: 764-768.
83. Oliveira, SG. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. São Paulo: Ltr. 1996. 333p.
84. Médicos reclamam de agressões físicas. Folha de São Paulo 2009 nov. 22; p.3, caderno B.
85. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo 1994: Hucitec, 198 p.
86. Palácios MA. Saúde Mental de quem Trabalha em Saúde: o Caso de um Hospital Geral do Rio de Janeiro. In: Silva, M. G. R., & Jardim, S. R. (eds.). Organização do Trabalho e Saúde Mental (4ª ed.). Rio de Janeiro 2000: UFRJ/IPUB; (2): 52-66.
87. Campos ICM. Diagnóstico de Transtornos Mentais e Comportamentais e Relação com o Trabalho de Servidores Públicos Estaduais. Florianópolis (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2006.
88. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22 Suppl 12: 2679-2691.
89. Lima MEA. A polêmica em torno donexo causal entre distúrbio mental e trabalho. Psicologia em Revista: Belo Horizonte 2003; 10 (14): 82-91.
90. Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, *et al.* Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexocom o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2000; 17 (3): 607-616.
91. Codo W. Precisamos de trabalho, não de força de trabalho (entrevista ao prof. Odair Sass). Jornal do CRP 01, ano 16 (101). Set/out. 1996.
92. Kepel. G. A Revanche de Deus. São Paulo: ed. Siciliano, 1996.

93. Freud S. O mal-estar na civilização (1930). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 21).
94. Pinto RG. El Retorno de La psicoterapia? Goze 1999; 3 (7).
95. Lima RC. Somos todos Desatentos? O TDA/H e a Construção das Boidentidades. Rio de Janeiro: ed. Relume Dumará, 2005.
96. Kandal RE. In Search of Memory. London, ed. Norton, 2006.
97. Romagnoli RC. O pensamento institucionalista e a transformação da família. *In*: Cerveny CMO. A Família em movimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
98. Baremlitt G. Introdução à Esquizoanálise. 2ª ed. Belo Horizonte 2003: Biblioteca Fundação Félix Guattari, 138p.
99. Deluze G , Guatarri F. Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia 1. ed. 34 (edição brasileira, 1997), São Paulo, 1997.
100. Szasz T. A Fabricação da Loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
101. Costa C L (1994). O leito de Procusto: gênero, linguagem e as teorias feministas. *En*: Cadernos Pagu, Campinas, Brasil (2): 141-174.
102. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, *et al*. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro 2009; 25 (4).
103. Guattari, F. Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia 4. São Paulo: Ed. 34.1980.
104. Sato. L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública set/out 2002*: Rio de Janeiro; 18 (5): 1147-1166.

ANEXOS

ANEXO 1 (autorização à coleta de dados)



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

OFÍCIO Nº 19.20 / SECAD-GASEC

Palmas, 23 de setembro de 2008.

A Sua Senhoria o Senhor
Lincoln J. C. Almeida
Médico Psiquiatra – Hospital Geral de Palmas
N E S T A

Senhor Médico,

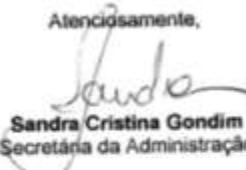
Em atenção ao requerimento datado de 22 de agosto do corrente, o qual solicita autorização para pesquisa documental em nossos arquivos e prontuários pertencentes à Junta Médica Oficial, a fim de subsidiar seu projeto no programa de Mestrado, informamos que autorizamos o seu acesso, nos termos solicitados.

Os contatos, para inicialização das atividades, deverão ser feitos com a Superintendente de Gestão de Recursos Humanos, Isabele Queiroz Barreto e com o Presidente da Junta Médica Oficial, Dr. Itamar Magalhães Gonçalves.

Esclarecemos, também, nosso interesse em conhecer os resultados que serão encontrados, bem como as recomendações do Pesquisador.

Sendo o que tínhamos, apresentamos nossos cumprimentos e desejamos êxito em sua Pesquisa.

Atenciosamente,


Sandra Cristina Gondim
Secretária da Administração

ANEXO 2 (Carta de aprovação do CEP)

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
 Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607 - D.O.U. nº 202 de 20/10/2005

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER Nº 856/2008**

Projeto de Pesquisa: Prevalência de transtornos psiquiátricos em servidores públicos estaduais do Tocantins entre 2006-2008.

Pesquisador Responsável: Lincoln José Cueto de Almeida

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Resumo Descritivo do Estudo:

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com modelo transversal, que tem como objetivo identificar o perfil da demanda estudada (profissão, idade, sexo, estado civil, naturalidade, faixa salarial, tempo de serviço no estado, número de afastamentos entre 2006 e 2008, municípios mais prevalentes) e conhecer as categorias mais acometidas por esses transtornos mentais.

Comentários e considerações:

O projeto aborda um tema de alta relevância, apresenta, de forma bem escrita, a introdução, referencial teórico, metodologia detalhada, cronograma de atividades, referências bibliográficas, TCLE, folha de rosto, portanto, o projeto atende às exigências da Resolução CNS nº 196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação: APROVADO

Palmas, 08 de abril de 2009

Solange Miranda
 Solange Maria Miranda Silva
 Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
 CEULPA/ULBRA