

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

VIVIANE NEVES QUINTANILHA ABDALLA

TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NO TRABALHO: ESTUDO DE
CASO SOBRE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR

RIO DE JANEIRO

2020

VIVIANE NEVES QUINTANILHA ABDALLA

**TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NO TRABALHO: ESTUDO DE
CASO SOBRE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
APRESENTADA AO PROGRAMA DE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

ORIENTADOR: ERIMALDO MATIAS NICACIO

RIO DE JANEIRO

2020

CIP - Catalogação na Publicação

NA135t Neves Quintanilha Abdalla, Viviane
TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NO TRABALHO:
ESTUDO DE CASO SOBRE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE
ENSINO SUPERIOR / Viviane Neves Quintanilha
Abdalla. -- Rio de Janeiro, 2020.
99 f.

Orientador: Erimaldo Matias Nicacio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial,
2020.

1. Sofrimento Psicológico. 2. Trabalho. 3. Saúde
do Trabalhador. I. Matias Nicacio, Erimaldo,
orient. II. Título

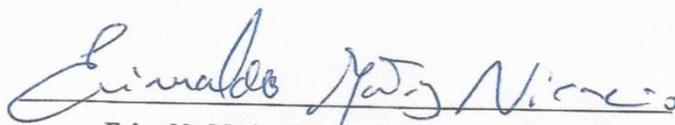
Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim
Neto - CRB-7/6283

VIVIANE NEVES QUINTANILHA ABDALLA

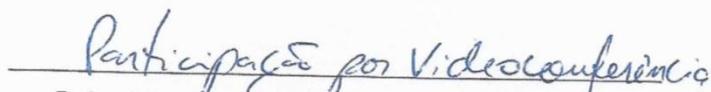
TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NO TRABALHO: ESTUDO
DE CASO SOBRE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
APRESENTADA AO PROGRAMA DE
MESTRADO PROFISSIONAL EM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO INSTITUTO
DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

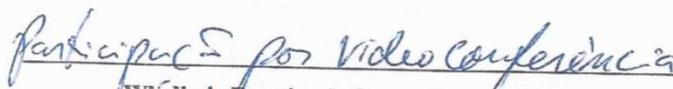
Aprovada em 22/07/2020



Erimaldo Matias Nicácio, Doutor, IPUB/UFRJ



Pedro Gabriel Godinho Dêlgado, Doutor, IPUB/UFRJ



Wiádimir Ferreira de Souza, Doutor, UERJ

Esse trabalho é dedicado ao meu esposo e filhos, fontes de incentivo para a conclusão desse trabalho. Dedico também, a todos os trabalhadores em sofrimento psicológico no trabalho, como forma de dizer que eles não são invisíveis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser minha fonte de luz e força para todas as dificuldades, sem Ti, não teria chegado aqui.

Ao meu marido, Michel, agradeço por todo incentivo e estímulo desde o início, até a conclusão desse mestrado. Aos meus filhos, Maria Eduarda e João Vitor, pelos filhos que são e por todo amor que me fazem sentir, que me permiti ir, além do que eu possa imaginar. E aos meus três amados: Michel, Maria Eduarda e João Vitor o meu eterno agradecimento pela família que somos e que apesar das dificuldades, posso encontrar em vocês o companheirismo necessários para enfrentar qualquer batalha!

A minha amada mãe, Maria, que está sempre pronta a me ajudar seja qual for a necessidade. Obrigada por ser a grande mãe que é, e por ter me apoiado para conseguir chegar aqui.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhadas e sogro, agradeço por serem parte da minha família.

Ao meu orientador, Erimaldo, por me orientar e me ensinar a construir uma pesquisa de campo.

Aos meus chefes, Thiago e Silvia, por terem compreendido os meus momentos de estudos.

A UNIRIO, na figura da PROGEPE, por permitir a realização desse estudo.

A todos os trabalhadores da UNIRIO que fazem parte dessa pesquisa, em especial, agradeço as 7 servidoras que se dispuseram a ser entrevistadas e prontamente colaboraram para o enriquecimento deste trabalho... meu muito obrigada!

Aos meus colegas de setor, por toda prática que vivemos juntos e todo incentivo para realização desse trabalho. Em nome da Aline, que me ensinou a mexer no google formulários, ferramenta que me foi muito útil para a realização desse trabalho, agradeço à todos.

Aos meus professores de mestrado, por dividirem comigo seus conhecimentos.

Aos professores Pedro e Wladimir, agradeço imensamente por serem parte da minha banca e na qualificação puderam contribuir de forma significativa para a conclusão dessa dissertação.

A Márcia Bastos, pela disposição em me ajudar, as vezes que precisei da secretaria do mestrado.

A todos os meus colegas de mestrado, muito obrigada pelas trocas e apoio mutuo para a conclusão do nosso curso. Quero, em nome do Danilo, dizer que conseguimos!

RESUMO

ABDALLA, Viviane Neves Quintanilha. **Transtornos Ansiosos e Depressivos no trabalho:** estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior. Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020.

No Brasil, os dados sobre os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho ainda são insuficientes e inconclusivos para uma compreensão mais aprofundada desta problemática, configurando-se como um acentuado desafio para as organizações e, principalmente, para os profissionais da área da saúde, mais especificamente, da saúde do trabalhador, visto que os transtornos mentais estão entre as principais causas de perdas de dias de trabalho, o que podem variar de quatro à cerca de 200 dias de trabalho/ano, nos casos menores (leves) ou maiores (graves) respectivamente (DEMYTTENAERE et al., 2004). Percebe-se a necessidade em melhor compreender a relação saúde e trabalho e os crescentes índices de pessoas acometidas pelos transtornos mentais comuns, o presente trabalho, tem por objetivo realizar estudo retrospectivo dos casos de afastamento por licença médica, tendo como motivo os transtornos depressivos e ansiosos, dos servidores (técnicos e professores) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, com posterior entrevista dos mesmos, na tentativa de identificar os possíveis fatores psicossociais desencadeantes e suas consequências na relação saúde e trabalho. Essa dissertação se divide em três capítulos, onde: No primeiro capítulo, será abordado o trabalho e a saúde do trabalhador. No segundo capítulo, será discutida a relação entre sofrimento mental e trabalho a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho e irá trazer o entendimento de alguns autores sobre os transtornos mentais, considerando os transtornos depressivos e ansiosos. O terceiro capítulo irá falar sobre trabalho e saúde mental dos servidores da UNIRIO, afastados por transtorno depressivos e/ou ansiosos no período de janeiro de 2014 à dezembro de 2018 e será a consolidação de toda pesquisa.

Palavras-chave: Sofrimento Psicológico. Trabalho. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

ABDALLA, Viviane Neves Quintanilha. **Transtornos Ansiosos e Depressivos no trabalho:** estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior. Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020.

In Brazil, data on work-related mental and behavioral disorders are still insufficient and inconclusive for a deeper understanding of this problem, representing a marked challenge for organizations and, especially, for health professionals, more specifically, the health of the worker, since mental disorders are among the main causes of lost working days, which can vary from four to about 200 working days / year, in smaller (mild) or larger cases (respectively) (DEMYTTENAERE et al., 2004). It is perceived the need to better understand the relationship between health and work and the growing rates of people affected by common mental disorders, the present study aims to carry out a retrospective study of the cases of sick leave due to depressive disorders and anxious, of the employees (technicians and teachers) of the Federal University of the State of Rio de Janeiro (UNIRIO), from January 2014 to December 2018, with a subsequent interview of them, in an attempt to identify the possible triggering psychosocial factors and their consequences on the health and work relationship. This dissertation is divided into three chapters, where: In the first chapter, the work and the worker's health will be addressed. In the second chapter, the relationship between mental suffering and work will be discussed based on the theoretical framework of psychodynamics at work and will bring the understanding of some authors about mental disorders, considering depressive and anxious disorders. The third chapter will talk about work and mental health of UNIRIO's employees, who were away due to depressive and / or anxious disorders from January 2014 to December 2018 and will be the consolidation of all research.

Keywords: Psychological Suffering. Job. Worker's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	SERVIDORES AFASTADOS POR CARGO	51
GRÁFICO 2	INCIDENCIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS NO TOTA DE SERVIDORES	51
GRÁFICO 3	INCIDENCIA DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS POR CARGO	52
GRÁFICO 4	INCIDENCIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS POR CARGO	52
GRÁFICO 5	AFASTAMENTOS 2014	52
GRÁFICO 6	AFASTAMENTOS 2015	53
GRÁFICO 7	AFASTAMENTOS 2016	53
GRÁFICO 8	AFASTAMENTOS 2017	54
GRÁFICO 9	AFASTAMENTOS 2018	54
GRÁFICO 10	SERVIDORES AFASTADOS POR UNIDADE ADMINISTRATIVA	55
GRÁFICO 11	SEXO	55
GRÁFICO 12	COR	56
GRÁFICO 13	ESTADO CIVIL	56
GRÁFICO 14	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	57
GRÁFICO 15	CARGO SERVIDORES	57
GRÁFICO 16	GRUPO DE TRANSTORNOS	57
GRÁFICO 17	OUTROS MOTIVOS DE AFASTAMENTO	58
GRÁFICO 18	SERVIDORA EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO	58
GRÁFICO 19	SERVIDORA FAZENDO USO DE ALGUM MEDICAMENTO	58
GRÁFICO 20	SERVIDORA QUE FAZ OU JÁ FEZ PSICOTERAPIA	59
GRÁFICO 21	RENDA MENSAL FAMILIAR	59
GRÁFICO 22	QUANTIDADE DE PESSOAS QUE MORAM JUNTO COM CADA SERVIDORA	60
GRÁFICO 23	QUEM SÃO AS PESSOAS QUE MORAM JUNTO COM CADA SERVIDORA	60

GRÁFICO 24	DURAÇÃO DA ENTREVISTA	60
GRÁFICO 25	LOCAL DE TRABALHO NO PERÍODO DO AFASTAMENTO	61
GRÁFICO 26	LOCAL QUE TRABALHA OU JÁ TRABALHOU	61
GRÁFICO 27	TEMPO NA UNIDADE ADMINISTRATIVA DO AFASTAMENTO	62
GRÁFICO 28	TEMPO NA UNIRIO	62
GRÁFICO 29	PERÍODO DO AFASTAMENTO	63
GRÁFICO 30	DIAS DE AFASTAMENTO E QUANTIDADE DE SERVIDORAS	64
GRÁFICO 31	DIAS DE AFASTAMENTO NO ANO	64

LISTA DE SIGLAS

AC	ARQUIVO CENTRAL
APF	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL
BC	BIBLIOTECA CENTRAL
CCBS	CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CCET	CENTRO DE CIÊNCIA EXATAS E TECNOLÓGICA
CCH	CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CCJP	CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS
CEP	CONSELHO DE ÉTICA E PESQUISA
CEREST	CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CLA	CENTRO DE LETRAS E ARTES
CNST	COFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR
DE	DEDICAÇÃO EXCLUSIVA
DDP	DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DPS	DIVISÃO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
DSM	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DESORDENS MENTAIS
HUGG	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
IPUB	INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
MT	MEDICINA DO TRABALHO
OIT	ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PAD	PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR
PDT	PSICODINÂMICA DO TRABALHO
PLANSAT	PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO
PNST	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES
PRAE	PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
PROAD	PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO

PROEXC	PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROGEPE	PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
PROGRAD	PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
PROPG	PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO
PROPLAN	PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO
RENAST	REDE NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR
SAST	SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR
SB	SÍNDROME DE BURNOUT
SIASS	SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR
SO	SAÚDE OCUPACIONAL
SPS	SETOR DE PERÍCIA EM SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAG	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA
TCL	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TEPT	TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO
TOC	TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO
UFRJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UNIRIO	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

	INTRODUÇÃO	14
	CAPÍTULO 1 – TRABALHO E SAÚDE DO NTRABALHADOR	16
1.1	TRABALHO	16
1.2	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	18
1.2.1	Teorias Organizacionais	19
1.2.1.1	teoria da administração de taylor	19
1.2.1.2	teoria da burocracia	20
1.2.1.3	teoria dos sistemas abertos	22
1.2.1.3.1	ambiente organizacional, cultura organizacional e poder	23
1.3	1.1 RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO	25
	CAPÍTULO 2 – TRABALHO: SOFRIMENTO MENTAL X	34
	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS	
2.1	SOFRIMENTO METAL E TRABALHO	34
2.1.1	Psicodinâmica do trabalho	35
2.2	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS	42
2.2.1	Transtornos depressivos	45
2.2.2	Transtornos ansiosos	46
	CAPÍTULO 3 – TABALHO E SAÚDE MENTAL NA	48
	UNIVERSIDADE PÚBLICA	
3.1	METODOLOGIA	50
3.2	RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS	51
3.2.1	Servidores afastados	51
3.2.2	Servidores afastados entrevistados	57
3.2.2.1	o significado do afastamento para o servidor	65
3.2.2.2	relação entre saúde mental e organização do trabalho	66

3.2.2.3	a vivência subjetiva da atividade de trabalho	67
3.2.2.4	ambiente do trabalho e a organização do trabalho	68
3.2.2.5	relatos de violência e assédio moral	68
3.2.2.6	a vida fora da universidade	69
3.2.2.7	autoimagem	70
3.2.2.8	autocuidado	70
3.4	DISCUSSÃO	70
3.4.1	Afastamentos	71
3.4.1.1	adocimento mental nos profissionais de saúde	71
3.4.1.2	aposentadoria por invalidez	71
3.4.1.3	suicídio	72
3.4.1.4	síndrome de burnout	73
3.4.1.5	nexo causal	74
3.4.2	Trabalho	76
3.4.2.1	importância do trabalho e sua relação com a saúde	76
3.4.2.2	organização do trabalho	77
3.4.2.3	violência psicológica e assédio moral	78
3.4.2.4	unirio	80
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
	APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO	97
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	98

INTRODUÇÃO

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, e ocorreu a partir da publicação realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1994 (LOPEZ; MURRAY, 1998).

Thornicroft e Maingay (2002) verificaram que doenças como transtornos depressivos estão rapidamente substituindo a desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas em países subdesenvolvidos, onde vivem quatro quintos da população mundial. Em países da Ásia e da América Latina, essa transição epidemiológica vem ocorrendo sem a devida adequação do planejamento de serviços e assistência à saúde pública.

Kalimo, El Batawi e Cooper (1988), reconhecem a influência dos fatores psicossociais no trabalho e suas relações com a saúde mental, e chamam a atenção para a necessidade de que evidenciem a categoria “trabalho” como objeto de profunda investigação, dando ouvidos à fala dos trabalhadores em seus aspectos de percepção das condições de trabalho e das relações interpessoais entre colegas e superiores.

No Brasil, os dados sobre os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho ainda são insuficientes e inconclusivos para uma compreensão mais aprofundada desta problemática, configurando-se como um acentuado desafio para as organizações e, principalmente, para os profissionais da área da saúde, mais especificamente, da saúde do trabalhador, visto que os transtornos mentais estão entre as principais causas de perdas de dias de trabalho, o que podem variar de quatro à cerca de 200 dias de trabalho/ano, nos casos menores (leves) ou maiores (graves) respectivamente (DEMYTTENAERE et al., 2004).

Nos últimos anos, o adoecimento relacionado ao trabalho passou a ser tema constante em discussões e pesquisas, pois tem despertado grande preocupação não só a especialistas da área da saúde, mais especificamente entre gestores de órgãos públicos, privados e sistemas previdenciários em todo mundo com mobilização dos sindicatos. A cada ano as estatísticas gerais apontam um aumento no número de registro de doenças relacionada ao trabalho, o que evidencia a importância da relação entre o surgimento de doença (física, mental e psicossomáticas) e as organizações laborais. (VASCONCELOS, 2008).

Os transtornos depressivos e os transtornos ansiosos são considerados transtornos mentais comuns por sua alta prevalência na população global. Em 2015, 322 milhões de pessoas sofreram de depressão, e 264 milhões de ansiedade, esses dados equivalem respectivamente a 4,4% e 3,6% da população do mundo. No Brasil foram relatados cerca de 11,6 milhões de casos

de transtornos depressivos e cerca de 18,7 milhões de casos de transtornos ansiosos que equivalem respectivamente a 5,8% e 9,3% da população brasileira (OMS, 2017).

Percebe-se a necessidade em melhor compreender a relação saúde e trabalho e os crescentes índices de pessoas acometidas pelos transtornos mentais comuns, o presente trabalho, tem por objetivo realizar estudo retrospectivo dos casos de afastamento por licença médica, tendo como motivo os transtornos depressivos e ansiosos, dos servidores (técnicos e professores) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, com posterior entrevista dos mesmos, na tentativa de identificar os possíveis fatores psicossociais desencadeantes e suas consequências na relação saúde e trabalho.

Essa dissertação se divide em três capítulos, onde:

No primeiro capítulo, será abordado o trabalho e a saúde do trabalhador, onde irá percorrer a significação do trabalho e algumas formas de atuação da sua organização. E por fim, um breve trajeto sobre os paradigmas da relação da saúde com o trabalho.

No segundo capítulo, será discutida a relação entre sofrimento mental e trabalho a partir do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho e irá trazer o entendimento de alguns autores sobre os transtornos mentais, considerando os transtornos depressivos e ansiosos.

O terceiro capítulo irá falar sobre trabalho e saúde mental dos servidores da UNIRIO, afastados por transtorno depressivos e/ou ansiosos no período de janeiro de 2014 à dezembro de 2018, e trará a metodologia, os resultados e análises, a discussão e as considerações finais da pesquisa, sendo assim, a consolidação de todo trabalho realizado.

CAPÍTULO 1 - TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

1.2 TRABALHO

Em relação a sua etimologia a palavra trabalho se origina do latim *tripalium* que quer dizer instrumento de tortura, conotando assim um sentido negativo ao termo. (BASTOS, PINHO & COSTA, 1995). Já em seu conceito o trabalho se apresenta de distintos modos, sejam oriundos da física (força x deslocamento), seja da economia (produção), dentre outros. Na língua portuguesa o trabalho é proveniente de diversas áreas de saber da humanidade, sendo uma palavra usada para nomear diferentes situações. Do mesmo modo, para propor qualquer forma de conhecimento científico ou expressar circunstâncias do senso comum, o trabalho aponta como modelo que obtém múltiplas significações no dia-a-dia (TITTONI, 1994).

Oliveira (2003) mostra que podemos compreender, tendo como base a história do trabalho com suas diversas maneiras de apresentação ao decorrer dos séculos, que não há um conceito historicamente homogêneo de trabalho.

De acordo com Cavaleiro e Tolfo (2011) a começar da história antiga e mitológica o trabalho é marcado como meio de sobrevivência e, de igual maneira, meio de ascensão moral e espiritual; sentido como dor e sofrimento, ícone de escravidão e desonra, bem como abundante modelo de expressão de si próprio, conquista de dignidade e inserção social.

Para Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) conforme a sua condição social atual e suas diversas formas de organização o trabalho pode ser desencadeador de doenças, todavia, pode ser também vivenciado como associado as ideias de crescimento, socialização e da humanização da pessoa.

O trabalho se estrutura como representante da força dos desejos que o homem utiliza para efetivá-lo, para consumir ou não o que foi por ele gerado, equivalente a cada época histórica, que tem, por comando, um modelo de produção (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

Conforme OMS e OPAS (2001), seja através do seu valor financeiro (subsistência) e/ou sua maneira cultural (simbólica), o trabalho é fonte de mediação de integração social de essencial importância na formação da subjetividade, no estilo de vida e, assim sendo, na saúde física e mental das pessoas. Spector (2008), segue com o mesmo pensamento quando afirma que para a maior parte das pessoas o trabalho é um importante artefato da vida, proporcionando não

somente recursos (salários e benefícios) para adquirir as precisões da vida, mas um “sentido de propósito” e relação social. Corroborando com essas mesmas perspectivas, temos:

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do(a) trabalhador(a) e de sua família. Além de gerar renda, que viabiliza as condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde. Assim, ele pode ter um efeito protetor, ser promotor de saúde, mas também pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos(a) trabalhadores, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir a degradação do ambiente. (BRASIL, 2018, p. 17)

Segundo Marx (1988) o trabalho é uma ação entre o homem e a natureza, uma ação em que o homem, por seu próprio agir, “media, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. Compete somente ao homem o termo trabalho, desde o começo do processo de trabalho há uma ideia existente sobre o resultado final deste processo que possibilita não só a modificação do objeto natural, mas simultaneamente no objeto natural é efetivado o seu objetivo que define a forma da sua atividade tendo que submeter a sua vontade, sendo essa submissão não uma ação sozinha, mas também, há um empenho dos órgãos que trabalham e estabelecem a vontade dirigida a um fim, onde durante todo o tempo de trabalho essas ações são postas em atenção. A atividade orientada a um fim ou o próprio trabalho com seu objeto e seus meios são um componente simples do processo de trabalho. O objeto de trabalho é a matéria prima já modificada pelo trabalho e o meio de trabalho é a maneira como o trabalhador conduz sua atividade em relação ao seu objeto.

Diversas são as vertentes teóricas/metodológicas sobre o trabalho e um ponto convergente é encontrado nas abordagens clínicas do trabalho, onde entendem o trabalho como atividade do sujeito, complexa e intersubjetiva, que movimenta dinâmicas coletivas de invenção de normas e maneiras singulares de atuar, irredutíveis às determinações. (LEÃO, 2012). Na perspectiva da psicologia, o trabalho como atividade deve procurar se adaptar a condição humana. (CHRISTO et. al., 2018)

Por fim, o trabalho é inerente a condição humana (PINTO, 2007) e é atravessado pela história (SCHWATZ, 2003). Dejours, (2004) afirma que:

O trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar. (DEJOURS, 2004, p. 29)

1.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc. (DEJOURS, 2008, p.25)

Preliminarmente a organização do trabalho pode ser definida como o modo de construir os conteúdos das tarefas e a sua divisão entre os trabalhadores (SELIGMANN, 1994).

A organização do trabalho têm como preceito a transformação dos comportamentos dos trabalhadores de maneira que gradativamente tenham atitudes positivas para com os cargos que exercem, com a instituição que trabalham e consigo (MORIN, 2011). A autora destaca,

A Organização do Trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar. (MORIN, 2011, p.9)

Ferreira (2000) afirma que a organização do trabalho é subsistema da sociedade global. Não é causa externa a uma realidade que é ao mesmo tempo essencial e interdependente. O autor ressalta,

(...) a nível da organização do trabalho existe um processo de adaptação e de reacção face às contingências que decorrem das mudanças no ambiente externo. Os fenómenos políticos, culturais e sociais revelam-se, neste caso, importantíssimos. Os processos de aculturação e de aprendizagem social em que os indivíduos e os grupos se inscrevem antes de entrarem no mundo do trabalho, leva-os a constituir-se com um perfil comportamental de atitudes, crenças e valores. Criam assim um conjunto de expectativas racionais que posteriormente valorizam nas empresas, organizações e instituições. Estas têm também que integrar no seu funcionamento esse protagonismo individual e colectivo. (FERREIRA, 200, p. 103)

Desde da antiguidade clássica podem ser averiguados estudos que tinha como tema a organização do trabalho humano. Posterior as primeiras revoluções industriais, do século XVIII em diante, o modo estritamente técnico de realizar a organização do trabalho foi agregado pelo modelo capitalista e submetido aos interesses de categoria ali envolvidas, elevando a organização do trabalho à classe de matéria do conhecimento a ser tomada como apoio na luta política e econômica clara entre o empresariado (“classe proprietária dos meios de produção e compradora da força de trabalho”) e os trabalhadores (“classe social expropriada nesse processo e cuja existência atual exige vender sua capacidade de trabalho em troca de salários) (PINTO, 2007).

Seligmann (1994) diz que no modelo capitalista a organização do trabalho tem como propósito a produção. Se pensando nos interesses do capital a hierarquização e a divisão de tarefas, as quais estabelecem aspectos essenciais na organização do trabalho, deverão atuar de forma a assegurar, concomitantemente, a máxima eficiência do processo de produção, o mínimo custo referente do trabalho e ao máximo acatamento possível do assalariado. Desta forma, estão aí agregados interesses econômicos e interesses políticos.

1.2.1 Teorias organizacionais.

As teorias organizacionais apresentam a composição e a atuação das organizações e trabalham com questões como diferentes modelos de organização, a estrutura organizacional, a interação entre as pessoas nas organizações e as relações entre as pessoas e a tecnologia das organizações (SPECTOR, 2008).

Será descrito, de forma sucinta, três das diversas teorias organizacionais.

1.2.1.1 teoria da administração de Taylor

Frederick Taylor foi um engenheiro americano que durante a primeira metade do século XIX construiu, a partir dos princípios da “administração científica”, a base para o planejamento do trabalho e que de uma certa forma ou de outra eles predominam até os dias de hoje. Em sua abordagem tinha como exigência a observação e medição severa do trabalho objetivando encontrar a melhor maneira de fazer as coisas, defendendo estudar o tempo e os movimentos como ponto de avaliar e padronizar as atividades do trabalho. (MORGAN, 2002). Tem como mensagem:

1. Transfira toda responsabilidade pela organização do trabalho do trabalhador para o gerente. Os gerentes deveriam pensar em tudo que se relaciona ao planejamento e organização do trabalho, deixando os trabalhadores com a tarefa da implementação.
2. Use métodos científicos para determinar a maneira mais eficiente de se realizar o trabalho. Planeje a tarefa do trabalhador, especificando com precisão a maneira como o trabalho deve ser feito.
3. Escolha a melhor pessoa para fazer o trabalho planejado.
4. Treine o trabalhador para fazer o trabalho eficientemente.
5. Monitore o desempenho do trabalhador para garantir que os procedimentos de trabalho adequados sejam seguidos e que os resultados apropriados sejam alcançados. (MORGAN, 2002 p. 45).

Taylor tinha como convicção, das leis de mercado capitalista, que quanto maior a produtividade vinda do trabalho, maior seriam os lucros empresariais, logo, as aquisições e as oportunidades de se obter melhores trabalhos e renda (PINTO, 2007). Seus objetivos foram delineados com total clareza para aquisição de lucros de produtividade, onde envolvia o domínio da mão de obra de trabalho, baseado na negociação, proporcionando assim o aumento do acúmulo de capital. (CHRISTO et. al., 2018)

Os métodos tayloristas de organização de trabalho, desde que foram introduzidos, resultam em problemas humanos evidentes. A maioria dos estudiosos considera que o padrão da linha de montagem (ciclo curto e repetitivos envolvendo várias operações diferentes) é um tipo de organização do trabalho alienante e entediante. Encontra-se também muita rotatividade dos trabalhadores. (MORGAN, 2002). Os maiores danos para o trabalhador acontecem quando:

(...) O princípio da separação do planejamento e organização do trabalho de sua execução é freqüentemente visto como o elemento mais pernicioso e de maior alcance da abordagem da administração de Taylor porque ele efetivamente "divide" o trabalhador ao defender a separação entre a mão e o cérebro. Taylor gostava de dizer a seus empregados: "Você não tem que pensar. Aqui, há outras pessoas que são pagas para pensar."

Homens e mulheres tornaram-se nada mais que "mãos" ou "força de trabalho": a energia ou força necessária para impulsionar a máquina organizacional. As tarefas que tinham que realizar foram simplificadas ao extremo para que os trabalhadores pudessem ser baratos, fáceis de treinar, fáceis de supervisionar e fáceis de substituir. (MORGAN, 2002, p. 47).

1.2.1.2 teoria da burocracia

Habitualmente consideramos uma organização burocrática quando vemos no seu modelo operacional um planejamento como se fosse máquinas. Porém, a grande parte das organizações são, relativamente, burocratizadas, pois fomos afetados pela forma mecanicista de pensar sobre os nossos conceitos mais simples do que é uma organização. Ao falarmos de organização tendemos a pensar em relações ordenadas entre componentes visivelmente definidos que possuem uma certa ordem definida. Dizemos sobre organizações como se elas fossem máquinas, e logo, esperamos que funcionem de maneira rotineira, eficiente, confiável e previsível, como máquinas (MORGAN, 2002).

Spector (2008) diz que inicialmente Max Weber, no fim do século XIX, foi que desenvolveu a teoria da burocracia. Esta é considerada uma Teoria Clássica da estrutura de uma

organização. Foi ela quem proporcionou a concepção de estruturas racionais e de vários princípios que modernizaram e tornaram mais rápido os procedimentos administrativos, pois as primeiras organizações eram, comumente, desorganizadas e sem eficiência, com isso, pouco se sabia sobre procedimentos eficazes de estruturação e gerenciamento. Quatro eram os seus princípios:

Divisão do trabalho – a divisão do trabalho refere-se aos cargos específicos da organização, cada um com tarefas diferentes. Para um processo complexo, como produzir um automóvel, o trabalho total é dividido em partes individuais. Para uma empresa de produção, o projeto, a manufatura, a venda e a entrega de produtos são tarefas realizadas por pessoas de departamentos diferentes. (...)

Delegação de autoridade – a maioria das organizações é estruturada hierarquicamente, com uma pessoa no topo, que tem o controle e a autoridade máxima. Respondendo a esta pessoa, encontram-se uma ou mais pessoas que têm controle e autoridade sobre aqueles que estão abaixo delas na hierarquia. Para cada nível da hierarquia, exceto o primeiro, as pessoas respondem às que são superiores a elas. (...)

Amplitude de controle – a amplitude de controle refere-se ao número de subordinados que respondem a cada supervisor. Em uma burocracia, haverá uma amplitude de controle ótima. (...)

Linha versus equipe – cada cargo em uma organização pode ser classificado como de linha ou de equipe. Um cargo de linha está envolvido diretamente com o propósito básico da organização. (...) . As posições de linha também incluem todos os níveis de supervisão acima dessas posições. (...) (SPECTOR, 2008, p. 546 à 548)

Morgan (2002) destaca a importância de Weber entre os teóricos organizacionais por seu trabalho em relação a essência da burocracia. O teórico tinha como sua maior preocupação o pensamento de como diferentes sociedades e períodos são marcados por diferentes formas de dominação social. Ele entendia a burocracia como uma forma especial de dominação social e por isso se interessava na função das organizações burocráticas na formação e manutenção de estruturas de dominação.

Para Weber, a dominação pode acontecer por diversas formas. Ele considera como sendo a primeira e mais evidente, a que acontece quando uma ou mais pessoas, através do uso direto da força ou da ameaça, coagem outras. Entretanto a dominação também acontece de forma mais discreta, quando a vontade é imposta sobre os outros por aquele que dita as regras, e o mesmo é aceito como tendo o direito de fazer. Este foi o tipo de dominação que mais o teórico se interessou, pois a maior parte da sua dedicação foi entender o processo em que modelos de dominação são legitimados como relações de poder normais e socialmente

aceitáveis. Três formas de dominação são destacadas: 1) denominação carismática – acontece quando um líder através de suas qualidades pessoais exerce a liderança e essas qualidades são entendidas pelos seu seguidores como excepcional. 2) dominação tradicional – acontece quando o líder tem sua legitimidade vinda da tradição, dos costumes e das instituições que permanecem ao longo das gerações através do direito adquirido. 3) domínio racional-legal – acontece quando a liderança é dada como uma burocracia, onde as regras, as regulamentações legitimam o poder de mando, a partir disso é dado ao líder por seus seguidores o direito de mandar. (MORGAN, 2002)

Weber acreditava que cada modo de dominação era acompanhado por um tipo particular de legitimidade e por uma forma específica de organização administrativa. Ele estava particularmente interessado na tendência ao aumento da burocratização e racionalização, que via como uma grande ameaça à liberdade do espírito humano e aos valores da democracia liberal. Ele via a burocracia como um instrumento de dominação de primeira ordem e acreditava que a burocratização da administração estabelece uma forma de relação de poder que é "praticamente indestrutível". Daí sua visão da burocracia como uma "jaula de aço". O poder da organização burocrática hoje está sendo minado pelo desenvolvimento da informática, que desgasta a burocracia e introduz novas bases de poder organizacional. Mas o processo de racionalização e controle de que Weber fala continua tão forte quanto antes. (MORGAN, 2002, p. 305 e 306)

1.2.1.3 teoria dos sistemas abertos

A teoria dos sistemas abertos, de Katz e Kahn, pressupõe que uma organização pode ser entendida como um tipo de sistema aberto. A ideia parte das ciências naturais, que coloca as plantas, as bactérias, os animais e os vírus como sistemas abertos. Apesar das organizações serem distintas dos organismos vivos, elas partilham muitos de seus atributos. Tanto as organizações como os sistemas abertos importam energia e convertem-na em qualquer outra coisa e obtém como resultado final um ou diversos produtos. Todas as organizações, até mesmos as organizações governamentais, importam pessoas e materiais, criam bens ou serviços e fornecem esses aos seus clientes. Katz e Kahn mostram dez características do sistema aberto: 1) importar energia (contratar pessoas), 2) transformar energia (fazer produtos), 3) produzir (vender produtos), 4) ciclos de eventos (turnos de trabalho), 5) fugir a entropia (permanecer lucrativos), 6) fornecer informações (pesquisar o mercado), 7) homeostase (equilibrar o orçamento anual), 8) especialização (criar trabalhos especializados), 9) coordenação e integração (supervisionar funcionário) e 10) finalidade equitativa (existem diversas formas eficazes de

administrar uma organização) (SPECTOR, 2008).

Os princípios da teoria dos sistemas abertos tiveram fortes influências e modificaram a maneira de compreender a organização em diversos aspectos. Esta teoria evidencia a importância do ambiente em que as organizações vivem e traz como perspectiva que precisamos sempre organizar acerca do ambiente. Tem como visão as organizações como um conjunto de subsistemas interligados e nos encoraja a ter coerência ou alinhamento entre diferentes normas e a identificar e extinguir possíveis disfunções. A partir destas ideias a teoria dos sistemas abertos auxiliou a teoria da organização e da administração a deixar o pensamento burocrático e passar a organizar que atenda às necessidades do ambiente (MORGAN, 2002).

Um sistema aberto é aquele em que existe uma troca constante com o ambiente. Ciclos de estímulos, transformação interna, respostas e novos estímulos são cruciais para a sustentação da vida e da forma do sistema. A natureza aberta dos sistemas biológico e social contrasta com a natureza "fechada" de muitos sistemas físicos e mecânicos, embora o grau de abertura possa variar. Torres, pontes e brinquedos mecânicos com movimentos predeterminados são sistemas fechados. Uma máquina que é capaz de regular suas operações internas de acordo com as variações do ambiente pode ser considerada um sistema parcialmente aberto. Um organismo vivo, uma organização ou grupo social é um sistema totalmente aberto. (MORGAN, 2002, p. 59).

Partindo dessa ideia da importância do ambiente nas organizações, veremos, sem nos aprofundarmos, visto que esse tema é bem extenso, um pouco dos fatores que podem contribuir para o mal estar no ambiente organizacional e questões que há a cerca dele.

1.2.1.3.1 ambiente organizacional, cultura organizacional e poder

Várias situações podem contribuir para o desgaste no trabalho e essas acontecem na grande parte do trabalho, como conflitos com colegas ou densas cargas de trabalho. Outras podem existir somente em certos tipos de ocupação, como exemplo, um profissional de saúde que precisa lidar com a morte. Mesmo com muitas coisas no ambiente de trabalho que possam agir como fatores estressantes neste ambiente, pode-se considerar que poucos foram estudados. Dentre os que tem ganhado atenção relevante dos estudos como os possíveis agentes de desgaste dos trabalhadores e que tem sido associadas a, pelo menos, alguns tipos de desgaste se destacam a ambiguidade e conflito de papéis, carga de trabalho e os fatores sociais estressantes. A ambiguidade e conflito de papéis destacam-se nos estudos sobre estresse ocupacional e tem seu

foco nos desgastes psicológicos. A ambiguidade do papel é o nível de dúvidas dos trabalhadores em relação as suas funções e obrigações no trabalho e o conflito de papéis emerge no momento em que as pessoas experimentam solicitações incompatíveis, seja no trabalho (papel interior) ou entre o trabalho e o não trabalho (papel exterior). O conflito no papel interior é resultado de diferentes solicitações no trabalho, como exemplo, um chefe solicita que o trabalhador tenha cautela em realizar determinada tarefa, enquanto uma chefia acima diz que a mesma tarefa não precisa ser realizada. Já o conflito de papel exterior ocorre entre as demandas do trabalho e as de outras atividades, como exemplo, quando o trabalhador tem uma necessidade fora do trabalho e essas entram em conflito com a demanda do trabalho. Spector cita várias pesquisas que chegaram a determinadas conclusões, em umas delas os resultados de metanálise evidenciaram que altos níveis de ambos os fatores estressantes do papel estavam relacionados a baixos níveis de satisfação do trabalho e altos níveis de ansiedade/tensão, além da vontade de deixar o emprego. A carga de trabalho está relacionada as exigências que o trabalho inflige ao trabalhador, podendo ser de duas formas: quantitativa, quando se tem muito o que fazer e a qualitativa, quando as tarefas são muito difíceis. Os estudos sobre carga de trabalho evidenciaram que ela se associa a três tipos de desgastes: psicológico, físico e comportamental. Em uma outra pesquisa os fatores sociais estressantes, tem na experiência do conflito interpessoal, uma das suas maiores incidências. Esse conflito e as relações insatisfatórias com os demais podem culminar em diferentes tensões. Em uma metanálise de 13 pesquisas relacionado o conflito interpessoal no trabalho com as tensões de trabalho verificaram que o conflito se relacionava com tensões físicas de sintomas de saúde (por exemplo, mal-estar estomacal e dor de cabeça) e tensões psicológica de ansiedade, depressão, frustração e insatisfação com o trabalho. As tensões psicológicas também se evidenciaram em um outro estudo, onde constataram que os fatores sociais estressantes no trabalho estavam relacionados a sintomas depressivos no curso do tempo (SPECTOR, 2008).

O ambiente organizacional pode colaborar para a iminência de riscos físicos e riscos psicossociais. Quando um evento envolve um risco físico esse, na maioria das vezes, pode ser facilmente detectado, mesmo considerando que nem sempre isso pode ser tão simples de se realizar. Já na identificação dos riscos psicossociais, dada a sua complexidade e sutilezas da configuração das causas, certamente fica mais difícil a detecção desses. Devido essa

complexidade, podemos destacar como riscos psicossociais no trabalho os fenômenos psicossociais negativos que podemos encontrar no ambiente organizacional, entre eles estão: assédio e violência no trabalho, trabalhador compulsivo (workaholism), consumo de álcool e outras drogas, corrupção corporativa e organizacional, estresse e burnout, depressão, ansiedade e suicídio, entre outros. Esses fenômenos não existem isolados em si e metodicamente não existem desprendidos dos demais fatores ou agentes ambientais. Nos ambientes de trabalho, analisar um fenômeno psicossocial sugere considerar redes mediadoras relacionada ao indivíduo-grupo-organização-instituições-sociedades-nações. Os processos psicossociais em uma organização são compostos em ambientes particulares de trabalho, isso nos possibilita afirmar que as interações humanas iniciam formas de pensar, sentir e agir idiossincráticos. A partir do estabelecimento dessa interação surgem os determinantes na constituição da cultura, que se produz ao longo do tempo e nunca finda. A cultura, de acordo com Schein, forma a estrutura dos valores centrais enraizados, ou pressupostos ocultos que orientam o modo de funcionamento da organização, embora os trabalhadores não tenham consciência deles, pois se tornam naturalizados e não discutidos. Se o poder está conexo ao controle e à capacidade de influenciar pessoas, não se pode dissociá-lo dos processos de interação humana e se a cultura é constituída através das interações humanas, logo há uma estreita ligação entre poder e cultura. A cultura e o poder são duas dimensões ativas em todas as organizações e fazem parte ou estão em sintonia com as políticas, as estratégias e os processos de gestão das organizações. A cultura interpõe-se nas esferas políticas, sociais e estruturais da organização, porém é na esfera política que a cultura mais se une com as relações de poder. Quando um gestor compreende os pressupostos da cultura organizacional, tem base para entender que eles podem influenciar o desenvolvimento e o futuro ou direção da organização através das formas de incentivos e controles que criam. Além disso eles podem instituir, pelas suas ações, a prevenção da saúde dos trabalhadores como um desígnio integrante da cultura organizacional (ZANELLI, 2018).

1.3 RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO

Aqui iremos descrever as principais abordagens da relação entre saúde e trabalho.

A medicina do trabalho, como especialidade médica, surge na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, a partir da revolução industrial. A exaustão da força de trabalho que vem de

um processo de produção célere e desumano, a qual os trabalhadores estavam submetidos naquele momento, determinou uma intervenção, correndo o risco de se tornar impossível a sobrevivência e a representação do próprio processo. Sendo assim, os donos de fabricas viram na figura do médico a solução para seus problemas, contratando-o para ficar no interior da fábrica, sendo o médico o responsável a ver o efeito do trabalho sobre as pessoas. Neste modelo toda a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde e a prevenção das lesões à saúde resultantes dos riscos do trabalho eram centrados na figura do médico e este tinha que ser pessoa de extrema confiança do empresário e que se propunha a defendê-lo. A prática de serviços com base neste modelo foi crescendo e se estendeu em outros países, paralelo ao processo de industrialização (MENDES & DIAS, 1991).

A medicina do trabalho é centrada na figura do médico, com um olhar essencialmente biológico e individual, limitado no ambiente da fábrica, numa relação pautada na teoria da unicausalidade, para cada doença um agente etiológico. Procuram-se as causas das doenças e acidentes. No campo do trabalho a prática vai refletir-se na tendência a isolar riscos específicos e agir sobre suas consequências (MINAYO-GOMEZ & COSTA, 1997).

No período da 2ª guerra mundial e pós guerra, com todas as questões eminentes deste período (mortes no trabalho, agravos na saúde, doenças, etc.) e com a evolução acelerada da tecnologia industrial refletida no andamento de novos processos industriais aliados ao novo modelo da divisão internacional do trabalho, entre outros desdobramentos do processo de trabalho, a medicina do trabalho se mostra impotente para atuar nas questões de saúde relacionadas aos processos de produção (MENDES & DIAS, 1991).

Com a insuficiência da medicina do trabalho em manter o trabalhador saudável para exercer a força de trabalho determinada, se pensa um novo modelo de saúde no trabalho, surgindo então, a concepção de saúde ocupacional, que tem como premissa o olhar na higiene ocupacional baseado no modelo epidemiológico e atuação de equipe multiprofissional (KARINO, MARTINS & BOBROFF, 2011).

Na década de 60, nos países industrializados, surge um movimento social renovado caracterizado por questionar o fundamento da vida, a importância da liberdade, o sentido do trabalho, a utilização do corpo, e a denúncia do desuso de valores já sem significação para a

nova geração. Todas estas questões contribuíram para a perda de confiança no Estado colocando em dúvida o lado “*sagrado*” e “*místico*” do trabalho, que adivinha do pensamento cristão e preciso na sociedade capitalista. A partir disto, os trabalhadores são levados a participar das demandas de saúde e doença. Conforme a organização do trabalho aumenta o seu entendimento na importância da interação trabalho e saúde necessita-se de novas atuações para a transformação das condições de trabalho, fazendo com que a concepção de saúde ocupacional decline, pois sua lógica baseada na higiene e toxicologia é questionada colocando em risco os critérios de “proteção de saúde” ao qual se ancorava (MENDES & DIAS, 1991).

A partir deste contexto de pensamento crítico com as dificuldades encontradas na concepção vigente sobre saúde e trabalho, sustenta a possibilidade de instruir-se um novo modo de compreensão da relação trabalho e saúde, da atuação nos ambientes de trabalho, logo uma maneira de inserir, na saúde pública, técnicas de atenção à saúde dos trabalhadores no auge da Reforma Sanitária Brasileira. Nasce então, um novo conceito: saúde do trabalhador, que vem estender a medicina do trabalho e a saúde ocupacional (GOMEZ & COSTA, 1997). O conceito de saúde do trabalhador emerge em um panorama de valorização da saúde no contexto do trabalho (MELO, CAVALCANTI & FAÇANHA, 2019).

A saúde do trabalhador tem como objeto o processo saúde e doença dos indivíduos e sua relação com o trabalho. Tenta entender o porquê e como esse processo acontece e a ampliação de possibilidades de intervenção que proporcionem pertencimento pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, num aspecto teleológico (MENDES & DIAS, 1991). Há nesse novo modelo uma ruptura com a concepção hegemônica que presa pela ligação causal entre a doença e uma razão específica ou a vários fatores de risco evidentes no ambiente de trabalho com a tentativa de ultrapassar a abordagem determinada no social, limitada no processo produtivo sem considerar a subjetividade (DIAS, 1991; LAURELL & NORIEGA, 1989; TAMBELLINI, 1987 apud in MENDES & DIAS, 1991). Mesmo com os obstáculos teóricos-metodológicos encontrados a saúde do trabalhador se propõe a elucidar questões do adoecer e do morrer dos sujeitos, dos trabalhadores especificamente, a partir da pesquisa dos processos de trabalho em articulação com o “conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbano industrial” (DIAS, 1991 apud in MENDES & DIAS, 1991).

O discurso do campo da saúde do trabalhador surge, a partir do olhar acadêmico, político e institucional na saúde coletiva contrapondo o embasamento conceitual e o método das compreensões hegemônicas sobre a relação trabalho-saúde da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Como componente que integra a área da saúde coletiva, se coloca a transpor as articulações simples e reduzidas relacionada entre causa e efeito e está composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, ao que se adicionam disciplinas auxiliares (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Fica evidente que a elaboração de opções de processos de trabalho que auxiliam a saúde do trabalhador requer conversa e atuação conjunta dos saberes da medicina, psicologia e de diferentes campos da saúde, da engenharia, da ergonomia, da sociologia, da antropologia, da filosofia, do direito, da economia e outros. Essa conversa tem assumido forma, mesmo que embrionária, em operações nos ambientes de trabalho, em movimentos civis públicos, em eventos e publicações com enfoques mais extensos e contextualizados, e evidenciam com clareza que está findado o padrão de intervenção de disciplinas e campos de conhecimento separadamente. “Os agravos em geral, e os adoecimentos psíquicos em particular, devem ter como pano de fundo os aspectos sociais e do trabalho contemporâneo, caracterizados pela perda de direitos sociais e trabalhistas, pelo advento de crises econômicas e do desemprego” (SELIMANN-SILVA Et. Al, p.186, 2010).

Vigilância, promoção/prevenção e a assistência são os três níveis de atuação que contemplam a atenção à Saúde do trabalhador. Na vigilância as ações se objetivam a definir os riscos e perigos encontrados no processo de trabalho e se estabelece medidas corretivas sobre estes. Na promoção/prevenção as ações se objetivam apresentar as formas apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que tenham impacto negativo na saúde dos trabalhadores. Na assistência que se objetivam prestar serviços de condutas clínicas e ocupacionais, acolhimento e atenção de auxílio a saúde (CHIAVEGATTO & ALGRANTI, 2013).

Silva (2007) afirma que a “*saúde do trabalhador é um direito humano fundamental*” que obrigam tanto o empregador quanto o Estado não só a abstenção de métodos que provoquem doenças físicas ou mentais do trabalhador, mas também que adotem formas de

prevenção de tais doenças. Dois são os aspectos do referido direito: “a) o direito a abstenção; b) e o direito à prestação, subdividido em direito à prevenção e direito à reparação.”

1º) direito à abstenção: a) *do Estado* – a não-interferência no exercício do direito; b) *do empregador* – quanto ao fator tempo de trabalho, a abstenção de exigir trabalho em horas extras habituais, nos intervalos intra e interjornadas, nos dias de repouso semanal e feriados, nos períodos de férias, assim como de exigir trabalho da mulher durante a licença-maternidade e dos menores de 18 anos trabalho noturno, perigoso ou insalubre; quanto ao fator saúde mental, a abstenção de tratamento rigoroso quando das ordens e fiscalização do serviço, bem como de exigir produtividade superior às forças físicas do trabalhador; 2º) direito de prevenção: a) *do Estado* – as prestações atribuídas ao SUS (na forma do § 3º do art. 6º da Lei n. 8.080/90), a obrigação de editar normas de saúde, higiene e segurança para a redução dos riscos inerentes ao trabalho, bem como de proteger o meio ambiente geral e principalmente de fiscalizar o cumprimento das normas de ordem pública por parte do empregador; b) *do empregador* – a obrigação de cumprir tais normas, especialmente as NRs, para a proteção do meio ambiente do trabalho e da saúde do trabalhador, assim como de contratar seguro contra acidentes do trabalho. (SILVA, 2007, p. 133 e 134)

Minayo-Gomez & Lacaz (2005) evidenciam a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em 1986, como um marco político significativo para a área da saúde do trabalhador, pois a partir da CNST que há a defesa de inclusão dos fundamentos do Sistema Único Saúde (SUS), saúde como um direitos de todos, no campo da saúde do trabalhador, através de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores (PNST).

Na premissa do SUS entendemos a Saúde do trabalhador:

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e, em particular, dos(as) trabalhadores(as). Neste campo, o trabalho pode ser considerado como eixo organizador da vida social, espaço de dominação e resistência dos(as) trabalhadores(as) e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. A partir dessa premissa, as intervenções devem buscar a transformação dos processos produtivos, no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, além de garantir a atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as), levando em conta sua inserção nos processos produtivos. (BRASIL, 2018, p. 18).

No seu processo histórico de Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, ainda nos anos 80, há a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), que propôs pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ações direcionadas aos trabalhadores como objeto de políticas públicas de Saúde. Na convenção 161, a Organização Mundial do Trabalho (OIT) propôs, o desenvolvimento de serviços de saúde no trabalho como políticas nacionais com participação dos trabalhadores e de seus representantes. Em 88, na Formação da Assembleia

Constituinte que resultou na Constituição Federal, considerada uma das mais importantes vitórias atribuída aos movimentos sociais, onde assegurou-se a saúde como direito de todos e dever do estado, afirmou-se a atenção integral a todos os trabalhadores. E por conseguinte, a Regulamentação da lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, ficou a cargo do SUS atuar na assistência, na vigilância e no controle de agravos à saúde, que tenham relação com o trabalho (BRASIL, 2001).

Como estratégia para ações em saúde do trabalhador o SUS cria os Centros de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST), a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNST) (CHIAVEGATTO & ALGRANTI, 2013).

O CEREST foi uma tentativa do estado de promover atenção integral aos trabalhadores no âmbito do SUS trazendo avanços setoriais significativos pela carência de serviços específicos para atender os trabalhadores. Houve dificuldades na sua implantação, tais como: distribuição desigual dos CERESTs, baixa coberturas das Ações, fraca articulação intersetorial, contribuindo a não integração destes serviços com a rede SUS estando praticamente isolados das demais estruturas do sistema de saúde. A falta de mecanismos próprios para comunicação e relação entre si favoreceu um isolamento e a marginalidade institucional. Esta marginalidade institucional aliada à falta de recursos pela ausência de financiamento das ações subsidiaram as discussões que ocorreram na coordenação nacional de saúde do trabalhador entre 1999 e 2002, com objetivo de analisar criticamente a situação dos CERESTs. Emerge-se a necessidade de criação de uma rede de saúde do trabalhador no SUS, pois apesar da importância dos CERESTs percebe-se a incapacidade desses serviços constituírem novos avanços (LEÃO & VASCONCELOS, 2011).

A RENAST foi criada pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.6796 e o objetivo era criar uma ferramenta estratégica para disseminação dos princípios e às práticas do campo da Saúde do Trabalhador no SUS, em todos os níveis de Atenção. Estruturada a partir dos CERESTs, das unidades e dos municípios de sentinelas, organizada em torno de um dado território. Foi passando por revisões, ao longo dos anos, pelas novas normativas, em 2005 a normativa proposta para ampliar e rever a RENAST foi a GM/MS nº 2.437 de 07 de dezembro

seguida pela portaria MS nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. A GM/MS nº2.437 contribui para uma melhor definição quanto as atividades do CERESTs, declara que cabe aos mesmos apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes ocupacionais e aos agravos como os transtornos mentais relacionados ao trabalho (DIAS et. al., 2010).

A PNST foi regulamentada pela portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 conforme determinação do Ministério da Saúde e deve ser articulada com a Política e ao Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) em todo o âmbito do SUS, além do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Possui 7 princípios e diretrizes, 7 objetivos e 7 estratégias que buscam articular as ações e políticas de saúde nesta área. Integra a vigilância, a atenção integral, entre outras, presentes em diversas legislações, tem como proposta maior a concepção de ação “transversal”, entendendo o trabalho como determinante do processo de saúde-doença (GARCIA, 2014).

São os princípios e diretrizes, objetivos e estratégias da PNST, conforme a Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012:

Art. 5º (...) dos princípios e diretrizes: I - universalidade; II - integralidade; III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; IV - descentralização; V - hierarquização; VI - equidade; e VII - precaução.(...)

At. 8º (...) dos objetivos: I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, (...); II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, (...); III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, (...); IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

Art. 9º (...) das estratégias: I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, (...); II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, (...); III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, (...); IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, (...); V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, (...); VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, (...); VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, (...).

A PNST e o CEREST enferntaram importantes percalços políticos, ao longo do tempo, na implementação das ações de saúde do trabalhador. Na configuração institucional do SUS, o campo saúde do trabalhador ainda tem tido espaço periférico e marginal (LEÃO & CASTRO, 2013).

A falta de uma política própria de saúde do trabalhador da Administração Pública Federal (APF) propiciou aos seus órgãos a atuação desordenada, com critérios diferenciados em relação a direitos comuns a todos os servidores públicos federais e com isso o Governo Público Federal sentiu a necessidade em desenvolver uma política própria de atenção à saúde para os seus trabalhadores. Para atender essa demanda o governo constrói uma Política de Atenção à Saúde estruturada através de um Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). O SIASS se organiza com base em três grandes eixos: assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde respaldada na epidemiologia, a inter-relação entre os eixos, atuação profissional em equipe multidisciplinar e avaliação dos locais de trabalho que analise os ambientes e as relações de trabalho estabelecendo outro modelo da relação saúde e trabalho no serviço público. Iniciou-se, no ano de 2008, um movimento de implantação acordado entre as áreas de recursos humanos, os técnicos de saúde e associações sindicais com um olhar na integralidade da atuação e na racionalização dos recursos. Discorre do desafio de uma política atravessada entre a pratica dos diferentes órgãos da APF, que terá de ocorrer com diretrizes centrais de ordem normatizadora e implantação desconcentrada e coletiva com gerencia participativa dos gestores envolvidos, por meio de convênios entre os órgãos com o auxílio do Ministério do Planejamento. (BRASÍLIA, 2008)

O decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009, institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) que em sua implantação possuía a nomenclatura de Sistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). O SIASS tem manuais de orientação das suas normas, dentre estes, destaca-se o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, com sua última publicação no ano de 2017, sendo a 3ª edição, por ser o norte de toda atuação dos peritos e da equipe de saúde envolvida. A Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio de 2010 e a Portaria Normativa nº 03 de 25 de março de 2013, ambas do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, atualmente inserido no Ministério da Economia,

constituem orientações para atuação na promoção e vigilância da saúde do Servidor Público Federal.

A Portaria Normativa nº 03 de 25 de março de 2013 traz em suas premissas:

Seção III Das premissas e princípios norteadores

Art. 7º Sem prejuízo dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e pela Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (Portaria Normativa SRH nº 3, de 7 de maio de 2010), para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de melhoria da qualidade de vida no trabalho e de educação em saúde, serão observadas as seguintes premissas:

I - multideterminação da saúde: a saúde é compreendida como fenômeno decorrente de diversos fatores de natureza biológica, psicológica e social;

II - abordagem biopsicossocial: as equipes multiprofissionais devem pautar sua atuação na perspectiva biopsicossocial dos indivíduos, por meio de ações interdisciplinares que favoreçam relações entre diferentes conhecimentos, considerados os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde dos servidores em suas relações com o trabalho;

III - interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre as ações e programas de promoção da saúde deve contemplar os conhecimentos técnicos a partir de visão interdisciplinar, observada a relação entre as diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, considerado o conhecimento dos servidores para o desenvolvimento das ações e dos programas;

IV - gestão participativa no desenvolvimento das ações: estabelecimento de espaços coletivos que promovam a difusão de conhecimento e a reflexão crítica, assegurado o direito de participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde;

V - ambientes de trabalho saudáveis: as iniciativas de promoção da saúde do servidor público federal devem pressupor uma concepção que não se restrinja à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre os determinantes da saúde, incidindo a intervenção, também, sobre as condições de trabalho no serviço público;

VI - relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas: a promoção da saúde deve ser reconhecida como uma estratégia fundamental das políticas de gestão de pessoas, como forma de expressão de uma proposta abrangente e que busca garantir o equilíbrio entre trabalho e saúde e a indissociabilidade entre atenção e gestão; e

VII - humanização na atenção à saúde.

CAPÍTULO 2 – TRABALHO: SOFRIMENTO MENTAL X TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS

2.1 SOFRIMENTO METAL E TRABALHO

Em 1913 Munsterberg publicou o livro *Psychology and industrial efficiency* que foi o primeiro estudo sobre os aspectos psicológicos do trabalho na cidade de Cambridge, na Inglaterra e em 1914 foi publicado na cidade de Leipzig, na Alemanha. A publicação baseava-se na aplicação da psicologia como forma de eficácia da produção industrial. Nos primeiros estudos sobre transtornos mentais surgido em empregados de diferentes setores, havia uma inclinação em investigar fatores individuais (hereditário/experiências da fase infantil e da vida familiar) associados a fatores externos ao trabalho. Já depois da Segunda Guerra Mundial os anseios vividos pelo confronto bélico despertaram nos pesquisadores da área da saúde uma importância em reconhecer causas coletivas relativas ao trabalho capazes de promover quadros psicopatológicos. Traçava-se em explicar os pontos de referência com base para a psicopatologia do trabalho. Contudo, até os anos 70 grande parte dos primeiros estudos com esta temática só admitia o fator desencadeante do trabalho. Com a evolução teórica e metodológica sobre o tema Saúde Mental e Trabalho pode-se falar da ascensão de um novo campo de estudo apontado pela interdisciplinaridade, onde o ponto principal do estudo é a correlação entre o trabalho e os processos Saúde/Doença em que o desenvolvimento se apresenta mais destacadamente nos fenômenos mentais, ainda que sua estrutura seja eminentemente social (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Mendes (1995) evidencia que devido a disseminação dos fundamentos tayloristas, que se objetivavam a racionalização do trabalho esquecendo a subjetividade, entendeu-se a necessidade de estudar densamente a relação do trabalho com os processos psíquicos, com início no começo do século XX.

Quando pesquisamos as repercussões do trabalho sobre a mente humana encontramos dois grupos de disciplinas, o primeiro grupo se propõe a estudar a saúde humana em suas várias perspectivas se divide em dois subgrupos, um temos as disciplinas: Medicina do Trabalho, Psicologia do Trabalho, Psicopatologia do Trabalho, Toxicologia e Ergonomia, seus estudos são baseados nos processos mentais e/ou na relação Saúde/Doença do ser humano sujeitos a

distintas situações de trabalho, e em outro temos as disciplinas básicas das Ciências da Saúde e da Psicologia que fundamentam o primeiro subgrupo, temos como exemplos: Fisiologia, Psicofisiologia, Neurologia, Psiquiatria, Medicina Psicossomática, Psicanálise, etc.; e o segundo grupo se propõe a estudar o trabalho humano de forma direta ou indireta sem que a saúde seja proposta como objeto temos aqui as disciplinas que estudam os componentes políticos, sócio-histórico culturais e econômicos que partem da esfera macrossocial e se representam nos modos e contextos humanos de trabalho dentro das empresas (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Diferentes são as vertentes que estudam a saúde mental no trabalho, que é uma área de conhecimento com o objetivo de se estudar a dinâmica da organização e dos processos do trabalho tendo como característica natural a multidisciplinaridade (PENIDO & PERONE, 2013).

O alicerce de bases teóricas-metodológicas que se debruça na esfera multidisciplinar ainda está em construção e encontra grandes desafios para integração, pois seus pesquisadores com olhares distintos, estão presentes em áreas culturalmente distanciadas entre si, tais como: Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Ciências Exatas. Já é possível algum desenvolvimento em tarefas em conjuntos, mas a prática de uma locução universal que possa alcançar uma intercompreensão mais eficaz ainda é intenção a ser atingida (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Vamos explorar como a psicodinâmica do trabalho aborda as relações entre sofrimento mental e trabalho.

2.1.1 Psicodinâmica do trabalho

Os estudos sobre psicopatologia do trabalho, do psicanalista francês Christophe Dejours e do grupo que compartilhava de seu pensamento, conduziram, a partir de 1992, a proposta de uma nova disciplina que foi nomeada por eles de psicodinâmica do trabalho (PDT). Esses pesquisadores se diferenciavam dos demais pesquisadores que também estudavam a psicopatologia do trabalho, pois tinham como proposta o estudo da dinâmica do psiquismo deparado com a realidade do trabalho, enquanto os outros pesquisadores buscavam as características patogênicas dos transtornos psíquicos relacionados as circunstâncias do trabalho

(SELIGMANN-SILVA, 2011).

Na descrição da passagem da psicopatologia do trabalho para a psicodinâmica do trabalho é sinalizado que nas primeiras pesquisas sobre psicopatologia do trabalho, tanto nos estudos empíricos quanto nos teóricos, foi encontrado um conflito fundamental entre a organização do trabalho e o desempenho psíquico. A psicopatologia do trabalho foi um nome dado a uma disciplina iniciada no período de 1950 à 1960 por teóricos, em os quais se ressaltam L. le Guillant, C. Veil, P. Sivadon, A. Fernandez-Zoila, J. Bégoïn. Os estudos etiológicos buscavam seus fundamentos em observação no trabalho, mas precisamente no trabalho industrial, como um mal socialmente gerado, prejudicial à saúde mental dos trabalhadores, apresentava um modelo na patologia profissional preocupado na identificação de síndromes e doenças mentais específicas. A psicodinâmica do trabalho surge da necessidade de não mais ter como foco as doenças mentais e de dar atenção ao sofrimento do trabalho e as defesas contra esse sofrimento se propondo para além da doença mental descompensada (LANCMAN & SZNELWAR, 2008). A mesma se propõe analisar a “dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho” (DEJOURS, 2007, p.120).

A instauração da psicodinâmica do trabalho foi possível a partir da expansão do olhar de Dejours para o campo da normalidade. Ele por diversas vezes, em sua observação, percebeu que mesmo diante de condições patogênicas de trabalho em que os trabalhadores estavam submetidos, não foram acometidos por uma patologia mental, se surpreendendo com o fato de que as pessoas que trabalham tendem a ter melhores condições psíquicas do que aquelas que não trabalham (LANCMAN & JARDIM, 2004). Dejours “*defende que não se deve confundir o estado de normalidade com estado saudável*”. A normalidade pode parecer um equilíbrio saudável entre os sujeitos da mesma forma que pode parecer um sintoma de uma condição patológica, ou seja, há uma linha tênue que estabelece um arriscado equilíbrio entre as forças “*desestabilizadoras dos sujeitos*” e o sacrifício destes e dos grupos com a intenção de permanecerem produtivos e operantes ao ônus de demasiado sofrimento e que se ampliará para além da sua vida no trabalho (LANCMAN & UCHIDA, 2003, p. 82)

Já na perspectiva da psicodinâmica do trabalho (PDT) era preciso vencer não só a contradição existente entre o patológico e o não patológico, mas também enfrentar uma outra

contradição presente na psicopatologia tradicionalmente atrelada à esfera individual, onde a doença mental só tem significado para um sujeito em específico (sofrimento e prazer fazem parte a esfera particular), e o trabalho, que tem como base o caráter social atraindo o sujeito para fazer parte da ação coletiva. Nessa ideia as pressões do trabalho consideradas nocivas para a saúde mental serão as mesmas para todos integrantes de um mesmo conjunto de trabalhadores (como exemplo, o ritmo e a repetição em uma linha de montagem) será eficaz poder encontrar efeitos parecidos ou até iguais acerca da saúde mental do conjunto de trabalhador sugerido. Mas os resultados dos dados do estudo deste efeito não foram conclusivos. Portanto é necessário admitir que na tensão social-privado o privado sobrevive com vigor e que comumente as pressões do trabalho não conseguem por si só proporcionar uma psicopatologia de massa. As pressões do trabalho e a doença mental se mediam a um sujeito apto a se contrapor e a se defender, e também apto a entender sua condição, acontece que a conduta de defesa são estreitamente individualizadas em prol da história, do passado e da natureza da personalidade de cada pessoa (DEJOURS, 2007).

A psicodinâmica do trabalho desde sua origem se propõe a discorrer a concepção do sofrimento mental baseado no olhar dos trabalhadores sem se prender nas análises dos aspectos apresentados pelas patologias e que o sofrimento poderia evidenciar. Sua concentração é na investigação das relações entre esse sofrimento e a organização do trabalho considerando os processos pelos quais se formam mecanismos de defesas coletivos e de responsabilidade ética nos ambientes laborais, e se preocupando a entender as maneiras de sondagem do sofrimento mental inerente as defesas psicológicas individuais e coletivas (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Das primeiras pesquisas em Psicopatologia do trabalho foi possível identificar fortemente como desorganizador para a saúde mental dos trabalhadores todas as influencias adivinham da organização do trabalho. Neste sentido a organização do trabalho se conceitua-se pela contraposição com as condições de trabalho. As forças mecânicas, químicas, biológicas e físicas do local de trabalho fazem parte das condições de trabalho. Por organização de trabalho se entende, por um lado, a divisão do trabalho (divisão das tarefas entre os trabalhadores, setores) pela forma como é definido a operação, em contrapartida, a divisão de homens (hierarquia, divisão das atribuições, gestão, administração, etc), o segundo emerge como complemento inevitável do primeiro. As condições de trabalho tem como destino primordial o

corpo e a organização do trabalho age na esfera do funcionamento psíquico. A divisão das tarefas e o modelo operacional estimulam o significado e o valor do trabalho para o indivíduo e a divisão dos homens promove principalmente a conexões entre os sujeitos e movimenta os interesses afetivos, a amizade, a confiança, o amor e a raiva, etc. (DEJOURS, 2007).

O papel do trabalho no funcionamento psíquico e sua relação com a organização do trabalho, tais como: as estratégias defensivas coletivas e individuais relacionadas ao trabalho, valorização e reconhecimento, mecanismos de cooperação, visibilidade, mobilização da inteligência e sofrimento psíquico são fontes de constantes estudos e aprimoramentos teóricos para a psicodinâmica do trabalho. Compreender a função da organização do trabalho no bem estar, na saúde mental, no desgaste e na exaustão dos trabalhadores é primordial para o entendimento e para a ação em condições de trabalho que de várias configurações podem promover sofrimento, adoecimento e exclusão. (LANCMAN & JARDIM, 2004). Esta compreensão pode levar a superação e a modificação destas organizações (LANCMAN & SZNELWAR, 2008).

A PDT evidencia que a organização do trabalho em si é cheia de contradições e aponta duas dimensões contraditórias desta organização: a prescrita e a real. A elaboração da organização do trabalho real aparece como compromisso e acontece quando há o afastamento das prescrições para ter início a ação de interpretação. Mas este compromisso não é tão simples, pois a interpretação é passível de vários significados, podendo assim, gerar conflitos entre as diferentes interpretações dos sujeitos. A construção desse compromisso ocorre por uma dinâmica no social, sendo a organização real do trabalho um fruto das relações sociais. Para compreender como os indivíduos experimentam e conhecem a discrepância que tem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, Dejours apresenta a clínica do trabalho, que é uma investigação que se *“preocupa com o conteúdo simbólico do trabalho, com seus aspectos invisíveis, com as relações subjetivas do trabalhador com sua atividade, com o sofrimento e o desgaste gerado pelo trabalho e com seus efeitos sobre a saúde física e mental dos sujeitos”* (LANCMAN & SZNELWAR, p. 33, 2008). A clínica procura discorrer a área da saúde mental e da saúde física entendendo o trabalhador detentor de um universo psíquico subjetivo e não pode restringir o mesmo a um simples recurso humano, sendo assim o trabalho não pode ser entendido como mais uma matéria-prima na administração dos economistas modernos

(LANCMAN & SZNELWAR, 2008).

A interação do sujeito com o trabalho é o que origina a carga psíquica do trabalho. Esta carga é obtida do conflito do desejo do trabalhador e às determinações da organização do trabalho, apresentada na organização do trabalho. Quando há uma diminuição na liberdade da organização do trabalho a carga psíquica se eleva. O sofrimento ocorre a partir da impossibilidade de uma reconstituição da organização do trabalho e a interação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada. A energia pulsional que não encontra escape na prática do trabalho se armazena no aparelho psíquico proporcionando um sentimento de insatisfação e aflição. Um trabalho cansativo para torna-se um trabalho compensador é necessário tornar flexível a organização do trabalho, de maneira a dar mais liberdade ao trabalhador para reconstituir seu jeito de operar, e então descobrir as formas apropriadas que lhe proporcionem prazer, ou seja, um afrouxamento ou uma redução da sua carga psíquica (Dejours, 2007).

O sofrimento provoca estratégias defensivas que se objetivam a disfarçar, dominar e encobrir uma ansiedade essencialmente intensa, quando formada por um grupo característico precisamos buscar uma especificidade. O que distingue as estratégias defensivas é que elas não advêm da agonia procedente de uma desordem mental inerente, mas sim da ameaça e riscos reais. Para operação das estratégias coletivas é necessário a atuação de todos os envolvidos e para que funcione é preciso ter coerência. A sua estrutura é essencial, vital, fundamental e tão imprescindível quanto a própria realidade tornando-se obrigatória e substitui os mecanismos de defesas individuais, tornando-os ineficazes. A participação nas estratégias defensivas coletivas estabelece que os mecanismos de defesas atuem na surdina, mecanismos este que só haveriam motivos de existir diante de conflitos de ordem mental, os quais só suportam surgir quando um entendimento mínimo da realidade perigosa está confirmada (DEJOURS, 1992). O que melhor caracteriza a PDT foi o estudo dos mecanismos de defesas socialmente combinados e que quando ativados para reagir as compressões do trabalho se transformando em estratégias defensivas, e que Dejours analisou em diferentes situações como a constituição de uma autêntica ideologia defensiva. (SELIGMAN-SILVA, 2011)

O sofrimento ou as defesas se colocam na falta de possibilidade de utilização do processo de mobilização subjetiva por parte dos trabalhadores. As estratégias defensivas são

determinadas como um mecanismo através do qual o trabalhador tenta mudar, alterar e tornar mínimo seu entendimento da realidade que provoca sofrimento. Este processo é puramente mental considerando que ele não muda a realidade da força patogênica instituída pela organização do trabalho. O que diferencia um mecanismo de defesa individual e coletivo é que o primeiro continua sem o aspecto físico do objeto, porque ele já está interiorizado, e o segundo necessita do aspecto das situações externas e se apoia num acordo de um grupo definido de trabalhadores. As estratégias defensivas coletivas podem possibilitar um equilíbrio na batalha contra o sofrimento, que em outras circunstâncias somente com suas defesas individuais não seria capaz de assegurá-la. (MENDES, 1995)

“O sofrimento é inevitável e ubíquo. Ele tem raízes na história singular de todo o sujeito, sem exceção”. Há dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. No sofrimento criador, o mesmo pode ser transformado em criatividade, trazendo um benefício a identidade, desenvolve a resistência do sujeito a ameaça de perturbação psíquica e somática, funcionando o trabalho como um moderador para a saúde. Já no sofrimento patogênico, todas as possibilidades de liberdade e transformação da organização do trabalho foram usadas e só restaram *“pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência”*. Aqui todos os meios defensivos foram usados e o sofrimento restante não equilibrado prossegue o seu trajeto de minar e dá início à arruinar o aparelho mental e psíquico do sujeito, levando-o de forma lenta ou brutal para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença, funcionando o trabalho como moderador da desestruturação e da vulnerabilidade da saúde (DEJOURS, 2007, p.137).

A PDT desde sua fase inicial averigua o aparecimento de ansiedade e emoções como raiva, medo e ressentimento nas circunstâncias de trabalho relacionadas às cobranças e modelos de domínio existente, assim como as outras características da organização do trabalho. Conforme Dejours o trabalho pode favorecer o aparecimento de uma descompensação levando ao desencadeamento de um transtorno mental, sendo assim a PDT torna aparente uma ligação com os estudos de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) que examinam a origem do trabalho nos transtornos mentais (SELIGMANN-SILVA, 2011). A PDT presta subsídios para área da SMRT ao expandir espaços de entendimento da dinâmica que leva ao adoecimento, produzindo assim, rastros fundamentais para a prevenção deste - *“um dos objetos de estudo e*

objetivos sociais da SMRT.” Esses subsídios são apresentados num ponto de vista que faz jus a um demarque diferenciado, por um conjunto de maneiras de investigação que tinham como objeto a alienação (social, cultural e mental) advindas do cenário do trabalho (DEJOURS, 1995 apud in SELIGMANN-SILVA, 2011).

A PDT se baseia em uma clínica que experimentalmente está entre a “*patologia e a organização do trabalho, entre sujeito e relações sociais*”. Na perspectiva da clínica do trabalho, a alienação não se resume somente nas recentes patologias mentais que são observadas nos dias de hoje no universo do trabalho, na maneira em que, contraditoriamente, essas patologias são ao mesmo tempo a cruel demonstração de uma batalha contra a alienação. A alienação se caracteriza como o aniquilamento dos indícios de resistência a uma atuação que tende a se opor à natureza genérica do homem. A alienação não indicaria uma condição em si, indicaria um norte, uma direção que o ser humano adota ao se dedicar a uma passagem que o leva para a negação de sua essência, melhor dizendo, “o repúdio à vida, a desonra à vida”. Por isso mais que uma abdicação à liberdade, a alienação indicaria uma separação, ou até mesmo um blecaute da proporção dos valores morais do trabalho vivo. Se considerar o trabalho vivo como o início da emancipação dos seres humanos, poderia então, a alienação ocasionar, com que o trabalho virasse contra o próprio ser humano, isto é, deixaria a energia humana do trabalho vivo e transformaria em um trabalho morto. A dominação não é a razão da alienação. (LANCMAN & SZNELWAR, 2008, p. 219)

“Todo e qualquer trabalho vivo está sempre e em toda parte diante da dominação. Se o trabalho vivo for realmente a essência genérica do homem, isso se deve, fundamentalmente, por ser a forma pela qual o homem é capaz de transferir sua dominação, em outros termos, de emancipar-se tanto da dominação em relação aos demais homens como da dominação da natureza. E é ainda em virtude deste princípio que o trabalho vivo produz liberdade. Na perspectiva aqui desenvolvida, a alienação é primeira. O homem não se pertence. É pelo viés do trabalho vivo que se torna possível desgarrar-se das determinações que sobre ele pesam e apropriar-se de sua essência”.

“Mas é bem verdade, que o homem não obtém apenas de si próprio este poder de apropriação de si pelo trabalho vivo. Ele pode usufruir deste poder, pode enriquecê-lo mesmo, mas isso se a força da sua vontade de viver não encontrar diante de si, constante e unicamente, a dominação como vontade de desapropriá-lo deste poder. Tratar-se-ia antes dos alter egos que, como ele mesmo, procuram as vias para honrarem a vida e, se possível, com eles estabelecem e defendem a base de uma cooperação”. (LANCMAN & SZNELWAR, 2008, p. 243)

Para Dejours o processo de alienação é resultado de quando a estratégia defensiva, em

si própria, consegue se transformar em um objetivo para suportar as pressões psicológicas do trabalho, bloqueando toda possibilidade de modificação da circunstância vigente. Com a estabilização dessas estratégias acontece o enfraquecimento, a impassibilidade perante uma condição que não produz mais prazer, e sim sofrimento (MENDES, 1995).

Partindo da definição psicanalítica de sublimação, Dejours pondera que no momento em que o trabalho toma sentido assume um papel sublimatório e beneficia a saúde mental. O trabalho que favorece a sublimação é também fonte de prazer e engrandece a identidade. Acontece o contrário no trabalho impositivo, limitando a liberdade, bloqueia a sublimação ao se colocar como impedidor da criatividade (SELIGMANN-SILVA, 2011). A sublimação é um processo fundamental e imprescindível para a constituição e conservação da economia psicossomática de cada indivíduo. Logo, não se pode deixar de considerar os efeitos de uma escassez longa do direito a sublimação (LANCMAN & SZNELWAR, 2008).

Ao considerar os ensinamentos teóricos da PDT pode-se chegar à conclusão de que o trabalho pode proporcionar situações que permitem estabilizar e neutralizar o sofrimento, por vezes existencial, é possível assumir este lugar a partir da correspondência aos desejos do inconsciente do sujeito exigido pela pulsão, dando espaço para a sublimação e/ou a atuação subjetiva, que possibilita a transformação do sofrimento. A análise das perspectivas da PDT, da relação homem e trabalho, precisa considerar a relação dialética das experiências de prazer-sofrimento provenientes da organização do trabalho, sendo assim, não admitem estudos independentes (MENDES, 1995). Prazer e sofrimento se instauram através de uma dinâmica interna das ocasiões e da organização do trabalho. São efeitos das posturas e das condutas permitida pelo modelo organizacional, do qual os bastidores compõe-se de relações subjetivas de poder (HELOANI & CAPITÃO, 2003).

2.2 TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS

Os transtornos depressivos e ansiosos fazem parte dos transtornos mentais. O alemão Karl Birnbaum (1878-1950) (1980) propôs que as manifestações dos transtornos mentais se dão por três fatores: patogenético (patogênese), patoplástico (patoplastia) e psicoplástico (psicoplastia). O primeiro fator está ligado aos sintomas produzido pelo transtorno mental (humor triste, desânimo, relacionados a depressão). O segundo se caracteriza a personalidade

pré-mórbida do doente, a história de vida específica da pessoa e aos modelos de comportamento ligados a cultura de origem do paciente (são fatores externos e anteriores ao processo patológico). Já o terceiro relaciona-se aos acontecimentos e às reações do sujeito e do meio psicossocial após ao adoecer que contribuem para delimitar o quadro clínico resultante (desmoralização, perdas sociais e ocupacionais, reações aos conflitos familiares) (DALGALARRONDO, 2008).

Na psicopatologia desenvolvimental há diferentes conceitos e abordagens sobre a origem dos transtornos mentais, porém há convergência em entender que os transtornos mentais são prováveis desfechos do processo de desenvolvimento e que surgem através de inter-relações dimensionais, complicadas, em vários níveis, entre as características próprias do indivíduo (fatores psicológicos, biológicos e genéticos), as características ambientais (contato com episódios estressores, cuidado parental, relações interpessoais) e as características sociais (situação econômica, rede de apoio social, vizinhança) (POLANCK, 2009).

A psicopatologia fenomenológica entende os transtornos mentais como transtornos afetivos e tem a tradição de descrever e analisar a experiência subjetiva desses transtornos. Sua análise foca nas dimensões de temporalidade, espacialidade e personalidade ou identidade, compreende a experiência do paciente da melhor forma possível tendo como objetivo uma análise das estruturas básicas desta experiência que são alteradas na doença mental. (FUCHS, 2014).

Em sua relação com o trabalho os transtornos mentais e do comportamento são resultados de situações de trabalho (não de condições isoladas) em contato com o corpo e o mecanismo psíquico dos trabalhadores. As práticas inerentes no ato de trabalhar podem afetar o corpo dos trabalhadores, proporcionando distúrbios e lesões biológicas e ainda reações psíquicas às circunstâncias patogênicas de trabalho podendo desatar processos psicopatológicos específicos as condições do trabalho executado pelo trabalhador (SOUZA, 2013).

Os transtornos mentais e comportamentais apresentam etiologias diferentes que vão desde os fatores orgânicos aos fundamentalmente psicológicos. Um dos atributos dessas doenças, especialmente na sua relação com o trabalho, é a invisibilidade. Esse processo de invisibilidade acontece devido os problemas mentais não serem visíveis em exames e radiografias como a diabetes, a úlcera gástrica, hipertensão arterial, entre outras. A maior parte das alterações

psíquicas abrange processos crônicos, multicausais e cumulativos, que podem ou não ser somatizados (PENIDO, 2011).

Dentre os transtornos mentais destacam-se os transtornos depressivos e transtornos de ansiedade que foram reagrupados no DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, sendo a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (ARAUJO; NETO, 2014). Esses dois transtornos são considerados transtornos mentais comuns por sua alta prevalência na população global. Em um estudo realizado pela OMS em 2015, a nível mundial, constatou que 322 milhões de pessoas vivem com depressão e 264 milhões de pessoas vivem com ansiedade. Houve um aumento do ano de 2005 para o ano de 2015 de 18,4% de pessoas que vivem com depressão e de 14,9% de pessoas que vivem com ansiedade (OMS, 2017).

De acordo com Baldaçara (2015), atualmente as referências mais utilizadas no serviço de saúde e pesquisa para as classificações diagnósticas são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – DSM V e a 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças – CID-10.

Na CID-10 os transtornos depressivos se agrupam nos transtornos do humor. Neste agrupamento os transtornos se caracterizam pela alteração do humor, sendo assim as pessoas acometidas por esses transtornos apresentam alterações duradouras dos seus afetos, sentimentos e emoções. O estado de humor pode estar deprimido (rebaixado) ou eufórico (aumentado ou mania) (BALDAÇARA, 2015). Já os transtornos ansiosos se agrupam nos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes e se caracterizam por sintomas de ansiedade acima do suportado pelo sujeito. (GUEDES in BALDAÇARA, 2015).

Para Dalgarrondo (2008) embora haja os dois sistemas DSM e CID-10 que descrevem e definem os transtornos mentais específicos de maneira clara, aprecia para abordagem clínica inicial dos quadros mentais a perspectiva sindrômica, a qual diz que as síndromes são conjuntos de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente (são agrupamentos estáveis de sintomas) e são observadas na prática clínica diária.

As descrições sindrômicas descrevem o modo topográfico de um certo conjunto comportamental e nessa perspectiva os transtornos mentais são conceituados como uma

síndrome ou padrão comportamental ou psicológico (Matos & Ferreira, 2016).

2.2.1 Transtornos depressivos

Caracterizado pela presença de humor triste vazio ou irritável, associado de alterações somáticas e cognitivas que afetam consideravelmente a capacidade de funcionamento da pessoa. Dentro da classificação dos transtornos depressivos há vários tipos de transtornos que se diferem pelos aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (DMS-5, 2014).

Do olhar psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais característicos o humor triste e o desânimo (DALGALARRONDO, 2008). Todavia, elas se definem por uma pluralidade de sintomas afetivos (tristeza, apatia, irritabilidade etc), instintivos e neurovegetativos (fadiga, insônia, anedonia etc), ideativos (ideação negativa, ideia de culpa e arrependimento, ideias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre etc) e cognitivos (déficit de atenção e concentração, dificuldade de tomar decisões etc), relativos à autovalorização (sentimento de auto estima diminuída de incapacidade etc), à vontade e à psicomotricidade (tendência a permanecer na cama por todo dia, lentidão psicomotora até o estupor etc) (DALGALARRONDO, 2008).

Para a OMS (2017) os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, sensação de cansaço e pouca concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de um indivíduo de funcionar no trabalho, na escola ou lidar com a rotina da vida. No seu estado mais grave a depressão pode levar ao suicídio. Os transtornos depressivos incluem duas subcategorias principais: transtorno depressivo maior e episódio depressivo, que envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse, prazer e diminuição de energia, dependendo do número e gravidade de sintomas um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave.

Na perspectiva da psicopatologia fenomenológica a depressão se assemelha a doenças somáticas, tais como infecções que afetam um estado corporal total, pacientes com depressão vão queixar-se de sensação de fadiga, paralisia, dores, doenças, náusea, dormência, entre outros. A troca entre corpo e ambiente é bloqueada e rígida, a percepção é caracterizada por uma perda de atenção e sensação simpática, o movimento é marcado pela inibição psicomotora, os gestos,

o discurso e as ações são reduzidos, apenas produzidos mecanicamente e há falta de energia normal. Para agir, os pacientes têm que superar a inibição e se esforçarem até mesmo para tarefas menores, compensando com um alto esforço de vontade que o corpo não tem por vontade própria, os objetivos e objetos externos se afastam do paciente; usando os termos de Heidegger, eles não estão mais "prontos para uso", mas apenas "lá". O corpo depressivo carece de expressão emocional e não oferece pistas para a percepção empática do outro, a sincronização contínua de gestos corporais e olhares que normalmente acompanham a interação é interrompida, os próprios pacientes percebem esse congelamento de sua expressão e sentem-se incapazes de comunicar emocionalmente sua experiência e tentam em vão compensar a perda da sintonia pela repetição estereotipada de suas queixas. Os pacientes então se queixam de um "sentimento de não sentir" e de não ser capaz de simpatizar com seus parentes e perdem a participação no espaço compartilhado da sintonia afetiva. Há emoções que permanecem apesar da perda de afetividade, em particular sentimento de culpa, ansiedade ou desespero. No entanto, essas emoções mostram algumas características: (1) elas não conectam, mas separam o sujeito do mundo e dos outros; (2) sua qualidade corporal sentida é caracterizada por constrição e rigidez; (3) elas estão embutidas no humor deprimido predominante, em vez de surgirem como sentimentos independentes, portanto, seus objetos intencionais são tão onipresentes quanto arbitrários. Nos estágios severos ou psicóticos da depressão, as emoções constritivas se transformam em estados contínuos de agonia, e pode-se duvidar se elas ainda poderiam ser chamadas de emoções. (FUCHS, 2014).

2.2.2 Transtornos ansiosos

A ansiedade e o medo são emoções fundamentais para a sobrevivência humana, mas em excesso pode trazer danos significativos ao indivíduo. A sociedade atual vem sendo considerada a sociedade da ansiedade, devido a competitividade, sobrecarga de trabalho/prazos, obrigações e consumismo. Toda essa agitação e peso emocional podem gerar transtornos ansiosos (GUIMARÃES et al., 2015).

Os transtornos ansiosos são caracterizado pelo medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, e já a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Dentro da classificação

dos transtornos ansiosos há vários tipos de transtornos que se diferem nos tipos de objetos ou situações que produzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada (DMS-5, 2014).

As síndromes ansiosas inicialmente são organizadas em dois grandes grupos: quadros onde a ansiedade é constante e permanente (ansiedade generalizada, livre e flutuante) e quadros em que há crises de ansiedade inesperadas e mais ou menos intensas (crise de pânico, que de forma repetitiva podem se configurar como transtorno do pânico). (DALGALARRONDO, 2008).

Para a OMS (2017) os transtornos de ansiedade referem-se a um grupo de transtornos mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Como na depressão, os sintomas podem variar de leve a grave. A duração dos sintomas normalmente experimentados pelas pessoas com transtornos de ansiedade torna mais um distúrbio crônico do que episódico.

A principal característica do transtorno de ansiedade é a preocupação persistente e excessiva, de difícil controle, que são seguidas de sintomas físicos pertinentes à hiperatividade autonômica e a tensão muscular, sendo comum entre esses sintomas a insônia, fadiga, sudorese, taquicardia, dores musculares e dificuldade em relaxar, que causam uma influência na performance da pessoa ou um sofrimento significativo (ZUARDI, 2017).

CAPÍTULO 3 – TABALHO E SAÚDE MENTAL NA UNIVERSIDADE PÚBLICA

O presente trabalho foi realizado nas dependências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no Setor de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST). A UNIRIO é uma instituição pública brasileira de ensino superior de nível federal com sede no bairro da Urca no município do Rio de Janeiro. Em seu organograma é composta por 17 unidades administrativas, sendo elas: Reitoria; Vice-Reitoria; Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE); Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD); Pró-Reitoria de Extensão de Cultura (PROEXC); Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação (PROPG); Pró-Reitoria de Administração (PROAD); Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE); Pró-Reitoria de Planejamento (PROPLAN); Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS); Centro de Ciências Exatas e Tecnologia (CCET); Centro de Ciências Humanas e Sociais (CCH); Centro de Ciências Jurídicas e Políticas (CCJP); Centro de Letras e Artes (CLA); Arquivo Central (AC); Biblioteca Central (BC) e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

O trabalho exercido em uma instituição superior de ensino tem como finalidade a implementação do conhecimento científico na sociedade exercendo um papel social e fundamental para o progresso da ciência no ensino, pesquisa e extensão. Quando esta instituição é pública, apresenta então, um modelo organizacional totalmente dependente de políticas públicas, nas quais estão presentes a burocracia, escassez de recursos humanos e/ou materiais e muitas vezes a falta de trabalhadores capacitados para exercer a função de chefia e/ou gestor, produzindo assim um ambiente organizacional de insegurança, desmotivação e apreensão para os seus trabalhadores.

A UNIRIO tem como força de trabalho os colaboradores e os servidores. Como colaboradores se tem todos os contratos terceirizados, bolsistas, residentes e reintegrados. E como servidores se tem os técnicos administrativos e os docentes. Neste trabalho vamos abordar os servidores.

Os técnicos administrativos fazem parte da equipe de trabalhadores que dão todo o suporte técnico e administrativo para o funcionamento da Instituição, seja na esfera de ensino, pesquisa e extensão ou na esfera administrativa de gestão. Esse grupo de trabalhadores atuam em seus diversos cargos de nível fundamental, médio e superior, com 5 níveis de classificação. Sua carga horária pode ser de 20h, 30 ou 40h semanais.

Os docentes fazem parte da equipe de trabalhadores que atuam no ensino, seja na graduação e/ou pós-graduação, na pesquisa e extensão, podendo também atuar na esfera administrativa de gestão. O seu plano de carreira é dividido em 5 classes. Sua carga horária de trabalho pode ser de 20h e 40h semanais ou ainda 40h semanais com dedicação exclusiva (DE).

O SAST é um dos dois setores que compõe a Divisão de Promoção à Saúde (DPS) que faz parte da Diretoria de Gestão de Pessoas (DDP) da Pró-reitora de Gestão de Pessoas (PROGEPE). A equipe do SAST é composta por 1 assistente administrativo, 2 assistentes sociais, 1 enfermeira do trabalho, 2 engenheiras de segurança do trabalho, 3 médicos do trabalho, 2 psicólogos e 2 técnicos de segurança do trabalho. O SAST trabalha na vigilância, prevenção e promoção da saúde do trabalhador e presta suporte ao Setor de Perícia em Saúde (SPS), setor o qual faz parte da composição da DPS.

O suporte que o SAST presta ao SPS é fornecer subsídios para as decisões dos peritos médicos, sendo estes os responsáveis pela perícia oficial em saúde que tem a finalidade de conceder os direitos relacionados à saúde dos servidores estabelecidos na lei 8.112/90. Dentre esses direitos, está a licença para tratamento de saúde do próprio servidor, onde sua concessão pode ser dispensada de perícia médica oficial, nos casos em que esse afastamento for até 5 dias corridos ou o número total de dias seja inferior a 15 dias no período de 12 meses a contar a data do primeiro afastamento. Nos demais casos a licença só é homologada quando for realizada perícia médica oficial nas modalidades singular ou por junta, a depender de cada caso. É também a perícia oficial em saúde que estabelece, caso exista, o nexo causal.

A autora desta pesquisa faz parte da equipe do SAST e atua como uma, dos dois psicólogos do setor. A prática laboral em um setor de atenção à saúde do trabalhador nos remete a pensar a relação saúde e trabalho em todas as suas particularidades e impactos na vida de cada trabalhador e na instituição envolvida. Cada atendimento, realizado por demanda espontânea ou encaminhamento, vem transbordado de singularidade e ao mesmo tempo faz parte de um todo que é definido pela cultura e organização do trabalho da Instituição. Nesses atendimentos encontramos nos trabalhadores um alto índice de sofrimento psicológico que proporcionam agravos de saúde e/ou adoecimentos mentais, mas devido à grande dificuldade de se estabelecer nexo causal nas questões de saúde mental e trabalho, nos deparamos na fragilidade do tema e com o desajuste de intervenções, pela saúde do trabalhador, na prevenção, promoção e

vigilância da saúde destes trabalhadores no que se refere a esta questão.

A escolha do tema deste trabalho foi feita a partir da dificuldade exposta, e tem a perspectiva de contribuir com a prática laboral das equipes que compõe a DPS. Se propõe a estudar os afastamentos por transtornos ansiosos e depressivos dos servidores, técnicos e docentes, da UNIRIO, do período de janeiro de 2014 à dezembro de 2018 e sua relação entre saúde e trabalho.

3.1 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada nas dependências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e teve como população os 2.742 servidores efetivos, divididos entre 1.789 técnicos administrativos e 953 docentes. Dessa população 81 servidores atenderam o critério de inclusão e desses, 7 aceitaram participar da entrevista. A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) com parecer de número 3.482.564 e pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

O estudo tem caráter descritivo qualitativo, a partir da coleta de dados dos arquivos do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) – UNIRIO, e seu critério de inclusão são os servidores, técnicos e professores, afastados por transtornos depressivos e transtornos ansiosos no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Posteriormente foi realizada tentativa de entrevista semi-estruturada, com os servidores que já estiveram ou ainda estavam de licença, no intuito de tentar avaliar os possíveis fatores psicossociais desencadeantes dos transtornos depressivos e ansiosos, avaliar a relação saúde trabalho, e identificar as possíveis causas e/ou principais fatores de risco no ambiente organizacional da UNIRIO, que podem contribuir aos transtornos depressivos e ansiosos. Tais informações, de acordo com Laville e Dionne (1999), possibilitam o aprofundamento da investigação, implementação de medidas preventivas, corretivas e terapêuticas.

Os dados foram tabulados a fim de se avaliar a prevalência dos dois transtornos entre técnicos e professores, e distribuídos de acordo com sexo, plano de carreira, unidade de trabalho, período de afastamento, motivo do afastamento e tempo de afastamento.

Foram afastados 81 servidores por transtornos depressivos e ansiosos no período de

janeiro de 2014 à dezembro de 2018 e todos foram convidados a participarem da entrevista. Inicialmente o convite foi feito para alguns servidores através de telefone. Visando uma melhor agilidade e por muitos não terem telefone de contato registrado no seu cadastro, os demais servidores foram convidados por e-mail. Desses, 7 aceitaram participar da entrevista e, então, submetidos à mesma, com a autora deste projeto, após agendamento e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com uso de roteiro de entrevista, através de formulário eletrônico, elaborado pela autora deste Projeto que se encontra no Apêndice B. Todos participantes autorizaram a gravação da entrevista por um gravador de áudio. Posterior a entrevista, esta gravação foi transcrita para um documento do word, e o áudio eliminado.

Além da tabulação feita com todos os sujeitos da pesquisa pode-se avaliar nos servidores entrevistados a idade, estado civil, orientação sexual, cor, escolaridade, renda mensal familiar, carga horária, nível de classificação dos técnicos administrativos, data de entrada na UNIRIO, tempo de trabalho na unidade administrativa em que foi afastado, por quais unidades administrativas já trabalhou e as possíveis causas e fatores psicossociais desencadeantes dos transtornos depressivos e/ou ansiosos. É garantido o sigilo das informações prestadas e o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como o compromisso ético quanto à liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalização. Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos aos seus sujeitos, de cunho emocional, podendo acarretar fadiga e desconforto. Caso isso ocorra, a pesquisadora responsável, está disponível para fornecer informações e o apoio que se fizer necessário.

Todos os dados desta pesquisa serão mantidos em documentos eletrônicos no programa FileStream do Google Drive no período de 05 anos, onde somente a pesquisadora terá acesso, sendo eliminados ao término deste período.

3.2 RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS

3.2.1 Servidores afastados

O levantamento realizado identificou 81 servidores afastados por transtornos depressivos e ansiosos no período de janeiro de 2014 à dezembro de 2019. Desse total 16 são

docentes e 65 são técnicos administrativos.

SERVIDORES AFASTADOS POR CARGO

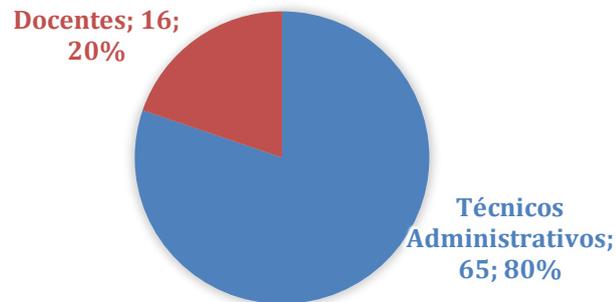


Gráfico 1

O número total de afastamentos por transtornos depressivos foi de 46, ao passo que os afastamento por transtornos ansiosos foi de 60. Isso ocorreu pelo fato de que alguns servidores se afastaram pelo os dois transtornos de forma simultânea, ou de forma intercaladas, e ainda, ao fato de que alguns servidores se afastaram apenas por um dos transtornos.

No total da população os transtornos depressivos representaram um índice de 43%, já os transtornos ansiosos representaram um índice de 57%.

INCIDÊNCIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS NO TOTAL DE SERVIDORES

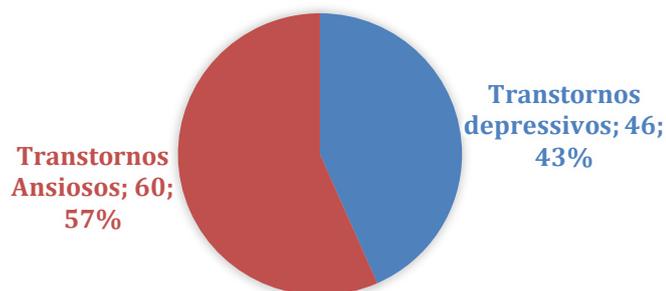


Gráfico 2

Quando separamos esses índices por cargos encontramos no grupo dos técnicos

administrativos um índice de 85% de transtornos depressivos contra um índice de 80% dos transtornos Ansiosos. E no grupo dos docentes encontramos um índice de 15% de Transtornos depressivos e um índice de 20% dos transtornos ansiosos. Por isso, podemos dizer que na população geral dos servidores afastados, os Transtornos Ansiosos apresentam incidência maior que os transtornos depressivos e que essa incidência se mantem no grupo dos docentes quando separados essa população total por cargos, porém no grupo dos técnicos a maior incidência são dos Transtornos Depressivos.

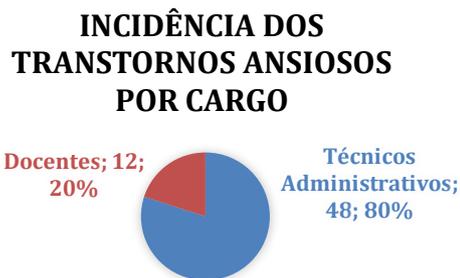


Gráfico 3

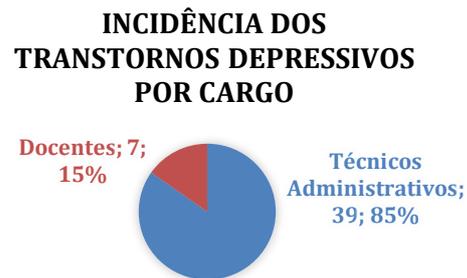


Gráfico 4

Nos anos de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018 em todos os meses, tivemos afastamento pelos dois transtornos, onde um sobrepunha o outro, porém nos meses de outubro e dezembro do ano de 2014, nos meses de fevereiro, abril, maio e agosto do ano de 2015, nos meses de julho e dezembro de 2016, nos meses março e setembro do ano de 2017 e no mês de março do ano de 2018, o número de afastamento foi o mesmo para os dois transtornos.

Em 2014, o mês com menor número de afastamento foi janeiro e o mês com maior foi outubro.

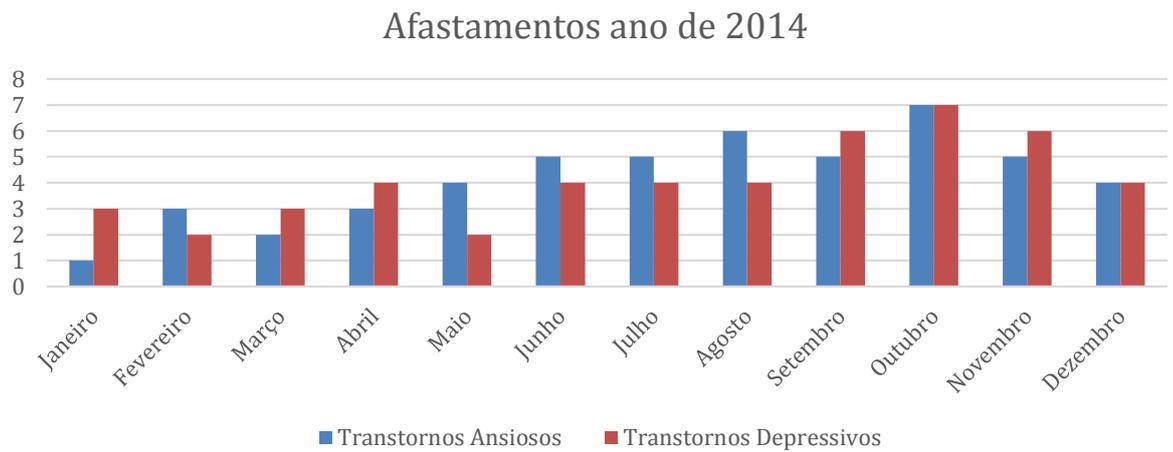


Gráfico 5

Em 2015, o mês com menor número de afastamento foi junho e o mês com maior foi dezembro.

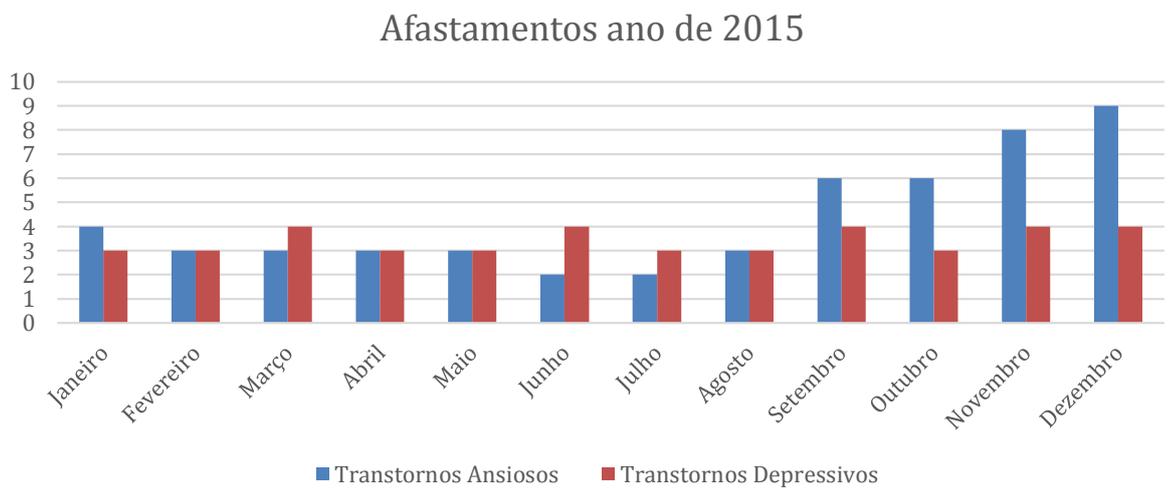


Gráfico 6

Em 2016, o mês com menor número de afastamento foi fevereiro e os meses com maior foram outubro e novembro.

Afastamentos ano de 2016

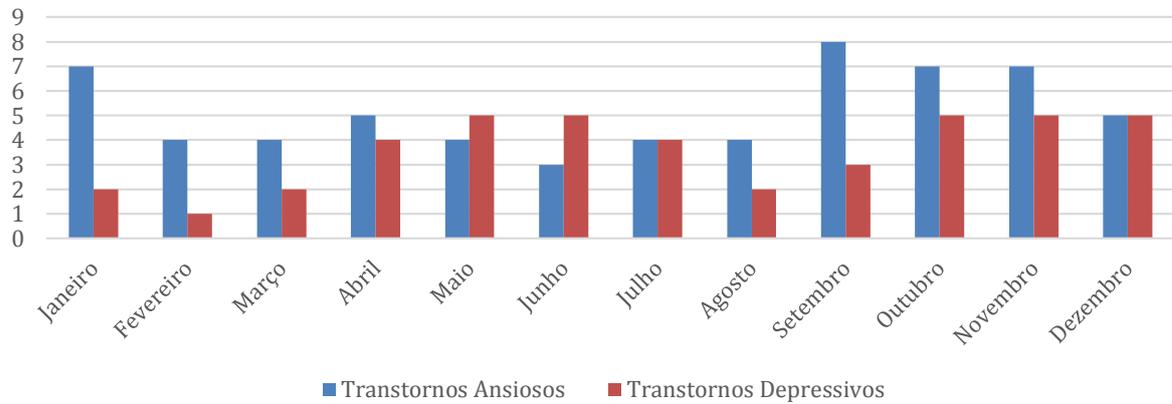


Gráfico 7

Em 2017, os meses com menor número de afastamentos foram setembro e novembro e o mês com maior foi dezembro.

Afastamentos ano de 2017

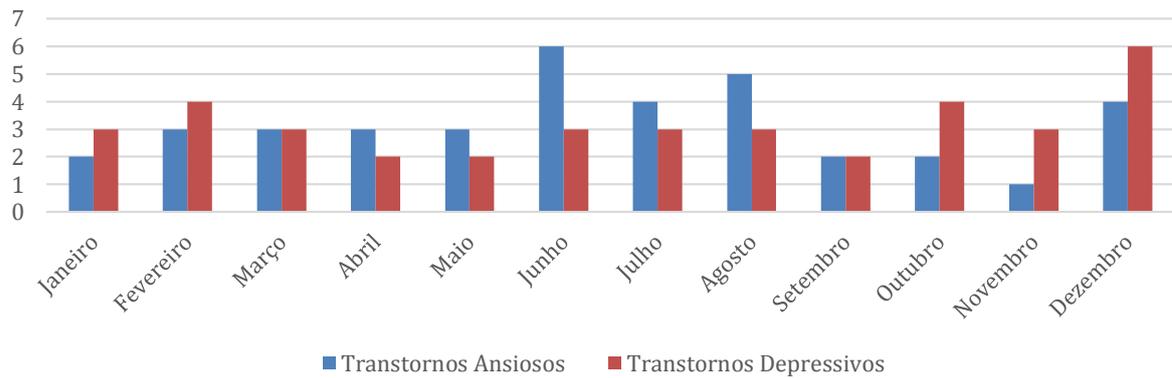


Gráfico 8

Em 2018, os meses com menor número de afastamentos foram janeiro, fevereiro e maio e o mês com maior foi dezembro.

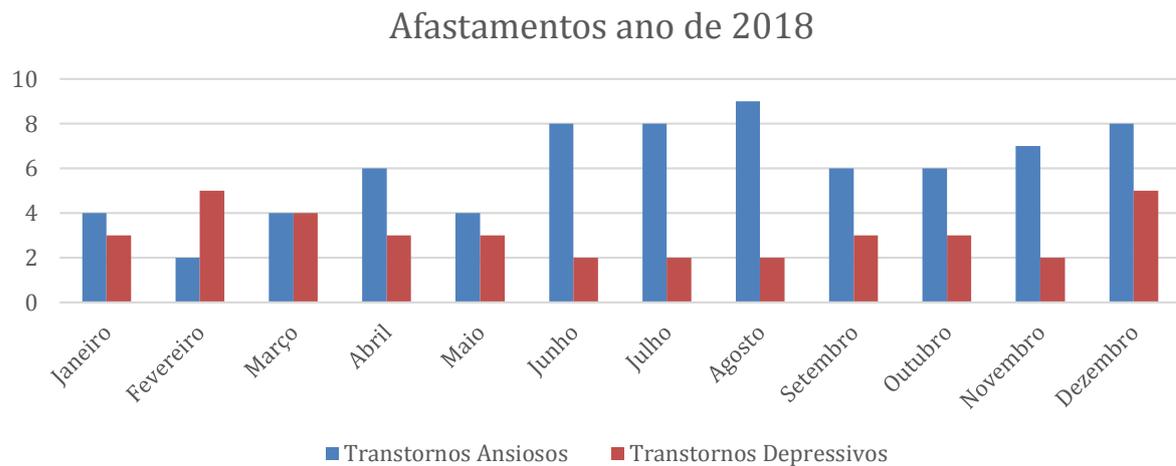


Gráfico 9

Janeiro (2014 e 2018) e fevereiro (2016 e 2018) são meses que aparecem em dois anos como sendo menor número de afastamentos. Outubro é um mês que aparece no ano de 2014 e no ano de 2016 como um mês de maior número afastamento, mas o grande destaque é para o mês de dezembro que aparece nos anos de 2015, 2017 e 2018 como um mês de maior números de afastamento.

A unidade administrativa com maior número de servidores afastados é o HUGG com 37 servidores que corresponde a 46% da população total. A Reitoria e o CCET aparecem como as unidades administrativas com o menor número de servidores, com 1 servidor cada, que corresponde 1% respectivamente, da população total. Outras unidades administrativas que apresentam servidores afastados neste estudo são: BC, CLA, CCJP, CCH, CCET, CCBS, PROPLAN, PROGEPE, PROAD e a Vice-Reitoria.

SERVIDORES AFASTADOS POR UNIDADE ADMINISTRATIVA

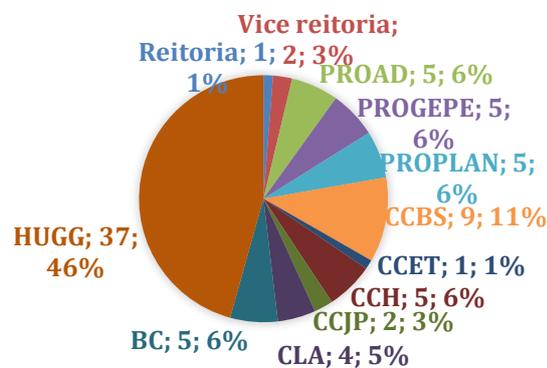


Gráfico 10

68 servidores são do sexo feminino, o que corresponde a 84% da população total e 13 servidores são do sexo masculino, o que corresponde 16% da população total.

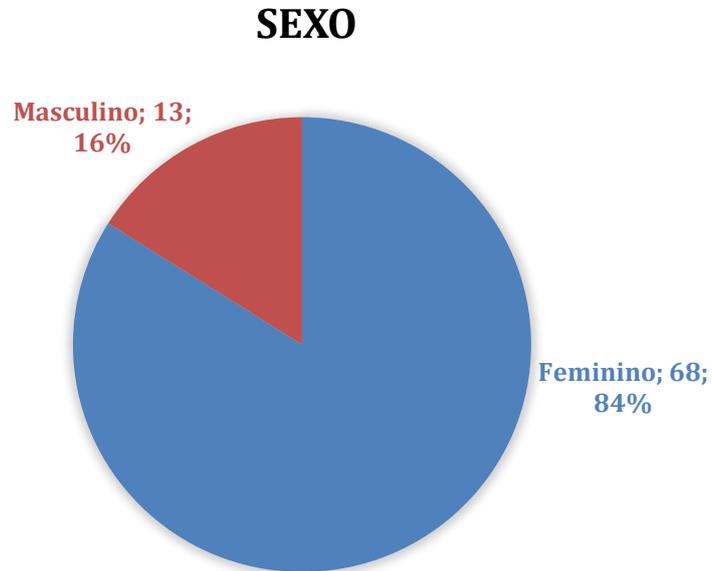


Gráfico 11

Desses servidores afastados:

- Dois, do sexo feminino, foram aposentados por invalidez, tendo o transtorno depressivo como causa, um no ano de 2016 e outro no ano de 2017. O que se aposentou no ano de 2016, voltou ao trabalho em 2019, pois teve reversão da aposentadoria.

- Um, do sexo masculino, afastado por transtorno depressivo no ano de 2018, cometeu suicídio 25 dias após retornar do afastamento.

- Um, do sexo feminino, aceitou participar da entrevista, porém não compareceu no dia da mesma e não retornou os meus contatos posteriores ao dia marcado para entrevista.

- Três, do sexo feminino, agradeceram o convite, mas não poderiam participar e os motivos apresentados foram: 1) se aposentou por invalidez, 2) Está fora do país cursando pós-doutorado e 3) está fora do estado em colaboração técnica em outra instituição.

- Um, do sexo masculino, disse querer participar da entrevista, mas não respondeu meus e-mails que tentavam marcar a data e o horário da entrevista.

- Sete, do sexo feminino, aceitaram participar da entrevista e foram entrevistadas.

-Os demais servidores, ambos os sexos, não me deram respostas sobre a disponibilidade ou não para participar da entrevista.

3.2.2 servidores afastados entrevistados

Foram um total de 7 servidores afastados que aceitaram participar da entrevista e todos eles são do sexo feminino e heterossexual. 3 (43%) tem cor de pele preta, 2 (28%) tem cor de pele parda e 2 (28%) tem cor de pele branca. 4 (57%) são solteiras e 3 (43%) são casadas.

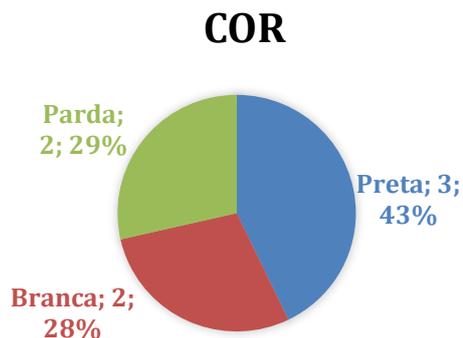


Gráfico 12

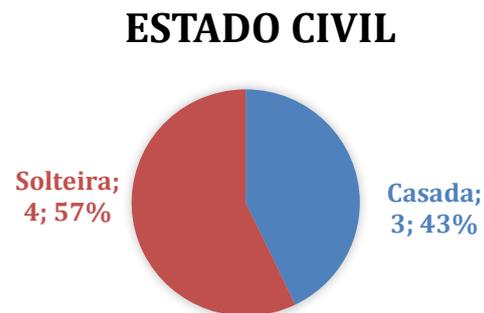


Gráfico 13

Todas são graduadas sendo que duas possuem especialização, uma mestrado e duas doutorado. 6 (86%) são técnicas administrativas e 1 (14%) docente. Das que são técnicas administrativas 3 (50%) são nível de classificação D e 3 (50%) são nível de classificação E, e todas elas possuem escolaridade maior do que a mínima exigida para o seu cargo. A servidora docente tem dedicação exclusiva e as técnicas administrativas tem carga horária de 40 horas semanal.



Gráfico 14

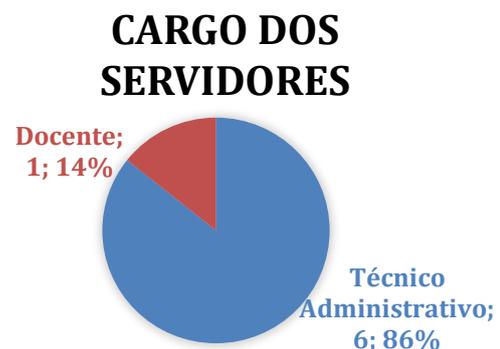


Gráfico 15

Sobre os afastamentos, 1 (14%) servidora foi afastada por transtorno depressivo, 5 (72%) foram afastadas por transtornos ansiosos e 1 (14%) pelos dois transtornos.

GRUPO DE TRANSTORNOS

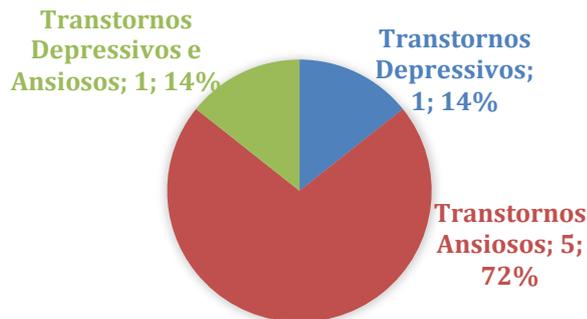


Gráfico 16

Quando avaliamos se as servidoras foram afastadas por outras doenças encontramos afastamento por burnout em 1 (14%) servidora, dengue em 1 (14%) servidora, mioma em 2 (29%) servidoras, sinusite em 1 (14%) servidora e em 2 (29%) servidoras esse critério não se aplica.

OUTROS MOTIVOS DE AFASTAMENTO

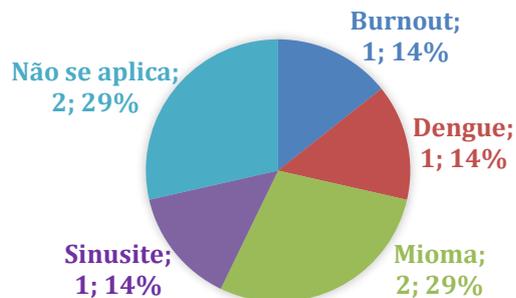


Gráfico 17

No momento da entrevista 6 (86%) das servidoras estavam em algum tipo de acompanhamento médico e 1 (14%) não estava. 4 (67%) estavam fazendo uso de algum tipo de medicamento enquanto que 3 (43%) não. Todas as servidoras já tiveram contato com a psicoterapia, sendo que 3 (43%) estavam em acompanhamento psicológico e 4 (57%) não.

SERVIDORA EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO

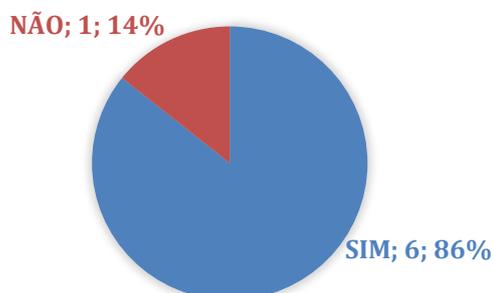


Gráfico 18

SERVIDORA FAZENDO USO DE ALGUM MEDICAMENTO

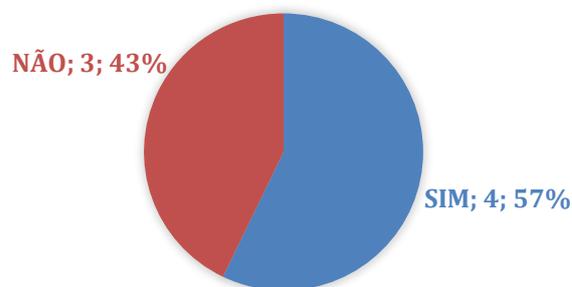


Gráfico 19

SERVIDORA QUE FAZ OU JÁ FEZ PSICOTERAPIA

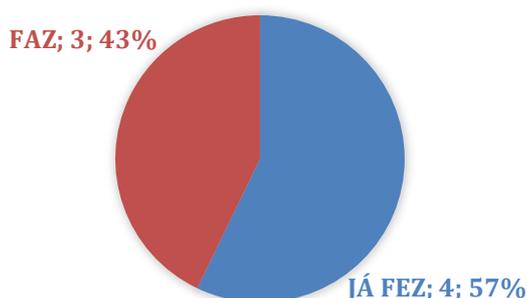


Gráfico 20

A renda familiar mensal mínima de todas as servidoras é maior que 5 salários mínimos, sendo que 3 (43%) dispõem de 5 à 10 salários mínimos, 3 (43%) dispõem de 11 à 15 salários mínimos e 1 (14%) dispõem de 20 à 25 salários mínimos. 2 (29%) servidoras moram juntas com 3 pessoas que, 3 (43%) servidoras moram juntas com 3 pessoas, 1 (14%) servidora mora junta com 1 pessoa e 1 (14%) servidora mora sozinha. Entre as pessoas que moram juntas com as servidoras temos: 4 maridos, 3 filhos, 1 pai, 1 mãe, 1 irmão(a), 1 afilhado(a) e 1 amigo(a). Das servidoras que moram junto com outras pessoas todas afirmaram que têm um bom relacionamento com esses, indo de muito bom à ótimo.

RENDA FAMILIAR MENSAL

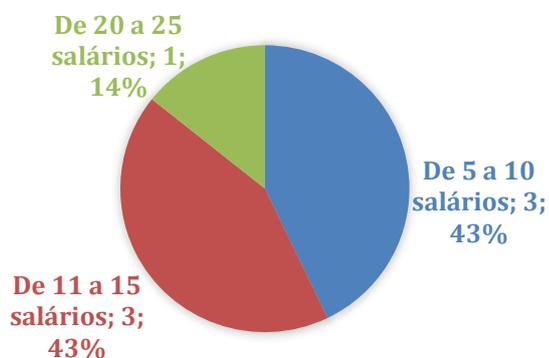


Gráfico 21

QUANTIDADE DE PESSOAS QUE MORAM JUNTO COM CADA SERVIDORA

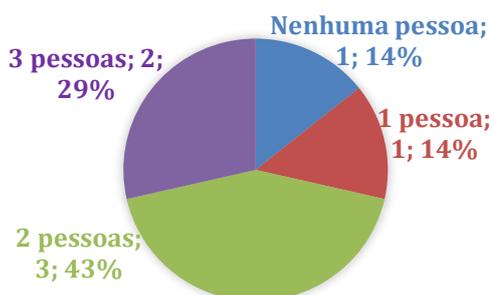


Gráfico 22

QUEM SÃO AS PESSOAS QUE MORAM JUNTO COM CADA SERVIDORA



Gráfico 23

A média de tempo da duração de cada entrevista foi de 30 minutos, porém o menor tempo foi de 18 minutos e o maior tempo foi 55 minutos.

DURAÇÃO DA ENTREVISTA

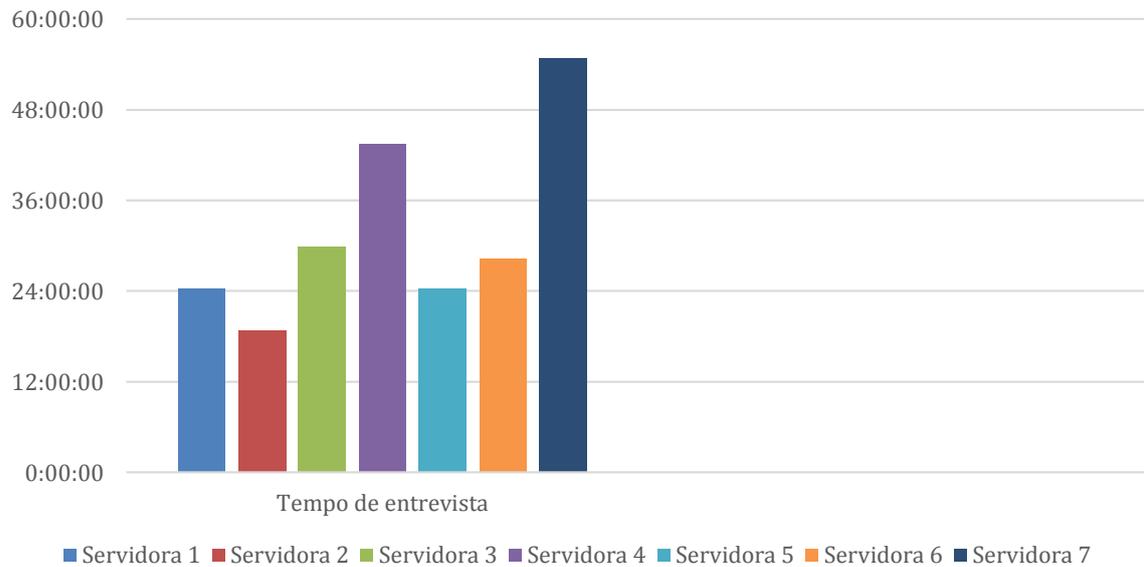


Gráfico 24

As unidades administrativas a quais as servidoras entrevistadas estavam exercendo sua função no período do afastamento são: CCBS, CLA, HUGG, PROAD, PROGEPE e PROPLAN.

LOCAL DE TRABALHO NO PERÍODO DE AFASTAMENTO

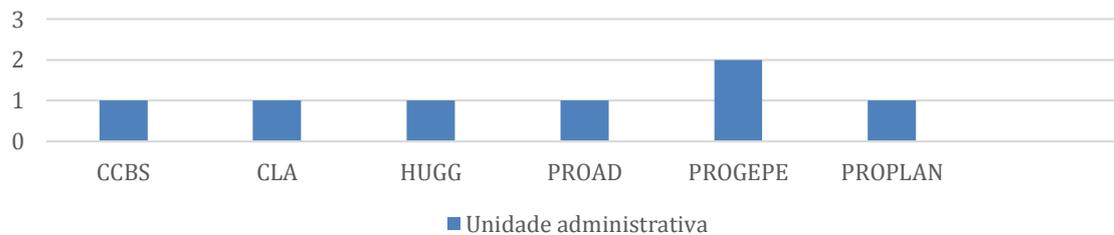


Gráfico 25

As Unidades Administrativas em que as servidoras já trabalhou ou estavam trabalhando no momento da entrevista como resultados, além dessas unidades citadas anteriormente, também tivemos: PRAE e Reitoria.

LOCAL QUE JÁ TRABALHOU OU TRABALHA

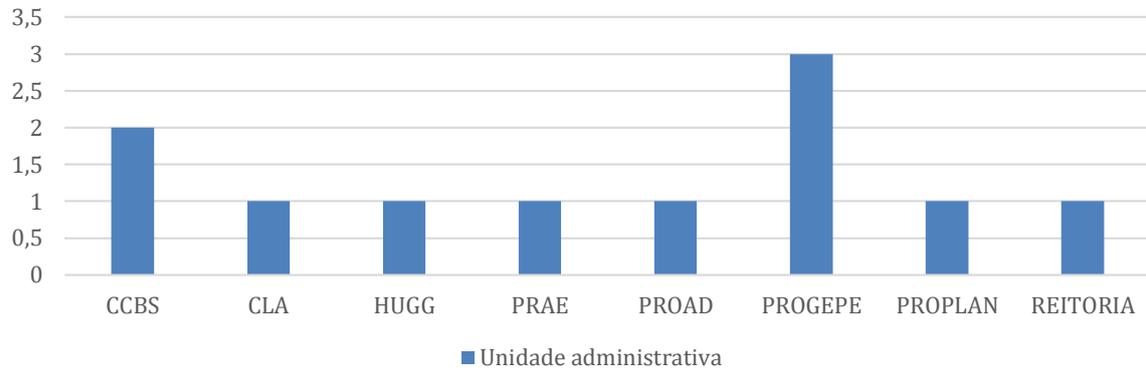


Gráfico 26

O tempo de trabalho na UNIRIO é de 4 anos para 1 (14%) servidora, de 5 anos para 1 (14%) servidora, de 6 anos para 1 (14%) servidora, de 7 anos para 2 (29%) servidoras, de 10 anos para 1 (14%) servidora e de 19 anos para 1(14%) servidora.

TEMPO NA UNIDADE ADMINISTRATIVA DO AFASTAMENTO

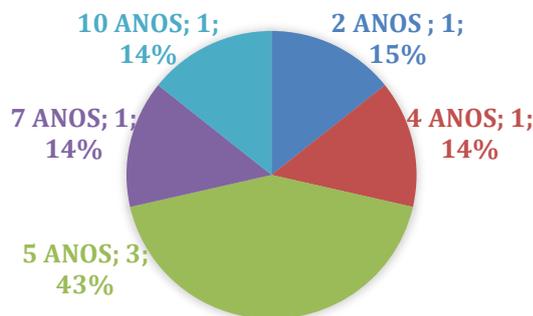


Gráfico 27

Já o tempo de trabalho na unidade administrativa em que estavam trabalhando no momento do afastamento é de 2 anos para 1 (15%) servidora, de 4 anos para 1 (14%) servidora, de 5 anos para 3 (43%) servidoras, de 7 anos para 1 (14%) servidora e de 10 anos para 1 (14%) para 1 servidora. Logo, 4 dessas servidoras permanecem na mesma unidade administrativa desde que entraram na UNIRIO.

TEMPO NA UNIRIO

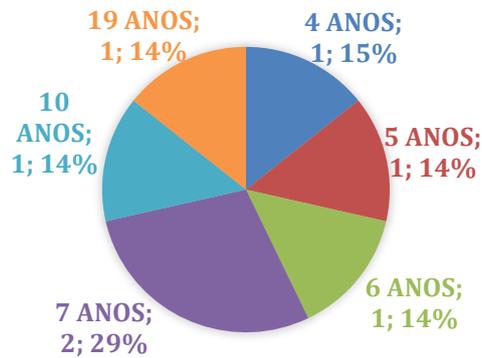


Gráfico 28

As servidoras que foram entrevistadas tiveram seu período de afastamentos nos anos de 2014, 2016, 2017 e 2018, ficando de fora o ano de 2015.

PERÍODO DO AFASTAMENTO



Gráfico 29

O ano de 2014 teve 1 servidora afastada, no mês de janeiro, por 23 dias, sendo considerado esse ano como o que apresentou o menor período de afastamentos do grupo. No ano de 2016 teve 2 servidoras afastadas, com um total de 141 dias e o único mês em que não houve afastamentos foi dezembro, sendo considerado esse ano como o que apresentou o maior período de afastamentos do grupo. O ano de 2017 teve 2 servidoras afastadas, no mês de junho, com um total de 32 dias, sendo esse o único mês com afastamentos. E o ano de 2018 teve 4

servidoras afastadas, com um total de 130 dias e os meses de janeiro, fevereiro e setembro foram os únicos meses em que não houveram afastamentos. Sendo assim, houve 1 servidora que afastou em dois diferentes anos e as outras seis só se afastaram em um dos anos, o ano de 2018 foi o ano que mais servidoras se afastaram e o ano de 2014 foi ano que houve mais dias e mais meses de afastamentos.

DIAS DE AFASTAMENTO E QUANTIDADE DE SERVIDORAS

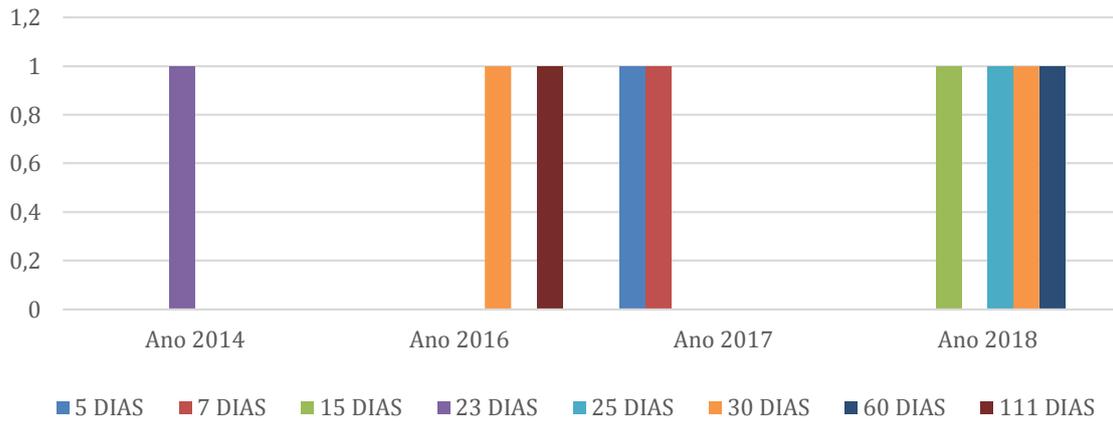


Gráfico 30

DIAS DE AFASTAMENTO NO ANO

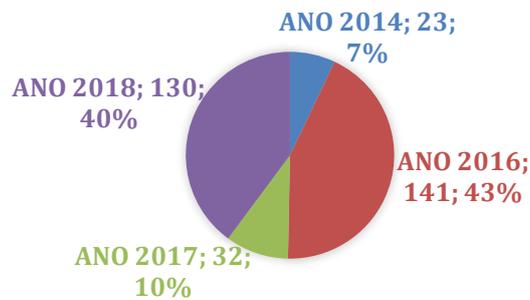


Gráfico 31

Todas as servidoras permitiram a gravação da entrevista que aconteceram nos dias: 10/10/19, com 1 servidora; 11/10/19, com 2 servidoras; 25/10/19, com 1 servidora; 22/11/19, com 2 servidoras e 25/11/19, com 1 servidora. Apenas 3 servidoras já tiveram contato com o SAST e todos foram através de demanda espontânea.

3.2.2.1 o significado do afastamento para o servidor

A maior parte das servidoras tiveram um longo intervalo de tempo desde os inícios dos sintomas até ao diagnóstico que levaram ao afastamento, porém 1 servidora teve esse intervalo em 15 dias. O recebimento do diagnóstico foi muito ruim para uma servidora, pois já havia passado por um episódio, para uma outra servidora foi difícil e uma outra se emocionou e ficou triste, mas para outras 4 servidoras o diagnóstico não foi penoso, foi algo que já se imaginava.

Ficar afastado do trabalho para o tratamento de saúde para a maioria das servidoras teve conotação positiva, tais como: natural, alívio, foi bom e necessário, mas para 2 servidoras a conotação foi negativa, tais como: difícil de aceitar, foi chato e esquisito. O retorno ao trabalho para as 2 servidoras que viram o afastamento com negatividade, foi positivo, para as servidoras que tinham visto o afastamento com positividade: para 2 servidoras o retorno foi natural e tranquilo e para as outras 3 servidoras o retorno foi ruim.

Ao falar da vivência do afastamento, duas das servidoras entrevistadas mencionaram que a relação com a chefia foi afetada, pois antes do afastamento tinham um bom relacionamento, mas no retorno ao trabalho suas chefias se tornaram indiferentes. Só duas servidoras tinham e continuaram tendo um bom relacionamento com suas chefias, após o afastamento, e as demais, o relacionamento ficou como antes, frio e distante.

A volta do afastamento para o trabalho foi sentida como acolhedora pelas servidoras em que tinham relacionamento positivo com seus colegas de setor, já para as que tinham relacionamentos negativos a recepção por partes dos seus colegas foram indiferentes e isso atribuiu as servidoras um sentimento de falta de acolhimento.

3.2.2.2 relação entre saúde mental e a organização do trabalho

Para 3 servidoras o trabalho foi o que contribuiu para o início dos sintomas e essa relação foi com o ambiente do trabalho. Para 2 servidoras as questões pessoais, e que indiretamente o trabalho estava envolvido, foi o que contribuiu para o início dos sintomas, já para 1 servidora o trabalho foi agravador dos sintomas. Isso pode ser ilustrado em suas falas:

Servidora 1: “Relaciono o início dos meus sintomas com a sobrecarga de trabalho e ambiente estressante”.

Servidora 2: “Estava passando por uma situação pessoal que tinha relação com o trabalho, mas não de forma direta e foi isso que me fez adoecer”.

Servidora 4: “Por questões de saúde do meu filho fiquei um período afastada

do trabalho e sem convívio social. A volta da rotina do trabalho e a preocupação com a saúde do filho meu filho contribuíram para o início dos meus sintomas”.

Servidora 5: “Tenho histórico da doença na família e quando entrei na UNIRIO houve um agravamento, uma piora”.

Servidora 6: “Adoeci por conta do ambiente competitivo do setor de trabalho com ambição, passar por cima da pessoa, falta de respeito e fofoca”.

Servidora 7: “Relaciono o meu adoecimento a toda pressão que sofri dentro do ambiente do trabalho, houve desentendimento com 2 colegas de trabalho e meu chefe. Perseguição do chefe, pressão para apoiar a retirada de um colega do departamento. Houve uma sindicância”.

3.2.2.3 a vivência subjetiva da atividade de trabalho

Todas as servidoras relacionam o trabalho com sua saúde e sua vida pessoal, sendo o trabalho importante, maior parte da vida se passa no trabalho, 1 servidora disse que mesmo tendo essa relação do trabalho com a saúde e vida pessoal ela consegue separar as coisas, para 1 outra servidora ela tenta separar, mas não consegue e já para 1 servidora o trabalho se relaciona de forma negativa. Todas as servidoras disseram que o trabalho é importante em suas vidas e atribuíram valores financeiros, produtivos, reconhecimento e ocupação do tempo.

Grande parte das servidoras não se sentem valorizadas pelo seu trabalho e 2 servidoras manifestaram se sentir valorizadas em parte e só 1 servidora manifestou se sentir bem, sem peso no seu trabalho. Das que se sentem desvalorizadas:

Servidora 1: “Desvalorizada”

Servidora 3: “Pela equipe sim, pela gestão não”

Servidora 4: “Totalmente desvalorizada, me sinto mal”

Servidora 5: “Me sinto inútil no trabalho”

Servidora 6: “Não me sinto valorizada, me sinto impotente, não tenho acesso a senha e fico só cumprindo horário”

Servidora 7: “Não muito. Dentro do departamento e pela instituição não me sinto valorizada, mas pelos alunos sim, pois houve uma melhora com a mudança da metodologia”

O percurso profissional de todas as servidoras entrevistadas começou anterior a sua entrada na UNIRIO, 4 delas possuem seu cargo na sua área de formação profissional dentro da Universidade, e dessas, uma se sente subaproveitada, pois as atividades que desenvolve no seu setor são inferiores ao seu grau de formação.

Quando questionadas se gostavam das suas atividades realizadas no trabalho 4 das servidoras disseram que sim e 3 falaram que não. No quesito autonomia em desenvolver suas atividades, 3 servidoras falaram que não tinham autonomia, 3 disseram ter parcialmente e 1

afirmou ter autonomia.

Em relação a possuírem planos profissionais, 5 servidoras disseram que sim. Dessas servidoras 3 manifestaram interesse em sair da UNIRIO e prestar concursos para outras instituições, 1 pretende se preparar para docência e 1 disse que seu interesse era conseguir exercer na UNIRIO a sua função administrativa com tranquilidade, ter uma mesa e computador. Para as 2 servidoras que disseram não possuir planos profissionais, relataram que pretendem ficar onde estão, porém 1 delas ressaltou que futuramente pode tentar seguir a carreira de docente.

3.2.2.4 o ambiente do trabalho e a organização do trabalho na universidade

O relacionamento com os colegas de setor para 4 servidoras é bom, para 1 servidora esse relacionamento é indiferente e para as outras 2 servidoras o relacionamento com seus colegas é muito ruim. Já o relacionamento com a chefia é bem positivo para 2, para 2 outras servidoras o relacionamento com uma das chefias era bom, porém houveram questões que tornaram esses relacionamentos ruins e para 3 servidoras esse relacionamento era ruim.

A maioria das servidoras relataram não haver organização das tarefas nos seus setores e nem reunião de equipe e que quando há divisão de tarefas as mesmas não são cumpridas e as reuniões quando são realizadas não são frequentes, 2 servidoras afirmaram que no seu setor há reuniões de equipe com frequência e também organização das tarefas.

A UNIRIO não é vista com bons olhos por quase todas as servidoras e entre os relatos dessas, que justificam essa posição, estão, a falta de organização, decepção, infelicidade profissional, um espaço provinciano, feudal com pequenos reinados e com muita gente boa cansada, um lixo. Uma das servidoras justifica que não é a instituição e sim as pessoas, há muita perseguição, muita gente que quer ser, e competitividade. Uma outra servidora disse que a decepção ocorreu por precisar da instituição e não teve a quem recorrer no momento de dificuldades no trabalho. Apenas uma servidora relatou ser a UNIRIO um universo desconhecido para ela, pois a unidade administrativa a qual fazia parte não tinha conexão direta com as demais unidades administrativas da UNIRIO.

3.2.2.5 relatos de violência e assédio moral

Foi unânime a afirmação de todas as servidoras sobre ter sofrido algum tipo de violência psicológica e/ou assédio moral e 5 dessas, também relataram que já presenciou os colegas sofrerem as mesmas. 3 servidoras falaram que não procurou ajuda da gestão porque foi a mesma que cometeu e as 4 servidoras que procuraram ajuda disseram que nada adiantou, pois em um caso, a gestão foi omissa, normalizou a situação, no outro caso, a gestão e a ouvidoria nada fizeram. Em um outro, a gestão não fez nada e num outro, foi aberto até um processo administrativo disciplinar (PAD), porém desde 2016 não há nenhuma resposta. Nas falas das servidoras relacionadas ao fato de terem presenciado ou sofrido situações de violência (psicológica) e assédio (moral/sexual), temos:

Servidora 1: “Sim, assédio moral. Não procurei ajuda, foi difícil perceber o que estava acontecendo e não tinha perspectiva de mudança, muito amadorismo por parte da gestão”.

Servidora 2: “Já sofri e já presenciei várias vezes, violência psicológica e assédio moral. Não procurei ajuda da gestão no meu caso, porque foi a própria gestão que cometeu. No caso da outra pessoa, preferi não me meter na situação”.

Servidora 3: “Já sofri e já presenciei violência psicológica, procurei a gestão e a mesma foi omissa, normalizou a situação”.

Servidora 4: “Já sofri assédio moral da gestão e não procurei ajuda da gestão porque foi a mesma que fez”.

Servidora 5: “Já sofri assédio moral não só eu, como todos os colegas de setor, por parte da chefia. Procurei ajuda na gestão, ouvidoria e nada adiantou”.

Servidora 6: “Sim, já sofri assédio moral e abri um PAD em resposta a um processo disciplinar contra mim. Está sem resposta desde 2016”.

Servidora 7: “Sofri assédio moral, procurei ajuda da gestão, mas nada fizeram”.

3.2.2.6 a vida fora da universidade

A rotina social é considerada devagar por 2 servidoras, uma delas atribuiu a questão da maternidade, porque as atividades são realizadas mais entre família, e a outra atribui a sua falta de vontade, pois diz ser muito chata e arruma uma desculpa para não sair. Para 4 servidoras a rotina é normal, saem, tem amigos e hobbies. E apenas 1 servidora disse não ter vida social, pois apesar de ter amigos ela relaciona a vida social com mais liberdade, porque vida social não é rotina e o que ela tem é rotina.

6 servidoras possuem religião, 4 delas estão frequentando, porém 1 disse estar um pouco afastada e 2 dessas não estão frequentando, porém 1 disse ainda ter ligações com a religião. Somente 1 servidora disse não ter religião.

A vida pessoal é considerada boa para 5 servidoras, algumas delas possuem projeto para

o futuro e 1 dessas servidoras relatou que as vezes se sente perdida devido a pressão realizada pela sociedade. 2 servidoras falaram que a vida pessoal não está boa, para uma delas isso se deve a parte profissional e espiritual que não estão boas, por isso está frustrada, e para a outra servidora, há necessidade em resolver a questão da doença provocada pelo ambiente de trabalho e que quando isso estiver resolvido a vida pessoal vai ficar boa. Todas as servidoras disseram ter um bom relacionamento com as pessoas que moram com elas.

2 servidoras participam de alguma associação ou sindicato, 1 servidora já participou e 4 servidoras nunca participaram.

3.2.2.7 autoimagem

A reação frente a mudanças é percebida por 2 servidoras como difícil, para outras 2 servidoras sua reação vai depender do tipo de mudança, mas para uma delas a adaptação é muito importante, para 1 servidora a mudança é tranquila quando não vai prejudicar e para 2 servidoras mudar faz bem, dessas uma vê a mudança como renovação e a outra como necessidade.

Cada servidora se descreve de maneira bem característica, dentre as palavras que as descrevem estão: feliz, organizada, rígida, leal, detalhista, honesta, agressiva, impaciente, amiga, teimosa, preocupada com a visão dos outros, comunicativa e dedicada, mas quatro características se repetem entre algumas delas que são: ansiedade, organização, calma e alegria. Uma delas vê a ansiedade como defeito.

3.2.2.8 autocuidado

Para 1 servidora sua saúde é ótima, para 2 servidoras a sua saúde é boa, para 1 servidora a saúde é média, para 1 servidora sua saúde era excelente antes de ser mãe e que após a maternidade ela se acha doente, para 1 servidora sua saúde física é boa, mas a mental está mal e para 1 servidora sua saúde está desequilibrada e oscila no aspecto emocional. Todas as servidoras vão ao médico com alguma frequência, 4 delas estão em acompanhamento com médico psiquiatra. Quase todas as servidoras seguem as recomendações médicas e apenas 1 servidora disse tentar seguir.

A prática de exercícios físicos são exercidas por 4 servidoras, contudo 1 delas não o faz

com frequência. 3 servidoras não realizam exercícios físicos.

3.4 DISCUSSÃO

A seguir faremos uma discussão dos resultados e suas análises, baseado no referencial teórico desenvolvido anteriormente, além de outros acrescentados.

3.4.1 Afastamentos

No Manual de Perícia Médica do Servidor Público Federal (2017) a licença médica por motivo de saúde se inicia na data do afastamento do servidor do trabalho e termina no retorno do mesmo. O afastamento do trabalho acontece no momento em que o trabalhador é avaliado como incapaz de exercer suas atividades laborais seja referente as causas provocadas por acidentes ou de doenças físicas ou mentais (GOMES et al., 2015). Aqui iremos falar sobre o adoecimento dos servidores afastados e suas consequências na saúde e qualidade de vida desses servidores.

3.4.1.1 adoecimento mental nos profissionais da saúde

O maior número de servidores afastados por unidade administrativa ocorreu no HUGG, onde o maior número desses servidores são profissionais da saúde e esse fato pode ter relação com a natureza do trabalho, para Fernandes, Soares & Silva (2018) o atendimento diário de pacientes com diversas doenças, estar em contato constante com o sofrimento, a dor, a morte e sistemas de plantão são fatores que contribuem de forma significativa para o surgimento de transtornos mentais aos profissionais da saúde. Gomes et al. (2015) colabora com esses autores concluindo que a grande responsabilidade com a vida de outro, onde o acerto é primordial e a insegurança não tem espaço é fator de risco acrescentado para o aparecimento de depressão entre os profissionais de saúde.

O alto número de afastamentos em decorrência de transtornos mentais em serviços de saúde estão associados à elevada sobrecarga de trabalho. Os transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, têm sido com frequência observados nos trabalhadores da saúde, principalmente entre aqueles com alta demanda psicológica e baixa autonomia sobre suas atividades laborais (FARIA et al., 2018).

3.4.1.2 aposentadoria por invalidez

Houve duas servidoras que se aposentaram por invalidez tendo como causa o transtorno depressivo. Em um estudo sobre aposentadoria por invalidez em uma instituição pública federal, Santa-Marinha et al. (2019), observaram que os transtornos mentais apresentam maior prevalência nessas aposentadorias e que os transtornos depressivos representam 50% desses transtornos. Moreira et al. (2018) afirmam que as doenças mentais e comportamentais ocupam o primeiro lugar como causa de aposentadoria por invalidez a nível nacional e mundial.

3.4.1.3 suicídio

Um dos servidores afastado por transtorno depressivo cometeu suicídio 25 dias após o retorno ao trabalho. Dentre os fatores de risco para o suicídio temos as doenças mentais, sendo a depressão uma das doenças mais comuns (CFM & ABP, 2014).

Dentre os suicídios consumados a depressão é o diagnóstico mais comum (OMS, 2000). Em um estudo realizado em 2015 a OMS constatou que a depressão é um dos principais contribuintes para suicídio (OMS, 2017). Conforme CFP & CRP (2013) a depressão habitualmente se associa a situações de perda do objeto idealizado, que pode ser vivida como decepção, desilusão, abandono e desapontamento.

A depressão é classificada de acordo com os critérios: leve, moderada e grave. Nos quadros moderados e graves há a indigência de se mapear se estão presentes ideias de morte ou a ideação suicida (planejamento). De forma geral o sofrimento emocional na sociedade é transbordado de estigma, há vergonha de reconhecer suas aflições e angústias, admitir e mostrar que em seus pensamentos estão presentes uma forte ideia de que a morte seria um alívio para o sofrimento e isso dificulta o acesso a pessoa em sofrimento e o oferecimento de suporte especializado (BARSOSA, MACEDO & SILVEIRA, 2011).

Tendo como finalidade a morte o suicídio é uma ação decidida e realizada pelo próprio indivíduo de modo intencional, mesmo que ambivalente, através de uma forma que acredita ser fatal. Os pensamentos, os planos e a tentativa fazem parte do comportamento suicida. Esse comportamento é um fenômeno complexo e multifatoriais, resultado da interação de fatores individuais, sociais e culturais. Ressalta-se que não há uma explicação universal para o ato

suicida, na tentativa de entendê-lo há necessidade de considerar a junção de três fatores: os precipitantes (geralmente atuais e externos ao sujeito), os internos (individuais, história de vida e aos transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato. (CFM & ABP, 2014).

No momento que um elemento atual dispara um sentimento avassalador capaz de gerar um suicídio, é porque provavelmente ele reproduz uma circunstância anterior de sofrimento, o que potencializa e torna o momento atual insustentável. Nessas situações, é visto no suicídio uma saída, uma tentativa de amenizar a dor e o sofrimento. Pode-se dizer que o suicídio é uma ação humana, uma maneira de lidar com o sofrimento, uma forma de livrar-se da dor de existir, aquilo que o sujeito pode acionar quando a vida lhe parecer insuportável (CFP & CRP, 2013).

O suicídio é uma enorme questão de saúde pública em todos os países. É possível prevenir o suicídio, desde que existam condições mínimas para oferta de ajuda voluntária ou profissional. Dentre uma das medidas preventivas destacamos a educação: é necessário deixar de ter medo de falar sobre o assunto, derrubar tabus e partilhar informações relacionadas ao tema (OMS, 2000).

3.4.1.4 síndrome de burnout

Dentre os outros afastamentos das servidoras entrevistadas destaca-se a síndrome de burnout (SB) por ser uma doença provocada pelo trabalho. A SB é também chamada de síndrome do esgotamento profissional e atualmente está sendo observada como uma enorme questão psicossocial que pode se desencadear por problemas interpessoais na esfera laboral afetando com maior frequência os profissionais da educação, segurança, saúde entre outros (SOUZA & MARIA, 2016).

A etiologia do surgimento da SB é multifatorial, Gil-Monte e Peiró classificaram esses multifatores em diversos fatores, divididos entre desencadeadores e facilitadores. Os desencadeadores são fatores exaustivos contínuos no ambiente de trabalho, e os facilitadores são circunstâncias referentes à pessoa que podem atuar como facilitadores ou inibidores da atividade do stress sobre ela (MOREIRA, SOUZA & YAMAGUCHI, 2018).

A SB é desencadeada por uma ação prolongada de situações de estresse que acontece quando os recursos para o seu enfrentamento falharam ou foram insuficientes, sendo seu aparecimento progressivo e acumulativo, seu desenvolvimento é gradual em austeridade,

não sendo entendido pelo indivíduo, que comumente se resigna a acreditar estar ocorrendo algo de errado com ele. Muitas vezes seus sintomas podem ser confundidos com estresse ou depressão. Ela é definida como um fenômeno multidimensional, composta por três dimensões características: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização profissional no trabalho. A exaustão emocional está relacionada ao sentimento de solidão, a falta de esperança, pessimismo, irritação, tristeza, raiva, cansaço emocional, físico e mental. O trabalhador se sente incapaz e com grande sensação de esgotamento. A despersonalização é a ausência de sentimento que estamos em interação com outro ser humano, utilizando assim a petulância e a crítica exasperada em relação a pessoas e ambiente de trabalho, há a indiferença do trabalhador em frente ao sofrimento do outro. E a diminuição do sentimento de realização profissional no trabalho corresponde a uma sensação de ineficácia para o alcance de realizar seus objetivos e a perda da importância dos já alcançados. (SOUZA & MARIA, 2016).

3.4.1.5 nexu causal

Os sintomas que levaram aos diagnósticos dos transtornos depressivos e/ou ansiosos, para 3 servidoras, tem total relação com o trabalho, nesse contexto o trabalho aparece como um possível causador da doença e para 1 servidora os sintomas se agravaram com o trabalho, sendo aqui o trabalho um possível agravador da doença. Podemos perceber essa relação na fala das servidoras quando perguntadas sobre o que pode ter contribuído para o seu adoecimento:

Servidora 1: “Sobrecarga de trabalho e ambiente estressante”.

Servidora 5: “Já tinha tido antes de entrar para UNIRIO, tenho histórico na família, mas depois que entrei para UNIRIO eu tive um agravamento, uma piora”

Servidora 6: “Ambiente competitivo do setor de trabalho com ambição, passar por cima da pessoa, falta de respeito e fofoca.”

Servidora 7: “Pressão dentro do ambiente do trabalho, desentendimento com dois colegas de trabalho e chefe, com perseguição por partes deles”.

Conforme Dejours o trabalho pode favorecer o aparecimento de uma descompensação levando ao desencadeamento de um transtorno mental (SELIGMANN-SILVA, 2011).

De acordo com o Manual SIASS (2017) o nexu causal entre quadro clínico e a atividade é parte inseparável do diagnóstico pericial de acidentes em serviço ou de trabalho e se baseia

em uma anamnese ocupacional completa, que pode ter o apoio da equipe de vigilância de ambiente e processos de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade. Em relação a sua forma os acidentes de trabalho podem ser considerados em: acidente típico, acidente de trajeto e doenças relacionadas ao trabalho. Aqui nos interessa a falar sobre as doenças relacionadas ao trabalho, nessa forma de acidente diz que os trabalhadores podem desenvolver agravos à sua saúde, ficar doentes ou até mesmo morrer por causas relacionadas ao trabalho, como parte da profissão que executam ou executaram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi efetivado. Se divide essas condições em três grupos de causa: grupo I, grupo II e grupo III. Destacamos o grupo III, onde as doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doenças já estabelecidas ou preexistente, como exemplos temos as doenças alérgicas de pele ou respiratórias, transtornos mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Mesmo com sua alta incidência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho comumente não são reconhecidos como tais, no momento da avaliação clínica. Entre outros motivos, as próprias características dos distúrbios psíquicos, habitualmente escondidos por sintomas físicos, e também a complexidade intrínseca à tarefa de definir com clareza a associação entre tais distúrbios e o trabalho exercido pelo paciente, colaboram para tal fato (GLINA et al., 2001). Tendo essa área, como uma das suas principais dificuldades, o estabelecimento da relação de causalidade entre os transtornos mentais e do comportamento ao trabalho, com todo o seu efeito para o homem e para as organizações. Outra dificuldades é identificar as circunstâncias laborais que estejam favoráveis ao aparecimento e o agravamento dessas doenças. Para se ter ações preventivas dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho é necessário se ter um diagnóstico preciso em relação as condições e o ambiente de trabalho, ou seja, ter o reconhecimento prévio das atividades e dos locais de trabalho onde há fatores de risco potencial existente (SILVA et al., 2009).

A saúde mental e trabalho enfrenta um problema categórico em relação ao estabelecimento do nexos causal entre certas condições de trabalho e o surgimento de transtornos mentais específicos, a pergunta central é “se existem ou não transtornos mentais decorrentes de condições adversas de trabalho?” (p.73). Sem dúvida esse é o problema mais delicado a ser elucidado nesse campo de estudos, há de um lado uma grande dificuldade em conseguir que os

responsáveis pelas perícias médicas ou pelos julgamentos de processos no judiciário aceitem esse tipo denexo e de outro lado tem que se enfrentar divergências dentro do mesmo campo de estudo. Porém o estabelecimento deste nexotornou-se uma questão decisiva que afeta a vida de várias pessoas que estão acometidas de graves transtornos mentais e que estão em sofrimento por não saber a quem protestar e como ter seus direitos e assim, acabam parando nos hospitais e serviços de psiquiatria, com diagnósticos de doenças comuns, e são submetidas a tratamentos fundamentados em enorme quantidade de medicamentos tornando em inúmeras vezes uma verdadeira “camisa de força química” (LIMA, 2005). Sabe-se que percorrer esse caminho não é fácil, mas como uma exigência fundamental para garantir a prática dos profissionais que atuam na saúde ocupacional, é necessário para estabelecer o nexo causal de forma adequada, o cumprimento das seguintes etapas:

- 1) buscar evidências epidemiológicas, revelando a incidência importante de certos quadros atingindo categorias profissionais ou grupos de trabalhadores específicos;
- 2) resgatar a história de vida dos trabalhadores, da forma mais detalhada possível, verificando, inclusive, a percepção que eles próprios têm sobre as causas do seu adoecimento;
- 3) realizar estudos ergonômicos, avaliando as atividades reais de trabalho, ou seja, tentando compreender como os trabalhadores efetivamente se organizam para dar conta de suas responsabilidades;
- 4) tentar identificar os mediadores que permitam compreender concretamente como se dá a passagem entre a experiência vivida e o adoecimento;
- 5) complementar todas essas informações com exames médicos e psicológicos necessários (LIMA p. 77, 2005).

Apesar de algumas das servidoras terem relacionados seu adoecimento com o trabalho, não houve nexo causal desses afastamentos o que pode colaborar com Lima (2005) sobre todas as dificuldades encontradas para o nexo na saúde mental.

3.4.2 Trabalho

Aqui abordaremos todos os atravessamentos do trabalho na vida e na saúde das servidoras afastadas que foram entrevistadas.

3.4.2.1 importância do trabalho e sua relação com a saúde

Todas as servidoras entrevistadas afirmaram que o trabalho tem importância nas suas vidas com total relação com sua saúde e vida pessoal. O valor dado por cada uma foi bem

subjetivo, porém semelhantes. As respostas atribuídas pelas servidoras concordam com a OMS e OPAS (2001), que seja através do seu valor financeiro (subsistência) e/ou seu significado cultural (simbólica), o trabalho é fonte de mediação de integração social de essencial importância na formação da subjetividade, no estilo de vida e, assim sendo, na saúde física e mental das pessoas. Spector (2008), segue com o mesmo pensamento quando afirma que para a maior parte das pessoas o trabalho é um importante artefato da vida, proporcionando não somente recursos (salários e benefícios) para adquirir as precisões da vida, mas um “sentido de propósito” e relação social. Corroborando com essas mesmas perspectivas, temos:

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do(a) trabalhador(a) e de sua família. Além de gerar renda, que viabiliza as condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde. Assim, ele pode ter um efeito protetor, ser promotor de saúde, mas também pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos(a) trabalhadores, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir a degradação do ambiente. (BRASIL, 2018, p. 17)

3.4.2.2 organização do trabalho

De forma geral, os relatos das servidoras entrevistadas mostraram que há predominância na falta de organização das tarefas, ausência de reuniões e de autonomia para o desenvolvimento das suas atividades, situação frequentemente determinada seja pela chefia imediata, seja pelos níveis administrativos que estão acima dela. Dentre esses relatos temos:

Servidora 1: “Há reunião com a equipe, mas não com as chefias acima e minha autonomia para fazer as atividades é muito limitada”

Servidora 2: “Poucas reuniões e setor desorganizado”

Servidora 4: “Todos fazem as mesmas tarefas e não há reunião de equipe, só com o chefe de forma individual. Tenho autonomia em parte para realizar as minhas atividades”

Servidora 5: “Poucas reuniões e praticamente não há divisões de tarefas. Não tenho autonomia para realizar minhas atividades”

Servidora 6: “Só houve reunião uma vez para dividir as tarefas, mas essa divisão não foi seguida por conta de uma pessoa que centralizou as tarefas. Não tenho autonomia para desenvolver minhas atividades”

Por organização de trabalho se entende, por um lado, a divisão do trabalho (divisão das tarefas entre os trabalhadores, setores) pela forma como é definido a operação, em contrapartida, a divisão de homens (hierarquia, divisão das atribuições, gestão, administração,

etc), o segundo emerge como complemento inevitável do primeiro. As condições de trabalho tem como destino primordial o corpo e a organização do trabalho age na esfera do funcionamento psíquico. A divisão das tarefas e o modelo operacional estimulam o significado e o valor do trabalho para o indivíduo e a divisão dos homens promove principalmente a conexões entre os sujeitos e movimenta os interesses afetivos, a amizade, a confiança, o amor e a raiva, etc. (Dejours, 2007).

A organização do trabalho em si é cheia de contradições e aponta duas dimensões contraditórias desta organização: a prescrita e a real. A elaboração da organização do trabalho real aparece como compromisso e acontece quando há o afastamento das prescrições para ter início a ação de interpretação. Mas este compromisso não é tão simples, pois a interpretação é passível de vários significados, podendo assim, gerar conflitos entre as diferentes interpretações dos sujeitos. A construção desse compromisso ocorre por uma dinâmica no social, sendo a organização real do trabalho um fruto das relações sociais. Para compreender como os indivíduos experimentam e conhecem a discrepância que tem entre o trabalho prescrito e o trabalho real (LANCMAN & SZNELWAR, 2008). Nesse sentido, a ausência de reuniões e a falta de organização das tarefas podem prejudicar ainda mais a elaboração da organização do trabalho, já que ela é voltada no compromisso firmado no social.

A falta de autonomia para a execução das atividades, pode proporcionar um aumento da carga psíquica do trabalhador, pois quando há uma diminuição na liberdade da organização do trabalho a carga psíquica se eleva. A interação do sujeito com o trabalho é o que origina a carga psíquica do trabalho. Esta carga é obtida do conflito do desejo do trabalhador à determinação do patrão, apresentada na organização do trabalho. O sofrimento ocorre a partir da impossibilidade de uma reconstituição da organização do trabalho e a interação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada. A energia pulsional que não encontra escape na prática do trabalho se armazena no aparelho psíquico proporcionando um sentimento de insatisfação e aflição. Um trabalho cansativo para torna-se um trabalho compensador é necessário tornar flexível a organização do trabalho, de maneira a dar mais liberdade ao trabalhador para reconstituir seu jeito de operar, e então descobrir as formas apropriadas que lhe proporcionem prazer, ou seja, um afrouxamento ou uma redução da sua carga psíquica (Dejours, 2007). O que vai de encontro com os sentimentos experimentados pela maioria das

servidoras em relação ao seu trabalho, trazendo falas de como se sentem nele, tais como: “desvalorizada”, “desvalorizada totalmente”, “me sinto mal, inútil no trabalho”, “não me sinto valorizada, me sinto impotente, só cumpro horário”

3.4.2.3 violência psicológica e assédio moral

Todas as servidoras entrevistadas disseram já terem vivenciados a violência psicológica e/ou assédio moral dentro dos seus ambientes de trabalho. Sabemos que o assédio moral é um tipo de violência psicológica, mas para se caracterizar o assédio moral precisam ser cumpridos uma série de requisitos, então aqui vamos considerar o assédio moral a partir do olhar das servidoras.

Em sua definição o assédio moral é uma categoria de agressão psicológica que independe da forma utilizada, seja através de gestos, atitudes, e-mails, postagens nas redes sociais ou textos. Essa violência, no ambiente de trabalho, apresenta características contínuas e expõe a pessoa à circunstâncias humilhantes e constrangedoras do ponto de vista social. Para se configurar assédio moral em uma relação de emprego se faz necessário identificar e caracterizar o ato do agressor em sua incidência e repetição e na sua conduta continuada e nos danos causados a dignidade do trabalhador, ou seja, os estragos de esfera psíquico-emocional. Para fins jurídicos o assédio moral só se confirma a partir da comprovação do fato, da perda gerada, e do nível da lesividade, nexos causal fato-dano, além de uma extenuante contextualização. Uma das grandes dificuldades em identificar o assédio moral é que a forma como o assediador se aproxima ao assediado são consideradas como meras brincadeiras inocentes, escondendo sua real intenção atrapalhando a composição da prova. Nas instituições onde o assédio moral se faz presente há ascensão da deterioração do ambiente de trabalho que prejudicam a qualidade de vida dos trabalhadores na instituição comprometendo o ânimo pessoal (VASCONCELOS, 2015).

O assédio moral no trabalho é um fenômeno enraizado de ações agressivas e humilhantes que ocorrem de forma gradual e repetida, com direção a uma ou mais pessoas, com o objetivo de prejudicá-la e isolá-la no seu ambiente de trabalho de forma propositada e pode ocorrer por meio horizontal (entre pessoas com mesmo nível hierárquico), vertical descendente (da pessoa com nível hierárquico superior para outra de nível inferior) ou vertical ascendente

(da pessoa com nível hierárquico inferior para outra de nível superior). É um modo específico de violência no ambiente de trabalho com predomínio de características psicológicas, vem sendo gradualmente debatido como uma violência silenciosa que desestrutura a vítima, acomete sua saúde, abala a relação de trabalho e infecta o ambiente laboral, permitindo perda pessoal e a inaptidão temporária ou definitiva para o trabalho. Soboll propõe dois fundamentos para o entendimento do assédio: assédio moral propriamente dito, que envolve as relações interpessoais, e o assédio organizacional, que envolve as políticas de gestão do trabalho (SILVA et al., 2019). O assédio moral pode ser direcionado a uma ou mais pessoas se caracterizando em individual ou coletivo (HAAK & ABAL, 2014).

As pesquisas tem mostrado que são vários os fatores capazes de fazer surgir o assédio no trabalho, entre eles, estão presentes, o autoritarismo na resolução das diferenças de pensamentos no trabalho, a reduzida capacidade na persuasão em assuntos de interesses particulares, o baixo fluxo de informações, a ausência de diálogo e negociação em relação as atividades e metas, e o posicionamento perante as mudanças (RIGOTTO, MACIEL & BORSOI, 2010).

Nas instituições onde o assédio moral estiver estabelecido além do acolhimento na esfera individual e grupal é necessário aderir à ações que não legitimem nenhum tipo de violência ou comportamento antiético no ambiente de trabalho, o que requer uma modificação em todo corpo de gestão (SILVA et al., 2019). Segundo os relatos das servidoras esse acolhimento não aconteceu e em alguns casos foi a própria gestão que cometeu o assédio. Das servidoras que procuraram ajuda da gestão, não tiveram direcionamento, e entre as palavras que elas usaram para definir isso, estão: “gestão foi omissa, normalizou a situação”, “gestão nada fez”, “gestão e ouvidoria nada fizeram” “abri um PAD em 2016 e até hoje não tive resposta”. Mesmo que não seja possível definir, com os dados disponíveis, se a violência psicológica vivida pelas servidoras entrevistadas configura ou não assédio moral, dentro dos parâmetros da lei, há evidências da presença de um mal estar no trabalho, enraizados num ambiente institucional que provoca sofrimento.

3.4.2.4 unirio

A maioria das servidoras não se sentem valorizadas em seu trabalho na UNIRIO e,

também, não expressam admiração pela instituição, trazendo em suas falas palavras de desprezo, assim com as ditas por uma servidora que disse ver a UNIRIO como “lixo”. Essa mesma servidora disse se achar inútil no trabalho e não consegue ver nada de bom na instituição. Podemos explicar esse acontecimento se partirmos do pressuposto da cultura organizacional onde crenças e valores são partilhados pelos indivíduos de uma organização, sendo advindo de um ambiente social característico. Cada organização tem uma cultura organizacional particular, amparada, comunicada e transformada através da troca social dos mais diferentes agentes. A cultura organizacional na área pública se organiza por um conjunto de regras que delimita o espaço organizacional sendo uma cultura burocrática que se caracteriza pela hierarquia com linhas claras de responsabilidade e autoridade. Dentro do mundo das organizações burocratas, temos a universidade, que apresenta em si, um problema complexo em termos organizacionais, pois as vezes é entendida como um modelo de burocracia especial e as vezes como modelo parecido das demais organizações burocráticas. A sua complexidade está refletida na variedade de padrões internos, o que atribui ao critério político a tarefa de administrar o consenso para alcançar os objetivos da organização. As dimensões de uma organização burocrática são também expressões de poder e ideologias, de forma que os jeitos de operar e de organizar servem de instrumentos para os grupos conseguirem poder e nele permanecer. Se, por um lado, trabalha como centro de pesquisa e para isso obtém recursos exclusivos, instalações, material, equipamentos e mão de obra especializada, entre outros, por outro a universidade tem a missão de ser um núcleo difusor de conhecimento, operando na área de ensino em nível de graduação e de pós-graduação. Simultaneamente há um aspecto social, ligado aos projetos desenvolvidos junto à comunidade da qual faz parte, colocando em evidencia a observação da burocracia presente em uma instituição com esse tipo de complexidade. Todas essas diversidades são envolvidas pela questão política, possivelmente com uma magnitude não existente em nenhum outro modelo de organização (SARAIVA, 2002).

Uma das servidoras disse ver a UNIRIO como “um espaço provinciano, feudal, com pequenos reinados e com muita gente boa cansada”, esse olhar pode ser justificado se considerarmos a UNIRIO como uma instituição burocrática, onde segundo Faria & Meneghetti (2011) as organizações burocráticas tem a função em ser garantidora do controle social através da afirmação das relações de poder, que sempre acontece entre os desiguais. Essas organizações

servem de unidades de dominação e também são ao mesmo tempo responsáveis por embutir ideologias, adotando a submissão, os comportamentos controlados e socialmente aceitos, todos percebidos como naturais, se configurando em uma organização que se estrutura de controle e poder.

Para Weber, a dominação pode acontecer por diversas formas. Três formas de dominação são destacadas: 1) denominação carismática – acontece quando um líder através de suas qualidades pessoais exerce a liderança e essas qualidades são entendidas pelos seus seguidores como excepcional. 2) dominação tradicional – acontece quando o líder exerce a liderança através do direito adquirido, uma herança herdada. 3) domínio racional-legal – acontece quando a liderança é dada como uma burocracia, onde as regras, as regulamentações legitimam o poder de mando, a partir disso é dado ao líder por seus seguidores o direito de mandar. (MORGAN, 2002)

Weber acreditava que cada modo de dominação era acompanhado por um tipo particular de legitimidade e por uma forma específica de organização administrativa. Ele estava particularmente interessado na tendência ao aumento da burocratização e racionalização, que via como uma grande ameaça à liberdade do espírito humano e aos valores da democracia liberal. Ele via a burocracia como um instrumento de dominação de primeira ordem e acreditava que a burocratização da administração estabelece uma forma de relação de poder que é "praticamente indestrutível". Daí sua visão da burocracia como uma "jaula de aço". O poder da organização burocrática hoje está sendo minado pelo desenvolvimento da informática, que desgasta a burocracia e introduz novas bases de poder organizacional. Mas o processo de racionalização e controle de que Weber fala continua tão forte quanto antes. (MORGAN, 2002, p. 305 e 306)

As organizações burocráticas são atravessadas por várias diferenças, porém existem duas diferenças que são consideradas essenciais que servem de critério para distinguir uma das outras que são: a finalidade e a organização interna. Em relação a finalidade o que distingue é se a organização burocrática é autônoma ou heterônoma. As autônomas definem seus próprios objetivos, como exemplo temos uma empresa capitalista que define o que é lucro e quais os objetivos para chegar nesse lucro. Já as heterônoma tem sua finalidade determinada em outro lugar, em regra por outra organização burocrática, como exemplo temos uma universidade estatal, onde seus objetivos são predefinidos pelo aparato estatal. Em relação à organização interna o que distingue é se a organização é burocrática ou autocrática, esta distinção está relacionada com o processo decisório. Na autocrática o procedimento de decisão está na autoria

de uma ou várias pessoas, ou do dirigente. Já na democrática o procedimento de decisão é, aparentemente, decidido pela maioria (VIANA, 2016). Nesse sentido, a UNIRIO aparece como uma burocracia autocrática, já que o processo de decisão, conforme os relatos das servidoras, vem das gestões acima.

Existem traços culturais que permeiam as organizações no Brasil e esses determinam o modo de prática da gestão no país. Dentre esses traços, seis são centrais e essenciais da cultura organizacional brasileira: 1) jeitinho – conduta que tende à harmonia das regras e resoluções universais da vida com as necessidades cotidianas do cidadão, procurando a concretização de objetivos a desgosto de determinações legais contrárias. Mostra um duelo entre leis universais e relações pessoais. 2) desigualdade de poder e hierarquia – o princípio de relações hierárquicas que vivificou nos tratos entre senhor e escravo no Brasil colonial deixou marcas profundas a sociedade local. A desigualdade de poder enraizada na cultura brasileira e na cultura organizacional brasileira mostra o peso da hierarquia nas relações dos indivíduos e o enorme valor dado ao status individual e à autoridade dos superiores. 3) flexibilidade – diz respeito a aptidão em se adaptar e a capacidade criadora das pessoas. A adaptação tem a ver com a habilidade de ajuste a circunstâncias diversas e a criatividade tem a ver com a habilidade de inovação. 4) plasticidade – diz respeito a facilidade de assimilação de práticas e hábitos estrangeiros e mostra a capacidade de almejar modelos e fundamentos elaborados em outros contextos de gestão em detrimento daqueles elaborados localmente. 5) personalismo – tem a ver com a importância fornecida às pessoas e aos interesses próprios em prejuízo das pessoas ou interesses do grupo ou comunidade. Mostra o alto índice de confiança colocado na rede de amigos e familiares para a resolução de problemas ou alcance de vantagens. 6) formalismo – é o tipo de comportamento que procuram por um lado a diminuição do risco, da imprecisão e da dúvida e, por outro, a elevação de previsibilidade e mando sobre os atos e condutas humanas. Diz respeito ao apego das leis e regras e pode gerar desconexões entre o que é escrito e o que é realizado ou entre o que é falado e o que é de fato realizado (CHU & JR, 2008). Colabora com esse conceito a fala dessa servidora entrevistada sobre o seu olhar em relação a UNIRIO “São as pessoas e não a instituição. Há muita perseguição, muita gente que quer ser, competitividade”

Uma das servidoras disse que vê a UNIRIO como sendo “bagunçada e desorganizada, que tem uma imagem negativa” e uma outra disse que sua chefia é “amadora” essas falas

concordam com Pires & Macedo (2006) onde dizem que as organizações públicas possuem características específicas tais como: projetos de curto prazo – cada governo só evidencia projetos que possa finalizar em seu mandato para ter reconhecimento político; duplicação de projetos – cada novo governo começa novos projetos, sendo a maioria das vezes quase idênticos, requerendo a invenção para si; conflito de objetivos – conflito presente entre os objetivos do grupo fixo e do grupo não fixo, o que pode proporcionar baixo comprometimento em relação aos métodos que vão contra interesses corporativos; administração amadora – administração realizada por pessoas com baixo conhecimento da história e da cultura da organização e, por vezes, sem a capacidade técnica necessária, há a preponderância de critérios políticos em detrimento da competência técnica ou administrativa dos nomeados.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso feito até aqui mostrou a complexidade da relação trabalho e sofrimento psíquico e o quanto ainda é necessário estudos sobre o tema, pois vários aspectos precisam ser considerados e a dificuldade que temos em comprovar que esse sofrimento pode levar ao adoecimento, independente de se ter uma doença profissional específica.

Embora o número de participantes seja pequeno dentro do universo pesquisado, os resultados nos permitem colocar certas questões. Sendo uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório nosso objetivo é tão somente problematizar alguns aspectos da experiência laboral dos servidores. Seus resultados evidenciaram que o trabalho é importante e tem relação com a saúde e a vida pessoal.

Maior foi o número de servidores do sexo feminino afastados por transtornos depressivos e ansiosos, sendo também maior o número de técnicos administrativos em comparação aos docentes. Acredita-se que o número de afastamentos que encontramos neste estudo pode estar subnotificado, pois precisamos considerar que existem afastamentos que não são oficializados.

Os transtornos ansiosos prevaleceram em relação aos transtornos depressivos, porém os transtornos depressivos se mostraram mais prejudiciais na qualidade de vida e na incapacidade laborativa dos servidores afastados.

A unidade administrativa com maior número de servidores afastados é o HUGG e isso

pode estar relacionado a natureza do trabalho desenvolvido pela maioria dos servidores que estão lotados lá. Esse resultado contribui para comprovar que há relação da saúde com o trabalho. Porém, ressaltamos que a UNIRIO possui 17 unidades administrativas e em 12 delas tiveram servidores afastados.

O trabalho foi considerado o causador dos adoecimentos mentais em parte das servidoras entrevistadas e em seus relatos houve evidências de quanto o sofrimento psíquico estavam presentes, porém não houve a comprovação de nexos causais relacionados a esses afastamentos. Apesar de controverso é necessário que as equipes de saúde deem mais atenção aos afastamentos por transtornos depressivos e ansiosos e sua possível relação com o trabalho.

A ausência de reuniões, a alta desorganização na divisão das atividades, baixa autonomia para desenvolver as tarefas, violência psicológica e a gestão burocrática autocrática, que contribui para as relações de poder, são fatores que se fizeram presentes no ambiente organizacional da UNIRIO e podem contribuir para o desencadeamento de adoecimentos mentais.

Esse estudo mostrou a necessidade de políticas institucionais relacionadas a violência psicológica e assédio moral, tendo em vista que as servidoras afastadas entrevistadas relataram ter buscado ajuda institucional, nos casos sofridos por elas, e nada foi resolvido, proporcionando um sentimento de descaso em relação a instituição.

Podemos observar nesse trabalho, através da literatura, os fatores psicossociais negativos no ambiente organizacional, mas vale ressaltar que as organizações também possuem fatores psicossociais positivos. Muitos são os fatores psicossociais nas organizações e grande é a importância sobre essa temática. Há necessidade de novos estudos sobre a saúde mental relacionada ao trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, A.C., NETO, F.L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. XVI, no. 1, 67 – 82, 2014.
- BALDAÇARA, L.; Transtornos Mentais. Leonardo Baldaçara - Palmas 5º edição, p. 5 e 75, 2015.
- BARBOSA, F.O.; MACEDO, P.C.M.; SILVEIRA, R.M.C. Depressão e Suicídio. Rev. SBPH vol.14 no.1, Rio de Janeiro - Jan/Jun. - 2011
- BASTOS, A.V.B.; PINHO, A.N.P.; COSTA, C.A. Significado do Trabalho um estudo entre Trabalhadores inseridos em organizações formais. RAE - Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n. 6, p. 20-29 Nov./Dez. 1995
- BRASIL. DECRETO nº 6833 de 29/04/2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm Acesso em: 11/02/2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador Saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. : il.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio de 2010. Publicada no DOU de 10/05/2010. Republicada no DOU de 18/08/2010. Acessada em: 03/11/2019.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Portaria Normativa nº 03 de 25 de março de 2013. Publicado no DOU de 27/03/2013. Acessada em: 03/11/2019.
- BRASIL. Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal. “Um processo em construção coletiva”. Outubro de 2008. Acessado em 03/11/2019.
- CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais

afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*, v. 16, n 2, p.241-249, mai./ago. 2011.

CFM; ABP, 2014. Suicídio: Informando para Prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM) Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, Brasília CFM/ABP, 2014.

CFP; CRP, 2013. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1º edição. Brasília, 2013.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013

CHRISTO, C. S.; SOUZA, W. F.; BORGES, M. E. S.; ATHAYDE, M. R. C. A dimensão psicológica da regulação no trabalho: rastreamento teórico-conceitual. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 30, n. 2, p. 94-102, maio-ago. 2018.

CHU, A.R.; JR, T.W.; Cultura organizacional brasileira pós-globalização: global ou local? *Revista Administração Pública - Rio de Janeiro* 42(5):969-91, set./out. 2008

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. (2004). Saúde Mental e Trabalho. In ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. *Psicologia, organizações e Trabalho no Brasil - Porto Alegre: ArtMed*, 2004. p 276-299.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos mentais. 2ª Edição - Porto Alegre: Atmed*, 2008.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira – 5º ed. Ampliada – São Paulo: Cortez – Oboré, 1992 – 11ª impressão, 2008.*

DEJOURS, C. *Le facteur humain. Paris: PUF, 1995. (Traduzido no Brasil por Maria Irene Betiol e maria José Tonelli como O fator humano. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1997) ipud in SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 622 p.*

DEJOURS, C. *Psicodinâmica do Trabalho, contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho/ Chistophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayer, coordenação Maria Irene Stocco Betiol; (tradutores Maria Irene Stocco Betiol ... et al.) – 1 ed. – 9. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.*

DEJOURS, C. *Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004

DIAS, E.C. Fotografando os anos 80. In: Buschinelli, J. et al., eds. Isto é trabalho de gente? Vidas. Trabalho e Saúde no Brasil. São Paulo, Cortez, 1991. [no prelo]. Apud in MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Ver. Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.

DIAS et. al. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2 Supl 2): S66-S74

DEMYTTENAERE, K. et. al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA: The Journal of the American Medical Association, United States, v. 291, n. 21, p. 2581-2590, June 2004.

DSM-5, 2014. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento - et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...[et al.].-e. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p; 25cm.

FARIA, J.H.; MENEGHETTI, F.K. Burocracia como organização, poder e controle. RAE - São Paulo - v. 51 - n.5 - set /out . 2011 n 424-439

FARIA, N.M.X.; KLOSINNSKI, R.F.S; RUSTICK, G.; OLIVIRA, L.M. Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. Rev Bras Med Trab. 2018; 16(2):145-57

FERNANDES, M.A.; SOARES, L.M.D.; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. Rev Bras Med Trab. 2018; 16(2):218-24

FERREIRA, J. M. C. Novas Tecnologias e Organização do Trabalho. o&s - v.7 - n.19 - Setembro/Dezembro – 2000

FUCHS, T. Psychopathology of depression and mania: symptoms, phenomena and syndromes. Journal of Psychopathology 2014;20:404-413

GARCIA, M. L. T. Análise da política de saúde brasileira. Vitória . EDUFES, 2014. 218p. :il ; 21cm

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(3):607-616, mai-jun, 2001

GOMES, R.S.M.; ALENCAR, C.T.; WALLAU, I.; CASTRO, U.R. Transtornos depressivos em profissionais de saúde. Rev Med Saude Brasilia 2015; 4(1):122-8

GUEDES, R. V. Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes. 2015 p.109. IN BALDAÇARA, L.; Transtornos Mentais. Leonardo Baldaçara - Palmas 5º edição, 2015.

GUIMARÃES, A. M.; NETO, A. C. S.; VILAR, A. T. S.; ALMEIDA, B. G. C.; ALBUQUERQUE, C. M. F.; FERMOSELI, A. F. O. Transtornos de Ansiedade: Um Estudo de Prevalência Sobre as Fobias Específicas e a Importância da Ajuda Psicológica. Ciências Biológicas e da Saúde | Maceió | v. 3 | n.1 | p. 115-128 | Novembro 2015 | periodicos.set.edu.br

HAAK, M. P.; ABAL, F. C. Dano moral coletivo decorrente da prática de dumping social. In: ABAL, F. C. (Org.).Direito do trabalho: estudos de temas atuais. Passo Fundo: UPF Editora, 2014. (Seção 3)

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. São Paulo em Perspectiva, 17(2): 102 – 108, 2003

KALIMO, R.; EL BATAWI, M. A.; COOPER, C. L. Los factores psicosociales em el trabajo y su relación com la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.

KARINO, M. E; MARTINS, J. T.; BOBROFF, M. C. C. Reflexão sobre as Políticas de Saúde do Trabalhador no Brasil: Avanços e Desafios. Cienc Cuid Saude 2011 Abr/Jun; 10(2):395-400

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 82-9, maio/ago., 2004.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Tradução de Franck Soudant – 2º ed. – elma Lancman e Laerte Idal Sznelwars (orgs) – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008. 396 p.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2003, vol. 6, pp. 79-90

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo, Hucitec, 1989. Apud in MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Ver. Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

LEÃO, L. H. C. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. ECOS. Estudos Contemporâneos da Subjetividade, Volume 2, Número 2, 2012.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A.C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3):769-778, 2013

LEÃO, L. H.; VASCOCELOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 20(1):85-100, jan-mar 2011

LIMA, M.E.A. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. *Revista de Administração da FEAD-Minas - volume 2, nº 1, junho/2005*

LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C. - The global burden of disease, 1990- 2020. *Nat Med*. 4(11):1241-3, 1998.

Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. 3.ed. / Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público. Brasília: MP, 2017. 147p.

MARX, K. 1818 – 1883. O capital: crítica da economia política. Karl Marx: tradução de Regis Barbosa e Fávio R. Kothe. 3 ed. São Paulo. Nova Cultural, p. 142,1988.

MATOS, J. P. A.; FERREIRA, T. A. S. A cultura do diagnóstico e a emergência de subjetividades psicopatológicas *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, vol. 24, núm. 4, 2016, pp. 509-523 - Universidad Veracruzana - Veracruz, México

MELO, C.F.; CAVALCANTE, A.K.S; FAÇANHA, K.Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 2019; 17 (2):e0020132

MENDES, A. M. B. Aspectos Psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão – 1/2/3/95*.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Ver. Saúde Pública*, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997

MINAYO-GOMEZ, C; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: nova s - velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. Organizadores. Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MOREIRA, A.A.O.; MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C; RIBERIO, R.P.; BIROLIM, M.M.; GALDINO, M.J.Q. Qualidade de vida e fatores associados em aposentados por invalidez de uma universidade pública brasileira. *Ciência y Enfermagem* (2018) 24: 4

MOREIRA, H.A.; SOUZA, K.N.; YAMAGUCHI, M.U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2018;43:e3

MORGAN, G. 1943. *Imagens da organização: edição executiva*/Gareth Morgan; tradução Geni G. Goldschmidt. - 2. ed. - 4a reimpressão - São Paulo : Atlas, 2002.

MORIN, E. M. Os Sentidos do Trabalho. *RAE Revista de Administração de Empresas/FGV/EAESP*, São Paulo, Brasil. • v. 41 • n. 3 • Jul./Set. 2001

Normativa GM/MS nº2437 de 07/12/2005. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html. Acesso em: 11/02/2019.

OLIVEIRA, A. J. Passeio pelo mundo do trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 1, p. 27-33, jan./abr., 2003.

OMS; Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS, 2000. *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Transtornos Mentais e Comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2000.

OMS; OPAS. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde*/Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias: colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. - Brasília: Ministério da Saúde Brasil, 2001.

PENIDO, L. O. Saúde mental no trabalho um direito humano fundamental no mundo contemporâneo. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília a. 48 n. 191 jul./set. 2011

PINTO, G. A. *A organização do trabalho do século 20, taylorismo, fordismo e toyotismo*. 1 edição. Editora Expressão Popular. São Paulo, 2007.

PIRES, J.C.S.; MACÊDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista Administração Pública - Rio de Janeiro* 40(1):81-105, Jan./Fev. 2006

POLANCZYK, G. V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. – *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.* 2009; 31(1):6-12

Portaria do Ministério do Planejamento nº 03 de 07/05/2010. Disponível em: <http://www.saude.ufu.br/sites/saude.ufu.br/files/Portaria-Normativa-03.pdf> Acesso em 11/02/2019

Portaria do Ministério do Planejamento nº 03 de 25/03/2013. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/progep/files/2013/03/Portaria-Normativa-SEGEP-MPOG-No-3-2013.pdf> Acesso em 11/02/2019

Portaria do Ministério da Saúde nº2728 de 11/11/2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 11/02/2019

Portaria do Ministério da saúde nº1823 de 23/08/2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 11/02/2019

Regulamentação da lei orgânica da saúde nº8.080/90. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 11/02/2019.

RIGOTTO, R.M.; MACIEL, R.H.; BORSOI, I.C.F. Produtividade, pressão e humilhação no trabalho: os trabalhadores e as novas fábricas de calçados no Ceará. *Revista brasileira de Saúde ocupacional.* São Paulo, 35 (122): 217-228, 2010

SANTA-MARINHA, M.S.; TEIXEIRA, L.R.; MACIEL, E.M.G.S.; MOOREIRA, M.F.R. Perfil das aposentadorias por invalidez entre os servidores públicos federais da fundação Oswaldo Cruz entre os anos de 2012 e 2016. *Rev Bras Med Trab.* 2019;17(4):458-64

SARAIVA, L.A.S. Cultura organizacional em ambiente burocrático. *RAC*, v. 6, n. 1, Jan./Abr. 2002: 187-207

SCHWARTZ, Y. Trabalho e Saber. *Revista Trabalho e Educação* – vol. 12, nº1 – jan/jun, 2003.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste Mental no Trabalho Dominado.* Rio de Janeiro. Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994. 324 p.

SELIGMANN-SILVA, E.; BERNARDO, M. H.; MAEMO, M.; KATO, M. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. *Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo*, 35 (122): 185-186, 2010

SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 622 p.

SILVA, A.K.L.; MARINHO, M.I.D.; MACHADO, L.S.S.X; QUEIROZ; J.L.F.; JUCA, R.M.N. Assédio moral no trabalho: do enfrentamento individual ao coletivo. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 2019;44:e22

SILVA, J.A.R.O. A Saúde do Trabalhador como um Direito Humano. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região, n. 31, 2007

SILVA, G.G.J.; SOUZA, M.L.P.; JÚNIOR, E.G.; CANÊO, L.C.; LUNARDELLI, M.C.F. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. Revista brasileira Saúde ocupacional, São Paulo, 34 (119): 79-87, 2009

SOUZA, A.K.S.; MARIA, A.L. Síndrome de Burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano – Vol.6, n.3 p.1-12 – Jul/Set., 2016 – ISSN 2238-2259

SOUZA, W. F. Transtornos Mentais e Comportamentais Relacionados ao Trabalho: O que a Psicologia tem a Dizer e a Contribuir para a Saúde de quem Trabalha. Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 1, p. 99-108, Jan./Abr. 2013

SPECTOR, P. E. Psicologia nas Organizações. Tradutor: Solange Aparcida Visconde; Revisor Técnico: Maria José Tonelli – São Paulo: Sariva, 2005. 2º ed. 2008.

TAMBELLINI, A.T. Da medicina do trabalho à saúde dos trabalhadores. In: Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 5o, Florianópolis, 1987. Anais. Florianópolis. ANAMT, 1987. p. 39-60. Apud in MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Ver. Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.

THORNICROFT, G.; MAINGAY, S. - The global response to mental illness. BMJ 21:325(7365):608-9, 2002.

TITTONI, J. Subjetividade e Trabalho. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

VASCONCELOS, A.; Faria JH. Saúde Mental do Trabalho: Contradições e limites. Psicologia & Sociedade, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008.

VASCONCELOS, Y.L. Assédio moral nos ambientes corporativos. Cad. EBAPE.BR, v. 13, nº 4, Artigo 9, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2015.

VIANA, N. Organizações: reprodução ou transformação social? Revista Espaço Livre. V.11,

n.21, jan/jun, 2016.

ZANELLI, J.S. Fatores de risco e de proteção psicossocial: organizações que emancipam ou que matam/José Carlos zanelli, Lilia aparecida Kanan – Lages: editora da Uniplac, 2018.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. Medicina (Ribeirão Preto, Online.) 2017;50 (Supl. 1),jan-fev.: 51-5

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIVISÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE
SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado SERVIDOR,

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NO TRABALHO: ESTUDO DE CASO SOBRE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR”, esse estudo faz parte do projeto de mestrado profissional em atenção psicossocial da pesquisadora e tem como objetivo Investigar a manifestação de sofrimento psicológico e sua relação com o trabalho nos servidores técnicos e professores, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) afastados por licença médica no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, por transtornos depressivos e ansiosos.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa e autorizado pela Pró-reitoria de Gestão de Pessoas da UNIRIO, tem como orientador o professor Dr. Erimaldo Matias Nicacio. Se aceitar participar deste estudo, você será submetido à entrevista individual, com preenchimento de formulário eletrônico pela entrevistadora, no qual os dados colhidos serão analisados pela mesma para posterior construção da dissertação de mestrado e possíveis publicações/divulgações de caráter científico. Todas as informações concedidas serão mantidas sob sigilo, garantindo-se o anonimato. Os formulários preenchidos não identificam seus participantes e serão mantidos durante cinco (5) anos no Programa Drive Stream com

acesso permitido apenas à equipe desta pesquisa.

Os benefícios em fazer parte desta pesquisa é que você estará contribuindo para o incremento do conhecimento científico sobre o tema em questão. Esclarecemos que esta pesquisa apresenta riscos mínimos para o participante, podendo acarretar fadiga e desconforto. Caso isso ocorra, você pode se recusar a responder a pergunta e/ou finalizar a entrevista, sem nenhum prejuízo para você.

Além disso, você não terá nenhum tipo de despesa em participar desta pesquisa, mas também não terá nenhuma recompensa financeira. Vale ressaltar ainda que a sua participação é voluntária e que pode se recusar ou interromper a qualquer momento sem quaisquer danos.

Se tiver alguma dúvida acerca de assuntos referentes a essa pesquisa, a qualquer momento que desejar favor contatar a pesquisadora responsável ou, ainda, os Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Pesquisadora Responsável: Mestranda Viviane Neves Quintanilha Abdalla Contato: Viviane.quintanilha@unirio.br ou (21) 2233 1743

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

IPUB/UFRJ – Telefone/fax: (21) 3938-5510 – e-mail: comitê.etica@ipub.ufrj.br

UNIRIO – Telefone: (21) 2542-7796 – e-mail: cep.unirio09@gmail.com

Ao assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você autoriza sua participação voluntária na pesquisa e aceita que seus dados coletados sejam usados para fins científicos. Também declara que foi informado dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa de forma clara e detalhada. Após a assinatura deste termo uma das vias permanece com o participante e a outra fica com a pesquisadora.

Pedimos a sua assinatura neste Termo de Consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite e sua disposição a contribuir na

realização do estudo, em concordância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Se você concordar a entrevista pode ser gravada por áudio, por favor, peço que assinale se aceita ou não aceita a gravação da sua entrevista.

Estarei sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através dos telefones e e-mails abaixo.

Desde já agradeço a sua participação.

Viviane Abdalla
Tel. (21) 2233-1743
viviane.quintanilha@unirio.br
Pesquisadora

Eu, _____,

declaro estar ciente da finalidade da pesquisa e que a mesma oferece risco mínimo para o ser humano, além de ser livre para interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa sem qualquer dano. Por fim, o meu nome não será divulgado, não terei despesas e não receberei nenhum recurso material ou financeiro para participar do estudo.

Estando ciente de todas as informações supracitadas, concordo em participar do estudo.

() aceito a gravação por áudio

() não aceito a gravação por áudio

Assinatura do Participante

Rio de Janeiro, ____/____/2019.

**APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA A FASE DE COLETA DE DADOS DOS
ARQUIVOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIVISÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE
SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR**

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE) PARA A FASE DE COLETA DE DADOS DOS ARQUIVOS**

Eu, Viviane neves Quintanilha Abdalla, portadora do CPF nº 095.402.227-02, Pesquisadora responsável pelo projeto “TRANSTORNOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS NO TRABALHO: ESTUDO DE CASO SOBRE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR”, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE para a fase de coleta de dados dos arquivos (ressalto que a coleta de dados pela entrevista não terá dispensa do TCLE), tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados obtidos a partir do estudo de material já coletado, dados dos quais eu já tenho acesso por fazer parte da minha prática laboral, e por este ser um estudo exploratório que é à partir da coleta destes dados que haverá a seleção dos participantes da pesquisa. Os participantes selecionados que aceitarem participar da pesquisa assinarão o TCLE. Ressalto que respeitarei a privacidade e o sigilo tanto dos sujeitos como dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução CNS nº nº 510/2016.

Rio de Janeiro, 23/09/2019

Assinatura do Pesquisador Responsável pelo Projeto

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista
Data da entrevista: Duração da entrevista:
<u>Apresentação</u> - Falar sobre a pesquisa: objetivos, benefícios, malefícios, sigilo, agradecimento pela participação. - Leitura e assinatura do TCL - Sanar todas as dúvidas sobre a pesquisa
<u>Identificação do entrevistado(a)</u> Idade: Sexo: Estado civil: Orientação sexual: Raça: Escolaridade: Salário/Renda Mensal Familiar: CID:
<u>Histórico do Trabalho</u> Cargo: Nível de classificação: Carga horária: Tempo de trajeto: Unidade administrativa: Data de entrada na Unirio: Tempo de serviço na atual unidade administrativa: Quais unidades administrativas já trabalhou: Datas do afastamento pelo mesmo CID: Tempo em que ficou afastado:
1. Quando começou os sintomas que levaram ao diagnóstico do afastamento.
2. Como foi receber este diagnóstico.
3. Relaciona alguma situação que possa ter contribuído para os sintomas.
4. Relaciona o trabalho com a saúde e sua vida pessoal.
5. Como foi ficar afastado do trabalho neste período.
6. Como foi voltar ao trabalho após o período de afastamento.
7. Como é seu relacionamento com os seus colegas de setor. (como reagiram ao seu afastamento)
8. Como é seu relacionamento com o seu chefe(a). (como reagiu ao seu afastamento)
9. Você gosta das suas atividades do trabalho. (tem autonomia para desenvolvê-las)
10. Como você se sente no seu trabalho. (se sente valorizado)
11. Qual a importância do trabalho na sua vida.
12. Há organização das tarefas no seu setor. Há reunião de equipe.
13. Relate seu percurso profissional até chegar no seu trabalho na Unirio.

14. Como você vê a Unirio.
15. Possui planos profissionais, comente.
16. Já presenciou ou sofreu situações de violência (psicológica) e assédio (moral/sexual). Caso a resposta seja positiva, você procurou ajuda da gestão para falar sobre o ocorrido.
17. Já passou teve algum contato com o Setor de Atenção à Saúde do trabalhador. O setor de perícia te encaminhou?
18. Participa de alguma associação ou sindicato. Como?
<u>Histórico Pessoal</u> Mora com quantas pessoas: Quem são as pessoas que moram:
19. Como é o seu relacionamento com as pessoas que moram com você
20. Como é sua rotina. (social, horas livres, amigos)
21. Você faz exercício físico.
22. Possui religião. Frequenta?
23. Como você reage a mudanças.
24. Como se sente na sua vida pessoal. (projetos para o futuro)
25. Descreva as suas características.
<u>Histórico de saúde</u> Por quais cids já foi afastado: Está em algum acompanhamento médico: Faz uso de algum medicamento: Faz ou já fez psicoterapia:
26. Como você considera sua saúde.
27. Vai ao médico com qual frequência.
28. Segue as recomendações médicas.