



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA – *CAMPUS* SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA LÍVIA PONGITORI GIFONI RANGEL

**PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA CALÇADISTA SOBRE
DEPRESSÃO E CUIDADO**

SOBRAL

2017

ANA LÍVIA PONGITORI GIFONI RANGEL

PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA CALÇADISTA SOBRE
DEPRESSÃO E CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

SOBRAL

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R154 Rangel, Ana Livia Pongitori Gifoni.

Percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre depressão e cuidado / Ana Livia Pongitori Gifoni Rangel. – 2017.

115 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

1. depressão. 2. trabalhador. 3. cuidado. 4. indústria. I. Título.

CDD 610

ANA LÍVIA PONGITORI GIFONI RANGEL

PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA CALÇADISTA SOBRE
DEPRESSÃO E CUIDADO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 24/08/2017

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dra. Camila Araújo Lopes Vieira

Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Dedico este trabalho ao meu esposo Antônio Rangel Filho por criar as condições perfeitas para que todas as minhas realizações se tornem possíveis. O seu apoio e incentivo são combustível para os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Dizem que gratidão é um sentimento das grandes almas... Então, hoje sinto-me no topo da escala evolutiva tamanha a gratidão que carrego em mim. Em primeiríssimo lugar sou grata àquele que criou tudo que existe no universo, nos confins da terra e do mar. Àquele que nessa obra imensa ainda teve a misericórdia de me presentear com uma vida maravilhosa. Na sequência agradeço à minha mãe, pelos valores que me deu, apesar de todas as adversidades, e por sempre me fazer acreditar que a educação era o único caminho que me faria feliz. Você tinha razão, mãe.

Agradeço a toda minha família, esposo, filhas, pai, irmãs, sogros, cunhados pelos momentos de ausência ou de presença-ausente, pois as leituras e pesquisas consumiram minha atenção e prioridade nos últimos dois anos. Agradeço aos meus gestores e colegas de trabalho pela compreensão dos momentos de ausência para que eu pudesse obter essa autorrealização. Agradeço aos meus ex-alunos que trouxeram um sabor diferenciado ao espaço da docência e à produção destes escritos. Agradeço a meu amigo-irmão Vicente Pinto que reacendeu o desejo adormecido da realização do meu mestrado. Mostrando-me as linhas de pesquisa existentes e onde os meus interesses poderiam contribuir: nunca vou esquecer. Agradeço a minha amiga-irmã Viviane Cavalcante e a minha irmã Débora pelas imensas dicas para o processo de seleção do mestrado, as aulas sobre o SUS e sobre Epidemiologia. Talvez nem lembrem, mas eu lembro.

Agradeço aos meus Professores do Mestrado em especial Prof. Dra. Camilla Lopes e Dr. Geison Lira pelas aulas maravilhosas que fizeram meu pensamento revirar e construir outro projeto de pesquisa. Aos colegas do mestrado, turma especial que me apresentou um universo da saúde que eu desconhecia e pelo qual me encantei, em respeito e compreensão: bendito SUS. Grata pela sua existência também.

A minha orientadora Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque por acreditar no meu potencial apesar da inexperiência, pouca disponibilidade e por ter me apresentado um profissional muito competente que caminhou comigo como um irmão, ajudando-me a superar diversas dificuldades: Marcos Ribeiro, você foi a presença certa nos momentos incertos. Muito obrigada, Marquinhos.

E finalmente quero agradecer ao Jardan Chandley por me acompanhar no processo de escuta e descrição do percurso dos trabalhadores que prontamente aceitaram participar conosco. A eles principalmente o meu agradecimento sincero.

RESUMO

A OMS considera a depressão um problema de saúde pública global que segue mal diagnosticada nos serviços de atenção primária e, quando é detectada, é tratada de forma inadequada trazendo sérios impactos para a vida dos trabalhadores e das organizações. O presente estudo tem como objetivo geral conhecer a percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre o seu próprio processo de depressão e o cuidado ao qual foi submetido. Os objetivos específicos serão: descrever o percurso percorrido pelo trabalhador até fechar o diagnóstico médico, identificar à qual encaminhamento/tratamento o trabalhador foi submetido, a partir do diagnóstico médico, verificar a condição atual do trabalhador pós-tratamento e relacionar recomendações para a melhoria dos processos de promoção da saúde dos trabalhadores da indústria. A metodologia exploratória qualitativa foi aplicada junto a nove trabalhadores da empresa Grendene situada na cidade de Sobral-CE. Os critérios de inclusão foram: funcionários ativos diagnosticados, afastados por depressão entre 2014 e 2015, residentes em Sobral. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e os dados foram analisados através da metodologia de análise temática. Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da UVA com CAAE:67823817.5.0000.5053 e PARECER: 2.158.033 e os participantes da assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A análise aponta que os encaminhamentos aos serviços especializados não estão sendo suficientemente efetivos para garantir a adesão ao tratamento, evitar abandono e contribuir para a recuperação do trabalhador e melhor manejo da doença. A análise conclui que a depressão segue como doença difícil de ser reconhecida e enfrentada pelos trabalhadores e, quando diagnosticada, segue tratada prioritariamente através de farmacoterapia. A psicoterapia, recomendada na maioria dos casos como tratamento complementar à medicação, não tem alcançado a adesão necessária para que possa cumprir o seu papel. O tratamento é percebido como algo de valor destacado mas, os trabalhadores não percebem a existência de um projeto terapêutico, os vínculos são frágeis e há pouco envolvimento com a família. Os resultados apontam aspectos relacionados ao serviço de assistência e à organização do trabalho que podem melhorar, entre eles, a postura da liderança, o tratamento e o relacionamento entre os gestores e trabalhadores, a gestão da rotina do trabalho, o acompanhamento aos trabalhadores e o acesso à psicoterapia.

Palavras-chave: depressão; trabalhador; cuidado; indústria.

ABSTRACT

World Health Organization considers depression as a global public health problem that remains poorly diagnosed in primary care services and, when it is detected, is treated inappropriately and has serious impacts on the lives of workers and organizations. The present study has as general objective to know the perception of worker of the footwear industry on his own process of depression and the care to which they were submitted. The specific objectives are: to describe the course of the worker to close the medical diagnostic, to identify to which referral /treatment the worker was submitted, from the medical diagnostics, to verify the current condition of the worker after treatment and to relate recommendations for the improvement of the process to promote the health of workers in industry. The qualitative exploratory methodology was applied to Sobral-Ce shoe industry workers. Inclusion criteria were: active employees who were diagnosed or removed for depression between 2014 and 2015, living in Sobral. The data collection was performed through a semi-structured interview and the data were analyzed through the thematic analysis methodology. Regarding the ethical aspects, the research was approved by UVA Research Ethics Committee with CAAE: 67823817.5.0000.5053 and OPINION: 2.158.033 and participants signed the Informed Consent Term. The analysis points out that referrals to specialized services are not being effective enough to guarantee adherence to treatment, avoid abandonment, and contribute to worker recovery and better management of the disease. The analysis concludes that depression continues as a disease difficult to be recognized and faced by workers and, when diagnosed, is treated primarily through pharmacotherapy. Psychotherapy, which is recommended in most cases as a complementary treatment to the medication, has not reached the required adherence so that it can fulfill its role. Treatment is perceived as something of outstanding value but, workers do not realize the existence of a therapeutic Project, the bonds are fragile and there is little involvement with the Family. The results point out aspects related to the care service and work organization that can improve, among them, the leadership position, the treatment and relationship between managers and workers, the management of routine of work, the accompaniment to the workers and the access to psychotherapy.

Keywords: depression; worker; care; industry

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Fluxograma Analisador – Merhy..... | 34 |
| Figura 2 - Modelo Escalonado de Cuidados para a Depressão..... | 37 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - | Lista de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho..... | 29 |
| Quadro 2 - | Classes, Temas e Subtemas emergentes da Análise Temática, com suas respectivas frequências e percentagens..... | 54 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|
| AA | Alcoólicos Anônimos |
| AB | Atenção Básica |
| ABRATA | Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos |
| AMJE | Associação Mantenedora João Evangelista |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CECOS | Centros de Convivência |
| CEREST | Centros de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CID – 10 | Código Internacional de Doenças |
| CVV | Centro de Valorização da Vida |
| DSM-V-TR | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| ECT | Eletroconvulsoterapia |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EMTr | Estimulação Magnética Transcraniana |
| F32 CID | Episódios Depressivos |
| GSSS | Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IER | Intervenções Espirituais e Religiosas |
| INSS | Instituto Nacional de Seguridade Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| NA | Neuróticos Anônimos |
| NASF | Núcleo de Apoio Saúde da Família |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNSST | Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador |
| ProSER | Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade |
| RENAST | Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador |
| ST | Saúde do Trabalhador |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SRT | Serviços Residenciais Terapêuticos |

| | |
|-------|--------------------------------------------|
| TCC | Terapia Cognitiva Comportamental |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| UFRS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| USP | Universidade de São Paulo |
| UVA | Universidade Estadual Vale do Acaraú |
| VISAT | Vigilância em Saúde do Trabalhador |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA..... | 18 |
| 2.1 | Depressão no mundo contemporâneo..... | 18 |
| 2.2 | Política nacional de saúde do trabalhador..... | 26 |
| 2.3 | Cuidado e qualidade de vida para o trabalhador com depressão..... | 30 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 46 |
| 3.1 | Tipologia e abordagem..... | 46 |
| 3.2 | Cenário do estudo..... | 46 |
| 3.3 | Definição dos participantes e critérios de inclusão..... | 47 |
| 3.4 | Métodos e procedimentos para coleta e análise dos dados..... | 48 |
| 3.5 | Aspectos éticos da pesquisa..... | 51 |
| 4 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 53 |
| 4.1 | Reconhecimento da depressão..... | 54 |
| 4.2 | Tratamento da depressão..... | 61 |
| 4.2.1 | <i>Farmacoterapia.....</i> | <i>66</i> |
| 4.2.2 | <i>Psicoterapia.....</i> | <i>70</i> |
| 4.2.3 | <i>Significado do tratamento.....</i> | <i>78</i> |
| 4.3 | Significado do trabalho..... | 79 |
| 4.3.1 | <i>Trabalho como fuga.....</i> | <i>79</i> |
| 4.3.2 | <i>Trabalho como um fardo.....</i> | <i>80</i> |
| 4.3.3 | <i>Trabalho e cuidado.....</i> | <i>92</i> |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 94 |
| | REFERENCIAS..... | 101 |
| | APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 107 |
| | APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E | 110 |
| | ESCLARECIDO (TCLE) | |
| | ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 112 |

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde do trabalhador perpassou toda a história da saúde pública e influenciou a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que fomentou a concepção da RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e também a implantação dos CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2006).

Todas as categorias de trabalho estão sujeitas a essa Política que considera o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Os profissionais de saúde devem atuar diante da suspeita e identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde do paciente, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho, fornecendo subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecendo os fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários para tratamento, acompanhamento e reabilitação, considerando os diferentes níveis de complexidade e tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde (Brasil, 2004).

Dados publicados pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social em fevereiro de 2016 apresentam informações sobre a saúde e segurança dos trabalhadores brasileiros e sobre os benefícios concedidos por incapacidade ou afastamento do trabalho. Chama à atenção a concessão do benefício auxílio-doença: “aquele que o segurado recebe, mensalmente, ao ficar incapacitado para o trabalho por mais de quinze dias por motivo de acidente ou doença. As motivações dos afastamentos podem ser previdenciárias (sem relação com o trabalho) ou acidentárias (com relação com o trabalho)”.

Analisando os benefícios concedidos aos trabalhadores afastados por motivo de episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, sem relação com o trabalho (previdenciário), nos 11 primeiros meses de 2015, vê-se o pagamento de 57.547 benefícios. Para os afastados pelos mesmos motivos e com causas relacionadas ao trabalho (acidentários), registrou-se, no mesmo período, 4.889 benefícios pagos, ou seja, dos 62.346 benefícios concedidos de janeiro a novembro de 2015, 7,8% são acidentários (estão relacionados ao trabalho) (Brasil, 2016).

A depressão vem sendo considerada como uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. A prevalência em geral apresenta variação entre 3 e 11%. Na atenção primária a mediana da prevalência fica em torno de 10%. Esse suposto aumento de sua prevalência faz com que a depressão seja associada ao modo de vida do mundo moderno e a todo um saber que vem sendo construído em torno da medicalização do sofrimento.

Acrescenta-se a tudo isso o agravante de que a depressão ainda pode ser fator de risco para o desenvolvimento de outros distúrbios como, por exemplo, o de suicídio. As estatísticas dizem que, por ano, quase um milhão de vidas são perdidas no mundo por conta da depressão (Duailibi; Silva; Jubara, 2014).

O comprometimento das atividades diárias leva os pacientes deprimidos a procurarem os serviços de saúde com mais frequência alimentando a demanda por vários tipos de atendimento, medicamentos e comportamentos de consumo. Os números que giram em torno do tema depressão são, de modo geral, impressionantes: por ano, aproximadamente 83 bilhões de dólares são gastos nos EUA no tratamento da depressão e 118 bilhões de euros na Europa. A OMS (2015) considera a depressão um problema de saúde pública global: 350 milhões de pessoas vivem afetadas pela doença e estima-se que até 2020 a depressão passe a ser a segunda maior causa de incapacidade nos países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento.

Apesar das estatísticas mostrarem que a depressão já é um problema preocupante, 50% dos pacientes com depressão nos EUA ainda não recebem nenhum tipo de tratamento. Ou seja, a demanda de mercado que está sendo construída neste discurso tende a crescer, inclusive no Brasil. A OMS estima que a ausência de tratamento de metade dos pacientes com depressão seja a mesma proporção da realidade brasileira.

O estudo conduzido em Campinas- SP para investigar as atitudes, conhecimento e autoconfiança dos médicos clínicos no diagnóstico e tratamento da depressão encontrou que 42% dos 78 participantes apresentavam dificuldade em diferenciar depressão de tristeza. Se essa dificuldade básica em termos de diagnóstico ainda existe, todas as estatísticas apresentadas podem ser questionadas. Será realmente depressão tudo aquilo que está sendo notificado? Quantos desses casos não se referem à tristeza ou a um sofrimento natural de um dado momento da vida?

Hirata (2014) fala da existência do agravante de que um terço dos pacientes abandona o tratamento no primeiro mês. No terceiro mês, a taxa de abandono do tratamento aumenta para 44%. O abandono pode ter diversas motivações. Pode acontecer de o paciente sentir-se curado, ter aprendido a viver com a depressão ou simplesmente porque a tristeza passou.

A depressão segue mal diagnosticada, tratada de forma inadequada nos serviços saúde e marcada por um negro prognóstico enquanto problema social sustentado por um discurso medicamentado. Além dos custos pessoais da depressão, o prejuízo ao sistema de saúde como um todo e aos níveis de qualidade de vida, constitui-se também em problema para

as empresas, porque gera custos causados pela perda de produtividade, maior número de faltas ao trabalho, maior número de afastamentos e pelo prejuízo ao profissional.

Desde o final do século XX, ao se abordar o campo de estudos relativos à saúde do trabalhador, a expressão de sofrimento e tristeza por meio de processos depressivos e suas possíveis relações com o trabalho passaram a ser objeto de preocupação social, organizacional e pessoal. Conforme estudo realizado nos EUA, os pacientes com depressão são em grande parte pessoas em fase economicamente ativa e que, em razão da depressão, apresentarão prejuízo no trabalho, inabilidade, absenteísmo, redução da produtividade no emprego e afastamento do trabalho. Trata-se, assim, de um fenômeno social que atinge diretamente o contexto organizacional e do trabalho, e cujas aproximações (trabalho e depressão) ainda são pouco estudadas e conhecidas (Cavalheiro; Tolfo, 2011).

Por serem pouco estudadas e conhecidas, deve-se manter a cautela em considerar como verdade tudo que as estatísticas nos apresentam. Por exemplo, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, realizada pelo IBGE, identificou que no Brasil, 7,6% dos adultos já foram diagnosticados com depressão. Esse número equivale a 9% da estimativa mundial, cerca de 11 milhões de pessoas. Dentre esses brasileiros diagnosticados com depressão, mais da metade (52%) usa medicamentos. No Ceará, 4,4% dos adultos já foram diagnosticados com depressão. Dentre esses, 39% receberam assistência médica no último ano e 40% usam medicamento. É importante manter a visão crítica e não acolher essa descrição da realidade com passividade. Este cenário configura um mercado muito favorável à indústria farmacêutica e não se tem garantia de como esses diagnósticos estão sendo realizados no mundo inteiro. Medicalizar a tristeza e o sofrimento trazem vantagens para a indústria da saúde para o próprio paciente que se exime da responsabilidade de sua vida. A doença passa a governar os comportamentos.

Nesse contexto, há que se pensar naqueles trabalhadores cuja saúde está comprometida, a ponto de afastá-lo do trabalho por adoecimento. O afastamento do trabalho ocorre quando a pessoa é considerada incapacitada de trabalhar, seja por motivos relacionados a acidente, doença de caráter físico ou psíquico (Brasil, 2016). A depressão está inserida lista de doenças psíquicas que podem ter relação com o trabalho por essa razão, diante da oportunidade de elaborar um projeto para o Mestrado em Saúde da Família, eis que surge uma questão para pesquisa: qual a percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre o seu processo de depressão e tratamento ao qual foi submetido após o diagnóstico?

A minha formação em Psicologia, meus estudos sobre psicanálise, psicologia do trabalho e psicodinâmica do trabalho, junto ao fato de atuação na indústria sobralense há mais

de quinze anos, fez nascer uma inquietação e o interesse de entender a percepção que o trabalhador sobralense tem do seu trabalho no que diz respeito aos fatores que causam realização e prazer e aos fatores que podem causar descontentamento, desmobilização, desconforto, sofrimento psíquico e adoecimento mental.

Atuo na indústria calçadista Grendene de Sobral – CE há quinze anos nos processos de seleção, treinamento e desenvolvimento organizacional. Ao longo de todo esse tempo convivi com as mais diversas situações relativas à saúde do trabalhador, acompanhei casos de muitos trabalhadores altamente motivados e engajados, outros totalmente desvinculados e entristecidos na relação com o trabalho e acompanhei aqueles que precisaram ser afastados do trabalho por motivos de saúde. Percebia que quando os problemas eram de ordem psíquica a dificuldade de diagnóstico e tratamento era mais complexa e, paralelo a isso, se agravava a própria condição do trabalhador. A indefinição sobre o que estava acontecendo, a causa do problema, sobre qual é o tratamento adequado e o tempo de recuperação mexia ainda mais com a condição daqueles trabalhadores. Como a organização não possui serviço de saúde interno e os trabalhadores com problemas de saúde são encaminhados para o serviço público ou para os serviços oferecidos pelos planos de saúde (para quem os possui) surge a necessidade de compreender qual é esse percurso de encaminhamentos e como o trabalhador percebe e vivencia tudo isso.

A Grendene é uma organização com mais de quarenta e cinco anos de existência que há vinte e três anos estabeleceu-se em Sobral-CE e assume há vários anos consecutivos a posição de maior empregadora do município. Atualmente a empresa possui 13.500 funcionários advindos de Sobral e cidades circunvizinhas. A maioria, 85% desses trabalhadores exercem a função de ajudante de produção, trabalhando na operação máquinas e equipamentos que produzem componentes para os calçados e na montagem dos calçados propriamente dita.

O relevante do trabalho será investigar a percepção que os trabalhadores apresentam sobre o seu percurso de perceberem-se em sofrimento, busca por diagnóstico e assistência desde as primeiras queixas, a busca por auxílio profissional, o acolhimento e encaminhamento recebidos. O trabalho contribuirá para a linha de pesquisa em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS) na medida em que apresentará elementos da percepção dos trabalhadores da indústria calçadista, quanto ao seu problema de depressão, passando por questões de diagnóstico, acesso e eficiência do tratamento ao qual foi submetido e qualidade do serviço prestado. O estudo contribuirá também trazendo conhecimentos sobre a depressão

nos trabalhadores da indústria calçadista Grendene, realidade pouco conhecida até o momento em que a pesquisa foi realizada.

O trabalho está estruturado em seis capítulos. No primeiro o estudo é introduzido, no segundo são apresentados os objetivos gerais e específicos, na sequência é apresentada uma contextualização sobre a depressão no mundo contemporâneo, sua relação com a Política de Saúde do Trabalhador e como se dá cuidado e a promoção da qualidade de vida para trabalhadores com depressão. No quarto capítulo apresenta-se a metodologia adotada no trabalho seguido do quinto capítulo onde são apresentados a análise e discussão dos dados, seguido das considerações finais no sexto capítulo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Em toda existência humana houve e haverá sofrimento. Seja na história pessoal de cada um de nós, ou da humanidade, acontecimentos de toda ordem nos colocam em posição de inquietude, dúvida, impotência, incapacidade. Não raro esse sofrimento posicionou-se de forma cronicada e constitui-se como objeto de estudo da filosofia, da ciência em suas mais diversas especialidades: medicina, psiquiatria, psicanálise, neurologia, psicologia. Os estados crônicos de sofrimento e tristeza passaram a configurar posição de destaque nos tratados de doenças mentais sobre o diagnóstico de depressão e cresce a cada dia a produção científica em torno do tema.

2.1 Depressão no mundo contemporâneo

No século XX houve uma intensa discussão do campo da psiquiatria sobre o termo depressão. O principal questionamento girava em torno de suas causas. Apenas a compreensão da origem poderia conduzir os cientistas ao encontro de algo que pudesse evitar ou conter o desenvolvimento de estados depressivos. Não existia a ideia de uma interação entre gene e ambiente na sua etiologia. A dificuldade em aceitar esta interação é reflexo do pensamento científico moderno sobre a natureza dividida mente-corpo que influencia tantos os especialistas quanto os pacientes. É difícil para um paciente reconhecer que caiu diante de situações que outros suportaram, pois a depressão continua sendo motivo de vergonha e estigma, que levam os pacientes a uma postura de omissão de sintomas e não reconhecimento da doença.

Quando a depressão passou a ser associada a algo que acontece sem razão externa, sem a implicação do paciente e foi entendida como resultado de alterações no plano genético e químico, eximiu o paciente de sua ‘culpa’ e responsabilidade. Estamos falando da descoberta dos antidepressivos nos anos 50 que deu origem a uma corrida entre os pesquisadores para se compreender o funcionamento das drogas no organismo e seus impactos no tratamento das doenças mentais.

Teixeira (2005) diz que existe um interesse social de dizer que a depressão é causada por processos químicos fora do controle do paciente. Foi nesse contexto que os medicamentos antidepressivos como, por exemplo, o Prozac – fluoxetina, tornaram-se tão populares. O autor cita que ainda existe controvérsia na compreensão da ação dos antidepressivos e na origem exclusivamente biológica da depressão.

Birman (2001) alerta que atribuir a etiologia da depressão a causas biológicas era o que faltava para conferir à psiquiatria a legitimidade das bases epistemológicas das ciências médicas. O avanço da neurociência e da farmacologia aproximou a psiquiatria da medicina somática. “A economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade”.

Essa transformação epistemológica produziu mudanças imediatas na terapêutica psiquiátrica e a medicação passou a ser a principal intervenção terapêutica da psiquiatria. Em contrapartida a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, posicionando-se como intervenção secundária assim como o registro das histórias dos sujeitos (Birman, 2001).

Outra consequência da centralização da farmacoterapia é que a medicação passa a ser o principal regulador do sofrimento psíquico da atualidade, levando o mundo ocidental a se relacionar com a dor de um modo muito específico e particular. O limiar de sofrimento suportável baixou consideravelmente levando-nos a consumir drogas diante de qualquer manifestação dolorosa de humor. O ‘evitamento’ do sofrimento psíquico passa ser regra e, assim, sentimentos melancólicos e depressivos são evitados a qualquer custo.

Bauman (2009) comenta que a era moderna proclama o direito universal à busca da felicidade e a promessa de mostrar sua superioridade em relação às formas de vida que ela substituiu. E se a busca da felicidade é “reconhecida como atividade absorvente, consumidora de energia, enervante e repleta de riscos, provoca maior incidência de depressão psicológica, e provavelmente mais dinheiro será gasto com antidepressivos”.

O transtorno depressivo é apresentado na modernidade, entre os transtornos de humor, como o mais comum. Divulga-se que sua prevalência seja de 10% na população em geral e, entre os pacientes hospitalizados, é de 15%. A idade média para início do transtorno depressivo é 40 anos e não há alteração no comportamento da prevalência dos transtornos de humor em função de raça ou condição socioeconômica (Engel, 2012).

A etiologia da depressão é associada a três fatores apenas para fins didáticos, pois todos os aspectos interagem entre si: biológicos, genéticos, psicossociais. A presença de agentes estressores permanentes interfere na sintomatologia e no processo de recuperação do paciente deprimido, apesar das estratégias terapêuticas adotadas. Os aspectos sociais associados ao desenvolvimento da depressão são: perda de um dos pais antes de onze anos de idade, perdas de pessoas queridas em qualquer fase da vida, perda de emprego, do local de moradia, de situação socioeconômica ou mesmo algo simbólico relevante para o paciente (Engel, 2012).

A depressão está associada a sintomas de tristeza, melancolia, choro fácil e frequente, apatia, vazio, incapacidade de sentir prazer, tédio, aborrecimento crônico, irritabilidade aumentada, angústia ou ansiedade e desespero. Alterações físicas também se manifestam: fadiga, cansaço fácil e constante, distúrbios do sono, perda ou aumento do apetite ou do peso, constipação, indigestão, distúrbios sexuais (diminuição da libido, disfunção erétil), palidez, alterações na menstruação, cefaleia. O pensamento apresenta ideação negativa, pessimismo, ideias de arrependimento e culpa, ideias de abandono ou autopunição, pensamentos suicidas, sentimentos de baixa estima, vergonha e autodepreciação. Acontecem ainda mudanças na motricidade: aumento da latência entre perguntas e respostas, lentidão psicomotora, diminuição do discurso, redução do tom de voz, fala lentificada, mutismo, negativismo (recusa alimentar e à interação social) e ausência de planos e perspectivas. Alterações nos aspectos cognitivos também se apresentam como: dificuldade de concentração e esquecimentos, dificuldade de tomar decisões e pseudodemência depressiva. O cuidado com a aparência e a capacidade de exercer crítica também diminui (Engel, 2012).

Pelo DSM-V-TR (2013), o diagnóstico é realizado a partir da observação e descrição do paciente. Quando pelo menos cinco dos sintomas listados anteriormente se apresentam por mais de duas semanas e dois dos sintomas são: humor deprimido e diminuição do interesse ou prazer e esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional e de outras áreas importantes da vida, conclui-se por um quadro de depressão.

A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) apresenta algumas diferenças no diagnóstico em relação à DSM-V-TR (2013) pois classifica os episódios depressivos em leve, moderado e grave. Os casos leves apresentam humor deprimido, perda de interesse e fadigabilidade aumentada e outros dois dos sintomas já citados, inclusive os somáticos, mas não se apresentam de modo intenso. Alguma dificuldade de continuar com o trabalho do dia a dia, começa a se manifestar. Os sintomas ainda não impedem o paciente de continuar a realizar suas atividades habituais. No episódio depressivo moderado a quantidade de sintomas apresentados aumenta para três ou quatro em maior intensidade e as dificuldades em continuar as atividades habituais são uma regra. Já no episódio depressivo grave o paciente apresenta angústia e agitação intensa. O suicídio é um perigo marcante. Podem surgir também sintomas psicóticos como delírios envolvendo ideias de pecado, pobreza ou desastres pelos quais o paciente pode assumir a responsabilidade e alucinações com vozes depreciativas.

Calcula-se que os episódios de depressão em geral duram de três a doze meses. Se ao longo da vida o paciente apresenta vários episódios depressivos que nunca são intercalados por episódios maníacos, faz o diagnóstico de transtorno depressivo recorrente. O curso e o prognóstico de depressão tendem a ser longo e permeado de recaídas, mas o paciente consegue retornar à sua personalidade normal, anterior ao episódio. O tratamento visa garantir a segurança do paciente e avaliação diagnóstica completa que, juntamente com o plano terapêutico, deve abordar não apenas os sintomas apresentados, mas também o bem-estar futuro do paciente (Engel, 2012).

Costa (2008) estima que sete em cada cem brasileiros com depressão, por exemplo, recebem tratamento adequado. Cerca de dois terços, nem chega a buscar ajuda médica. O grupo que reconhece o problema procura atendimento junto a clínicos gerais ou profissionais de outras especialidades. Entre a primeira consulta e o diagnóstico correto há um período de 18 meses em média. Entre os primeiros sintomas da depressão e sua consolidação, estima-se um período de seis meses, somado ao tempo necessário para o diagnóstico correto, vê-se o tempo de sofrimento ao qual o paciente fica submetido sem que nada de efetivo seja realizado. Depois de detectada a depressão é possível fazer o paciente sair da crise num período de 30 a 40 dias com base no uso de medicamentos antidepressivos e/ou psicoterapia. O tratamento adequado pode evitar a incidência de crises em até 80% dos casos. O maior risco ao qual se submete uma pessoa com depressão é o suicídio.

Observa-se na descrição de Costa (2008) que a psicoterapia é posicionada como coadjuvante. O medicamento mais uma vez é escalado a protagonista do tratamento. Em vez de estimular que o paciente abra sua boca para falar de seu sofrimento, para que possa compartilhar sua dor com alguém, impõe-se que essa boca se abra para consumir antidepressivos com a maior urgência possível, afinal, o que está em jogo é o resgate da felicidade que está ao alcance de todos.

Segundo Teixeira (2005), a depressão nos é apresentada como uma síndrome que deve ser erradicada, independentemente dos motivos que levaram a ela e da história de vida do sujeito, pois estar deprimido é ruim, sinal de disfunção orgânica e de fracasso do funcionamento do corpo.

As estatísticas são muitas e é imperativo alertar que esse discurso produzido em torno da depressão que pode ser medicalizada não é completo e real. Buscando suporte teórico em Foucault (1996) e nos seus estudos sobre a construção dos saberes médicos, destaca-se a construção da medicina social que primeiramente assistiu a medicalização do Estado, seguida da medicalização das cidades e em terceiro os pobres e trabalhadores tornaram-se objetos da

medicalização. Deste período histórico em diante é possível assistir à medicalização de todo o mundo contemporâneo. Refletindo sobre o que traz o parágrafo anterior: “em 30 a 40 dias, com base no uso de medicamentos antidepressivos e/ou psicoterapia é possível sair da crise”, não acredito que o paciente saiu da crise em 30 ou 40 dias. Acredito que ele está sob efeito de alguma substância que modifica sua percepção, seus sentimentos, sua fisiologia e, portanto, altera sua possibilidade de sentir, de sofrer e de viver.

Outra frente de pensamento, a psicanálise, coloca a depressão situada em outro campo que não o biológico. Freud situou os estados de melancolia e depressão no registro da perda e buscou compreender a forma como cada pessoa pode reagir psiquicamente a ela. O luto foi definido por Freud (1917), em seu texto *Luto e Melancolia*, como o espaço por excelência da vivência e da elaboração das situações de perda e de frustração. Levando em conta a realidade psíquica de cada um, a psicanálise busca a compreensão dos sentidos e significados atribuídos pelos pacientes às situações de perdas difíceis de serem elaboradas. Assim, é necessário um período de recolhimento psíquico para que as frustrações sejam elaboradas.

Quando esse tempo de recolhimento demora excessivamente e se mostra insuficiente, denotando uma dificuldade de elaborar a perda, Freud denomina a entrada no campo da melancolia e da depressão. A depressão parece ser citada por ele para se referir a um afeto, estado ou sintoma e a melancolia era utilizada para referir-se a um quadro mais grave no qual se acrescentava diversos elementos. Entre os psicanalistas pós freudianos essa diferenciação entre melancolia e depressão ainda não se esclareceu. Teixeira (2005) afirma ainda que a psiquiatria atual emprega o termo depressão como sinônimo e em substituição ao termo melancolia dissolvendo a melancolia na depressão.

Freud em seu ensaio sobre *Mal-Estar e Cultura* (1930) questiona por que é tão difícil para a humanidade alcançar a felicidade e como resposta a essa questão ele nos apresenta a existência de uma falta estruturante que acompanha a condição humana. Durante toda a vida essa falta tenta ser preenchida com a incessante busca pela felicidade e esse processo é, por vezes, vivido em forma de sofrimento.

Segundo Freud, o sofrimento se apresenta através de três possibilidades ameaçadoras: a partir do próprio corpo, destinado à ruína e à dissolução; a partir do mundo externo que pode se abater sobre nós com forças superiores, implacáveis e destrutivas e; por fim, a partir das relações com os outros seres humanos, com a família, com o Estado e na sociedade. O sofrimento que provém dessa última fonte, das relações, é sentido de modo mais doloroso que qualquer outro.

A intervenção medicamentosa proposta pela psiquiatria busca erradicar o sofrimento depressivo sem provocar o encontro com os caminhos de simbolização. Já a psicanálise busca uma ressignificação para os vividos do paciente e a elaboração do luto estagnado que permita ao sujeito avançar apesar das perdas. Por estarem em paradigmas diferentes é que em muitos casos de depressão são tratados de forma combinada entre farmacoterapia e psicoterapia. Essa complementariedade tem mostrado mais resultado do que o debate em defesa de um único ponto de vista.

Freud (1930) aponta que se não é possível afastar todo o sofrimento, no máximo afasta-se parte dele quando sua origem vem do corpo ou do ambiente. Contentarmo-nos com essa situação é o que nos resta. É na relação com os outros, terceira fonte possível de sofrimento, que aparecem possibilidades diferentes. Infinitas disposições são criadas para regulamentar a convivência contra o sofrimento, mas como não é possível escapar dele, o homem acaba sofrendo também diante das restrições apresentadas por essas regras criadas por nós mesmos.

O sofrimento que provém dessa última fonte, das relações, talvez seja sentido de modo mais doloroso que qualquer outro. A proteção mais imediata contra o sofrimento que pode resultar das relações humanas é a solidão voluntária, o distanciamento em relação aos outros. Contra esse temido mundo externo não é possível defender-se senão por alguma espécie de afastamento (Freud, 1930).

Diante disso, evolui-se no entendimento de que embora o sofrimento esteja presente na cultura, na existência humana, todo sofrimento é apenas sensação, ou seja, existe apenas na medida em que é percebido em consequência de disposições subjetivas que passaram ao longo do tempo a serem consideradas normais ou patológicas.

O mundo contemporâneo produziu o predomínio de determinadas supostas patologias e as impõe como realidades inquestionáveis que passaram a atravessar nossas configurações simbólicas e formas de subjetivação. Encontramo-nos submerso num contexto em que passivamente consumimos aquilo que nos é imposto consumir: diagnósticos, tratamentos, medicamentos e discursos. Consumimos e reproduzimos comportamentos, tendências, necessidades massificadas, tomando nossas decisões de consumo de forma simplista e superficial (Bauman, 2009).

Segundo Silva (1988), no contexto laboral também surgem imposições e discursos ao profissional completo, detentor de infinitas competências, habilidade e de atitudes irrepreensíveis. A autocobrança para parecer ser tudo que se idealiza para o espetáculo organizacional faz com que o mal-estar de buscar corresponder tantas expectativas deflagre

situações de adoecimento, quando as demandas sociais divergem das necessidades e possibilidades individuais.

A depressão pode ser desenvolvida como consequência dessa tentativa frustrada de ser, ter ou parecer aquilo que a demanda social nos impõe. Como se não bastasse tudo isso, o que se constata é que a depressão está na moda, assim como o estresse, cirurgias estéticas, consumo de suplementos vitamínicos e outras patologias ou comportamentos.

A depressão está posicionada como sendo o mal da pós-modernidade. É espantoso o número de casos diagnosticados como depressão em todo o mundo. Mas não podemos aceitar passivamente. Precisamos questionar se todo esse sofrimento é mesmo depressão e que interesses podem estar sustentando esses diagnósticos.

Para Bauman (2009), o significante depressão se faz presente de forma excessiva como resposta a essa busca de tudo ter, tudo ser e tudo parecer. O que resulta disso é uma cultura melancolizante que traz em si uma promessa de cura/ bem-estar/ felicidade para o sofrimento humano marcada pela tendência de tratamentos exclusivamente medicamentosos como principal alternativa para o tratamento do sofrimento. Provoca-se o sofrimento e depois oferece-se o tratamento para ele.

Birman (2001) defende que o método mais grosseiro, mas também o mais eficaz de se obter tal influência sobre o sofrimento é o químico, a intoxicação. Existem substâncias estranhas ao corpo, cuja presença no sangue e nos tecidos, proporciona sensações imediatas de alívio e prazer, além de modificar as condições de nossa vida perceptiva a ponto de impedir a percepção de sensações de desprazer. Pouco se investe na possibilidade de cuidar do sofrimento conduzindo os pacientes a uma ressignificação dos seus vividos psíquicos. O que mais se busca na tal da cura é o ajustamento do paciente ao comportamento considerado normal.

A depressão como uma das mais importantes formas de mal-estar da humanidade simbolicamente representa o fracasso do sujeito na participação da cultura da plena performance. A estética da performance contradiz com a introspecção da depressão, o isolamento melancólico do mundo. Por isso a relevância de entender como os trabalhadores se sentem e se percebem diante desse contexto.

A percepção é uma função que permite ao organismo receber, elaborar e interpretar a informação que chega ao meio circundante através dos sentidos. Portanto, percepção é um processo de caráter inferencial e construtivo: uma representação daquilo que acontece no exterior e surge sob a forma de uma hipótese. Para a Gestalt, a percepção é compreendida através da noção de campo, não existindo sensações elementares, nem objetos

isolados. Dessa forma, a percepção não é o conhecimento exaustivo e total do objeto ou de uma dada realidade, mas uma interpretação sempre provisória e incompleta situada num contexto social.

A Psicologia através da Gestalt apresenta uma proposta dialogada para a compreensão fenomenológica da percepção considerando a apreensão dos sentidos feita através do corpo, tratando-se, portanto, de uma expressão criadora, a partir dos diferentes olhares sobre o mundo (Nóbrega, 2008). A percepção não é uma representação mentalista e sim um acontecimento da corporeidade e da existência. Essa perspectiva apoia-se na concepção de permanente movimento. Os movimentos acompanham nosso acordo perceptivo com o mundo. As coisas são situadas e habitadas com todo o nosso ser. Sendo assim, as sensações são associadas aos movimentos e cada objeto nos convida à realização de um gesto ou ato que cria novas possibilidades de interpretação das diferentes situações existenciais.

Merleau – Ponty, citado por Nóbrega (2008) rompe com as concepções clássicas de percepção e reforça a teoria de percepção fundada na experiência do sujeito encarnado, que olha, sente e reconhece o espaço como expressivo e simbólico. Sua teoria refere-se ao campo da subjetividade, da historicidade, da cultura, relações, diálogo, contradições e experiências afetivas. A percepção é um acontecimento da existência. A percepção remete às incertezas, ao indeterminando, delineando assim o processo de comunicação entre o dado e o evocado. Merleau – Ponty faz grande esforço para não dicotomizar as partes e o todo e sim considerar as interconexões que se realizam na ação humana com o ambiente, com a cultura e os processos históricos.

O movimento do organismo é a expressão da reorganização do sistema como um todo. É preciso considerar a unidade entre o sensorio e o motor na teoria da percepção. O conhecimento perceptivo não é uma adequação e sim criação contínua que permite diferentes possibilidades. A percepção é uma porta aberta aos vários horizontes: uma porta giratória que alterna faces visíveis e invisíveis e é sobre o olhar atualizado que surgem as significações e possibilidades.

Com base nesses conceitos de percepção, torna-se ainda mais intrigante a questão em torno da depressão que acomete o trabalhador. Como ele percebe todo o discurso que o circunda acerca da questão da saúde, da depressão, do diagnóstico, do tratamento que lhe é disponibilizado? O que o trabalhador tem a dizer através da sua percepção? Este trabalho visa dar essa voz aos trabalhadores da indústria calçadista para que seja possível problematizar as percepções que apresentam sobre a questão do diagnóstico e do tratamento da depressão.

2.2. Política nacional de saúde do trabalhador

O processo de medicalização do mundo contemporâneo influencia as práticas do Estado, das cidades, das organizações, da população em geral e reflete também nas proposições das políticas públicas. Até 1988 a saúde no Brasil era um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes), um serviço comprado na forma de assistência médica ou ação beneficente oferecida por hospitais filantrópicos. As ações de Saúde Pública eram executadas pelo MS dissociadas da atenção individual. Isso conferia à população péssimas condições de saúde e qualidade de vida. O Brasil era recordista em acidentes de trabalho, tinha baixíssima capacidade diagnóstica e de registros de doenças do trabalho. Esse fato levou a OIT a pressionar o governo para providências urgentes.

Com o Movimento da Reforma Sanitária uma nova concepção de Saúde Pública foi proposta para o povo brasileiro, incluindo nessa esfera a saúde do trabalhador. Dessa forma, a Política de Saúde do Trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais da época (Brasil, 2006). Uma resposta teórica uma vez que seu propósito real, de oferecer boas condições de saúde e qualidade de vida ao trabalhador brasileiro, está longe de ser alcançado.

A Constituição Brasileira de 1988, no artigo 200, diz: “ao Sistema Único de Saúde compete executar as ações de ST assim como colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o ambiente do trabalho”. A Lei Federal 8080/90 regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a ST através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promove e protege a saúde dos trabalhadores, como também sua recuperação e reabilitação.

Percebe-se neste breve trecho da constituição brasileira o comportamento social identificado por Foucault (1996) de analisar os efeitos do meio ambiente sobre o organismo e na sequência, a análise do próprio organismo. Foucault conceitua que “salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e dos seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível”.

É nessa relação que surge a noção de higiene pública, higiene ocupacional, higiene pessoal que já vai se aproximando da terceira fase da medicina social que medicaliza a força de trabalho. Os trabalhadores também passam, por consequência, a serem objetos de medicalização. É quando começa a surgir a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que ajuda a satisfazer as necessidades de saúde dos trabalhadores, não

permitindo que façam por si mesmos e garantindo a segurança sanitária das cidades. Foucault classifica esse tipo de intervenção não como cuidados médicos e sim como controle médico da população.

A Lei Federal ainda não caiu no conhecimento dos trabalhadores, dos profissionais de saúde nem dos empregadores. Como poderá ser motor para ações consistentes de vigilância epidemiológica e sanitária? Todos os discursos produzidos em torno na saúde do trabalhador ainda se distanciam da realidade prática e dos indicadores que o Brasil apresenta.

As políticas públicas de saúde e segurança do trabalho visam garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, da realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. O princípio da universalidade pressupõe a responsabilidade do SUS sobre todos os trabalhadores, independente do seu grau de inserção na economia ou o tipo de vínculo trabalhista. Sabe-se que o Brasil está longe de viver essa universalidade e que parece não haver interesse nem priorização para que os trabalhadores conheçam e dialoguem sobre o que a lei lhes assegura. Ainda é pequena a reflexão sobre como e quem deve realmente cuidar da saúde do trabalhador.

Soma-se a essa reflexão os questionamentos de Dejours (1993) sobre a saúde enquanto objetivo a ser perseguido e não como um estado possível de ser alcançado. A saúde enquanto estado de “completo bem-estar” é algo impossível de se alcançar, é estado fugaz e efêmero. Tanto o organismo como o aparelho psíquico estão em permanente movimento de regulação buscando restaurar o seu estado de equilíbrio interno.

No trabalho o mesmo movimento acontece. Os trabalhadores seguidamente buscam regular seu modelo operante de trabalho buscando torná-lo mais favorável a seu bem-estar. Quando ao trabalhador é vetado o espaço para que contribua com a organização do trabalho e a ele cabe apenas a execução dentro do padrão e ritmo que outros definiram, cria-se um contexto favorável ao desequilíbrio. Quando o desejo, o sonho, a ideação não têm espaço para se manifestar, a energia psíquica é impedida de fluir e abre-se espaço para o surgimento das doenças mentais e físicas entre os trabalhadores.

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil atualmente se caracteriza por: agravos em relação às condições de trabalho específicas como acidentes típicos e as “doenças profissionais”; doenças que tem sua frequência e surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho, denominadas “doenças relacionadas ao trabalho” e doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas que impactam a saúde dos trabalhadores (Brasil, 2006).

As disposições da Política Nacional de Saúde do Trabalhador baseiam-se numa classificação nosográfica que corrobora com o modelo médico do normal x patológico, da saúde x doença. E nos trabalhadores da indústria calçadista a depressão pode ser classificada da mesma forma, tanto como doença comum ao conjunto da população sem causa aparente com o trabalho ou como problema decorrente da atividade laboral. O presente trabalho visa compreender qual a percepção dos trabalhadores em relação a esse processo de adoecimento.

Os objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora são: 1. fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); 2. promover a saúde em ambientes e processos de trabalho saudáveis; 3. garantir a integralidade na atenção à ST; 4. ampliar o entendimento de que a ST é uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todas as instâncias da rede de atenção; 5. incorporar o trabalho como determinante do processo saúde-doença; 6. assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS; 7. assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (BRASIL, 2012). De forma indireta pudemos avaliar se esses objetivos se refletem de alguma forma na percepção, na vivência que os trabalhadores trazem sobre o contexto em que estão inseridos e tratamento que receberam.

Para subsidiar ações de diagnóstico, tratamento e vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho, o MS, elaborou, para uso clínico e epidemiológico, a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Essa mesma lista foi adotada pela Previdência Social para fins de categorização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes. A criação de uma lista, ao mesmo tempo que norteia a prática profissional, simplifica em demasia a questão da saúde do trabalhador. O sofrimento e adoecimento de um trabalhador não são possíveis de ser classificados nessas poucas linhas, conforme quadro 1:

Quadro 1 - Lista de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho

| |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| Demência em Outras Doenças Específicas Classificadas em Outros Locais (F02.8) |
| Delirium não sobreposto à demência, como descrita (F05.0) |
| Transtorno cognitivo leve (F06.7) |
| Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0) |
| Transtorno Mental Orgânico ou sintomático não especificado (F09) |
| Alcoolismo Crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2) |
| Episódios Depressivos (F32) |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de Estress pós-traumático (F43.1) |
| Neurastenia (inclui síndrome da fadiga) (F48.0) |
| Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8) |
| Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos (F51.2) |
| Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burn-out), síndrome do esgotamento profissional (Z-73.0) |

Fonte: Portaria/MS no. 1339/1999.

Além da lista de transtornos mentais relacionados ao trabalho, o MS elaborou também um manual que esclarece aos gestores da saúde quanto à rede de atenção integral à saúde do trabalhador e os equipamentos que integram a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Brasil, 2002). A APS e ESF almejam garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer onexo causal entre o quadro de morbimortalidade verificado nos processos do trabalho de um território. Nessa abordagem, a ST passa a ser considerada numa perspectiva ampliada, para além do processo laboral, considerando as condições de vida dos indivíduos e das famílias, a abordagem integral do usuário, a “resolutividade”, a responsabilização, o acolhimento e a integralidade.

As ações de ST prometem ser espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, assim como as demais ações de AB. São oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento das necessidades de saúde, relacionadas ou não ao trabalho. Ao MS cabe a coordenação nacional da PNSST e ao SUS cabe a execução das ações. A construção da RENAST surgiu para fortalecer a PNSST no SUS integrando os serviços do SUS. A forma encontrada para operacionalizar tudo isso foi a criação de uma rede regionalizada composta pelos CEREST (Brasil, 2006) que não é a porta de entrada do Sistema e sim um centro articulador e organizador no seu território de abrangência. O CEREST assume a função de retaguarda técnica e polo irradiador de ações e ideias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

O diagnóstico e tratamento do agravo ou doença são os mesmos, independentemente do caso estar ou não relacionado ao trabalho. A relação da doença com o trabalho é estabelecida fazendo com que os registros sejam realizados e o fenômeno coletivizado, estabelecendo procedimento de vigilância e cuidado adequados. Existe o consenso de que a inserção efetiva das ações de ST está relacionada à sua assimilação pela AB pois esta é a única que consegue acessar o trabalhador informal, o familiar e o de

domicílio. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante do processo saúde-doença, a avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador e o controle social são possibilidades concretas da AB (Brasil, 2006).

Todo esse discurso é produzido por um conjunto de saberes indissociáveis das relações de poder das estratégias e políticas de intervenção e controle social. Essa questão do diagnóstico, das listas pré-estabelecidas remetem à medicalização do contexto social dos trabalhadores. Não temos como saber por hora se todos os casos diagnosticados como depressão não são, na verdade, momentos de altos e baixos da existência humana e não necessariamente uma patologia. Os trabalhadores vivem expostos a muitos elementos potencializadores do sentimento de desamparo. Diante disso, é importante entender que representação simbólica esse trabalhador forja de si mesmo. Compreender os significados que esses trabalhadores atribuem a seus diagnósticos de depressão e ao tratamento que recebem será muito revelador.

2.3 Cuidado e qualidade de vida para o trabalhador com depressão

Os dados apresentados anteriormente, extraídos do site do INSS mostram que os processos produtivos estão gerando casos de depressão nos trabalhadores e as organizações também são prejudicadas por essa realidade pois precisam afastar esse grupo de trabalhadores, substituí-lo, treiná-lo e ainda arcar com as taxas de impostos compatíveis com o número de afastados que ela mesma gerou. Isso eleva o absenteísmo, a rotatividade, os custos, diminui a produtividade, os índices de qualidade, compromete a imagem da empresa e o clima organizacional.

A Associação Brasileira de Psiquiatria considera que a depressão é um transtorno crônico e recorrente, pois aproximadamente 80% das pessoas que receberam algum tratamento para episódio depressivo terão uma segunda crise ao longo de suas vidas, alcançando uma média de quatro episódios por pessoa ao longo do tempo. Essa afirmação da própria Associação Brasileira de Psiquiatria nos leva a mais uma vez questionar sobre o porquê apostar de forma tão enfática nos processos de medicalização da depressão e ele não oferece a cura prometida. Se há a recorrência é porque os medicamentos não curam.

Nos anos 90, a depressão foi a quarta maior causa de incapacitação mediante escala global para comparação de várias doenças. Os médicos não-psiquiatras pouco diagnosticam depressão e os motivos desse subdiagnóstico advém de fatores relacionados aos

próprios médicos e aos pacientes. Em relação aos primeiros ocorre falta de capacitação, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e em relação aos pacientes existe o preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e a descrença no tratamento (Fleck, 2008).

Chama à atenção o fato de que um dos motivos do subdiagnóstico é a descrença dos próprios médicos quanto à efetividade do tratamento. Então, como esse cuidado está sendo prestado? O que está sendo recomendado ao trabalhador com depressão? O cuidado prestado pelo SUS deveria unificar as ações preventivas, curativas e de reabilitação, proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela ESF e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar. O cuidado integral deveria ser pleno e feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização do usuário diante do seu problema de saúde (Franco; Franco, 2012).

O Ministério do Trabalho e Previdência Social, assim como o MS, busca mecanismos para fazer gestão e corresponder a essa realidade de melhorias do acesso às unidades de saúde e serviços. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que busca articular tudo isso e apresenta várias razões para integrar os cuidados à saúde mental aos cuidados primários: a carga das perturbações mentais é grande, os problemas de saúde mental e física estão interligados, o déficit de tratamento para perturbações mentais é enorme, os cuidados primários em saúde mental melhoram o acesso, promovem respeito pelos direitos humanos, são acessíveis em termos de custo e geram bons resultados em saúde (Brasil, 2012).

A proposição sobre qualquer cuidado voltado para a saúde do trabalhador passa necessariamente por um olhar para as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde e seu objeto que é o cuidado. O ato de cuidar cresce em significância a partir da ação intencional do trabalhador em saúde na forma como articula suas ferramentas, seu saber-fazer e suas relações com os demais atores envolvidos. Cada etapa do processo de cuidado tem como objeto referências simbólicas distintas: a expectativa de ser cuidado ou de vender procedimentos, dependendo de quem está em cena, do seu lugar social no processo produtivo e de seus valores culturais (Merhy, 2009).

Nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, o trabalho em saúde, o ato de cuidar da vida e do outro, deveriam ser a alma da produção de saúde. As necessidades dos usuários deveriam ser o objeto central de todos aqueles que visam à promoção da vida (Merhy; Franco, 2005). Esse espaço de produção do cuidado é lugar permanente de tensão na

medida em que os interesses podem ser diversos como os dos próprios profissionais de saúde, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (Merhy; Franco, 2003).

A produção em saúde é composta pelo “trabalho morto” e pelo “trabalho vivo em ato”. O trabalho morto é composto por todos os produtos meio que nele estão envolvidos – ou como ferramenta ou como matéria-prima, e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes de sua produção como resultado de um processo de trabalho anteriormente realizado (Merhy; Onocko, 1997).

Já o “trabalho vivo em ato” é o trabalho humano no exato momento em que é realizado e que determina a produção do cuidado. O “trabalho vivo” interage com diversos tipos de tecnologias: tecnologias duras (instrumentos), tecnologias leves-duras (saber estruturado que o profissional traz consigo) e as tecnologias leves (relações entre os sujeitos e o modo particular como cada trabalhador em saúde aplica seu conhecimento para produzir o cuidado). Dependendo da ênfase que é dada a cada interação, o trabalho em saúde poderá gerar processos mais criativos, centrado nas relações ou na lógica dos instrumentos (Merhy, 2005).

O modelo assistencial defendido por Merhy e Franco (2003) oferece os recursos para o cuidado aos usuários, mesmo que estes necessitem de insumos de alta tecnologia. O trabalho deve ter no seu núcleo de cuidado, a predominância do “trabalho vivo” e o foco nas reais demandas do usuário. O acesso ao cuidado é sustentado pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo que garanta a integralidade da atenção, isto é, o seu “caminhar na rede assistencial”, acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo. É essa a equipe que se responsabiliza pelo encaminhamento do projeto terapêutico disponibilizado ao usuário.

O Projeto Terapêutico “é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco” (Franco; Franco, 2012). Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o profissional de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade. O serviço de saúde deve operar centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos os

atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do trabalho vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação do cuidado.

Merhy (1997) dialoga sobre os modos como os profissionais de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, como uma “máquina” permanente de produções de “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades. Ele utiliza uma ferramenta chamanda “fluxograma analisador” do modelo de atenção de um serviço de saúde representado pela figura 1, a seguir apresentada e onde a ‘entrada’ representa os usuários que chegam a buscar atendimento na rede, a ‘recepção’ refere-se àqueles usuários que foram acolhidos e encaminhados para algum tipo de serviço disponível na atenção e, no fim, na ‘saída’ do processo estão aqueles que passaram por algum tipo de intervenção.

Figura 1 - Fluxograma analisador.



Fonte: Merhy (1997).

Para Merhy (1997) o encontro entre um usuário, portador de uma determinada necessidade de saúde, e um profissional de saúde, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. “Um, ao “carregar” a representação de um dado “problema” como “problema/necessidade de saúde”, procura obter nesse encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a “sinceridade, a “responsabilização” e a “confiança na intervenção como uma possível solução”. O usuário é questionado sobre o que o levou ao serviço e, após esta “pesquisa”, o trabalhador em saúde, decidirá se haverá ou não encaminhamento para a próxima etapa do processo de trabalho a ser realizado dentro do próprio serviço de assistência.

É importante notar como é realizada a relação profissional de saúde/usuário e se, ao negar uma assistência, isto é feito como uma simples recusa ao usuário ou se esta negação é processada dentro de uma certa lógica “acolhedora” e assistencial (aquele espaço que se abre para um processo de escuta dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisão que pode

possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais).

Mapear todo esse processo de dizer sim ou não e como isso é feito nos traz muitas informações “que dão um certo sentido e concretude ao conceito de “necessidade de saúde” que o serviço opera e utiliza. É aqui que se vê se o “problema de saúde/ necessidade” representado pelo usuário vai ser ou não base para se construir uma relação com ele. Para o usuário, a “necessidade de saúde”, neste momento, está sendo representada e sentida como “um problema” que ele “sinceramente” vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele “traduz” como uma “questão de saúde” a ser enfrentada com a ajuda de “alguém”, pelo menos para ele, usuário.

Para entender as intervenções pelas quais os usuários passam, deve-se descrever como eles saem do processo. Os serviços de saúde dão saídas dentro de uma tipologia razoavelmente prevista. Por exemplo, alta por cura, por óbito e por abandono (ou fuga), encaminhamento para exame ou para outros serviços assistenciais e retornos dos mais diferentes tipos para o próprio serviço. Descrever este final é chave para se poder analisar tanto se o processo intercessor trabalhador de saúde/usuário é “acolhedor” também na saída e que tipo de “resultados” a cadeia produtiva está realizando. É necessário analisar a própria “adequabilidade” do processo ao que é solicitado pelo usuário e ao que ele tem capacidade de atuar.

Merhy cita ainda que “o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a saúde seja mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” – para ele com um valor de uso inestimável -, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida”.

Tanto os produtores como os consumidores das ações de saúde são instituintes de necessidades, atuam como forças no espaço intercessor de produção e consumo, expondo distintamente suas intencionalidades, “desejos”, necessidades, processos de “capturas” que estejam sofrendo”, independentemente do que é posto pelas políticas de saúde. “O produtor de ações de saúde pode estar em busca de dinheiro, mas o consumidor estará sempre, bem ou mal, atrás de defender um “bem”, a sua saúde, que lhe diz respeito quanto a sua capacidade de caminhar pela vida com certa qualidade” (Merhy, 1997).

O trabalho em saúde pode ser exposto como micropolítica e lugar estratégico de mudança. O processo de trabalho em saúde sob a ótica do trabalho vivo abre uma caixa preta

em torno da presença das “tecnologias leves”, tecnologia de (e das) relações – dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde – e a importância de se incorporar os interrogadores dos espaços intercessores que se constituem entre o trabalhador de saúde e o usuário, sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia no modo das pessoas andarem na vida” (Merhy, 1997).

A partir da década de 80, a atenção diante do adoecimento mental passa a ter como objetivo o exercício da cidadania e não apenas o controle dos sintomas das pessoas com problemas mentais. A Política de Saúde Mental associou-se a outras políticas públicas como educação, cultura, emprego e renda, etc. Em vez de ser direcionada para um contexto de isolamento, a saúde mental passa a habitar os diversos circuitos de atenção já existentes (Brasil, 2013).

O hospital psiquiátrico convencional é substituído por equipamentos como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos), CECOS (Centros de Convivência), Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais etc. Saúde e cidadania são agora indissociáveis e as UBS (Unidades Básicas de Saúde) assumem espaço importante para a escuta desse sujeito que sofre, para a ressignificação dessa vida, para o suporte emocional a essa pessoa em situação de aflição, dúvida ou angústia. A UBS passa a ter responsabilidade compartilhada juntamente com outros serviços. Os grupos terapêuticos, os grupos operativos, as abordagens familiares, redes de apoio, discussão dos casos em equipe, são alternativas para atender esse sujeito sofredor (Brasil, 2013).

Toda a demanda direcionada à saúde pública, independente de qual problema seja tratado, é cercada pela expectativa de cura. Os profissionais de saúde sentem-se inseguros por não terem domínio no campo do saber psiquiátrico ou psicológico. Não foram formados adequadamente para essa crescente demanda. Essa inabilidade reflete no comportamento dos trabalhadores da saúde e pode provocar distanciamento ou resistência ao trabalho em saúde mental. O MS recomenda que o processo de cuidado desse usuário com depressão flua ao longo do tempo e não apenas no auge da crise. Esse modelo é centrado no vínculo e deve permitir um conhecimento mais profundo da realidade (Brasil, 2013).

Eric Cassel (2004) e muitos outros autores destacam que o corpo manifesta o que ocorre na psique. Diz ainda que existem pessoas sofrendo mesmo sem estarem doentes e outras que podem estar gravemente doentes e não sofrem. Diante dessa perspectiva, Cassel

construiu um modelo que ajuda a compreender o que é o cuidar das pessoas que sofrem. Ele constrói uma equação entre cuidado, sofrimento e pessoa.

A pessoa é reflexo de sua história familiar, seu mundo cultural, seu exercício político (direitos e deveres), os papéis que exerce na vida (poderes, afetos, sexualidade), sua relação com o trabalho (sustento, utilidade, identidade), sua vida secreta, seu autocuidado, lazer, etc. A pessoa passa a sofrer quando acontecem privações ou ameaças em alguma dessas esferas da vida. O sofrimento não é o mesmo que dor, embora dor possa levar ao sofrimento e da mesma forma que o sofrimento não equivale necessariamente a uma perda, mas algumas perdas nos fazem sofrer. O sofrimento é a vivência de uma ameaça de ruptura na unidade/identidade da pessoa que precisa ser entendida numa perspectiva sistêmica (Cassel, 2004).

O cuidado vem no sentido de compreender qual a dimensão da pessoa que está estagnada ou ameaçada, provocando adoecimento ou em vias de causá-lo. O cuidado pressupõe um olhar sobre todos os aspectos da vida humana, não apenas nas queixas, mas também naquilo que traz ainda vestígios de esperança, alegria e prazer.

O Guia de Referência Rápida para Depressão, produzido pela prefeitura do Rio de Janeiro em 2013, apresenta uma linha de cuidado para pessoas com depressão baseada num Modelo Escalonado de Cuidados para depressão representado na figura 2.

Figura 2 - Modelo Escalonado de Cuidados para a Depressão.



Fonte: Guia de Referência Rápida para Depressão (PMRJ, 2013).

O primeiro passo do cuidado é o reconhecimento, a avaliação e abordagem inicial: avaliação diagnóstica, classificação da gravidade, grau de comprometimento das atividades, avaliação dos possíveis estressores sociais, diagnósticos diferenciais, avaliação dos riscos e

ações de psicoeducação. Na sequência, segue-se a identificação do caso de depressão numa abordagem dos sintomas depressivos subliminares persistentes e da depressão leve a moderada. Deve-se oferecer abordagem psicossocial realizada pela equipe de saúde da família (Atenção Primária). O tratamento farmacológico com antidepressivo não deve ser utilizado rotineiramente para tratar pessoas com sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve e recente. É recomendado o encaminhamento para psicoterapia com profissional especializado em saúde mental.

Outro nível do cuidado é escolher tratamentos para sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve a moderada com resposta inadequada às intervenções iniciais ou depressão moderada a grave: escolher o antidepressivo, explorar preocupações quanto ao uso de medicamentos, agendar reavaliações, avaliar a duração do tratamento com antidepressivo, o momento de suspender ou reduzir a medicação.

O último nível de complexidade da atenção e cuidado se dá em casos de depressão grave e complexa em que se recomenda a realização de reavaliação abrangente incluindo o perfil dos sintomas, riscos de suicídio, estressores psicossociais, fatores de personalidade e dificuldade de relacionamento. Nestes casos, vale reconsiderar a introdução de tratamentos que não foram implementados adequadamente, considerar abordagens intensivas no CAPS ou internação hospitalar, considerar a associação de outras medicações e desenvolver plano de atendimento multidisciplinar com a pessoa e sua família ou cuidador.

Um estudo realizado no Brasil por Hirata (2014) com pacientes depressivos aponta que eles são unânimes em reconhecer a existência de preconceito em torno da depressão. Isso faz com que eles se esforcem para esconder a doença. De uma amostra de 222 pacientes, 37% reconhecem ter apresentado resistência para procurar tratamento e 44% demoraram mais de 6 meses para consultar um médico. 30% dos pacientes declararam resistência ao tratamento medicamentoso e 27% perceberam sinais de melhora após um mês do início do uso de medicamentos. 71% demoraram mais de um mês para identificar melhora e 9% demonstraram insatisfação com o tratamento. Do público estudado, 50% eram economicamente ativos e 49% buscaram tratamento em serviço público.

O atraso no início do “tratamento aumenta o risco de cronicidade, de surgimento de complicações psiquiátricas e físicas e de comprometimento social, familiar e ocupacional. Por outro lado, o início precoce do tratamento além de reduzir o risco de complicações, reduz o tempo que o paciente terá que usar medicação e melhora o prognóstico” (Hirata, 2014). Este mesmo autor não faz referência a ações de prevenção e não cita o contexto de psicoterapia.

Uma pesquisa realizada pela USP verificou a adesão e conhecimento de pessoas com depressão quanto à farmacoterapia prescrita, a satisfação com a equipe de saúde e as dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso. Participaram do estudo 27 pessoas. Constatou-se que 29,6% dos pacientes não aderiam aos medicamentos e que 51,9% desconheciam a dose dos medicamentos prescritos. Como dificuldades para o seguimento da terapêutica medicamentosa, foram apontados o impacto dos sintomas depressivos sobre o autocuidado, a insatisfação com efeitos dos psicofármacos, a carência de apoio, a poli farmacoterapia e a falta de conhecimento sobre o transtorno e tratamento. Este estudo aponta fatores críticos para a promoção da segurança do paciente no seguimento da terapêutica medicamentosa (Ibanez *et al.*, 2014).

O tratamento medicamentoso da depressão precisa ser continuado por tempo variável após a remissão dos sintomas. O seguimento adequado da prescrição medicamentosa é necessário para obtenção de benefícios clínicos e redução dos riscos de recaída e recorrência. No entanto, a maior parte dos pacientes que recebe prescrição de antidepressivos interrompe prematuramente o tratamento ou o conduz de forma inconsistente. A não adesão ao tratamento destaca-se como fator potencialmente modificável que pode precipitar recaídas (Ibanez *et al.*, 2014).

O paciente deprimido apresenta comprometimento em sua qualidade de vida e existem muitas controvérsias quanto à forma de avaliá-la. As posições de médicos e pacientes nem sempre coincidem quanto à gravidade dos sintomas nem quanto ao sucesso do tratamento, principalmente o medicamentoso. Para os médicos, a melhora dos sintomas e sua não-progressão já é considerado êxito. Já o paciente tem expectativas de se sentirem mais confortáveis e de recuperarem as capacidades para as atividades que realizava antes da doença. De qualquer modo, a sensação de bem-estar do paciente é a principal referência. Portanto, ele deve ser o principal “juiz” do seu estado de saúde (Fleck, 2008).

Estudos revelam que a busca por ajuda profissional está mais relacionada aos impactos subjetivos da doença do que mesmo por conta de seus sintomas. Outro ponto relevante é que a adesão ao tratamento depende de o paciente acreditar que seu estado de saúde vai melhorar após a intervenção terapêutica. Para avaliar a qualidade de vida de um paciente com depressão deve-se observar os seus sintomas e o comprometimento que eles trazem nas atividades diárias (Fleck, 2008).

No que diz respeito à depressão nos trabalhadores, alguns elementos a mais precisam ser considerados, pois são muitos os fatores que contribuem para a existência de um ambiente de trabalho promotor de saúde ou desencadeador de doenças.

Por trabalhador entende-se “homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado” (Brasil, 2012).

Esses trabalhadores tanto podem encontrar no trabalho alavancadores do processo de adoecimento quanto podem ter no trabalho os aspectos que promovem sua qualidade de vida. O francês Dejours (2000), fundador na Psicodinâmica do Trabalho, investiga tanto os trabalhadores que se realizam através do seu trabalho quanto aqueles para os quais o trabalho pode ser potencializador ou gerador de sofrimento e até adoecimento. Ele ressalta sofrimentos de toda ordem: sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho (imposições de horários, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de adaptação à “cultura” ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado, às relações com os clientes, os particulares ou o público).

No mundo do trabalho atual as alegrias são públicas: folhetins, panfletos, murais, TV corporativa, eventos socioeducativos registram ambientes e momentos higienizados, trabalhadores felizes, declarações de satisfação e realização no trabalho. No entanto, o sofrimento permanece velado. A empreitada para ouvir e compreender esse sofrimento é uma das principais contribuições da Psicodinâmica do Trabalho (Bouyer, 2010).

As instituições de um modo geral ainda não se deram conta de como as novas formas de organizar o trabalho implicam o psiquismo. Alguns transtornos que eram quadros psíquicos de aparecimento raros nos serviços de saúde, passaram a fazer parte do cotidiano nas UBS e dos serviços especializados em atenção à saúde do trabalhador (Merlo, 2014).

Os teóricos da Psicodinâmica do Trabalho defendem uma ação urgente no sentido de mudar o olhar quando se trata de identificar o sofrimento psíquico produzido pelo trabalho. Há que se buscar uma história/uma anamnese onde se investigue o processo de trabalho ao qual esse trabalhador está submetido.

Merlo (2014) acredita que é preciso construir caminhos para responder às demandas individuais que deverão envolver, necessariamente o SUS, que é a verdadeira porta de entrada do sistema. Lembra ainda que os serviços de saúde no Brasil e no mundo tem tido uma preocupação crescente com pacientes/trabalhadores com sintomas e patologias mal compreendidas, não corretamente diagnosticadas e, portanto, subnotificadas e mal atendidas. Considera que a rede CEREST que existe no país ainda precisa ser capacitada para

compreender e organizar essa nova demanda que deverá envolver as mais de 1.000 unidades do SUS.

Merlo (2014) diz que os trabalhadores trazem queixas como insônia, dor nas costas, uso de regular de bebidas alcoólicas ou tranquilizantes, dores musculares, distúrbios do sono ou de apetite, irritabilidade, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, mal-estar indefinido, distúrbios de concentração, distúrbios de memória, insegurança, etc. Essas manifestações estão associadas a uma infinidade de patologias daí, a dificuldade de diagnóstico específico para os profissionais que não tem uma compreensão do papel do trabalho na etiologia do processo de depressão. Por essa razão, recomenda que a anamnese investigue a história da empresa, o percurso profissional do trabalhador, a cronologia da situação do trabalho, os acontecimentos da vida responsáveis pela descompensação no local de trabalho, identificação de quadro específico de neurose traumática e técnicas de gerenciamento potencialmente patogênicas.

Um dos desafios da saúde do trabalhador é conseguir que trabalhadores, empregadores, gestores do SUS e profissionais de saúde incorporem na sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e que só o envolvimento de todo o sistema poderá garantir a saúde integral dos trabalhadores. A atenção básica como caminho de acesso deve estar preparada para a atenção aos trabalhadores (Brasil, 2013).

As doenças relacionadas ao trabalho são percebidas já em estado avançado o que torna mais difícil a identificação dos processos que as geraram. Por essa razão, na implantação da assistência à ST deve-se discutir a determinação dos “processos de trabalho” em muitos “processos de adoecimento”. O conceito de “processo de trabalho” como instrumento de análise reformula as concepções simplistas de causa e efeito ainda predominantes. Saberes multidisciplinares precisam atuar juntos para explorar todo esse contexto e os autores da psicodinâmica do trabalho defendem a premissa metodológica de interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber advindo da experiência e sujeitos essenciais quando se visa uma ação transformadora (Minayo-Gomes; Thedim – Costa, 1997).

Silva e Silva (2015) afirmam que a organização do trabalho é fator preponderante nos agravos psicopatológicos dos trabalhadores e que a detecção dos sofrimentos psíquicos no ambiente de trabalho necessita de uma leitura específica e atenta. Alguns autores como Merlo (2001), Rumim (2011), Lacman, Sznelwar e Jardim (2006) denominam os sofrimentos

levantados pelos trabalhadores como sofrimento psíquico, mas ao longo do presente trabalho, será focada a questão da depressão.

O diálogo entre o conhecimento global e a realidade local de espaços específicos de trabalho possibilita avanço nesse campo do conhecimento. É fundamental entender a dimensão subjetiva do trabalhar e da constituição do sujeito trabalhador. A Psicodinâmica do Trabalho propõe uma escuta analítica do adoecimento do trabalhador que caminha desde a análise da demanda, a interpretação, a construção de laços, a elaboração, a formação clínica e a supervisão. Nessa abordagem, a palavra é o instrumento condutor desse processo. O processo clínico se inicia na falta inscrita na fala e na busca por parte dos envolvidos no trabalho de que a palavra tome forma. Todos os registros são construídos com base na fala dos trabalhadores (Mendes, 2014).

Essa escuta busca compreender a dinâmica do sofrimento no trabalho. O sofrimento é potência viva para resistir à realidade do trabalho ao mobilizar no sujeito o desejo de buscar o prazer. O real se impõe a esses trabalhadores de modo implacável. O trabalhador necessita ser surpreendido, ser capaz de provocar e ser provocado em seus afetos. Esta mobilização o posiciona como construtor de uma obra. O sofrimento é central nesse processo de criação e construção. É o afeto que mobiliza ou paralisa o sujeito diante do real. O sentimento de impotência nesse confronto pode assumir caminhos mais saudáveis ou mais patológicos. Apropriar-se desse afeto é um primeiro passo para suportar e ressignificar esse sofrimento (Mendes, 2014).

Do contrário, pode haver uma repressão do afeto que ocasiona uma paralização que leva o sujeito a caminhos talvez mais patológicos. Confrontar o sofrimento significa um encontro com o desejo e suas implicações, ou seja, confronta o sujeito com o desejo de atender ao desejo do outro, demanda impossível.

O início da análise se dá em função da demanda que traz em si um desejo. Por isso é importante que a análise da demanda seja realizada de forma articulada ao sintoma, à queixa e à necessidade/desejo, dimensões mais visíveis no discurso dos sujeitos. Os sujeitos que se manifestam são porta vozes de uma situação que deve ser acolhida e discutida, que pode oferecer ao trabalhador possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair dos seus impasses repetitivos e, de alguma forma, se re-singularizar. Assim cria-se um dispositivo para mudar a posição subjetiva e, como consequência, surgem novos tipos de relações e relacionamentos entre os acontecimentos.

A função do clínico é tornar-se um elo nessa cadeia de escuta, possibilitar a humanização do sofrimento diante da desumanização vivida e deixar surgir a oportunidade de

uma palavra para que o sujeito construa o novo sentido e torne sua realidade suportável, ressignificando o sofrimento, para a partir daí mobilizar sua potência para confrontar e transformar a organização do trabalho.

Um desafio que se impõe no espaço de fala-escuta é o de como o trabalhador faz a passagem do espaço de discussão para as deliberações, imprimindo na clínica sua força política e social. Não se delibera com base em queixas, sintomas e fantasias e sim sobre o ato de trabalhar, sobre a mobilização subjetiva para mudar o destino.

A posição da Psicodinâmica do Trabalho converge com a Política Nacional de Humanização que defende que se leve em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde. Assim, a humanização assume lugar de estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que atores sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo. A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS através da qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (Brasil, 2004).

Além desses norteadores sobre o cuidado em geral e sobre a política de saúde do trabalhador, é importante listar alternativas terapêuticas disponíveis para o tratamento da depressão, iniciando pelas mais clássicas como a psicoterapia e a farmacologia até todos os exames e recursos desenvolvidos ao longo do tempo.

Silva (2016) adverte que a depressão é uma doença complexa e desafiadora tanto para os seus portadores quanto para as equipes de saúde e que não existem soluções mágicas e rápidas para o tratamento das mentes depressivas. O projeto terapêutico adequado deve levar em conta os diversos fatores que podem desencadear a doença: fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e ambientais.

O primeiro ponto a ser garantido é o acolhimento que fará com que o paciente se sinta à vontade para falar do seu problema, sua dor e seu sofrimento. Essa conversa faz com que o vínculo de confiança se estabeleça favorecendo para que o tratamento proposto seja seguido. Uma anamnese aprofundada e ampliada com o trabalhador ou seu familiar (dependendo da gravidade do caso) se faz necessária.

Podem ainda ser solicitados exames complementares que ajudem a eliminar algumas hipóteses diagnósticas e esclarecer particularidades do funcionamento cerebral e físico do paciente. Sendo assim, Silva e vários outros autores, referem o uso de medicamentos, psicoterapias e neuromodulação como, por exemplo, a Estimulação Magnética Transcraniana - EMTr).

Os medicamentos para tratamento da depressão são denominados antidepressivos ou os estabilizadores de humor, ansiolíticos, estimulantes e antipsicóticos. Silva (2016) diz: "hoje sabemos que os antidepressivos estão longe de curar esse transtorno, mas ajudam no manejo e controle da doença". A medicação, associada à psicoterapia, oferece maior probabilidade de redução dos sintomas depressivos agudos e das taxas de recorrência.

A psicoterapia identifica a forma como o paciente percebe a si mesmo, ao mundo ao seu redor e trabalha a autoimagem e a visão de mundo que ele traz. O terapeuta ajuda na identificação dos pensamentos negativos, na verificação de sua legitimidade e ensina o paciente a questionar seus pensamentos, interrompendo assim, o ciclo automático de negatividade que retroalimenta a depressão. Essa abordagem se dá no âmbito cognitivo. A psicoterapia também é capaz de ensinar como o paciente deprimido deve agir para evitar ações que alimentem seus pensamentos e emoções negativas sobre si mesmo e sobre o mundo.

Esta abordagem é denominada de TCC- terapia cognitiva comportamental e é considerada por Powell *et al.* 2008 como uma das terapias que mais apresentam evidências empíricas de eficácia no tratamento da depressão. Quer oferecida de forma isolada ou em combinação com a farmacoterapia. Powell concluiu em seus estudos que a depressão resulta de pensamentos arraigados que provocam humor e comportamento negativos. Essas crenças distorcidas seriam as causas da depressão e não as forças inconscientes sugeridas pela teoria freudiana. A depressão seria então decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Os pacientes depressivos acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Estudos e metanálises dizem que a efetividade da TCC na depressão é mais robusta que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas.

O modelo cognitivo tem dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade consiste na visão negativa de si mesmo na qual a pessoa se percebe como inadequada, incapaz ou inútil; na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e atividades e na visão negativa do futuro (grau de desesperança). Tendem também a apresentar distorções cognitivas que são erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações. Concluem antecipadamente com base em poucas evidências (inferência arbitrária), abstração seletiva (escolher evidências de seu mal desempenho), supergeneralização (tendência a considerar que o evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo).

Quando existe a relação entre a depressão e fatores bioquímicos, uma técnica segura e moderna é a estimulação magnética transcraniana que consiste na aplicação de pulsos

eletromagnéticos repetidos em regiões específicas do cérebro para estimular a liberação de neurotransmissores e restabelecer conexões cerebrais através da neuroplasticidade cerebral. Este procedimento é não invasivo e aplicado em consultório sem anestesia e sem dor. Esse recurso é recomendado em casos nos quais os pacientes não respondem adequadamente aos tratamentos convencionais, não conseguem se adaptar aos efeitos colaterais ou em casos em que há urgência de melhora.

Outro recurso terapêutico citado por Silva é a Eletroconvulsoterapia (ECT) que só deve ser utilizada como última alternativa terapêutica pois o paciente precisa ser submetido a pelo menos 10 sessões para que a eficácia do método seja avaliada. A cada sessão o paciente precisa ser anestesiado e monitorado por uma equipe composta por médico, anestesista e enfermeiro o que faz o seu custo ser elevado.

Outras alternativas terapêuticas são os grupos de autoajuda (Helman, 2009) que tem como objetivos o encaminhamento e fornecimento de informações sobre o tratamento, aconselhamento, educação pública e profissional, atividade política e social, levantamento de fundos para pesquisas ou provisão de serviços terapêuticos, sob orientação profissional e atividades de suporte mútuo em grupos pequenos.

Alguns grupos existentes no Brasil são: os Centros de Valorização da Vida (CVV): organização sem fins lucrativos que oferece apoio psicológico por telefone, on-line e ao vivo cujo principal objetivo é oferecer apoio psicológico e prevenir suicídios. Os voluntários deste serviço passam por uma seleção e por treinamento específico. Existe também o grupo de Neuróticos Anônimos (N/A): grupo de apoio que se inspira na proposta de Alcoólatras Anônimos (AA). O objetivo também é dar suporte psicológico com base numa metodologia pré-estabelecida.

Existe também a ABRATA (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos): tem por objetivo educar familiares, portadores, profissionais e todos os demais interessados; promover o amparo, proteção e estímulo aos pacientes e seus familiares. Além desses recursos terapêuticos e outros que estão em estudo, pesquisas apontam que a alimentação, a prática de exercícios, a meditação e práticas espirituais e religiosas influenciam na recuperação dos pacientes.

Alguns autores trazem para a discussão sobre o cuidado e tratamento da depressão a prática de terapias complementares como suportes adicionais, entre elas estão citadas a prática de exercícios físicos e a prática espiritual/religiosa. Em relação à prática de exercícios físicos, por exemplo, um estudo realizado com mulheres em tratamento com antidepressivos mostrou que após doze semanas participando de duas sessões semanais de hidroginástica, as

pacientes submetidas à prática de exercícios físicos, associada ao tratamento convencional para depressão apresentaram melhora significativa em relação àquelas que não praticaram exercícios físicos (Vieira, 2007).

Em relação à prática de terapias complementares espirituais e religiosas, Gonçalves (2015) apresenta um estudo em que a dimensão espiritual dos pacientes foi estimulada como forma de auxiliar no enfrentamento de diferentes doenças. Ainda são poucos os estudos sobre as IERs (intervenções espirituais e religiosas) mas de acordo com a literatura científica as IERs têm obtido resultados semelhantes ou superiores a outras abordagens complementares de saúde, incluindo redução de sintomatologia relacionada a estresse e ansiedade, consumo de drogas e menor sintomatologia depressiva.

Certa ênfase é dada aos estudos voltados para a área de saúde mental na qual diversos estudos apontam correlação positiva entre religiosidade e depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Existe a hipótese de que as IERs sejam capazes de influenciar desfechos clínicos por meio do remodelamento do pensamento do paciente, oferta de maior suporte social, promoção da resiliência, compreensão e aceitação da doença, além de incentivo à fé. Apesar das sinalizações promissoras que a literatura aponta, alguns autores pedem cautela na indicação desse tipo de terapia para que esta ação não seja confundida com prescrição médica, já que o assunto é de caráter particular e pessoal.

No Brasil já existem serviços de saúde mental oferecendo IERs, dentre eles Gonçalves 2015 cita, o ProSER (Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Associação Mantenedora João Evangelista (AMJE) de São Paulo, instituição filantrópica que atua com neuropsiquiatria. Entre as práticas oferecidas por estas instituições estão: meditação, yoga, serviço estruturado de capelania com voluntários religiosos preparados para atenderem os pacientes psiquiátricos internados. Apesar do número crescente de pesquisas sobre o tema os protocolos não são padronizados e ainda precisam ser discutidos com mais frequência para que seja possível esclarecer determinados enfoques e minúcias do diagnóstico que está recebendo IERs.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipologia e abordagem

Para o alcance dos objetivos foi traçado um percurso metodológico que possibilitou a participação dos trabalhadores no sentido de externalizar suas percepções sobre as ações de saúde e cuidado aos quais foram submetidos. Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória de abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória qualitativa permite que o pesquisador aumente sua experiência, interação e conhecimento em torno de uma determinada questão e objeto pesquisado. A pesquisa qualitativa constitui-se na medida em que os atores atribuem significado às suas experiências sociais, trabalham diferentes níveis de realidade e percepções que nem sempre podem ser quantificados, mas que permitem a construção de novas abordagens, criação de novos conceitos e categorias de investigação (Minayo, 2010).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi aplicada no período de maio e junho de 2017 na cidade de Sobral, localizada na região noroeste do Estado do Ceará. Com uma população de 188.271 habitantes, Sobral é a terceira economia do estado, com PIB de 1.752.648,00 (CENSO/IBGE, 2010). Para fins da pesquisa será considerado o cenário da indústria calçadista Grendene, situada na cidade de Sobral desde 1994, e que desde então é a maior empregadora do município, mantendo aproximadamente 13.500 empregos diretos.

A trajetória de estruturação dos serviços de saúde de Sobral converge com o período de chegada da Grendene em Sobral no ano de 1994. Trata-se de um acontecimento histórico e econômico marcante que influenciou o contexto da saúde do trabalhador do município de Sobral em função de, até hoje, ser a maior expressão na cidade em termos de volume de trabalhadores. A inserção de um empreendimento como esse num dado território influencia no perfil epidemiológico da população do município, devido à implantação de novos arranjos produtivos e demanda um serviço de saúde do trabalhador ainda mais estruturado.

Como análise preliminar para construção da metodologia proposta, foi solicitado à empresa o histórico de ocorrências de atestados e afastamentos por motivo de depressão (CID F32) nos funcionários da referida empresa entre os anos de 2014 e 2015. Os dados reunidos pelo serviço de saúde da própria empresa apontam que em 2014, duzentos e onze funcionários

foram afastados por esse motivo e em 2015 o número foi de cento e dois funcionários. Totalizando trezentos e três trabalhadores afastados por depressão nos anos de 2014 e 2015. A quantidade de dias de atestado ou afastamento não foi levada em consideração, estando nesse número funcionários que se ausentaram por apenas um dia, como também aqueles que estiveram afastados por um período mais longo.

A opção de investigar esse cenário de estudo deve-se ao fato de atuar há quinze anos na referida organização, realizando processos de seleção dos trabalhadores, treinamento e desenvolvimento organizacional, ao fato de ser psicóloga, docente em psicologia e do desejo de contribuir para a comunidade ampliando o espaço de discussão em torno das minhas inquietações sobre saúde do trabalhador.

Ao longo do tempo, embora não atue com serviço de atendimento psicológico, convivi com situações relativas à saúde do trabalhador, acompanho casos de trabalhadores motivados e engajados, outros desvinculados, entristecidos na relação com o trabalho e acompanhei aqueles que precisaram ser afastados do trabalho por motivos de saúde. Nessa vivência percebi que quando os problemas são de ordem psíquica, a dificuldade de diagnóstico e tratamento é maior e, por conta disso, a condição do trabalhador se agrava. A indefinição sobre o que estava acontecendo, a causa do problema, a dúvida sobre qual o tratamento adequado e o tempo de recuperação agravam ainda mais a condição dos trabalhadores. Acredito que a vivência junto a esse público e as inquietações que trago comigo ajudarão a abrir um espaço de expressão para esse trabalhador que necessita de cuidados específicos em saúde mental principalmente.

3.3 Definição dos participantes e critérios de inclusão

Para definir os participantes da pesquisa foi realizado um recorte no grupo de trezentos e três trabalhadores que foram diagnosticados e afastados por depressão (F-32), entre 2014 e 2015. O episódio depressivo é doença de cunho psicológico, prevista na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho elaborada pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Para critério de escolha dos participantes foram considerados trabalhadores ativos, ou seja, que já tinham retomado suas atividades laborais, residentes no município Sobral e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Ainda segundo as informações apresentadas pela empresa, o número de funcionários ativos e residentes em Sobral até o momento da elaboração do projeto da pesquisa era de cinquenta e três pessoas. Considerando que até no início da coleta de dados,

em 2017, alguns desses funcionários foram desligados, afastados e levando em conta que alguns também não concordaram em participar da pesquisa, ou não foi possível o contato prévio por telefone, o número de participantes foi reduzido a nove, configurando-se assim a amostra do estudo.

Durante a preparação para a coleta de dados, dez trabalhadores se recusaram a participar ou não atenderam ao contato telefônico, restando apenas dez para fazerem parte da coleta de dados e, destes dez, um faltou à entrevista. Dentre os nove trabalhadores entrevistados, que configuraram a amostra, três não permitiram a gravação de suas entrevistas. Fato esse comentado anteriormente e que suscitou mudanças no texto do TCLE. A partir dessa mudança os demais participantes permitiram a gravação.

Em relação à faixa etária dos trabalhadores entrevistados, nenhum dos participantes encontra-se entre 18 e 25 anos, cinco encontram-se entre 26 e 35 anos, três entre 36 e 45 anos, um entre 46 e 55 anos (E5) e outro com mais de 56 anos. Nota-se que a adultos jovens e ativos não estão protegidos quanto ao acometimento de depressão.

Quanto ao gênero dos participantes, foram entrevistados dois trabalhadores do sexo masculino e oito trabalhadores do sexo feminino. Entre os participantes, dois tinham entre 1 e 5 anos de empresa, outros dois entre 5 e 10 anos e quatro com mais de 10 anos. Percebe-se que com o passar do tempo de empresa possibilidade de episódios depressivos tende a aumentar. Pode-se pensar na hipótese de agravamento dos casos. Situações que antes eram consideradas leves, não sendo tratadas a tempo e adequadamente podem contribuir para recorrência das crises e agravamento dos casos. As estatísticas citadas na revisão da literatura e são confirmadas aqui: a depressão pode acometer qualquer pessoa, não existindo um perfil sociodemográfico com maior pré-disposição.

3.4 Métodos e procedimentos para coleta e análise dos dados

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta e estabelece uma interação com os “atores” que conformam esta realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico valioso para quem faz pesquisa social (Minayo, 2010).

A análise de dados foi realizada através da metodologia de análise temática, para buscar compreender, na resposta dos participantes, o que pode estar além dos seus significados imediatos. A análise temática dos dados consiste em descobrir os 'núcleos de

sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar e revelar fatos novos em relação ao objetivo analítico escolhido.

Em termos práticos e operacionais a análise temática se desdobra em três etapas: 1. pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; 2. exploração do material que consiste essencialmente na operação de codificação e 3. tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2011).

A pré-análise é uma fase de organização. Pressupõe a retomada das hipóteses ou dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.

A exploração do material consiste essencialmente na operação de codificação. A Análise Temática tradicional trabalha essa fase primeiramente com o recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecida na pré-análise. Em segundo lugar, escolhe as regras de contagem, uma vez que tradicionalmente ela constrói índices que permitem alguma forma de quantificação. Em terceiro lugar, ela realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

A construção das categorias de análise segue a seguinte regra: **Homogeneidade** (os comentários que integram cada categoria devem ser semelhantes); **Exaustividade** (pretende-se esgotar a totalidade dos argumentos apresentados); **Exclusividade** (o mesmo comentário não deve ser registrado em mais que uma categoria); **Objetividade** (a integração dos comentários numa classe não deve depender da opinião) e **Pertinência** (as categorias criadas devem ser adequadas aos objetivos da investigação) (Bardin, 2011).

Para o tratamento dos dados os resultados brutos foram submetidos (tradicionalmente) à operação estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Como guia de referência rápida seis passos serão seguidos:

- a) Ler os documentos / entrevistas / respostas;
- b) Sublinhar as palavras / conceitos / ideias que se repetem, dispondo-os numa lista;
- c) Colocar palavras / expressões da lista que tenham o mesmo significado, perante a interpretação teórica adotada, na mesma categoria;
- d) Construir as categorias;

e) Contar quantas vezes cada "ideia" é referida (geralmente os resultados apresentam-se em valores percentuais) e;

f) Terminar a Análise quando atingido o Ponto de Saturação.

O caminho percorrido desde a definição da metodologia, do cenário de estudo, dos critérios de inclusão, instrumentos para a coleta de dados e amostra serão descritos a seguir. Para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados, roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), foram realizadas três entrevistas piloto em trabalhadores que já se enquadravam nos critérios de inclusão. Duas questões foram suprimidas em uma só, pois apresentaram-se redundantes. O TCLE também necessitou ser ajustado, pois esses três participantes aceitaram ser entrevistados, mas não permitiram que a entrevista fosse gravada. Quando a solicitação de gravação foi incluída no texto do TCLE, passou a ser consentida por todos os demais participantes.

O contato com os participantes foi realizado por telefone para que a vinculação do pesquisador com a empresa e a liberdade do participante fosse mantida do maior nível possível. Neste momento dos contatos telefônicos foram realizadas as apresentações do pesquisador, da instituição proponente da pesquisa, o tema, o objetivo do estudo e o convite para a participação. A primeira proposta de coleta de dados era marcar um local para realização da entrevista fora do ambiente de trabalho, conforme conveniência de cada participante. No entanto, essa opção mostrou-se inviável, primeiramente por conta do grande número de recusa em participar e, por outro, pelo fato dos participantes concordarem em agendar dia, hora e local de sua preferência, mas não compareciam.

Foi necessário mudar a estratégia de coleta de dados e as entrevistas passaram a ser realizadas na própria empresa, ora após o término da jornada, ora durante o próprio horário de trabalho. Na segunda situação, a liderança era envolvida autorizando que o trabalhador pudesse se ausentar temporariamente do seu posto de trabalho. Esse formato de agendamento mostrou-se o mais produtivo em termos de qualidade e quantidade coleta de dados. Antes de iniciar a entrevista, o TCLE era lido em voz alta e, na sequência, entregue ao participante para que pudesse lê-lo e assiná-lo. As entrevistas duraram entre 40 minutos e uma hora, dependendo da pré-disposição e abertura de cada participante.

Após a realização das entrevistas, os áudios eram ouvidos diversas vezes antes do início do processo de transcrição. A cada nova escuta detalhes do conteúdo eram revelados, elucidando nuances que, num primeiro momento, não eram percebidos. Além dos aspectos verbalizados, o pesquisador também foi capaz de perceber as hesitações, risos, entonações,

silêncios e emoções. Esses fatos também eram usados como gatilho para que novos esclarecimentos pudessem ser solicitados, mediante a abertura dos participantes.

Antes de iniciar o tratamento dos dados, os participantes foram codificados recebendo cada um o nome de plantas retratada por Van Gogh em suas preciosas obras: Flor, Rosa, Lilás, Lírio, Girassol, Oliveira, Cipreste, Iris e Dalia. Van Gogh foi um genial pintor holandês, que teve o valor de sua vasta obra reconhecido após sua morte. O pintor sofria de depressão acompanhada de episódios psicóticos e alucinações. Chegou a ponto de cortar sua própria orelha e cometeu suicídio em 1890. Na sequência, alguns aspectos foram quantificados como, por exemplo, a quantidade de trabalhadores de acordo com os critérios de inclusão, recusa em participar da pesquisa, entre outros, como será descrito a seguir.

3.4. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, para sua apreciação e emissão de parecer, tendo sido aprovada com CAAE: 67823817.5.0000.5053 e número de parecer: 2.158.033, conforme anexo A.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas e princípios básicos da bioética para as pesquisas realizadas com seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, ou seja, tratamento justo, o respeito à autonomia e liberdade de decisão (Brasil, 2012).

Além de solicitar autorização à empresa Grendene, local onde a pesquisadora e os participantes trabalham, os aceites dos participantes da pesquisa foram registrados mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) que apresentou a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios, deixando clara a necessidade de uma participação voluntária, o direito de afastar-se da pesquisa em qualquer momento e a confidencialidade e sigilo (Brasil, 2012). O TCLE foi entregue e assinado por todos os participantes desta pesquisa, ficando sob os cuidados da pesquisadora a via de consentimento pós-informado assinado. Dessa forma foi observado o princípio da *autonomia*.

O princípio da *beneficência* cumpre-se na medida em que a pesquisa não causa danos aos participantes, busca maximizar as possibilidades de benefícios e minimizar os prejuízos. Dessa forma, a pesquisadora garante a devolução dos resultados da pesquisa à Gestão Municipal de Saúde, ao Serviço Clínica-Escola da Universidade Federal do Ceará e à Empresa Grendene, contribuindo para o aprimoramento da compreensão da realidade dos

trabalhadores acometidos de depressão na indústria calçadista e a percepção que trazem sobre depressão e os cuidados aos quais são submetidos.

O princípio da *não maleficência* cumpre-se ao proteger o participante de qualquer constrangimento ou exposição. O “anonimato dos participantes nos estágios iniciais da pesquisa torna-se significativo na condução de uma equipe de pesquisa” pois, mesmo depois que os processos de produção do anonimato são aplicados, citações, maneirismos do discurso e o contexto podem fornecer informações suficientes para identificar os participantes, e nem sempre é fácil para o pesquisador prever quais dados levariam à identificação” (Pope; Mays, 2009).

Como a pesquisa envolveu um pequeno número de participantes, de um mesmo cenário de estudo, afastados do trabalho numa circunstância de diagnóstico específica e que demarca a história de vida do sujeito, as identidades foram descaracterizadas com a utilização de nomes de plantas representadas nas obras de Van Gogh, conforme detalhado na metodologia. Além do uso desses códigos, o pesquisador teve o cuidado de alterar ou ocultar outros dados que possam facilitar a identificação dos participantes da pesquisa, como por exemplo o nome profissionais, gestores, locais citados pelos participantes.

Por fim, o princípio da *justiça* também foi respeitado quando, por meio dos resultados será possível apresentar oportunidades de melhoria dos serviços públicos e organizacionais oferecidos aos trabalhadores. Para tanto, a fidedignidade dos resultados está assegurada.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Alves (1992) diz que o contato com a realidade pesquisada, associado aos pressupostos teóricos que sustentam o projeto de pesquisa, aos significados dos dados qualitativos diante dos quais os temas vão sendo gerados, questionados e reformulados. Os dados levam ainda à investigação de crenças, sentimentos, percepções, valores, razões e motivos que se fazem acompanhar de fatos e comportamentos numa captação na íntegra da fala dos participantes.

Após as etapas de coleta e transcrição as respostas de cada um dos nove participantes foram agrupadas por questões. Na sequência, foram identificadas as unidades temáticas que pudessem apontar possíveis classes, temas e subtemas emergentes, conforme quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Classes, Temas e Subtemas emergentes na Análise Temática, com suas respectivas frequências e percentagens.

| Classes Temáticas | Temas | Subtemas | F | % |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| Percepção da Depressão | 1.Reconhecimento Da Depressão (100%) | 1.Mecanismos De Defesa | 15 | 78,9 |
| | | 2.Enfrentamento | 4 | 21,1 |
| | Subtotal | | 19 | 100 |
| Subtotal da Classe Percepção da Depressão | | | 19 | 26,03 |
| Ser Cuidado | 2.Tratamento (59,09%) | 3.Farmacoterapia | 7 | 53,85 |
| | | 4.Psicoterapia | 6 | 46,15 |
| | Subtotal | | 13 | 100 |
| | 3.Significado Do Tratamento (40,91%) | 5.Alívio | 7 | 77,78 |
| | | 6.Peso | 2 | 22,22 |
| Subtotal | | 9 | 100 | |
| Subtotal da Classe Ser Cuidado | | | 22 | 30,14 |
| Trabalho | 4.Significado Do Trabalho (21,87%) | 7. Fuga | 5 | 71,43 |
| | | 8.Fardo | 2 | 28,57 |
| | Subtotal | | 7 | 100 |
| | 5.Trabalho E Cuidado (78,13%) | 9. Postura Da Liderança | 13 | 52 |
| | | 10.Acompanhamento Dos Trabalhadores | 2 | 8 |
| | | 11.Relacionamento Trabalhadores | 3 | 12 |
| | | 12.Mudanças Na Rotina | 3 | 12 |
| | | 13. Acesso À Psicoterapia | 4 | 16 |
| Subtotal | | 25 | 100 | |
| Subtotal da Classe Trabalho | | | 32 | 43,84 |
| Total de Unidades Temáticas | | | 73 | 100 |

Fonte: Próprios autores (2024).

Assim, foi possível identificar as possíveis categorias relevantes para o estudo e alcance dos objetivos da pesquisa, considerando-se tema como algo importante sobre a questão da pesquisa e que representa alguma resposta ou significado padrão dentro de um conjunto de dados.

As categorias definidas foram *reconhecimento da depressão, tratamento da depressão e significado do trabalho*. O tema *tratamento da depressão* foi desdobrado em subcategorias: *farmacoterapia, psicoterapia e significado do tratamento*. A categoria *significado do trabalho* foi desdobrada em *trabalho como fuga, trabalho como fardo e trabalho e cuidado*. Será apresentada a seguir uma análise detalhada sobre o que cada categoria revela, como se encaixam no contexto mais amplo dos objetivos da pesquisa, sempre considerando a estreita relação entre elas.

4.1 Reconhecimento da depressão

O objeto de estudo desta pesquisa se estabelece na medida em que o trabalhador se percebe com algum tipo de sofrimento que pode ou não ser reconhecido como depressão. De largada percebe-se nos participantes o medo ou dificuldade em compreender seus sentimentos e falar sobre a depressão como doença, confirmando mais uma vez o estigma que há em torno dela e demais problemas mentais.

“Não quero que ninguém saiba que tive esse problema” (Rosa).

“É coisa de doido” (Flor).

O preconceito foi evidenciado como algo que existe tanto da parte da sociedade como um todo quanto da parte dos próprios participantes e se justifica pela dificuldade em reconhecer a depressão como doença e pelo esforço em escondê-la enquanto for possível. São diversos os mecanismos de defesa utilizados em decorrência do estado depressivo e que impedem o enfrentamento da situação. A dificuldade em reconhecer que necessita de ajuda faz com que adiem a iniciativa de buscar uma solução. A demora nesse reconhecimento e no início de um tratamento aumenta o risco de cronicidade, o surgimento de complicações psíquicas e físicas, o comprometimento social, familiar e ocupacional. Superar o preconceito e antecipar o início do tratamento reduz o risco de agravamento, o tempo de uso da medicação e a melhora do prognóstico (Hirata, 2014).

O temor em relação à depressão está no relato em que o participante não se reconhece no diagnóstico de depressão:

“- Deus me livre!” Depressão? Não! Eu nunca tive negócio de depressão. Não, de jeito nenhum! Eu nunca fui afastada com depressão. O maior atestado que tive foi de 15 dias por conta do acidente de moto, mas nunca tive nada de depressão, de jeito nenhum!... O médico até quis me afastar por três meses, porque eu machuquei o dedo, quebrei o dedo, mas eu não quis porque foi eu e o meu marido. Aí eu não quis ir atrás do INSS. Foi eu e o meu marido e o dele foi mais grave. Deus me livre de depressão! (Lírio).

Pelo relato e descrição do histórico e sintomas, realmente parece haver um erro de notificação no caso de Lírio, mas a reação da participante em relação à possibilidade de ter sido diagnosticada com depressão foi reveladora de um verdadeiro horror e tabu. Os tabus e mitos em torno da depressão aparecem diversas vezes na fala de outros participantes:

“Eu nunca consegui falar o nome desta doença (referindo-se à depressão). Eu não consigo falar esse nome. Eu já li tanto sobre isso. Eu vou buscar na internet, às vezes acho que o que eu tenho é mesmo o que tem lá, aí eu penso: é isso mesmo que eu tenho, então eu estou mesmo doente” (Oliveira).

“Foi muito difícil para mim. Não queria parecer maluca para meu marido e filha. Ficava com vergonha, mas com o tempo eles foram notando e eu tive que falar.” (Rosa).

“Era um sentimento que guardava só para mim. Só depois eles ficaram sabendo que eu estava sendo consultada. Procurar ajuda era como um pedido de socorro para mim” (Lilás).

Deve-se considerar os equívocos em termos da notificação da doença, que podem ser ocasionados tanto por erros de diagnóstico como até mesmo por simples erro de digitação dos códigos que classificam as doenças. Na amostra estudada, dois dos casos não estavam correspondendo à classificação médica. O que corresponde a uma variação de 22%.

“Particularmente nem eu mesma sei o que acontece dentro de mim mesma. Eu às vezes nem eu tenho essas respostas é só assim, uma angústia. Eu nunca consegui falar o nome desta doença (referindo-se à depressão). Eu não sei se é isso que eu tenho (referindo-se a depressão). Eu já li tanto sobre isso. Eu vou buscar na internet às vezes eu acho que o que tenho é o mesmo que tem lá aí eu penso: é isso mesmo que eu tenho, então eu estou mesmo doente. Quando o médico me disse que era isso que eu tinha, aí foi que eu chorei mesmo. Eu não concordei com o médico, não reconheci. Eu sinto vergonha. Todo mundo diz que é frescura eu acho assim: ave maria eu sou uma mulher tão nova para já está sentindo este tipo de doença, de problema. Eu fico pensando em tantas pessoas que passam por tantas coisas na vida, tantos problemas e não sentem nada. (Silêncio). Tem gente que não tem braço. Não tem perna. Essas pessoas sim deveriam ter motivo para ter essa doença. Logo eu que tenho duas pernas, dois braços, posso trabalhar, isso acontece comigo” (Oliveira).

“Graças a Deus depressão mesmo de cair eu nunca peguei não. Nem quero pegar”. (Cipreste).

“Meu problema é hipertensão. Nunca tive depressão” (Iris).

“Faz quatro anos que tenho depressão[...]eu nem sei o que eu tenho. Eu acho que eu não sou normal” (Dália).

A reação da família diante da situação também aparece com uma preocupação e como apoio importante no processo de aceitação e reconhecimento da depressão. Como já citado anteriormente, a família deve ser considerada como suporte no tratamento dos pacientes incapacitados ao trabalho ou com elevado comprometimento pessoal.

“Minha família aceitou o meu problema e me ajudou. Minha filha adoeceu, assim como eu com tudo isso. As minhas complicações afetaram minha filha. Hoje ela faz terapia. Eu também fiz mas larguei com poucas sessões” (Rosa).

“Hoje eu só saio se for acompanhada com a minha filha de 18 anos, minha mãe ou minha cunhada. Eu vendi minha moto. Não posso mais conduzir nenhum tipo de veículo. Eu disse para todo mundo. Não sou de esconder.” (Girassol)

“A minha mãe disse que se eu não me tratar ela vai mandar me buscar de volta (para Uruoca – cidade natal) porque ela disse que eu não estou me ajudando. Ela diz que eu preciso me ajudar. (Choro). Eu acho que ela está certa, mas não é porque eu quero. (choro, choro) [...] é uma coisa mais forte que a gente. Eu me sinto melhor quando eu estou em casa” (Oliveira).

A análise dos dados evidenciou que para alguns participantes foi necessário o surgimento dos sintomas mais críticos e emblemáticos como surtos, alucinações e crises de ansiedade para que de fato constatassem que algo estava errado e que necessitavam de ajuda profissional.

“Cheguei a ter episódios de surto: via pessoas, tinha sensação de perseguição, imaginava que tinha sido estuprada e que a qualquer momento isso iria acontecer mais uma vez. Só reconheci que estava com depressão quando começaram os surtos” (Flor).

“Houve um momento em que eu não conseguia me mexer, travei. Eu caí no chão no chão como se estivesse desmaiando. Era um ataque de ansiedade. Isso trouxe o impacto da descoberta de que a situação estava pior do que eu imaginava. Precisou acontecer o ataque de ansiedade para que eu buscasse ajuda. Agradei a Deus por não ser algo mais sério” (Rosa).

“Quando comecei a sentir medo de morrer e ansiedade extrema, percebi que não estava bem. Procurar médico era um pedido de socorro. O médico diagnosticou síndrome do intestino irritável. Sentia constantemente dor de barriga e vontade de ir ao banheiro” (Lilás).

Quando o sofrimento já não é possível de ser carregado em sigilo ou sozinho, os participantes trazem o reconhecimento de que estão diante de um problema a ser enfrentado com a ajuda de “alguém”. Esse alguém num primeiro momento pode ser um familiar ou um profissional de saúde: médico ou psicólogo, na maioria dos casos. Transposta essa primeira fase da busca de ajuda, as pessoas querem compreender o que está acontecendo com elas e o que causa aquele conjunto de sensações e sentimentos insuportáveis e incapacitantes.

Mesmo identificando-se coerência à luz da descrição médica, entre a classificação da doença apontada na maioria dos casos diagnosticados e os relatos apresentados, quando

questionados quanto ao fato de reconhecerem claramente o diagnóstico de depressão, evidencia-se muita dúvida, ambivalência e incerteza em grande parte dos participantes. Mesmo com o diagnóstico médico, o receio da repercussão social negativa contribui pra essa confusão em relação ao que está acontecendo e a resistência em procurar tratamento. O fato de estarem sofrendo com sintomas atribuídos à depressão e ao diagnóstico F-32, não é suficiente para convencê-los de que estão com a doença.

O diagnóstico para maioria dos participantes foi realizado pelo médico do posto de saúde e em outros casos foi realizado pelo clínico geral da empresa ou médico do trabalho. Outros participantes tiveram o diagnóstico confirmado por psiquiatras/serviço especializado do CAPS Sobral, profissional particular e do CEM – Centro de Especialidades Médicas de Sobral. Nesse processo de busca pelo diagnóstico apenas um participante realizou exames complementares (tomografia e ressonância).

A confirmação do diagnóstico de depressão causa forte impacto subjetivo nos participantes. A expressão de Oliveira a seguir remete à dificuldade de compreender as causas da depressão. A etiologia atribuída a fatores externos, biológicos ou sociais aparece nos ditos dos participantes. Para alguns, a depressão deveria acometer pessoas que estão passando por algum problema concreto, que tenham alguma marca forte em seu passado ou que possuam alguma limitação física. É difícil compreender que a causa esteja numa dimensão complexa da compreensão do ser.

“Uma coisa mais forte que a gente” (Oliveira).

Alguns participantes associam a depressão a fatores hereditários. É uma alternativa para a aceitação e conformação.

“Minha mãe também tem depressão. Na minha mesma idade ela adoeceu e foi até para o Dr. Remo (hospital psiquiátrico que existia na cidade de Sobral antes da reforma psiquiátrica) e até hoje ela toma remédio também. Acho que é hereditário, né? Só pode ser. É minha mãe, meu irmão. Meu irmão está com pouco tempo que teve também. Ele melhorou, mas quando eu vou tomar meus remédios ele diz: vou já tomar esses remédios para doido também” (Oliveira).

“Minha família toda já tem assim um histórico de problema no cérebro. A família todinha do meu pai. É. Eu acho que pode ser hereditário, só pode ser. A família todinha dele. Eu não vou me apavorar” (Girassol).

Os participantes descrevem uma infinidade de sintomas extremamente limitantes como dores, insônia, choro frequente, vazio, desânimo, angústia, somatizações, etc.

“Essa dor (de cabeça, enxaqueca severa) eu também acho que tem relação com a doença. Dr. (profissional da empresa) falou que esse medicamento não ia fazer efeito rápido. Talvez com uns dois meses é que eu ia começar a sair desta tristeza que eu tenho, deste desânimo, voltar a ter vontade de sair de dentro de casa.... eu ia começar...da outra vez,foi assim também” (Oliveira).

Os discursos apontam que os participantes associam a depressão à perda de algo simbólico e relevante para o paciente, e resgatam experiências fortes do passado como: traição, assédio moral, hereditariedade, separações, decepções, violência doméstica, abuso sexual, corroborando as teses de Freud (1930) que posicionou os estados de melancolia e depressão no campo das perdas e buscou compreender a forma como cada um reage psiquicamente a ela. O tempo de recolhimento e elaboração das situações de perda e de frustração Freud chama de período de luto. Quando esse tempo de recolhimento demora excessivamente e se mostra insuficiente, denotando uma dificuldade de elaborar a perda, Freud denomina a entrada no campo da melancolia e da depressão.

“Eu sentia muito medo de morrer e uma ansiedade extrema... Eu não conseguia me concentrar em nada. Perdi a vontade de fazer tudo” (Lilás).

“Quando fiquei sabendo da traição meu mundo caiu. Cheguei a ter surto” (Flor).

“Eu não posso ficar só, não posso sair sozinha, eu perdi o sono, não sabia mais se estava acordada ou dormindo. Eu vendi meu transporte. Não posso dirigir nenhum veículo” (Girassol).

“Eu sempre fui reconhecida pelo meu trabalho. Com o tempo as atividades começaram a aumentar e eu fiquei sobrecarregada. Eu não conseguia mais corresponder e meu gestor começou a cobrar. Até que um dia, em um momento de estresse ele me chamou de incompetente. Para mim foi a gota d’água. Eu me sentia uma boa funcionária e, de repente, virei a incompetente” (Rosa).

Os relatos também apontam a perda de um lugar, pessoa ou relacionamento idealizado também pode provocar ou prolongar os sintomas:

“Graças a Deus que minha filha é uma benção. [...]ela chegou com uma história que acho que tudo isso vai juntando na minha cabeça:[...] do nada ela (a filha) veio com uma história, que isto tudo vai juntando na minha cabeça, e vai ficando ali. A minha cabeça parece que tem é um carrossel girando. Aí ela me falou assim: - mãe, eu sou bissexual. Isso aí foi um choque tão grande para mim. Que eu passei dias e dias sem dormir por conta disso, porque ela me falou isso. Eu passei dias sem ter vontade de olhar para a cara da minha filha” (Oliveira).

A análise dos dados também identifica claramente uma predominância de pensamentos negativos e pessimistas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro que deixam os participantes num estado de desamparo significativo. O modelo de pensamento

predominante alimenta a crença de que são incapazes de reverter a situação, de que o mundo não lhe oferece tantas alternativas e que é pouco provável que a situação se transforme.

Esse movimento do paciente de buscar compreender o que se passa, quais são as causas é fundamental para o enfrentamento do problema mesmo que não concorde com o diagnóstico, reconhecer que existe um problema é vital para reunir forças para enfrentar um tratamento e sair da situação em que se encontram.

O modelo cognitivo da depressão de Beck (Beck *et al.*, 1997) descreve a tríade negativa que consiste em: 1 – Visão negativa de si mesmo. A pessoa deprimida se percebe inadequada, incapaz, carente ou incapaz de cuidar de si mesma. 2 – Visão negativa do presente. O mundo perde o significado ou é um lugar desolado. 3 – Visão negativa do futuro.

As queixas e sofrimentos levaram os participantes a buscarem ajuda: um serviço, um tratamento, um medicamento, colocando-os numa posição de usuários de um serviço produzido pela rede de assistência e pelos profissionais de saúde.

O diagnóstico na maioria dos casos é feito por clínico geral seguido de encaminhamento para tratamento especializado com psiquiatra. O acesso ao “posto de saúde” e aos serviços especializados é citado como recursos que o trabalhador pode contar. Dificuldades de agendamento não aparecem nas falas como aspecto que dificulta o processo. Os participantes fazem referência ao ‘posto de saúde’ (CAIC – próximo à fábrica), ao CAPS, ao CEM, ao serviço oferecido pelo sindicato dos trabalhadores de Sobral, aos profissionais particulares e à clínica escola da UFC como alternativas de acesso inicial ou de encaminhamento para diagnóstico e tratamento especializado.

Os participantes são encaminhados aos serviços especializados sem que haja uma especificação quanto aos objetivos destes encaminhamentos. O usuário precisa saber por que determinado exame está sendo solicitado. É importante que seja orientado sobre como proceder antes, durante e após os exames ou procedimentos e tenha esclarecimento sobre o que poderá ocorrer com ele em termos de dificuldades, dores e efeitos. Há a necessidade de estimular o paciente a engajar-se e superar as etapas do processo, apresentar-lhe alternativas para bem realizar o autocuidado. Se essas orientações não são feitas no primeiro momento, espera-se que sejam feitas quando chegam ao serviço especializado e o que se observou é que neles também as informações são abreviadas.

Percebe-se que embora haja o diagnóstico médico, a prescrição de medicamentos para a depressão e que em alguns momentos os participantes façam referência a si mesmo como pessoas deprimidas, em outros aparecem falas do tipo:

“Quando os remédios acabavam eu sentia muita falta e notava que a tristeza voltava. Com isso consegui notar que tinha depressão de verdade.” (Flor)

“Eu não sei o que eu tenho” (Girassol).

A negação de sua condição é algo que ronda esses trabalhadores com depressão. Apesar de várias evidências sintomatológicas, a dúvida sobre o que de fato acontece paira sobre alguns dos participantes.

“Eu não sei o que acontece comigo” (Oliveira).

“Eu não sou normal (Dalia)”

Essa ambivalência é um dos aspectos que impede essas pessoas de mergulharem no processo terapêutico de forma mais determinada. O assunto é de complexa de análise, mas uma coisa é certa, para que os sintomas surgissem algo existe. E não é apenas tratando os sintomas que os deprimidos conseguirão ter maior qualidade de vida ou retomar seu estado anterior. É necessário superar este estado de negação e assumir a postura de enfrentamento adequada a cada situação.

O conjunto de estratégias utilizadas para adaptação a circunstâncias adversas, estressantes, crônicas ou agudas é denominado de *coping*. Esses esforços individuais de adaptação há várias décadas passaram a ser objeto de estudo da psicologia. O *coping* é considerado como diferente dos mecanismos de defesa pois o primeiro está relacionado a comportamentos flexíveis, propositais, adequados à realidade atual e voltados para o futuro, derivados de motivações conscientes. Já os mecanismos de defesa são rígidos e inadequados ao momento presente e a realidade externa, são originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes.

Diante deste conceito, o reconhecimento é a porta de acesso ao *coping* compreendido como conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos pacientes com o objetivo de lidar com demandas específicas internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. Essa definição implica que as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas (Antoniazzi; Dell’aglio; Bandeira, 1998).

Diante disso, é papel dos profissionais de saúde oferecer novos recursos para que a avaliação do contexto, evento ou situação possa evoluir e fazer emergir estratégias de *coping* em paralelo aos mecanismos de defesa, ajudando na eliminação das vulnerabilidades e aumentando a resiliência.

4.2 Tratamento da depressão

De forma geral o que se constata é que desde primeiro atendimento, o médico já prescreve a medicação visando aliviar o sofrimento causado pelos sintomas da depressão. Neste momento, também ocorre o encaminhamento para a psicoterapia e seria importante que ocorresse um trabalho para promover a redução do número e severidade dos estressores na vida do paciente.

A redução da quantidade ou severidade dos estressores e o enfrentamento propriamente dito só poderá ocorrer se um processo de escuta e busca da compreensão da realidade vivida por essa pessoa acontecer. É necessário entender o que se passa para ajudar a aliviar e ressignificar os estressores. É preciso estimular autonomia e tomada de decisão diante dos vividos que fazem sofrer e levam ao adoecimento.

O acesso aos serviços pareceu ser relativamente fácil, no entanto, percebe-se a ausência de vínculo com os profissionais de saúde. Poucos participantes conseguem lembrar o nome dos profissionais que os atenderam ou fazer referência a eles como alguém que os acompanha, que os conhece com profundidade e dão o devido suporte nas evoluções, adaptações de tratamento e situações agravantes. Além disso, a rotatividade dos profissionais do serviço foi citada como algo frequente.

“Eu vivo trocando de médico lá” (Girassol).

“Não sei se era psicólogo ou psiquiatra” (Cipreste).

“Não lembro o nome de quem me atendeu” (Oliveira).

Os participantes também não sabem diferenciar o atendimento prestado pelas diversas categorias profissionais, nem a diferença entre uma entrevista de triagem, uma consulta, um acompanhamento ou uma sessão de psicoterapia. Não sabem dizer se foram realmente atendidos por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Os medicamentos são percebidos pelos participantes como os protagonistas do tratamento. Alguns sabem o nome dos medicamentos que tomaram, dos que deram certo por algum tempo e dos que trouxeram excessivos efeitos colaterais, mas nem sempre lembram as pessoas que os prescreveram. Muito mais pode ser feito por esses pacientes além da prescrição do medicamento.

Alguns participantes trazem a atitude positiva de escuta dos profissionais e iniciativas de construção do vínculo, trazendo o nome de diversos profissionais que os acompanharam, apresentando as hipóteses de diagnósticos que foram percorridas até que os diagnósticos fossem fechados, sabiam os riscos aos quais estavam submetidos, o que podiam

e o que não podiam fazer, o porquê de cada medicação e os efeitos que elas geram. Reproduziam com riqueza de detalhes os diálogos estabelecidos com os profissionais e o motivo dos encaminhamentos e das mudanças de profissionais, mas essa não se configura como a prática predominante. O dominante é a prescrição medicamentosa.

“Não sei se ele é neurologista, não olhei bem para a especialidade dele, mas acho que é isso aí [...] Aí ele disse o caso da Senhora é para o CAPS. Aí eu fui. Não sabia nem o que era CAPS. Quando cheguei lá, vi aquela festa. Era doido de tudo quanto era jeito. Não me assustei nada. [...] Meu diagnóstico foi de alucinação, não sei o nome científico não” (Girassol).

Em síntese, a relação com os profissionais de saúde não foi percebida como algo presente e relevante para os participantes. Apenas um caso traz referências explícita de confiança, segurança e conforto com os profissionais de saúde.

“A sorte é que (nome do profissional) me socorreu. Estava chegando na empresa também. E foi um anjo para mim naquele dia (emoção ao lembrar)” (Rosa)

Percebe-se que os participantes nem conseguem pensar no vínculo como um pré-requisito para que o tratamento se realize. Como o encaminhamento e primeiros atendimentos são realizados sem que essas reflexões sejam feitas, às vezes acontece uma sucessão de encaminhamentos que não estão conectados entre si. Não existe interação entre as instâncias de serviço para saber se o caso está caminhando na rede de assistência. O usuário caminha num estado de solidão e ignorância permanente na maioria dos casos. Não é estimulada a autonomia, o questionamento, a participação ativa no processo.

Os encaminhamentos foram realizados e citados pelos participantes, mas não foi identificado referência à construção de projetos terapêuticos nem foram fornecidas explicações mais precisas sobre o que iria acontecer neste percurso. A construção e execução do projeto terapêutico deveria ser o clímax do processo e a cena principal em que o trabalho vivo em ato proposto por Merhy (2003) se manifesta. A depender da atitude do usuário perante seu sofrimento, e do apoio que recebe, ele persiste na busca do cuidado. Caso contrário, ele desiste. E são muitos os fatores envolvidos nesse processo de desistência.

“Para mim, tem gente que desiste do tratamento. Para qualquer tipo de tratamento aqui, para você buscar um tratamento sério você precisa de muita força de vontade para resolver. Você sabe como é a saúde. Tem que ter muita determinação. [...] Tem que resolver de qualquer forma. Perturbei bastante. Sei que tem uma demanda muito grande de gente com problema de saúde. Eu procurei. Tive paciência de esperar. Fui atrás. Um exame desse é difícil. Tem que esperar uns seis meses. Já cheguei dizendo que já estava quase morrendo, foi como eu consegui. Se você não tiver dinheiro, seiscentos reais para pagar[...] eu não banquei nada. Foi tudo por conta do SUS. Eu particularmente não tenho o que reclamar da saúde. Não sei se é porque eu já chego (dando a entender que já chega fazendo barulho) [...] O tratamento foi bom para mim” (Girassol).

O cuidado prestado pelo SUS deveria unificar as ações preventivas, curativas e de reabilitação, proporcionando tudo que o usuário necessita, desde as visitas domiciliares até o acesso aos serviços de complexidade hospitalar. Na análise dos dados, esse encadeamento de ações dentro de um contexto de referência e contrarreferência não se destaca: não existe ou não é percebido pelo usuário. Desse modo, constatam-se fragilidades no sistema de saúde local no cuidado às pessoas com depressão.

Apenas um participante faz referência à visita domiciliar e ao seu agente de saúde:

“Quem sabe do meu caso mesmo, todinho é a agente de saúde. Ela me conhece”.
(Dalia).

Os usuários com depressão deveriam ser acompanhados também pelo Agente Comunitário de Saúde que é um elo importante de vinculação com o sistema e vínculo é algo imprescindível no tratamento da depressão. Muitos fatores impedem que o vínculo se estabeleça e é preciso refletir sobre as diversas formas de construí-lo, mantê-lo e fortalecê-lo.

Uma das formas de construir o vínculo é demonstrar interesse pela história da pessoa como um todo. Pelos dados coletados, o sistema espera ser procurado pelo paciente e não existe uma estratégia que o ajude a permanecer até recuperar-se ou até que aprenda a lidar com seus problemas. O paciente que chega traz consigo além de seus sofrimentos e sintomas, um universo de sentidos, significação e possibilidades. Abrir espaço para esse reviver, para o resgate dessa história tem valor inestimável. No caso de pacientes trabalhadores, é preciso abrir espaço para que o trabalho seja ressignificado e assim, vai sendo tecido um espaço de identificação e confiança que sustenta o espaço terapêutico.

O paciente e os profissionais de saúde que deveriam dividir os papéis de protagonistas, os têm delegado para aqueles que deveriam ser meros coadjuvantes ou figurantes: os medicamentos. É preciso que tanto o paciente como o profissional de saúde se abram e se entreguem para essa construção. Essa troca precisa ser estimulada de forma gradual, respeitosa e valorizada. Merhy chama isso de ‘trabalho vivo em ato’ e lembra que num país como o Brasil, que diz garantir a todos o direito à saúde, o trabalho em saúde e o ato de cuidar da vida e do outro, deveriam ser a alma da produção de saúde. As necessidades dos usuários deveriam ser o objeto central de todos aqueles que visam à promoção da vida (Merhy; Franco, 2005).

Esse espaço de produção do cuidado é lugar antagônico na medida em que os mais variados interesses e condições conflitam: os dos próprios profissionais de saúde, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (Merhy; Franco, 2003). Esses antagonismos vão desde dimensionamento e capacitação

das equipes, remuneração, condições de trabalho que refletem no trabalho vivo em ato e a própria condição social dos usuários do sistema de saúde.

A seguir são citadas algumas descrições de inabilidades de profissionais de saúde em espaço de escuta:

“Eu já fui parar no hospital duas vezes chorando, do nada, do nada, com uma dor no peito. Só isso. Eu não sabia o que era. As mulheres (que prestavam o atendimento) só faziam me aconselhar e mandavam eu ter vergonha na cara. Dizia que eu era uma mulher bonita e que eu não devia chorar por causa de homem. Chegavam e diziam deste jeito. Aí eu dizia comigo: Meu Deus... (ar de reprovação). Aí eu saía com vergonha” (Oliveira).

“Tem alguns enfermeiros que até se apavoram quando o pessoal fala da medicação haldol[...] Teve um médico que disse: - vou até brincar com a senhora que você gosta de brincar. O haldol já é o último estágio do remédio da loucura. É o mais forte. É quando os parafusos já estão totalmente frouxos” (Girassol).

A função do clínico é ser o elo dessa cadeia de escuta, ajudando no surgimento de novos sentidos para que sua realidade se torne suportável.

“Eu passei a me cuidar mais. Enquanto eu não admitia que eu tinha, eu não me importava mas, quando eu passei, quando a Dra. disse que eu estava com depressão, quando eu contei para ela a minha situação, ela disse que eu estava com começo de depressão... Ela não disse depressão... Aí eu passei a me cuidar mais. Eu passei a melhorar por causa disso. Mas chorar eu não choro mais, eu não fico mais em casa chorando achando que eu sou sozinha no mundo, eu me sentia muito só. Geralmente as pessoas que têm depressão, mesmo que elas tenham tudo do lado delas, elas acham que não tem nada. Elas sempre acham, que são inúteis. Ai pronto, isso eu já não sinto mais. Eu me sinto bem. Me sinto capaz. Até meu filho. Eu tinha tanto medo de perder meu filho porque ele andava muito com o pai dele. Nem esse medo hoje eu não tenho mais. Depois que eu descobri que a Dra. Confirmou que era depressão, comecei a tirar essas coisas da minha cabeça. Fui eliminando de uma por uma. Eliminando devagarzinho até que eu fui conseguindo e melhorei. Foi benéfico para mim. Ai assim para algumas pessoas não é bom, né. Tem gente que fica pior ainda depois que sabe é depressão. Eu passei a me cuidar mais. Acho que se isso não estivesse acontecido talvez hoje eu estivesse pior” (Cipreste).

Os familiares e amigos do trabalho também despontam como referências importantes no processo de cuidado e recuperação.

“A minha mãe veio ficar comigo e depois uma amiga veio me fazer companhia” (Flor).

“Descobri que a família é realmente a base de tudo [...] minha família me deu total apoio” (Lilás).

A figura materna aparece como a referência maior de cuidado e porto seguro em vários casos, mas apesar disso, não há nenhuma referência de inclusão dessa figura no projeto terapêutico. Vários autores e textos do MS fazem referência ao envolvimento da família como forma de fortalecer a adesão e evitar o abandono do tratamento.

Os filhos aparecem em alguns casos como vínculo de motivação maior pelo qual a vida ainda se mantém com algum sentido. Na depressão é comum o sentimento de vazio, falta

de perspectiva ou crença num futuro melhor. Os filhos passam a ser o símbolo de uma nova vida, de recomeço ou justificativa para suportar todas as dificuldades. Essa referência apareceu em quatro dos participantes.

Em síntese o tratamento que vem sendo oferecido não apresenta um elo para a manutenção e fortalecimento da esperança de cura, expectativa de melhora ou atitude de enfrentamento.

“Daqui pra frente eu queria tanto mudar tudo isso: voltar a ser a pessoa alegre que eu era, mas não consigo. Eu não vejo um motivo para me alegrar. Eu não vejo. Eu fico pensando. Eu olho assim, não vejo sentido, sei lá. Eu busco ajuda para ver se eu saio dessa, desse buraco que eu entrei” (Oliveira).

“Às vezes eu me sinto como uma folha seca que tivesse, indo para onde o vento levar. Eu não confio. Eu não tenho segurança em mais nada” (Cipreste).

Essas falas são pronunciadas num contexto de completa desesperança e fraqueza. Diante dessas constatações de sofrimento que a depressão acarreta, da gravidade do problema, é imperativo diminuir a timidez das políticas públicas de saúde em relação às práticas de orientação à população. É necessário falar exaustivamente sobre isso, oferecer treinamento especializado para as equipes de saúde, realizar campanhas educativas na TV, no rádio, nas comunidades e territórios assim como são feitas para tantos outros problemas como prevenção do câncer, dengue, campanhas de vacinação.

Os estudos apontam que a depressão é percebida como um problema de saúde grave, de difícil compreensão e superação que leva os pacientes a um sentimento de impotência e solidão para o enfrentamento em alguns casos. É preciso estimular que as pessoas busquem auxílio diante dos primeiros sintomas. Quão mais cedo os sintomas forem identificados, mais fácil será o processo de recuperação, fortalecimento psíquico, mais fácil será a conquista da autonomia dos pacientes no que diz respeito à compreensão e manejo de seus sentimentos, sintomas e ao cuidado de si.

Um dos instrumentos de alcance internacional que existem é o WHOQOL-100 cujo desenvolvimento da versão em português do se deu no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. É uma alternativa de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida de curta extensão, aplicável em qualquer população. Pode ser respondido independentemente do nível de escolaridade e permite ao investigador incluir outras medidas de interesse além da qualidade de vida (Fleck, 2008).

Existem variações testadas do instrumento capazes de avaliar a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais, a qualidade de vida em idosos, portadores de HIV e também para pessoas deprimidas e ansiosas. Fleck (2010) e colaboradores descrevem as aplicações do instrumento no livro *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. A aplicação desse instrumento talvez pudesse ajudar na autopercepção dos usuários quanto ao seu bem-estar e qualidade de vida e dos aspectos que merecem atenção e cuidado.

4.2.1. Farmacoterapia

Para todos os participantes diagnosticados com depressão foi prescrita algum tipo de medicação. A adaptação aos medicamentos não é algo previsível. Alguns se adaptaram rapidamente, melhoraram e decidiram parar com a medicação por conta própria. Nestes casos, os sintomas voltaram mais acentuados. Outros casos, não se adaptaram às primeiras prescrições e as medicações precisaram ser substituídas.

“Por diversas vezes larguei o tratamento, tudo, até os remédios. Quando melhorava largava” (Flor).

“Não me adaptei aos primeiros remédios” (Rosa).

“Eu melhorei bastante tanto em casa quanto no trabalho”. Foi ótimo (Lilás).

“Ele passou fluoxetina e depois amytril” (Oliveira).

“Fluoxetina eu tomo temporariamente e paro por conta própria por causa dos efeitos colaterais. Mas depois preciso voltar mesmo sem me adaptar” (Dalia).

Um único caso não deu importância à medicação recomendada.

“Não sei o nome do remédio. Eu ficava muito sonolenta. Parei. Não dei muita importância” (Cipreste).

As medicações prescritas foram: fluoxetina, clonazepam, praxtrat, celebrin, amytril e haldol. Algumas medicações os participantes conseguem pelo SUS, como todo o tratamento, em outros casos

“o remédio do posto passou a não fazer mais efeito” (Flor).

Relata ser necessário comprar os medicamentos com os próprios recursos. Alguns participantes, mesmo tendo retornado ao trabalho ainda continuam tomando antidepressivos como, por exemplo: clonazepam, amytril e aloperidol.

“Eu dependo do remédio. Se parar eu tenho medo de voltar pior que o que estava” (Girassol).

“Eu ainda tomo fluoxetina” (Dalia).

A fluoxetina é um antidepressivo que pode ser utilizado também em casos associados à ansiedade e aumenta os níveis de serotonina no cérebro. A resposta ao medicamento se dá algumas semanas após o início do tratamento. Esta medicação causa uma série de efeitos colaterais entre eles, a perda de apetite, náuseas, diarreia, afeta a capacidade de julgamento, pensamento e ação, pode causar tremores, palpitações, nervosismo, fadiga, sonolência, diminuição da concentração, insônia, convulsões, pensamento suicida, disfunções da ereção, entre outros. A interrupção abrupta causa tontura, insônia, agitação, ansiedade e dor de cabeça.

Clonazepam também foi citado por um dos participantes. Esta medicação está indicada no tratamento das crises epiléticas, transtornos de ansiedade e transtornos do humor: transtorno afetivo bipolar, tratamento da mania e depressão maior: como adjuvante de antidepressivos (depressão ansiosa e na fase inicial de tratamento). É também empregado em síndromes psicóticas e no tratamento da síndrome das pernas inquietas. Os efeitos colaterais do uso de clonazepam também são diversos.

Outra medicação citada na coleta de dados foi paxtrat (cloridrato de paroxetina) que é um antidepressivo indicado no tratamento dos sintomas e prevenção de recorrência da depressão do transtorno obsessivo compulsivo (TOC), da doença do pânico, do transtorno de ansiedade generalizada; e ainda, no tratamento da fobia social e do transtorno de estresse pós-traumático. Reações adversas como náusea, sonolência, secura na boca, fraqueza, insônia, suor abundante, tremor, vertigem, constipação, diarreia, vômito e apetite reduzido. Durante o tratamento com paxtrat o paciente não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois a habilidade e atenção podem estar prejudicadas.

Mais uma medicação citada foi cebrilin (paroxetina), indicada no tratamento das doenças depressivas, incluindo aquelas acompanhadas pela ansiedade. As reações adversas mais comuns são: náusea, sonolência, sudorese, tremor, astenia, boca seca e insônia. As reações adversas durante administração prolongada diferem das observadas com a terapia de curto prazo. As mais citadas são: cefaleia, sudorese, aumento de peso, constipação e disfunção sexual.

Amytril ou amitriptilina é um antidepressivo que traz diversos efeitos colaterais como sonolência, dificuldade de concentração, visão embaçada, cansaço extremo, desorientação, descoordenação muscular, aumento da transpiração, tontura, pressão baixa, dor de cabeça, palpitação, impotência sexual. O paciente sob o uso deste medicamento também fica impedido de operar máquinas e dirigir veículos. O uso deste antidepressivo, como de todos os outros, não pode ser interrompido abruptamente sem conhecimento médico. As doses

devem ser rigorosamente respeitadas. Interromper o uso por conta própria causa tontura, insônia, agitação, ansiedade e dor de cabeça.

“Eu melhorei e parei o remédio por conta própria. Esse foi o meu erro, como ele (médico) falou que o meu erro foi não ter tomado pelo menos uns seis meses. Agora eu vou ter que tomar uns três anos porque ele disse que voltou pior do que eu tava”.
(Oliveira)

De modo geral os participantes não estão orientados quanto aos efeitos colaterais severos que as medicações trazem, muito menos dos prejuízos que ocorrem quando interrompem o uso repentinamente. O ideal é que o paciente já seja orientado sobre como proceder em caso de não adaptação, como as doses podem se alterar para mais ou menos, a necessidade de retornar ao médico sempre que reações adversas apareçam e antes de qualquer alteração das dosagens.

Alguns participantes demonstraram um esclarecimento maior sobre a medicação utilizada, as dosagens e horários como, por exemplo:

“O primeiro medicamento que ele passou para mim foi a fluoxetina, mas eu não estava conseguindo dormir e era isso que eu queria: voltar a dormir. Ai ele passou amytril. Ai o amytril eu tomei uns quatro meses melhorei e parei. Agora eu estou tomando fluoxetina de novo porque o amytril já estava me fazendo mal. Eu tomava o amytril e parecia que o meu coração ia explodir. Eu dormia mas não conseguia me levantar, ficava lenta demais, aí eu voltei lá. Porque eu voltei a ter umas crises muito fortes. Aí eu fiquei mais de um ano sem tomar e voltei a sentir de novo” (Oliveira).

“São trinta gotas de haldol à noite e dois comprimidos de amytril. O comprimido eu tomo um à noite e outro quando eu venho trabalhar. Eu dependo do remédio (haldol e amytril). Se paro eu tenho medo de voltar pior que o que estava” (Girassol).

Um dos participantes que faz uso de amytril, toma também a medicação haldol que é indicado para psicoses crônicas, no tratamento de delírios, desconfiança, alucinações, confusão, agitação, temperamento agressivo, alterações do comportamento geral e no tratamento de movimentos incontrolados como tiques.

Como as próprias bulas descrevem, o uso de antidepressivo é algo que deve ser feito com cautela. O Guia de Referência Rápida para Depressão elaborado pela prefeitura do Rio de Janeiro (em 2013) orienta que antidepressivos não devem ser utilizados em primeira instância nos tratamentos de depressão. Recomendam um modelo escalonado de cuidado com outras intervenções prévias como: avaliação e suporte, psicoeducação, monitoramento ativo e encaminhamentos para avaliação especializada se necessário. Se persistirem ou agravarem os sintomas, as intervenções psicológicas e psicossociais são recomendadas, medicamentos poderão ser introduzidos ou encaminhamento para psicoterapia e assim sucessivamente conforme Figura 2, apresentada anteriormente.

Os participantes não referem a perspectiva dos médicos em reduzir as dosagens de medicação ou mesmo de suspender o seu uso. A percepção é de que o medicamento é realmente fundamental e que haveria a disposição para consumi-lo por tanto tempo quanto o necessário, mesmo com a severidade dos efeitos colaterais e tendo que pagar por ele quando o acesso gratuito não é possível. Eles não visualizam outra perspectiva de tratamento concreta que não a medicamentosa.

Um dos participantes tem depressão há quatro anos e já tentou suicídio quatro vezes através da ingestão excessiva de fluoxetina e analgésicos. É usuário de fluoxetina e relata diversos efeitos colaterais a ela relacionados:

“Às vezes fico atacadinho, bilezinho. Se alguém diz alguma coisa comigo, fico com vontade de bater na pessoa. Tenho até problema de ereção. Aí, paro de tomar o remédio por minha própria conta. Estou há cinco dias sem tomar. Com três dias sem, já começo a ficar nervoso: afeta até o meu trabalho” (Dalia).

Os profissionais precisariam construir um projeto terapêutico para num caso desses, em que o participante está no mais elevado grau de risco e comprometimento, não se adapta ao medicamento, mas também não pode ficar sem ele. Deveriam pensar em outras alternativas além das habituais. Além do sofrimento trazido pela doença, Dalia sofre com a questão desses efeitos colaterais que o deixam num estado de irritabilidade elevada e não conta com nenhum outro recurso terapêutico. Nesses casos mais críticos poderiam ser oferecidas outras terapias complementares que possam diminuir a dependência de medicamentos, aumentar o autoconhecimento e a qualidade de vida dos pacientes.

Foi possível identificar um participante com o cargo de operador de máquinas e que, em função dos efeitos colaterais da medicação que está tomando, não deveria estar exercendo esta função. Outros participantes, embora não possuam o cargo de operador de máquinas, trabalham eventualmente operando equipamentos de pequeno ou médio porte. Não foi identificado nenhum participante que conduza veículos dentro ou fora da organização. Seria importante a investigação das informações laborais nas anamneses e acompanhamentos que esses participantes recebem, como recomenda Merlo (2014). Os efeitos colaterais são severos e podem trazer riscos para os trabalhadores e para a organização como um todo.

Como se vê o tratamento e enfrentamento gira em torno de medicações que são substituídas ou interrompidas em função de sérios efeitos colaterais, dosagens alteradas pela ausência de melhoria e manutenção da medicação mesmo anos depois das primeiras queixas, após o retorno ao trabalho ou ao afastamento dos aspectos estressores que podem ter ocasionado ou colaborado para a crise depressiva. O medicamento toma posse da vida do trabalhador deprimido.

Na própria empresa parece não haver uma conexão tão profunda entre os aspectos da saúde do trabalhador, uso de medicamentos e postos de trabalho ou o trabalhador não fez referência. Sabe-se do risco que se corre em manter numa função de operação de máquinas um funcionário sob efeitos alterados de medicação que já tentou suicídio quatro vezes, através do consumo excessivo de medicamentos. Um dos participantes passou mal de sua tentativa de suicídio no posto de trabalho. Foi socorrido e encaminhado ao hospital por profissionais de saúde da própria empresa. Existe a oportunidade de melhorar esse acompanhamento dos funcionários que apresentaram diagnóstico CID-F32.

Dessa forma, os “tratamentos” seguem fazendo os pacientes conviverem com uma medicação que no máximo alivia os sintomas, mas trazem uma série de outros problemas.

“Na segunda crise procurei o médico da empresa. Foi quando coloquei meu primeiro atestado. O Doutor pediu para toar fluoxetina e que eu não parasse de jeito nenhum, não ser que ele recomendasse. Estou agora tomando direto” (Oliveira).

“Ainda hoje tomo. Quando eu deixo de tomar eu fico com insônia. O amytril e o aloperidol. Melhora bastante quando eu tomo, a visão não fica mais embaçada, os ruídos no ouvido, surto visual e auditivo, aquele pessoal me chamando, chamando”. (Girassol)

4.2.2. Psicoterapia

Os participantes trouxeram que o tratamento psicoterápico foi recomendado de forma associada à farmacoterapia em praticamente todos os casos e que tiveram contato com psicólogos do serviço público ou estudantes de psicologia da UFC em estágio na clínica-escola.

“Ele (o médico) passou para eu ter consulta com o psicólogo... consegui marcar e ela já marcou outra. Ela disse que vou precisar muito. Que eu estou muito... sei lá ela usou uma palavra lá. Eu gostei mais ou menos de falar com ela. É bom porque a gente desabafa um pouco” (Oliveira).

“Já fui a uma psicóloga uma vez por minha própria conta. Já procurei na empresa. Eu penso em procurar outra vez mais tenho medo” (Cipreste).

“Eu fui encaminhado para o CAPS, mas não me dei com a psicóloga não. Ela fazia muita pergunta. Eu achava muito chato. Fui umas quatro consultas só” (Dalia).

“Fui encaminhada para o serviço de psicologia da UFC, mas desisti. Não gostava de dar explicação por trás de explicação sobre o porquê estava sofrendo. Preferi ficar apenas com o tratamento médico” (Rosa).

“Ainda tentei tratamento psicológico na UFC, mas larguei. Fiquei apenas com o tratamento médico” (Lilás).

“Comecei a ser acompanhada por uma aluna de psicologia da UFC mas com o tempo notei que não precisava mais” (Flor).

Outros dados que desperta a atenção na análise foram a quantidade de participantes que não se adaptaram ao tratamento psicoterápico, seja ele oferecido pelo SUS ou pelo serviço escola e que preferiram seguir apenas com o tratamento médico. Não existem evidências quanto à continuidade, adesão e resultado do atendimento psicoterápico.

A psicoterapia é recomendada para ajudar nesse processo, mas percebe-se que não há a recomendação de qual a abordagem psicoterápica mais apropriada para cada caso. Parece não haver a reflexão se seria a psicoterapia individual ou grupo, por exemplo, a mais adequada. A reflexão sobre qual abordagem é recomendada em cada caso: cognitiva-comportamental; fenomenológica-existencial; psicanalítica. Talvez os pacientes tenham mais dificuldade de compreender essas diferenças, mas, os profissionais que fazem o encaminhamento, principalmente os psiquiatras, deveriam recomendar os profissionais ou serviços adequados para cada caso ou ao menos apresentar-lhes alternativas caso não haja adaptação inicial a alguma modalidade.

Se essa orientação não foi realizada no encaminhamento, parece também não ocorrer por parte de alguns psicólogos. Essas orientações seriam importantes para a construção do engajamento do paciente com o seu tratamento e a postura de enfrentamento.

Benetti e Cunha (2008) investigaram a interrupção precoce do tratamento psicoterápico e apresentam as características sociodemográficas, os aspectos clínicos dos pacientes que abandonam a psicoterapia, as características do tratamento e as práticas institucionais. Os autores trazem também as consequências negativas pessoais, sociais e econômicas deste abandono e suscitam reflexões sobre como prevenir a interrupção precoce da psicoterapia.

A compreensão da eficácia dos atendimentos psicológicos é fundamental para prática da pesquisa e evolução da prática clínica nos mais diversos modelos psicoterápicos e abordagens teóricas. Em uma revisão sistemática dos principais modelos terapêuticos utilizados na prática clínica, cognitivo-comportamental e psicodinâmico, encontraram evidências de resultados positivos e eficácia terapêutica associados a estes modelos.

O abandono se caracteriza diante da interrupção do processo, quando pelo menos uma sessão ocorreu, sem a indicação por parte do terapeuta. A desistência pode chegar a 50% dos casos. O abandono na clínica privada é menor que nos serviços comunitários de saúde mental. e a desistência muitas vezes é seguida de novos encaminhamentos. Nessas situações, identifica-se o agravamento do quadro clínico, a insatisfação profissional e maior gasto econômico.

Os abandonos terapêuticos nos casos de depressão são muito frequentes e os fatores associados a essas interrupções precoces ainda são pouco exploradas. Em uma investigação que incluiu a análise da frequência terapêutica em três grupos distintos de intervenção (um grupo, somente medicação; outro grupo, psicoterapia; e o último, tratamento combinado) mostrou que pacientes em atendimento conjunto, medicamentoso e psicoterápico, tiveram melhor adesão ao tratamento, o que foi interpretado como significando que a aliança terapêutica auxiliava na tolerância aos efeitos colaterais da medicação, favorecendo a continuidade do tratamento.

Destaca-se, no entanto, que o objetivo da psicoterapia não deve ser a adaptação do paciente ao tratamento ou suporte aos efeitos colaterais da medicação. O objetivo da psicoterapia é bem mais amplo e deve promover uma ressignificação dos comportamentos e sentimentos do paciente/trabalhador. O início da psicoterapia se dá em função da demanda que traz em si um desejo, necessidade ou sofrimento por isso, é importante que a análise da demanda seja realizada de forma articulada ao sintoma, à queixa e à necessidade/desejo, dimensões mais visíveis no discurso dos sujeitos.

Os pacientes/clientes que se manifestam são porta vozes de uma situação que deve ser acolhida e discutida, que pode oferecer possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair dos seus impasses repetitivos e, de alguma forma, se resingularizar. Assim, cria-se um dispositivo para mudar a posição subjetiva e, como consequência, surgem novos tipos de relações e relacionamentos entre os acontecimentos.

O papel do psicoterapeuta é ser um promotor dessa cadeia de escuta, possibilitando a humanização do sofrimento diante da desumanização vivida e fazer brotar a oportunidade da construção de o novo sentido que transforme sua realidade suportável, ressignificando o sofrimento, para a partir daí, mobilizar sua potência para confrontar e transformar a organização de vida.

Os participantes não conseguem detalhar os objetivos das psicoterapias às quais foram encaminhados ou submetidos, não demonstram ter informações sobre duração do tratamento, riscos trazidos pela medicação, compreensão dos efeitos colaterais, expectativa de melhoria e cura, prognóstico e possibilidades de recaídas.

Embora os participantes refiram o acesso ao psicólogo, constata-se que não existe o acesso a psicoterapia propriamente dita entando esse espaço de reconstrução. Essa é uma grande oportunidade a ser discutida pelo serviço de assistência. Se o acesso à terapia não se consolida, o desafio que se impõe no espaço de fala-escuta que é o de ajudar o paciente a fazer a passagem para as deliberações, tomada de decisão, transformação, imprimindo na

clínica sua força política e social e sua autonomia, não poderá ser ultrapassado. Não se delibera com base em queixas, sintomas e fantasias e sim sobre a mobilização subjetiva para mudar o destino (Mendes, 2014). Foi isso saltou aos olhos na análise dos dados: a não construção da vinculação junto ao processo terapêutico. O paciente é encaminhado, mas não consegue ocupar seu lugar na psicoterapia.

Para que o tratamento psicoterápico se estabeleça existe a necessidade maior de vínculo e metodologia de trabalho e que acontece na prática é a existência de profissionais que não atuam com uma abordagem metodológica específica para psicoterapia no serviço oferecido pelo SUS. Realizam muito mais um serviço de triagem do que realmente um processo psicoterapêutico.

As variáveis relacionadas à desistência advêm das experiências passadas de rompimento de vínculos significativos vividos pelo próprio paciente. Os estudos apontam que casos com uma história clínica de abandonos importantes ou até mesmo de “sensações de abandono” ou ameaça à integridade, tendem a repetir uma vinculação ansiosa na relação com o terapeuta, dificultando a formação da aliança terapêutica e apresentando maior risco de abandono da terapia.

Em um contexto de relacionamentos interpessoais falhos, o mundo interno das relações objetais é projetado nas relações atuais do paciente. Embora não tenha sido questão das entrevistas semiestruturadas, vários participantes trouxeram experiências de vida em que as relações de confiança, com pessoas que deveriam ser confiáveis, foram abaladas. Como já citado, situações de traição, decepção, humilhação, abuso moral ou sexual levam esses participantes a manterem uma postura de isolamento, insegurança, dificuldade para confiar e construir vínculos.

A construção do vínculo tão necessária para o início do tratamento também pode ser prejudicada pela pouca informação fornecida aos pacientes quanto ao processo terapêutico como um todo. As interrupções logo no início do atendimento indicam que muitos abandonos ocorrem pelo fato de os terapeutas não esclarecerem ao seu paciente como funciona a terapia.

Os achados em relação às consultas, aos processos psicoterápicos ou descrições das sessões de psicoterapia são muito simplistas. Percebe-se claramente a ausência de um projeto terapêutico ou de uma explanação sobre como se dará o processo. Os pacientes sentem-se incomodados diante da sequência de indagações que são realizadas pelos psicoterapeutas nas sessões individuais. O maior ganho apresentado pelos participantes foi ter um espaço para desabafar e chorar. Fica claro também a dificuldade de diferenciar os tipos de

atendimento aos quais são submetidos tais como: triagem, consulta, acompanhamento e sessão de psicoterapia.

“Chorei mais que falei. É bom porque a gente desabafa um pouco” (Oliveira).

No processo de análise, uma reflexão emerge sobre a ausência da psicoterapia de grupo nos relatos dos participantes. Essa não aparece como sendo uma prática existente no serviço em Sobral. Não foi citada em nenhuma das entrevistas. A psicoterapia em grupo poderia ser uma alternativa para tratar alguns aspectos relevantes em relação à qualidade e eficácia do serviço que está sendo oferecido para os usuários com depressão. O primeiro aspecto que a psicoterapia em grupo ajuda a tratar é a questão da demanda. O trabalho psicoterápico em grupo aumenta consideravelmente a capacidade de atendimento do serviço.

Os relatos de prática clínica mostram a viabilidade de grupos terapêuticos com tamanho que varia de quatro a oito participantes conduzidos por dois terapeutas. Ou seja, o tempo que a psicoterapia individual demanda para atender um paciente, o trabalho em grupo oportuniza até oito pessoas. Os programas têm duração de 12 a 20 sessões semanais de uma e meia a 2 horas cada. Além da solução para a demanda crescente, o trabalho em grupo reduz significativamente o custo do processo e eleva a produtividade do serviço, aspectos que não dizem respeito aos pacientes, mas traduzem as preocupações dos gestores e dos profissionais dos serviços de saúde e se configura como solução para a lista de espera em instituições públicas (Hermolin, 2000).

A psicoterapia em grupo também tem a vantagem de não centrar o olhar exclusivamente sobre um único paciente. Os participantes trazem que a sequência permanente de questionamentos sobre o seu sofrimento foi um dos motivos que os levaram ao abandono da psicoterapia. A psicoterapia de grupo permite essa oscilação da atenção e da fala, ora a um paciente, ora a outro e nesse processo, de ouvir e ser ouvido, as ressignificações passam a acontecer de forma mais tranquila para os participantes.

As pessoas deprimidas apresentam dificuldades em suas habilidades sociais o que reforça seus sentimentos de menos valia e percepção de que são fracassadas e sem valor. O baixo reforço, contato e contágio social às mantém na depressão e resistentes a mudança. Na psicoterapia em grupo o terapeuta vai mapeando e questionando as crenças, os significados enraizados e encorajando que os próprios participantes façam o mesmo.

O trabalho em grupo cria um ambiente interessante para o tratamento da depressão porque possibilita visualizar um leque de situações que são funcionalmente similares àquelas que, no cotidiano, mantêm o contexto depressivo pois evocam comportamentos interpessoais, sentimentos problemáticos e comportamentos verbais (crenças e pensamentos), que podem ser trabalhados ao vivo (Oliveira; Vandenberghe, 2010).

Outro aspecto da análise diz respeito à Política Nacional de Humanização ao defender que a humanização seja uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS através do fortalecimento dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (Brasil, 2004). Então, se os atendimentos e vínculos precisam ser garantidos pela rede de assistência, esses pacientes não deveriam ser encaminhados para o serviço – escola. Ao que parece está faltando estrutura e um fluxo de atendimento que seja capaz de dar conta da demanda crescente e ofereça alternativas para evitar o abandono precoce do processo psicoterápico.

Outro destaque se dá ao fato dos participantes não relatam que primeiro tenham sido encaminhados aos outros serviços e, por não conseguir, foram encaminhados ao serviço-escola. A impressão transmitida é de que o serviço-escola está sendo tratado como primeira opção para muitos casos de depressão.

A situação da clínica que envolvem terapeutas ainda em formação é algo bastante complexo. Tal é o caso das instituições formadoras que oferecem ensino e treinamento de alunos. Levando em consideração tanto o aspecto pedagógico destas instituições como a responsabilidade de prover um atendimento de qualidade à comunidade, os abandonos psicoterápicos servem como um alerta que pode apontar caminhos para a eficácia das psicoterapias, do ensino, da pesquisa, da formação e do tratamento em si.

Prevenir o abandono é fazer valer a importância da psicoterapia para que provoque a ressignificação dos vividos psíquicos da pessoa que sofre. Diversos entrevistados foram encaminhados ao serviço de algum psicólogo, seja em postos de saúde, CAPS ou nos serviços oferecidos pelo curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Os participantes parecem compreender por que o encaminhamento foi realizado e não fazem referência à dificuldade de acesso ou demora no agendamento.

Percebe-se na análise dos dados que os participantes abandonaram a psicoterapia mesmo demonstrando nas entrevistas terem necessidade de falar sobre sua situação. Parece existir uma fala que esses trabalhadores desejam produzir, mas ainda não conseguiram se posicionar num espaço psicoterapêutico que lhes pareça seguro, acolhedor e estimulante.

Quanto à eficácia terapêutica, a questão do abandono precoce dos tratamentos se constitui como um importante problema de saúde que requer uma atenção específica, no sentido do preparo profissional e do planejamento dos serviços de saúde em relação ao desenvolvimento de intervenções voltadas para os grupos vulneráveis. O custo emocional, econômico e social de abandonos terapêuticos na área da saúde mental é alto e pode ser reduzido, se forem promovidas ações nos serviços de acolhimento do paciente. Também, no treinamento profissional, é importante que o psicoterapeuta esteja a par das características dos processos terapêuticos associados ao maior abandono, a fim de que o desenvolvimento da aliança terapêutica leve em conta as especificidades de cada caso.

Segundo Melo e Guimarães (2005), são necessárias ações que possam auxiliar a redução desta alta incidência de abandono de tratamento por meio de abordagem e ações especiais, implementadas enquanto políticas públicas. Neste sentido, Bueno e colaboradores (2001) mencionam algumas intervenções dirigidas à prevenção do abandono precoce e igualmente a esforços de regresso de pacientes faltosos.

Estas medidas incluem o estabelecimento de contato com pacientes e familiares, quando do não comparecimento às consultas; o preparo do paciente para o trabalho terapêutico, incluindo informações sobre seu estado emocional e das características do processo terapêutico; intervenções e sessões específicas identificando as crenças do paciente e distorções sobre o processo; intervenções dirigidas aos próprios terapeutas procurando melhorar a técnica de trabalho. Finalmente, os autores destacam a necessidade de integração dos serviços, nos casos de encaminhamentos para outras especialidades.

Os achados trouxeram um fato que não havia sido cogitado em projeto: como o período de apresentação dos atestados por depressão definido na pesquisa foi de 2014 a 2015 e já se passaram quase dois anos, foi prevista a possibilidade de entrevistar participantes plenamente recuperados, que pudessem falar de seu tratamento do começo ao fim e inclusive descrever como se sentem após a “alta médica”.

Todavia o que se constata entre os participantes é que nem sempre que o trabalhador retorna de um atestado ou afastamento do trabalho significa que ele teve alta ou está curado. Ao contrário, o que a análise dos dados aponta é que os trabalhadores, mesmo medicados, percebem-se adoecidos, fragilizados e carentes de cuidado e perspectiva. O sofrimento ainda é acentuado e de certa forma percebe-se uma frustração pois quando se tem um sintoma e ainda não foi buscado o auxílio, existe uma expectativa de que quando a ajuda vier, o quadro vai melhorar. O desalento acontece quando, o tratamento começa e, anos depois, o quadro continua a incomodar e debilitar a qualidade de vida das pessoas.

A alta no serviço de saúde normalmente se dá por cura, óbito, abandono, fuga ou encaminhamento para exames e outros serviços. Como já discutido anteriormente, muitos participantes estão se perdendo nesse processo de abandono, fuga ou encaminhamentos que não são capazes de assegurar o vínculo necessário para que o tratamento seja concluído a contento. Alguns participantes recebem alta do psiquiatra, mas continuam com acompanhamento com outros profissionais de saúde e fazendo uso permanente de medicação.

“Eu dependo do remédio. Se paro eu tenho medo de voltar pior que o que estava” (Girassol).

Esse é o único caso em que o participante relata estar adaptado aos medicamentos. Em todos os demais casos os participantes vivem o conflito entre a necessidade do medicamento e os efeitos colaterais. Um dilema que anuncia a necessidade de se fazer algo mais por essas pessoas. Existem terapias complementares a serem recomendadas que podem auxiliar no processo de recuperação e fortalecimento, como será citado mais adiante.

Os trabalhadores estão pagando um preço elevado para manterem-se ativos e produtivos. Estão indo trabalhar mesmo com sintomatologia grave e parece que não há muito o que fazer. É como se esperassem por uma intervenção sobrenatural que pudesse resolver os seus problemas. Parecem não acreditar que seu problema tem solução. Talvez por essa razão solicitem a implantação do serviço de psicologia na empresa, por suporem que na empresa algo de mais efetivo possa acontecer.

As pesquisas em torno de terapias complementares apresentam diversas alternativas para auxiliar no tratamento da depressão. Artigos falam sobre os benefícios as IER e da prática de atividades físicas, por exemplo. Apenas dois participantes fizeram referência à exercícios físicos.

“Ela perguntou se eu fazia atividade física porque eu fazia academia e parei. [...] Eu não sinto vontade de fazer mais nada. Minha vontade é só de ficar em casa deitada. A impressão que eu tenho é de que meu corpo está tão fraco que se eu for fazer atividade física eu vou é desmaiar” (Oliveira).

“Eu não deixo a depressão me abater. Eu sempre procuro ir para a academia. Eu procuro alguma coisa para me distrair. Eu tenho a academia, o meu filho de 6 anos [...] A coisa que eu mais gosto é de ir para a Academia” (Cipreste).

4.2.3 Significado do tratamento

Tudo isso posto sobre o reconhecimento e tratamento da depressão, caminhou-se para a análise do significado do tratamento para os trabalhadores e foi possível perceber o valor atribuído a ele como um meio de resgate da vida que foi perdida ou está em suspenso, a retomada do bem-estar e das capacidades bloqueadas. O tratamento significa recomeço, ressignificação e valorização da vida, solução, ajuda, cuidado, saída, socorro, solução. Destacam-se muitos significantes positivos atribuídos ao tratamento, expectativa e esperança depositada são referendadas na maioria dos participantes.

A contrapartida negativa aparece nos casos de maior comprometimento e desesperança nos quais o tratamento aparece como sofrimento, nostalgia, desejo de voltar no tempo e não de ir adiante e até mesmo como algo que não tem nenhum sentido.

É importante alertar que ao disponibilizar um serviço dessa natureza (tratamento para depressão), a promessa que está sendo realizada é muito preciosa para a existência dessas pessoas. Não cumprir essa promessa ou pelo menos não tentar cumpri-la com o máximo de esmero e fidelidade é de uma gravidade sobrenatural, é um desserviço que se presta e, porque não dizer, um atentado contra a existência humana.

Em relação ao apanhado geral e significativo que os participantes trazem do seu processo todo de adoecimento e tratamentos foram coletados os seguintes fragmentos:

“Eu queria que isso nunca tivesse acontecido. Nunca imaginei de ter surtos. Foram dois anos de depressão. Já tinha pouco contato com as pessoas, me isolei mais ainda. Tudo isso são consequências que nunca vão sumir. Voltei a me relacionar, tive um filho. Meu novo companheiro me apoia e meu filho tem saúde. Hoje me sinto saudável, mesmo as vezes ficando triste quando lembro de tudo isso” (Flor).

“Tudo isso que eu vivi serviu para eu dar mais valor a minha família, às pessoas que eu amo. (Choro ao falar da família). Neste momento difícil senti que minha família realmente estava do meu lado. Senti que não estou sozinha. Minha filha sofreu com o que aconteceu comigo” (Rosa)

“Melhorou bastante. Antes eu tinha uma irritação muito grande. Impaciência. O que me incomodava era a dor de cabeça sempre do lado esquerdo” (Girassol).

Tendo o tratamento tamanho significado para os trabalhadores com depressão, foram questionados também os significados do trabalho para os trabalhadores diagnosticados com depressão e os aspectos em que a empresa poderia ajudar a preveni-la e, além dos aspectos já citados anteriormente, os participantes fizeram referência ao cuidado e ao serviço de saúde que é oferecido pela empresa.

4.3 Significado do trabalho

A relevância da interface existente entre a vida psíquica e o mundo do trabalho é tamanha que existe um campo específico de estudo denominado Saúde Mental Relacionada ao Trabalho que considera o trabalho como uma:

dimensão essencial e caracterizadora dos seres humanos, construtora de identidade e autoconfiança, de vínculos interpessoais e de pertencimento social, além de ter papel decisivo no desenvolvimento dos potenciais humanos e na prevenção e incremento da vitalidade – portanto, da própria saúde. Mas sempre que ocorra o impedimento de que o trabalho assuma todos esses significados e principalmente se este impedimento perdurar, a saúde mental estará ameaçada (Seligmann-Silva, 2013).

Dentre essas ameaças à saúde mental, a depressão desponta como uma daquelas que maiores impactos trazem às dimensões sociais e econômicas mas o que nos traz esperança é saber que e exigem alternativas de prevenção e tratamento que podem ser oferecidas tanto por parte das políticas públicas quanto das políticas organizacionais.

As Políticas Públicas têm o papel de nortear práticas e serviços e garantir a saúde, segurança e qualidade de vida dos trabalhadores como a PNSST e as das empresas sérias, éticas e socialmente responsáveis, o papel de estruturar sua Organização do Trabalho (OT), tomando decisões empresariais pautadas na imagem idealizada de sua cultura e valores, unindo esforços para o bem comum. Para isso é fundamental compreender as diversas dimensões que que o trabalho ocupa na vida do trabalhador com depressão. Em capítulo anterior foi apresentada as diversas possibilidades de enfrentamento da depressão e o trabalho integra essas facetas de enfrentamento.

4.3.1 Trabalho como fuga

O reconhecimento da gravidade da depressão pode causar ainda mais sofrimento no trabalhador e, muitas vezes, o que o deprimido quer é fugir de sua dor. O trabalho pode ser então uma válvula de escape. A depender de diversos fatores, para alguns participantes o trabalho, por exemplo, ajuda na melhora dos sintomas:

“O trabalho era o único local onde eu sentia que nada estava errado. A Grendene é o meu passatempo. Eu ocupo minha cabeça e tenho mais contato com as pessoas. [...]Me sentia melhor na Grendene porque me ocupava mais” (Flor).

“O trabalho me ajuda (sorri). Aqui eu me sinto em casa. Me sinto melhor aqui do que em casa. As pessoas me aceitam aqui no trabalho. Não consigo ficar em casa. Tenho que estar andando ou ocupado para não ficar pensando besteira” (Dalia).

Quando essa oportunidade de construção ou manutenção de um relacionamento de qualidade, onde seja possível falar sobre o que se passa, não se estabelece, ocorre uma

degradação nos relacionamentos que, a depender do seu grau, faz com que se instaure uma violência no ambiente de trabalho que culmina, segundo Seligmann-Silva (2013), em conflitos, ofensas, humilhações e desrespeito que ferem a dignidade e geram ressentimentos.

Essa parece ser a percepção de um dos participantes em relação a seu gestor:

“O meu relacionamento com ele sumiu. Tanto ele não falava comigo porque ele soube o que aconteceu, quanto eu tinha raiva dele. Eu mudei o meu jeito com todos. Já não era a mesma pessoa. A relação ficou tão insustentável que a solução foi me transferir para outra fábrica” (Rosa).

Ainda em relação a essa questão do trabalho como fuga, da qualidade dos relacionamentos e tratamento oferecido aos trabalhadores, chama à atenção a convergência das sugestões dos trabalhadores quando questionados sobre o que a empresa pode fazer para contribuir com a prevenção e a recuperação da depressão em seus trabalhadores.

A primeira sugestão refere-se à questão da postura e tratamento oferecido aos trabalhadores. Os trechos que justificam esse primeiro tópico são:

“Importante trabalhar o controle emocional com os líderes da fábrica. Melhorar a forma como eles tratam seus subordinados. Tratar o outro como quero que me tratem. Olhar que somos pessoas com sentimentos e podemos nos magoar” (Rosa).

“Tratar melhor as pessoas: líder, supervisor, colegas, todos” (Lilás)

“Aí ele riu e olhou para mim com a cara de deboche e achou graça. Acho que ele pensou que eu estava mentindo. Eles acham que a gente mente para não ser transferido” (Oliveira).

“Às vezes eu acho que a maneira de tratar tem que melhorar[...] Já vi algumas pessoas na esteira sendo mal tratadas, inclusive chorando e já vi pegarem depressão pela maneira como são tratadas. Eu evito, sempre procuro fazer tudo certo para não acontecer comigo [...]Uma vez eu estava numa crise e o líder da esteira, ele [...] eu não estava deixando descer o material aí ele vinha e dizia: Tinha que ser tu, né Loura. Aí eu fiquei calada. Aí na segunda vez: Ave Maria, tinha que ser a Loura! Aí na terceira vez eu não aguentei, chorei e chamei o Supervisor. Depois ele (o líder) veio dizer que era brincadeira e pediu desculpas mas ele falou tão sério que eu chorei. Eu pedi para sair da esteira dele para não ter que brigar com ele. Nosso santo não bate” (Cipreste).

A relação com meus colegas é boa. O pessoal fica animado comigo no setor. Quando eu não venho todo mundo sente falta. A festa é grande. O pessoal se dá bem comigo. Todo mundo já está acostumado com a loucura também (Girassol).

4.3.2 Trabalho como um fardo

Na contrapartida, nesse contexto do trabalhador adoecido, o trabalho pode ser percebido como um peso a mais que o trabalhador precisa enfrentar. Não bastasse todos os seus sentimentos e conflitos internos, diversos fatores das relações laborais podem gerar ou intensificar sintomas nos trabalhadores. Entre esses fatores um aspecto de relevância diz respeito à qualidade dos relacionamentos estabelecidos entre os trabalhadores entre si e entre

estes e as pessoas que assumem funções de liderança principalmente. A forma como são tratados compõem ou acentua o quadro propício ao adoecimento.

O exemplo de um participante foi pinçado ao fazer uma associação direta entre o seu problema de depressão, o tratamento recebido de seu gestor e o lugar social que passou a representar a partir do contexto e avaliação que esse gestor lhe proporcionou:

“Antes de tudo eu preciso falar sobre o que aconteceu. Eu tenho mais de dez anos de empresa e por muito tempo sempre consegui alcançar as expectativas do meu setor e sempre fui reconhecida por isso. Com o tempo as atividades aumentaram muito e comecei a ficar sobrecarregada. Eu era a única auxiliar administrativa do setor. O meu supervisor começou a cobrar muito e eu não conseguia mais corresponder, pois estava sobrecarregada. Até que um dia em um momento de estresse ele me chamou de incompetente. Para mim foi a gota d’água. Eu me sentia uma boa funcionária, de repente, virei incompetente” (Rosa).

Nota-se que a sobrecarga de trabalho antecedeu ao desgaste do relacionamento. Portanto, é imprescindível lembrar que a fadiga pode estar no nascedouro de um problema mental relacionado ao trabalho. O conceito de fadiga será abordado mais adiante. Por ora,

“tomemos o caso de um trabalhador que realiza uma atividade que exija grande concentração de atenção e que deve ser executada em ritmo muito intenso. Existem metas de produção diária que o trabalhador precisa atender para fazer jus à remuneração. Este trabalhador está sob controle direto e permanente de um supervisor. A qualidade do relacionamento humano entre ambos assume importância crucial para o trabalhador, que sabe estar sob avaliação permanente” (Seligmann-Silva, 2013).

Quando essa oportunidade de construção ou manutenção de um relacionamento de qualidade, onde seja possível falar sobre o que se passa, não se estabelece, ocorre uma degradação nos relacionamentos que, a depender do seu grau, faz com que se instaure uma violência no ambiente de trabalho que culmina, segundo Seligmann-Silva (2013), em conflitos, ofensas, humilhações e desrespeito que ferem a dignidade e geram ressentimento.

“O meu relacionamento com ele sumiu. Tanto ele não falava comigo porque ele soube do que aconteceu, quanto eu tinha raiva dele. Eu mudei o meu jeito com todos. Já não era a mesma pessoa. A relação ficou tão insustentável que a solução foi me transferir para outra fábrica” (Rosa).

Ainda em relação a essa questão do trabalho como fardo, da qualidade dos relacionamentos e tratamento oferecido aos trabalhadores, chama a atenção a convergência das sugestões dos trabalhadores quando questionados sobre o que a empresa pode fazer para contribuir com a prevenção e a recuperação da depressão em seus trabalhadores.

A primeira sugestão refere-se à questão da postura e tratamento oferecido pelos líderes aos trabalhadores. Os trechos que justificam este primeiro tópico são:

“Importante trabalhar o controle emocional com os gestores da fábrica. Melhorar a forma como eles tratam seus subordinados. Tratar o outro como eu quero que me tratem. Olhar que somos pessoas com sentimentos e que podemos nos magoar” (Rosa).

“Tratar melhor as pessoas: líder, supervisor, colegas, todos” (Lilás).

“Aí ele riu e olhou para mim com uma cara de deboche e achou graça. Acho que ele pensou que eu estava mentindo. Eles acham que a gente mente para não ser transferido” (Oliveira).

“Às vezes eu acho que a maneira de tratar tem que melhorar... já vi algumas pessoas na esteira sendo mal tratadas, inclusive chorando e já vi pegarem depressão pela maneira com que são tratadas pelos analistas e supervisores. Eu evito, sempre procuro fazer tudo certo para não acontecer comigo. Acho que devem melhorar a questão do relacionamento com as pessoas, entre supervisores, analistas e colegas. [...] Uma vez eu estava numa crise e o líder da esteira, ele... Eu não estava deixando descer o material aí ele vinha e dizia: Tinha que ser tu, né Loura. Aí eu fiquei calada. Aí na segunda vez: ave maria, tinha que ser a loura! Ai, na terceira vez eu não aguentei, chorei e chamei o Supervisor. Depois ele veio (o líder) dizer que era brincadeira e pediu desculpa, mas ele falou tão sério que eu chorei. Eu pedi para sair da esteira deste líder que eu não quero mais ficar lá porque ia acabar brigando com ele. Nosso santo não bate. Eu disse para ele que eu já estava em crise, me sentindo uma inútil, sentindo que nada que eu faço presta aí, tu ainda vem falar comigo desta maneira. Porque tu não me deixa aqui, calada ou vem procurar saber o que está acontecendo? Não! As pessoas não querem saber o que você está passando. Aí eu chorei neste dia. Pode ser uma besteira para quem está bem, mas para uma pessoa que está com problema, às vezes uma palavra que você fala, muda muita coisa, bagunça muito. Aí você acha que não é capaz só daquilo ali não, você acha que não é capaz de fazer mais nada. É o meu ponto de vista” (Cipreste).

No primeiro relato apresenta-se uma situação em que o trabalhador não consegue expor suas percepções. Ficou subtendido que ele não foi compreendido e acolhido pelo gestor que foi interpretado como quem estava desvalorizando o posicionamento do trabalhador. Já no segundo relato, apesar da sua fragilidade emocional o participante demonstrou repertório de enfrentamento adequado à situação. Suportou os comentários inadequados por três vezes, chegou a demonstrar suas emoções e fragilidades através do choro, mas tomou uma decisão e sugeriu alternativas para minimizar e evitar problema futuros: solicitou a troca de lugar. É fundamental a manutenção desses espaços de expressão para o equilíbrio e reestabelecimento dos trabalhadores.

Segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho:

Os riscos psicossociais são percepções subjetivas que o trabalhador tem da organização do trabalho. E podemos identificá-los a partir de dados empíricos e de sua respectiva análise, o que nos revela a possibilidade de ampliação dos danos à saúde de quem trabalha, atingindo a área psíquica, moral e o intelecto entre outros aspectos (Barreto; Heloani, 2013).

Vê-se que contidos na ideia de riscos psicossociais os autores consideram os estressores emocionais, interpessoais e aqueles relacionados à organização do trabalho. Como

variáveis importantes, no que se relaciona aos estressores trazem: competitividade, a falta de reconhecimento, a insegurança, o medo de não saber e de ser ridicularizado, as novas exigências associadas à falta de autonomia, a ausência de diálogo respeitoso e transparente, a avaliação individual e a conseqüente geração de conflitos.

O que esse trabalho traz como objetivo é justamente capturar as percepções subjetivas dos trabalhadores sobre depressão e o cuidado que recebem, tanto por parte do serviço público de saúde quanto em relação às condições de cuidado e organização do trabalho disponibilizado pela empresa na qual atuam. Não seria possível deixar faltar um espaço específico para que falassem sobre as proposições de melhoria para o contexto dos trabalhadores com depressão.

Quanto às relações interpessoais, foi destacada pelos trabalhadores a postura inadequada da liderança que exerce poder de forma similar à descrita por Barreto e Heloani (2013): centralizadora, associada a vigilância exacerbada, como manifestação do controle disciplinar. O predomínio de atividades em que a criatividade, a participação e engajamento não é incentivada, revela-se restritivo, resultando na subutilização da capacidade criativa dos trabalhadores e, conseqüentemente, num possível aumento de seu desânimo e desmotivação.

A forma como os trabalhadores descrevem o tratamento entre as pessoas reflete a cultura e os valores de uma organização. Sabe-se que existe um hiato entre os valores declarados e aqueles que as pessoas realmente sentem refletir no dia a dia. Um dos valores declarados pela empresa Grendene é o valor ética, traduzido no conceito de “integridade, respeito e transparência - pensar, falar e agir”.

Pela análise das sugestões apontadas esse é um valor que precisaria ser desenvolvido. Um valor se consolida na medida em que é praticado e reconhecido como destaque no comportamento da liderança e se é justamente a liderança que está sendo percebida como desrespeitosa no tratamento dos trabalhadores, a identificação de ações de mudança de comportamento para evoluir neste quesito é importante. Isso traria benefícios para a comunidade Grendene como um todo, e não apenas para os trabalhadores acometidos de depressão.

A OIT (2002) defende que devem ser pensadas ações de intervenção imediata tanto nos valores e crenças básicos que constituem a cultura organizacional quanto na forma de organizar o trabalho. As organizações devem focar na causa e não nos efeitos dos comportamentos da liderança.

Uma das conseqüências de melhorar o comportamento da liderança é o aumento do engajamento dos trabalhadores. Quando esses são tratados com mais valorização e

respeito, entendem também a importância do que realizam, o sentimento de propósito e causa aumenta. Trabalhar porque precisa, porque tem um filho para criar é uma motivação básica que não enobrece o sentido de uma existência. Esse é um dos motivos pelos quais muitos trabalhadores, diante das suas frustrações pessoais e do empobrecimento de significado que suas atividades e relações proporcionam, sentem um vazio que pode aumentar seu sofrimento e culminar em quadros depressivos.

“A minha vontade é de não trabalhar mais. Sinto a vida assim sem ter sentido. (silêncio). Não tenho mais assim muito sentido de vida”. (Oliveira).

“Perdi o ânimo com as atividades do trabalho” (Rosa).

“Dedico minha vida agora ao meu filho” (Flor).

Durante a análise dos dados, buscou-se investigar as correlações percebidas pelos participantes entre a depressão e o trabalho realizado. Nos relatos algumas relações entre trabalho e depressão aparecem.

“Nesta época eu estava serigrafando. Daqui a pouco aparecia gente falando comigo! E não existia. Quando chegava o preparador na época estava na fábrica sete perguntava: você estava conversando com quem? Eu respondia: - Tinha um rapaz aqui do lado. Ele dizia: - oh mulher, não tem ninguém aqui não. Eu dizia para ele: - olha, estou sentindo muita enxaqueca, eu tô com tontura, chego em casa a passar três dias sem dormir e vinha trabalhar normalmente e a dor de cabeça foi aumentando...no começo eu sentia dor de cabeça pouquinho, gradativamente. Com sete anos de trabalho foi que a coisa foi agravando” (Girassol).

“Entre na embalagem quando eu fui mudando de setor já foi virando o meu juízo. Já não fui me adaptando. Depois da embalagem eu fui para a serigrafia. Lá foi que começou tudo: na F07. Aí tive que me afastar. O primeiro afastamento que coloquei foi lá” (Oliveira).

Em dois dos relatos um mesmo setor de trabalho despontou como sendo o espaço onde perceberam o surgimento ou agravamento dos sintomas. O setor é chamado de serigrafia e caracteriza-se por um processo produtivo em que os trabalhadores usam telas de pintura, tintas e solventes para realizar o processo de pintura em solas ou componentes para calçados. O trabalhador alimenta a tela com tinta, garantindo a quantidade e viscosidade adequada da mesma e, na sequência, deve espalhá-la sobre a tela realizando com seus braços a pressão adequada para que a grafia seja serigrafada dentro dos requisitos de qualidade especificados, sem falhas, machas ou borrões.

O trabalho é realizado com uma espécie de rodo que recebe uma pressão por parte dos braços do trabalhador, que o arrasta na superfície da tela. As telas têm uma dimensão de aproximadamente cinquenta centímetros. Esses movimentos são realizados diversas vezes por hora, conforme o padrão de produtividade estabelecido para cada modelo a

ser produzido. Aparentemente o trabalho não é tão complexo, mas esse contexto sendo realizados várias vezes ao dia, por um período maior parece prejudicar as pessoas que já tem alguma predisposição.

Uma das participantes foi atendida pelo clínico geral da empresa, encaminhada para o CEM e depois para o CAPS. Quando seu diagnóstico foi concluído, após seis meses, foi transferida de setor. Diz que entende a política da empresa, mas ficou seis meses aguardando o diagnóstico num setor que fazia com que ela se sentisse pior, antes que a transferência fosse definida. A participante relata que o seu problema não tem relação com a serigrafia, mesmo sendo transferida após o diagnóstico.

“Não tem ligação com a serigrafia. Eu acho que tem um agravante que foi a serigrafia. Quando você tem um problema que está ali guardadinho, tem sempre uma coisa que vai agravar. O médico não viu nenhuma relação com a serigrafia, mas eu chego na serigrafia e não consigo. Eu chego lá dá náusea, tontura” (Girassol).

Seligmann-Silva (2013) relata que a constituição de uma fragilização gradual da capacidade de enfrentamento das agressões ao psiquismo pode ocorrer em associação direta ao que é vivenciado no trabalho, muitas vezes ao longo de vários anos durante os quais o desgaste se agrava de modo progressivo. As patologias não afetam necessariamente as pessoas mais frágeis ou predispostas, elas podem atingir pessoas exigentes em relação à qualidade do próprio trabalho e ao contexto em que estão inseridas.

Outra participante também trouxe uma expressão da percepção da depressão e o trabalho na serigrafia.

“Eu comecei a perceber que não estava legal há bastante tempo. Eu já estava com dois anos de Grendene. Aí comecei a perceber que quando vinha trabalhar, já vinha chorando. [...] No ônibus de Uruoca até aqui eu já vinha sentindo, como se fosse um fardo muito grande, mas eu tinha que vir por que eu tenho uma filha, preciso também. Eu preciso. Eu tenho que trabalhar. O fardo é... sei lá” (Oliveira).

Como o setor de serigrafia foi citado, seria oportuno fazer um estudo para verificar o estado de saúde dos trabalhadores que trabalham neste setor. As duas participantes que dizem ter percebido o agravamento dos sintomas de depressão no período em que estavam na serigrafia também fazem referências a dores:

“Às vezes eu acordava com a mão dormente quando eu ainda estava na serigrafia. Chegava ao trabalho e tomava um monte de analgésico” (Girassol).

Essas dores podem estar relacionadas também a problemas osteomusculares causados por movimentos repetitivos. A literatura reconhece existir relação entre esta condição de trabalho de esforço repetitivo e depressão. As dores acarretam perdas de

habilidades que podem ser acompanhadas de quadros depressivos que podem estar mascarados.

Um dos participantes também refere uma dor no braço. Quando detalhava o preço de todas as medicações que faz uso e para que elas servem disse assim:

“O do braço custa noventa reais. Chama traumeel. Sinto dor no braço direito. Comecei a sentir lá na fábrica sete (serigrafia) mas eu fiquei com medo de falar para não ser acompanhada. Agora tive que falar porque não aguentava mais. O Dr. mandou eu tomar dez dias e melhorou. Um remédio caro desse, tinha que melhorar” (Oliveira).

Em síntese, Seligmann-Silva (2013) fala que a fadiga física, o desconforto, a tensão muscular e a dor são igualmente inseparáveis da dinâmica que vincula inteligência e sentimentos: uma dinâmica que pode levar à desestabilização psíquica. A autora reconhece a relação entre dores crônicas e desgaste mental e diz que ocorre em muitos casos de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Mesmo tendo aspectos tangíveis das condições de trabalho que se alteram de um setor para outro, parece que o não é só o tipo de serviço que importa. A fala de um dos participantes traz algo que remete às mudanças nos relacionamentos e na forma como são tratados pelos gestores.

Freud apresenta três possibilidades ameaçadoras para o sofrimento: 1. aquelas advindas do próprio corpo; 2. as decorrentes do mundo externo e 3. as geradas a partir das relações com outros seres humanos (família, Estado e sociedade em geral).

Os relacionamentos são balizadores importantes para a existência e os sofrimentos por eles gerados apresentam as formas mais dolorosas de sofrer. O retraimento, a solidão e o afastamento do mundo são estratégias de defesa comum à pessoa com depressão. Portanto, como os próprios participantes sugerem, criar alternativas para que não se sintam sozinhos, desamparados, diferentes/ estranhos ou mal compreendidos, ajuda-os a enfrentar o contexto da depressão com mais fortaleza.

O trabalhador espera ter com os seus gestores (coordenadores, supervisores e líderes) a mesma relação de aceitação e acolhida que é recomendada por Merhy e tantos outros autores para um contexto terapêutico. Ele espera um gestor que tenha a sensibilidade de compreender a dor que ele traz no corpo todo e em todo o seu ser. O simples fato de saber que o outro se interessa minimamente por entender o que se passa com ele, já ajudaria.

Da mesma forma que alguns participantes citaram aspectos do trabalho como agravantes ou desencadeadores do seu adoecimento, a análise identifica participantes que referem o trabalho como espaço de alívio dos sintomas, como nas falas descritas a seguir:

“Lá eu criei novos vínculos e me sinto mais à vontade” (Rosa).

Diante do exposto e por saber da existência de toda uma proposta de cuidado e assistência prevista pelos textos norteadores do SUS, do MS, da PNSST, da RENAST e CEREST não se vê reflexos consistentes dessas propostas na realidade dos trabalhadores da indústria calçadista de Sobral. O que se descreve nas políticas não está evidente que traduz a prática. Tanto os profissionais de saúde como os trabalhadores desconhecem os direitos que lhes são assegurados e os deveres que lhes cabe enquanto atores ativos do processo de manutenção da saúde e do bem-estar.

Além da vergonha, medo e isolamento que a depressão por ela mesma já traz, nos trabalhadores sobrevive uma percepção de impotência sobre como reverter a situação. Não trazem nenhuma referência de consciência dos seus direitos ou seguridade social e ainda vivem, como todos os demais trabalhadores do país, duplamente amedrontados pelo medo do desemprego produzido pelo contexto econômico e o medo de perder o emprego em função de sua incapacidade plena para o trabalho. Percebe-se que muitos dos participantes estão trabalhando sem terem as condições psicológicas adequadas, podendo até pôr em risco a sua integridade física e a de seus colegas.

A empresa parece não ter conhecimento da gravidade dos casos investigados. De modo geral, os trabalhadores não têm o espaço para apresentar profundamente os seus problemas para a empresa já que os serviços de saúde oferecidos por ela são de alcance ambulatorial de baixa complexidade, acrescidos dos serviços de saúde ocupacional. Parece não existir o controle da evolução da complexidade dos casos. Assim como no SUS, na empresa também existe um encaminhamento de referência, mas não há a contrarreferência.

Como pesquisadora o que consegui capturar é que esses trabalhadores estão vivendo sem nenhuma perspectiva, seguindo um percurso de tratamento inconsistente e cheio de altos e baixos. Quando pensam que a medicação vai ajudar, é justamente ela que lhes traz efeitos colaterais, quando estão fazendo vínculo com um profissional, eles vão embora, quando abrem seu problema para os supervisores eles desconfiam de que estejam falando a verdade. Quando estão se adaptando a um determinado setor, são transferidos e precisam começar novamente todo um processo de adaptação. Quando não estão conseguindo trabalhar usam o seu direito de se tratar em casa e enchem-se de medo de serem demitidos. À medida que cresce o seu sofrimento, cresce a vergonha de assumir tudo que estão passando. No exercício da empatia conclui que esses trabalhadores merecem ter uma política de cuidado própria da empresa pois não dá para contar apenas com o que está sendo oferecido pela esfera

pública. Com o mínimo de investimento e algumas alterações no modelo de gestão, a Grendene conseguiria prestar uma grande assistência a esses trabalhadores acometidos de depressão.

Confirmando os conceitos da psicodinâmica do trabalho que diz que o trabalho nunca é neutro na vida do trabalhador: ou ele é promotor de saúde ou fator de adoecimento. Alguns relatos colhidos posicionam o trabalho como fator de estabilização.

“Então ele (médico) disse: - quando vc se afasta fica isolado ali, é pior. No meu caso que era um surto de alucinação eu não posso ficar só porque qualquer barulho já vai gerando uma coisa maior, maior aí já vou imaginar uma coisa que não existe, vou me machucar, posso machucar alguém, eventualmente termina num suicídio” (Girassol).

“Depois que tudo isso aconteceu (o supervisor a chamou de incompetente), perdi completamente o ânimo com as atividades e com o trabalho” (Rosa).

O fato de a empresa ter um volume grande de trabalhadores dos mais diversos grupos sociais aumenta o acolhimento para a diversidade. Um dos participantes é homossexual assumido, mas não se sente à vontade com sua condição. Sofre preconceitos por parte dos familiares que dizem que não gostam dele e que seu filho também terá o mesmo destino do pai.

“Tenho familiares que não gostam de mim [...] eles ficam dizendo que meu filho vai ser veado que nem o pai. Chamam meu filho de Brunete e ele chora” (Dalia).

Na empresa sua condição não é alvo de críticas dirigidas a ele. Ele é reconhecido pelo trabalho que realiza. As falas confirmam os conceitos de reconhecimento e valorização apresentados por Dejours em seus textos sobre psicodinâmica do trabalho.

“Não consigo ficar em casa. Tenho que estar em movimento para não ficar pensando besteira. O trabalho me ajuda demais (fala e sorri abertamente). Aqui em me sinto em casa. Me sinto melhor aqui que em minha própria casa. As pessoas me aceitam aqui no trabalho” (Dalia).

Um aspecto de melhoria apresentado pelos trabalhadores está relacionado à organização do trabalho e à prática das transferências. Parece decorrer um longo tempo entre as primeiras queixas de um trabalhador e a ação efetiva de aliviar os agentes estressores. O tratamento da depressão ocorre com mais frequência através de farmacoterapia, psicoterapia e redução do número e severidade dos estressores na vida do paciente.

Se um quadro de depressão seguido de alucinações graves parece estar associado a um determinado agravamento gerado por um processo produtivo, a empresa poderia ser ágil em realizar a transferência para um processo mais amigável ao trabalhador, enquanto aguarda a conclusão do diagnóstico.

“Nessa época eu estava na serigrafia. Só saí de lá quando o médico me diagnosticou. Eu esperei. É política da empresa. Eu achei que o diagnóstico demorou. Foram uns seis meses para fazer um monte de exame. O diagnóstico foi de alucinação. Não sei o termo científico para dar nome a isso, não para esse tipo de transtorno” (Girassol).

Manter o trabalhador por seis meses numa condição de espera desnecessária submete a organização e o trabalhador a riscos evitáveis e pode colaborar com o agravamento da situação, adiando o processo de recuperação.

Outro aspecto apontado em relação à organização do trabalho foi a questão do cuidado com a transferência das grávidas.

“Mesmo fazendo o pré-natal e tendo grupo de gestantes na empresa, eu me sentia um lixo quando era jogada de uma fábrica para a outra e quando os supervisores olhavam para a barriga da gente mandavam voltar” (Flor).

Se a trabalhadora está com um curso gestacional dentro dos padrões, ao ser transferida, deveria ser acolhida no novo setor normalmente como qualquer outro trabalhador e indicada para uma atividade compatível com as suas possibilidades. Caso a gestação apresente algum risco ou cuidado especial, essa trabalhadora não deveria ser transferida.

Um dos participantes recomendou que a fábrica fizesse um melhor acompanhamento das gestantes, pois se uma gestante não está apta para ser transferida, não deveria passar pelo constrangimento de ser “devolvida” ao setor de origem e se está apta à transferência, ao supervisor não deveria ser permitido a “devolução”.

“A Grendene precisa ter um melhor acompanhamento com as grávidas” (Flor).

As pessoas se sentem como uma mercadoria que circula para lá e para cá sem que possam opinar sobre o processo. Para quem já está com a estima e hormônios alterados, passar por esse processo de rejeição é prejudicial e poderia ser amenizado.

O que se percebe também é um desconhecimento dos líderes em geral diante dos impactos que podem causar da estima, no clima das equipes e na produtividade dos trabalhadores. Se houvesse uma recomendação mais consistente em relação ao estilo de liderança e dos comportamentos aceitáveis por parte de um gestor, o comportamento da liderança não sofreria tanta variação entre setores ou entre níveis hierárquicos. Diante de uma previsibilidade maior na forma como são tratados, as transferências poderiam ser recebidas com maior naturalidade, pois os trabalhadores saberiam o tipo de tratamento predominante na empresa como um todo, independente do setor em que estivessem trabalhando.

“Quando eu estou na empresa eu me sinto estranha. Parece que está todo mundo olhando para mim e falando. Passei a sentir agora. Só tem uma amiga minha no meu setor que sabe o que eu sinto. O meu supervisor também sabe por que no dia que ele quis me transferir para a injetora eu tive que falar para ele porque eu tenho pavor. Só em falar em injetora parece que eu entro em pânico aí eu disse para ele que eu não ia. Disse até que se ele quisesse me botar para fora, podia botar, mas para injetora eu não ia. Eu nunca trabalhei lá mas só em passar do lado das máquinas eu já me sinto mal. Eu disse para ele que eu não conseguia. Eu contei tudo para ele (supervisor) aí ele riu e olhou para mim com uma cara de deboche e achou graça. Acho que ele pensou que eu estava mentindo. Eles acham que a gente mente para não ser transferido. Eu não gosto nem de pensar em ir para a injetora” (Oliveira).

Esse modelo de organização do trabalho cria instabilidade na construção dos relacionamentos interpessoais que são tão importantes na construção dos laços sociais. A ausência de laços cria um contexto de insensibilidade que favorece a intensificação das relações de poder. As atividades são realizadas não por engajamento com o que está sendo construído ou produzido, mas sim sob o risco constante de uma avaliação que poderá apontar para o desligamento do trabalhador caso não colabore com o que está sendo ordenado.

Não é possível fechar uma posição em relação a esse procedimento de gestão pois há casos em que a transferência é uma alternativa para o reestabelecimento da saúde do trabalhador e há situações em que ela pode ser prejudicial. Também a que se considerar a importância dessa flexibilidade para a manutenção dos empregos e viabilidade dos negócios.

A busca crescente por competitividade exige das organizações mudanças nos modelos produtivos em que a relação com o tempo se tornou cada vez mais complexa. A OT – Organização do Trabalho mostra o quanto a divisão e o conteúdo das atividades exigem capacitação técnica, experiência, adaptabilidade e flexibilidade por parte de um trabalhador.

Essa flexibilidade pode ocasionar duas circunstâncias negativas, a de superestimar ou de subestimar a capacidade de um trabalhador. Quando acontece uma transferência, supõe-se que o trabalhador tem capacidade para uma tarefa. Ao ser conduzido ao novo posto de trabalho, além da fadiga natural do trabalho, o trabalhador é submetido ao medo de errar, de não se adaptar, à insegurança por não conhecer as pessoas e não ser reconhecido por elas, medo do novo processo, receio de provocar acidentes ou acidentarse, de ser avaliado negativamente ou mesmo de ser demitido caso tenham uma posição contrária ao que lhe é solicitado.

A polivalência ou multifuncionalidade é uma diretriz modernizada da sobrecarga, segundo Seligmann-Silva (2013). Quando as funções e responsabilidades atribuídas ao empregado também se tornam sujeitas a mudanças frequentes, exigindo esforços de aprendizagem, adaptações permanentes em ciclos sucessivos cada vez mais curtos e

rapidamente interrompidos, é preciso avaliar as doses de ansiedade que estão sendo suscitadas.

Pelo que foi possível coletar de informação e na própria revisão da literatura sobre indústria calçadista, a mudança de função é prática comum nesses tipos de empresa. A própria nomenclatura do cargo já diz: “ajudante de produção”, ou seja, aquele trabalhador deverá estar apto a ajudar nas diversas atividades necessárias para que o processo produtivo seja realizado. Quando essas modificações ocorrem dentro de um mesmo setor, vinculado a mesma equipe de líderes e sob os mesmos processos internos de gestão, elas não têm tanto impacto, pois modifica-se “apenas” a tarefa que o trabalhador irá realizar.

No entanto, quando o trabalhador passa por uma transferência interna, significa que esse trabalhador, além de realizar um serviço diferente do que está habituado, também mudará o seu espaço de trabalho, os seus gestores, os relacionamentos que construiu até então e os processos internos de gestão e rotina. Ao que parece, a visão da organização é de que não muda tanto assim, já que se trata da mesma empresa.

O argumento principal é de que é melhor para o trabalhador ser transferido do que ser demitido. Na dinâmica do complexo industrial da Grendene em Sobral, composto por oito fábricas, acontece de os volumes de trabalho oscilarem de uma fábrica para outra de acordo com o perfil dos produtos que estão sendo demandados pelo mercado. No passado, acontecia de uma fábrica estar demitindo enquanto outra estava contratando. A empresa gerava emprego e desemprego ao mesmo tempo. Com o tempo, a prática da transferência interna foi adotada como forma de estabilizar o quadro de trabalhadores, aproveitar a mão de obra já treinada e evitar desligamentos.

Vantagens listadas, as transferências internas também causam impactos no “psicológico” dos trabalhadores.

“Tem umas coisas aqui que mexem muito com a gente como essa troca-troca de setor. Isso às vezes mexe muito com o psicológico da gente” (Oliveira).

Quando questionada sobre porque a transferência mexe com o psicológico dos trabalhadores um dos participantes respondeu:

“Porque muda tudo [...] eu converso com as minhas colegas e elas falam é de uma boca só que as transferências são tão comuns na empresa, mas elas são difíceis pra gente. Eu sei que eles dizem que nós trabalhamos é para a Grendene. Mas muda de gerência, de supervisor, é muita mudança e isso mexe com o psicológico da gente. Para mim mesma, foi horrível. Muda demais. Hoje eu mudei para a embalagem: graças a Deus! Aqui eu acho bom. Na embalagem é mais fácil mesmo sentindo tudo que eu estou sentindo, aqui é melhor porque eu tenho enxaqueca e aqui não tem o cheiro de tinta, de coisas que aí é que aumentam a minha dor de cabeça. Essa dor eu também acho que tem relação com a depressão” (Oliveira).

Os participantes relatam que a prática das transferências frequentes é algo que provoca muita mudança, “muda tudo, toda hora” e para os gestores parece que muda “apenas” as atividades. Se o exercício da empatia fosse praticado e a recepção nos setores favorecesse o rápido engajamento dos trabalhadores, a organização poderia beneficiar ainda mais seus trabalhadores, gerando além da “manutenção dos empregos” a satisfação e bem-estar dos trabalhadores.

Os estudiosos da Psicodinâmica do Trabalho como Dejours (2006) e outros falam que os bloqueios impostos à liberdade ou a perda de autonomia por vários anos subsequentes propicia um desgaste mental que pode culminar num transtorno psíquico. O que vai diferenciar o desfecho de um caso para outro é a forma pessoal com que cada um resiste a isso. Dejours fala ainda das patologias da sobrecarga e das patologias do assédio. A sobrecarga está associada à violência explícita ou sutil que submete os trabalhadores à vivência de uma fadiga marcada pelo medo de fracassar, falhar, de não dar a produção.

A fadiga física e mental se manifesta no corpo. Não existe trabalho mental sem a participação do corpo. Atividades que exigem concentração da atenção, raciocínio, reflexão crítica, interpretação, comunicação ou outros desempenhos mentais necessitam de um corpo que as realize, da mesma forma o trabalho braçal exige atenção, memória e outras atividades mentais. A sobrecarga pode estar no nascedouro de tudo. A fadiga pode fazer o corpo doer e isso interfere na dinâmica mental adoecedora.

4.3.3 Trabalho e cuidado

Considerando a importância que o tratamento tem na vida de um trabalhador com depressão, outro aspecto sugerido pelos participantes para a prevenção e manejo da depressão remete aos serviços de saúde oferecidos pela empresa e aos motivos que levam os trabalhadores a buscarem os serviços da enfermaria.

A proposta remete à necessidade de se fazer um trabalho de inteligência produzindo dados epidemiológicos sobre as visitas dos trabalhadores à enfermaria. Foi questionado se os gestores sabem por que os funcionários vão procurar ajuda nas enfermarias. Diante disso, seria importante tabular e divulgar junto aos gestores para que sejam cada vez mais envolvidos nas ações de promoção de saúde. Seria produzido material de rico valor para que a empresa e as instituições de saúde pudessem se estruturar de forma mais eficaz para juntas, oferecer um serviço que atenda às necessidades dos trabalhadores, não apenas em termos curativos mas principalmente na educação preventiva da depressão. Quando as

políticas públicas e as políticas organizacionais se unem para promover uma atenção de qualidade potencializam-se os resultados, minimiza-se os investimentos e todos ganham, principalmente numa empresa como a Grendene em que o volume de trabalhadores reflete juma fatia expressiva da população local, praticamente equivalente a um território de saúde.

“Tem que observar quando a pessoa está indo com frequência à enfermaria. O meu supervisor, apesar da cara dele amarrada, ele se preocupa, ele vai lá, pergunta o que a pessoa está sentindo. Já vi as pessoas reclamando da coluna, de cobrança, começa a chorar e entra naquele quadro de depressão. Eles têm que prestar atenção. Tem aqueles empregados que são mais sensíveis” (Girassol).

Outra oportunidade gira em torno da implantação do serviço de psicologia na empresa ou de uma parceria estreita e formal com instituições especializadas. A seguir as sugestões são reproduzidas:

“Aqui na empresa tem psicólogo? Se tivesse seria mais fácil” (Oliveira).

“Eu senti falta de um psicólogo na empresa exclusivo para acompanhar essas situações. Todo mundo vai para assistente social, mas os problemas são diferentes” (Flor).

“Às vezes penso em procurar um psicólogo, mas não tenho coragem, tenho medo. Se aqui tivesse” (Cipreste).

Se todos os participantes foram encaminhados para serviço psicológico ou procuraram espontaneamente, se a demanda por esses serviços não é gerada apenas por trabalhadores depressivos, se o percentual de abandono da psicoterapia é elevado, se estão sendo encaminhados para uma clínica-escola, se os agravamentos estão associados à depressão envolvem alucinações, perda da motivação e do sentido de vida e risco de suicídio, se os trabalhadores estão retornando dos atestados e afastamentos sem estarem curados ou pelo menos mais aptos para o manejo da doença, a empresa poderia estruturar um serviço de psicologia para atender os casos mais críticos e de fácil estabilização, até mesmo em parceria com outras instituições.

Como já argumentado sobre processos psicoterápicos, existem alternativas clínicas e metodológicas com relação custo x benefício viável, de fácil implementação, resultados rápidos que aumentariam significativamente a percepção de cuidado oferecido pela empresa e pelos serviços públicos que encorajaria a atitude de enfrentamento por parte dos trabalhadores da indústria calçadista de Sobral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo de compreender a percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre o seu próprio processo de depressão e o cuidado, considerando o percurso no processo de adoecimento até fechar o diagnóstico médico, a identificação dos encaminhamentos ou tratamentos aos quais foram submetidos, buscando também descrever a condição atual desse trabalhador em tratamento ou pós-tratamento. Além desses objetivos, buscou-se identificar recomendações de melhoria nos processos de promoção da saúde dos trabalhadores da indústria.

Utilizando a metodologia de análise temática os temas destacados foram **reconhecimento da depressão, tratamento da depressão e o significado do trabalho** que foram desdobrados assim: **tratamento da depressão** e seus subtemas (farmacoterapia, psicoterapia e significado do tratamento); tema **significado do trabalho** (trabalho como fuga, trabalho como fardo e trabalho e cuidado).

Dessa forma, o estudo como um todo confirma o estigma ainda existente em relação ao processo depressivo, apesar de toda a sua popularização, da enorme produção científica sobre a depressão como doença e mesmo sabendo que o sofrimento é inerente à condição humana, que dele nunca poderemos nos livrar, as pessoas relutam em reconhecerem-se sofredoras ou doentes.

O sofrimento é uma sensação existente em consequência das disposições subjetivas de cada um, ora encaradas como “normais”, ora como “patológicas” a depender do contexto em que vive cada sofredor. Os aspectos que influenciam a percepção dos trabalhadores sobre a sua condição de saúde ou depressão são complexos, ambivalentes e diversas podem ser as atitudes pessoas diante da necessidade de tratamento e das prescrições terapêuticas recomendadas.

O sofrimento por traz da depressão precisa ser reconhecido pelos trabalhadores, pelos profissionais de saúde e principalmente pelos empregadores como algo real, a ser tratado e ressignificado com o auxílio psicológico profissional, formal e continuado e não apenas pela prescrição de uma medicação. Depois de muito relutar para buscar tratamento, os trabalhadores estão tendo acesso à farmacoterapia, que traz alívio em algumas situações, estabilização, dependência e inúmeros efeitos colaterais em outra. O tratamento com a medicação não pode ser o único recurso oferecido ao trabalhador pois este não demonstrou dar conta da complexidade que é o estado

depressivo e suas inúmeras nuances. Mesmo sobre tratamento medicamentoso, percebe-se uma grande desordem de sentimentos e sensações entre os trabalhadores com depressão, um sentimento de desamparo, pode se dizer, que comove a quem atentamente os escuta.

O trabalhador acometido de estado depressivo precisa ser acompanhado sistematicamente tanto pela organização quanto pelo serviço de saúde responsável pelo seu tratamento. Ele não pode ficar solto na rede de cuidado. O risco de abandono é muito alto e, nesses casos, o agravamento do quadro pode transformar depressão em algo crônico e incapacitante.

O texto produzido para capturar um pouco da percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre depressão e cuidado revela que a vasta gama de conhecimentos e técnicas produzidos em todo o mundo para o diagnóstico, tratamento e cuidado da depressão ou ainda não está completamente acessível, ou não é posta em prática e não consegue entregar a tão sonhada cura ou prevenção da depressão.

Evidenciou-se uma demanda reprimida do trabalhador que precisa falar da sua história. Os aspectos vividos no passado recente e mesmo no passado distante parecem desencadear comportamentos e sentimentos limitadores, gerando fragilidades para o enfrentamento das dificuldades atuais. Essas histórias precisariam ser ressignificadas e contextualizadas, mas isso não está sendo possível. Os trabalhadores são encaminhados para o psicólogo e não para a psicoterapia, como espaço de escuta. Não estão conseguindo adquirir o tratamento. Chegam ao profissional da psicologia e por diversos motivos, que poderia configurar novo alvo de estudo, não conseguem formar vínculo com o processo psicoterápico.

Os trabalhadores parecem entender os motivos dos encaminhamentos ao psicólogo, mas demonstram compreender o porquê de os psicólogos fazerem tantas perguntas. Sentem-se incomodados diante disso e abandonam o processo. Dessa forma, os espaços psicoterapêuticos não se configuram engajadores. Seria importante buscar compreender que perfil de interlocutor estariam buscando ou carecendo. O que está faltando para que esses trabalhadores consigam falar de suas questões? As possibilidades da não continuidade são muitas desde a resistência de falar até a ausência de um espaço genuíno de escuta. Seria importante investigar ou mesmo experimentar que outros métodos psicoterápicos poderiam ser adotados para um maior engajamento com a terapia.

O processo de cuidado centrado no vínculo e que deve fluir ao longo do tempo, não se estabelece na maioria dos casos. O vínculo é no e com o remédio. Embora a psicoterapia seja recomendada em todos os casos, os níveis de abandono são elevados e não há expectativa ou acompanhamento de sua eficácia. O abandono da psicoterapia não parece ser acompanhado, muito menos questionado, mas deveria ser. Vários autores e inclusive algumas linhas de cuidado seguidas no Brasil recomendam que o tratamento farmacológico não deve ser utilizado imediatamente nem habitualmente.

A formação dos profissionais de saúde e o serviço oferecido para lidar com a saúde mental apresentam diversas fragilidades, refletindo a cultura e o modelo medicamentoso ocidental e parecem carecer das alternativas terapêuticas disponíveis nos grandes centros urbanos. A limitação dos profissionais de saúde para lidar com as questões de saúde mental aparece como oportunidade de evolução, pois mesmo que o diagnóstico seja assertivo na maioria dos casos, a construção do plano terapêutico é percebida como inexistente e limitada são as alternativas de tratamento.

O encaminhamento em psicoterapia deve ser feito à profissional especializado em saúde mental e não a profissionais ainda em formação como se percebeu na realidade dos trabalhadores de Sobral. Esse é um contexto que se investigado pode revelar muitas possibilidades de ação. A psicoterapia desponta como o serviço que precisa ser implantado ou melhor estruturado, tanto no âmbito público quanto no organizacional, para dar conta das demandas e prevenir o abandono e os casos de agravamento e cronicidade.

As práticas citadas pelos trabalhadores apontam como oportuna a utilização de terapias complementares como atividades físicas, práticas religiosas, aspectos relacionados à alimentação, acupuntura, meditação que praticamente não foram citadas pelos participantes.

Além dos encaminhamentos feitos aos serviços do SUS, chama à atenção a quantidade de trabalhadores que estão sendo encaminhados para o serviço-escola. É importante avaliar porque isso ocorre de forma tão recorrente. Casos complexos de depressão deveriam ter seu espaço de atendimento garantido pelo SUS.

Os números alarmantes das estatísticas, somados às questões individuais, aspectos laborais podem suscitar ou agravar alguns sintomas de depressão. Portanto, os dados apontam uma conjuntura desfavorável para os trabalhadores acometidos de depressão. As políticas públicas vislumbram uma postura ideal de amparo e priorização

aos trabalhadores na rede de cuidado, mas não conseguem cumprir seu papel na totalidade. Existe uma fragilidade no acesso e no processo de referência e contrarreferência não percebida pelos trabalhadores. Estes desconhecem o que a legislação lhes assegura, não sabem como proceder para vincularem-se a um tratamento eficaz ou não apresentam condições emocionais para buscá-lo com mais afinco.

Como reflexão final aponto que muito conhecimento relevante já foi produzido sobre depressão, suas causas, consequências, sintomas, prejuízos econômicos e sociais. Também são muitas as alternativas possíveis para prevenir, tratar e até mesmo auxiliar no manejo da doença, oferecendo uma maior qualidade de vida aos pacientes, mas percebe-se a distância entre os saberes existentes, replicáveis e a prática, real, concreta e efetiva na vida e no cuidado dos trabalhadores.

Parece não haver dificuldade de acesso ao serviço ou aos medicamentos. Os encaminhamentos estão sendo realizados, mas o projeto terapêutico que vai ajudar cada usuário em suas particularidades e necessidades não existe. As pessoas se perdem na rede e a rede os perde num processo de esperança que se faz e refaz como fumaça.

Existem oportunidades de melhoria tanto no cuidado oferecido pelo sistema de saúde quanto no cuidado oferecido pela organização. As sugestões dos participantes apontam para a necessidade de um melhor acompanhamento desses trabalhadores e da oferta de um serviço psicoterápico consistente que possa prevenir o abandono e ajudar o trabalhador a enfrentar sua realidade com autonomia.

Aos dois âmbitos, público e privado cabem ações para prevenir os problemas mentais relacionados ao trabalho e a compreensão do que ocasiona esses agravos. Levando-se em conta a percepção dos participantes, o trabalho ocupa um lugar nesse processo de saúde-doença e eles mesmos apontam espaços de ação capazes de auxiliá-los no enfrentamento de suas dificuldades.

Como um determinado setor de trabalho foi citado como um contexto em que os sintomas foram percebidos ou agravados, seria oportuno fazer um estudo para verificar o estado de saúde dos trabalhadores que ali atuam e buscar verificar qual a incidência de depressão nesses espaços de trabalho. Pode ser que estejamos diante de casos isolados ou não. Um aprofundamento direcionará o olhar para os aspectos preventivos.

O trabalho contribui para mostrar o quanto a psicologia enquanto método terapêutico, pode contribuir para a evolução do serviço que está sendo oferecido aos trabalhadores do município de Sobral e como a união entre a Psicodinâmica do

Trabalho e Saúde do Trabalhador pode promover a melhoria dos serviços de saúde oferecidos pela organização empregadora e pelo SUS. Este estudo será entregue às partes envolvidas para que possam pensar em alternativas para ajudar esses trabalhadores no enfrentamento de seu estado de saúde, transformação de suas realidades enquanto sujeitos e colaborar para a prevenção de novos casos ou agravamentos dos já existentes.

A limitação que o estudo enfrentou em relação à restrição da amostra não comprometeu o retorno que a pesquisa dará, à medida em que questionou a percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre depressão. Não foi possível explorar na análise as questões apresentadas pelos participantes relacionadas ao trabalho como fuga em relação aos problemas e a depressão propriamente dita. Esse aspecto poderia ser explorado em outro estudo.

Entre as sugestões produzidas ao longo do estudo surgiram conteúdos voltados à Secretaria de Saúde do Município (CEREST), outros voltados à Clínica – Escola UFC e relacionadas ao empregador.

A Secretaria de Saúde poderá:

a) Estabelecer critérios de priorização e acompanhamento para os trabalhadores acometidos de depressão, considerando que o tratamento medicamentoso não é suficiente para ressignificar sua vida;

b) Estabelecer diferentes metodologias de atendimento, uma vez que nem todos os trabalhadores se engajam na psicoterapia individual. A terapia em grupo é uma alternativa a ser implantada;

c) Promover capacitação permanente dos profissionais de saúde para as questões complexas relativas à saúde mental;

d) Construir e divulgar uma proposta de atuação específica em psicoterapia para os psicólogos do município clarificando os diversos serviços realizados;

e) Monitorar os resultados do serviço psicoterápico;

f) Viabilizar para que o CEREST ajude na construção desse espaço de tratamento, escuta e acompanhamento dos trabalhadores com depressão;

g) Estabelecer parcerias de promoção de educação em saúde mental junto às empresas e escolas profissionalizantes;

A organização empregadora poderá:

a) Monitorar os níveis de fadiga aos quais seus trabalhadores estão submetidos;

- b) Monitorar a qualidade dos relacionamentos entre líderes e as equipes;
 - c) Garantir a coerência entre a postura da liderança e os valores declarados pela empresa;
 - d) Criar espaço de escuta e colaboração do trabalhador na Organização do Trabalho, aumentando os níveis de engajamento;
 - e) Orientar os gestores para que compreendam os aspectos relacionados à saúde mental das equipes;
 - f) Acompanhar as pessoas desde as primeiras queixas relativas à saúde mental;
 - g) Agilizar o processo de tomada de decisão referente à minimização dos riscos de cada caso suspeito de depressão, mesmo que o diagnóstico não tenha sido confirmado;
 - h) Controlar os casos de referência e contrarreferência para depressão;
 - i) Estabelecer uma política própria para o cuidado da depressão;
 - j) Realizar rodízio planejado entre os trabalhadores dos setores que apresentam hipótese adocedora ou de agravamento da depressão;
 - k) Estudar queixas de dores e suas causas. Elas podem mascarar problemas de saúde mental;
 - l) Criar alternativas para que os trabalhadores com depressão não se sintam sozinhos, desamparados, diferentes, estranhos ou mal compreendidos num fomento à inclusão;
 - m) Realizar acompanhamento mais próximo desses trabalhadores verificando a adequação dos postos de trabalho ocupados e os efeitos colaterais gerados pelas medicações prescritas, a correlação entre eles e o agravamento dos sintomas;
 - n) Realizar levantamento epidemiológico nas enfermarias para compreender o quadro de saúde dos trabalhadores;
 - o) Estabelecer parcerias de promoção de educação em saúde mental junto à Secretaria de Saúde e Clínica-Escola;
- As clínicas-escola de psicologia poderão:
- a) Estabelecer processo específico para identificar e atender casos de depressão;
 - b) Atentar para as complexidades e riscos dos quadros depressivos e das consequências que o abandono da psicoterapia pode acarretar;

c) Atentar para a capacidade de um estudante de psicologia atender um paciente com quadro de depressão;

d) Propor medidas para prevenir o abandono do tratamento;

e) Propor Projetos de Extensão em parceria com instituições empregadoras;

Além das intervenções junto às três instituições citadas, também foi possível identificar novas oportunidades de pesquisa:

a) Investigar a notificação dos casos de atestado e afastamento por depressão;

b) Investigar por que esses pacientes com depressão não deram continuidade ao tratamento psicoterápico no SUS nem na clínica-escola pois se sabe que vários são os fatores que interferem nesse processo de desistência/abandono.

c) Verificar o estado de saúde das pessoas no processo de serigrafia.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. Análise Qualitativa de Dados de Entrevista: uma Proposta. **Paideia (Ribeirão Preto)**, n. 2, p. 45-58, Ribeirão Preto, fev./jul. 1992.
- ANTONIAZZI, A.; DELL'ANGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 3, n. 2, p. 289-298, jul./dez. 1998.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, M.; HELOANI, R. E. Assédio Moral e Insegurança no Emprego: seus Impactos sobre a Saúde dos Trabalhadores. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 22, p. 662-667.
- BAUMAN, Z. **A Arte da Vida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BENETTI, S. P. C.; CUNHA, T. R. S. Abandono de Tratamento Psicoterápico: Implicações para a Prática Clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, p. 145-155, 2008.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na Atualidade: a Psicanálise e as Novas Formas de Subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BOUYER, G. C. Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho para o Debate: "O Mundo Contemporâneo do Trabalho e a Saúde do Trabalhador". **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 249-259, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá Outras Providências**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 183, 20 set. 2002. Seção 1, p. 53-56.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador – COSAT. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- BRASIL. **Portaria 1.823, de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 de 2012. Sobre a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339/GM de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 221-E, 19 nov. 1999. Seção 1, p. 21-29.
- BRAUN, V.; CLARCK, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- CASSELL, E. J. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- 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.
- COSTA, M. S. A. "**Doidiça**" e Depressão: as Concepções dos Usuários da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-Ceará. Fortaleza, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.
- DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um Trabalho Fator de Equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 98-104, jun. 1993.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYERT, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer-Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C. Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução. Trad. Gustavo A. Ramos Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 3, p. 363-371, set. 2012.
- DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004.
- DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Análise a partir de uma Experiência Municipal. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, v. 9, n. 1, p. 137-148, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100010>. Acesso em: 10 ago. 2024.

DSM – 5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DUAILIBI, K.; SILVA, A. S. M.; JUBARA, C. F. B. Como Diagnosticar e Tratar a Depressão? **Revista Brasileira de Medicina**, v. 71, n. 12, p. 23-31, dez. 2014.

ENGEL, C. L. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: MedyKlin, 2012.

FLECK, M. P. A. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais de Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas de Cuidado Integral: uma Proposta de Organização de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2012.

FREUD, S. **Mal-estar na Cultura**. In: Obras Completas, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. In: Obras Completas, v. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1917/1996.

GIL, C. A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIA DE REFERÊNCIA RÁPIDA: **Depressão – Tratamento e Acompanhamento de Adultos com Depressão (incluindo Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas)**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2013.

GONÇALVES, J. P. B. et al. Avaliação da Prática de Terapia Complementar Espiritual/Religiosa em Saúde Mental. **Revista Debates em Psiquiatria**, nov./dez., p. 21-27, 2015.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERMOLIN, M. K.; RANGÉ, B. P.; PORTO, P. R. Uma Proposta de Tratamento em Grupo para Depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 2, n. 2, p. 171-179, 2000.

HIRATA, E. S. Projeto Pandora: a Percepção do Paciente sobre a Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 71, n. esp. h2, p. 5-8, out. 2014.

IBANEZ, G.; MERCEDES, B. P. C.; VADANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão e Dificuldades Relacionadas ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes com Depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 556-562, jul./ago. 2014.

JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Saúde Mental & Trabalho: Leituras**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

- LACAZ, F. A. C. Saúde dos Trabalhadores: Cenário e Desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. S07-S19, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600002>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- LEAO, L. H. C.; VASCONCELOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): Reflexões sobre a Estrutura de Rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar. 2011.
- MENDES, A. M.; MORAES, R. D.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Trabalho & Sofrimento: Práticas Clínicas e Políticas**. Curitiba: Juruá, 2014.
- MENDES, A. M. Escuta Analítica do Sofrimento e o Saber-fazer do Clínico do Trabalho. In: MENDES, A. M.; MORAES, R. D.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Trabalho & Sofrimento: Práticas Clínicas e Políticas**. Curitiba: Juruá, 2014. Cap. 9, p. 177-183.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 32-45, set./dez. 2003.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERLO, A. C. Processos de Globalização, Sofrimento Psíquico e Atenção à Saúde Mental no Trabalho. In: MENDES, A. M.; MORAES, R. D.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Trabalho & Sofrimento: Práticas Clínicas e Políticas**. Curitiba: Juruá, 2014. Cap. 9, p. 65-80.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).
- MOREIRA, A. G. C. **Clínica da Melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.
- MOULIN, M. G. B.; MORAES, A. B. T. Vamos Fazer Poeira! Fontes e Expressões da Pressão no Trabalho do Setor de Rochas Ornamentais no Espírito Santo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 192-200, 2010.
- NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; TERRIEN, J. Trabalhos Científicos e o Estado da Questão: Reflexões Teórico-Methodológicas. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 15, n. 30, p. 5-16, jul./dez. 2004.
- NÓBREGA, T. P. Corpo, Percepção e Conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 141-148, 2008.

OLIVEIRA, M. L. P. O.; VANDERBERG, L. Terapia Analítico-Funcional de Grupo para Depressão. **A Clínica do Campo Psi**, dez. 2010.

OIT – Organização Internacional do Trabalho. **Repertorio de Recomendaciones Prácticas sobre la Violencia y el Estrés en el Trabajo en el Sector de los Servicios: una Amenaza para la Productividad y el Trabajo Decente**. Bruxelas, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POWELL, U. B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I. R.; SUDAK, D. Terapia Cognitivo-Comportamental da Depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, supl. II, p. S73-S80, 2008.

PRAZERES, T. J.; NAVARRO, V. L. Na Costura do Sapato o Desmanche das Operárias: Estudo das Condições de Trabalho e Saúde das Pespontadeiras da Indústria de Calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1930-1938, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000006>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. Cap. 32, p. 1054-1095.

SELIGMANN-SILVA, E. Os Vínculos entre Condições de Trabalho e Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 8, n. 2, p. 13-16, 1988.

SILVA, A. B. B. **Mentes Depressivas: as Três Dimensões da Doença do Século**. 1. ed. São Paulo: Principium, 2016.

SILVA, D. P. da; SILVA, M. N. R. M. O. O Trabalhador com Estresse e Intervenções para o Cuidado em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, supl. 1, p. 201-214, 2015.

SILVA, E. S. Os Vínculos entre Condições de Trabalho e Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 8, n. 2, p. 13-16, 1988.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o Roteiro de Entrevista na Pesquisa em Representações Sociais: Como, Por Que e Para Que. **Escola Anna Nery (impressa)**, v. 16, n. 3, p. 607-611, jul./set. 2012.

TEIXEIRA, M. A. R. Melancholia and Depression: a Conceptual and Historical Review in the Areas of Psychology and Psychiatry. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 4, n. 1, p. 41-56, 2007.

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; ROCHA, P. G. M. A Prática de Exercícios Físicos Regulares como Terapia Complementar ao Tratamento de Mulheres com Depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 23-28, 2007.

VILLANO, L. A. B.; GNANHAY, A. L. Depressão: Epidemiologia e Abordagem em Cuidados Primários em Saúde. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, p. 10-20, 2011.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA**Dados Demográficos****Faixa Etária**

18 a 25 anos 26 a 35 anos 36 a 45 anos

46 a 55 anos acima de 56 anos

Estado Civil

Solteiro Casado Junto Separado

Tempo de Empresa

menos de 1 ano entre 1 e 5 anos entre 5 e 10 anos mais de 10 anos

QUEIXA

Entre 2014 e 2015, você precisou se afastar do trabalho por motivo de depressão.

01. O que estava sentindo quando procurou ajuda profissional?

02. Você se percebia deprimido? Porquê?

Busca de Auxílio

03. A quem você primeiro recorreu? Quem primeiro ouviu sua queixa?

familiares colegas de trabalho profissionais de saúde da empresa onde trabalha profissionais de saúde do município

04. Os sintomas apresentados, atrapalhavam suas atividades diárias? Em quê?

sim não às vezes

Diagnóstico

05. Quem descobriu (diagnosticou) que você tinha depressão?

o médico do trabalho o médico do posto médico particular

o enfermeiro do trabalho o enfermeiro do posto outros

06. Você concordou/ reconheceu/considerou o diagnóstico de depressão?

sim não porque?

Encaminhamentos/Tratamento

07. Após o diagnóstico de depressão, foi recomendado algum tratamento?

Sim Não

08. Se foi recomendado algum encaminhamento, especifique qual o tipo profissional que lhe atendeu? Qual a instituição? Local? Como foi o acesso?

psicólogo Instituição: _____ público particular

psiquiatra Instituição: _____ público particular

clínico geral

enfermeiro Instituição: _____

Outros _____

09. Foi prescrito algum tratamento? Descreva. Como foi o acesso?

() medicamentoso qual? _____

() psicoterápico qual? _____

() ambos

() outros

10. O que o tratamento para depressão significou para você? Quais as consequências do tratamento para sua vida? Você considera que o tratamento lhe ajudou? O que mais lhe ajudou? Ou prejudicou?

11. Na sua opinião, o que pode ser feito para prevenir a depressão entre os trabalhadores da indústria calçadista e contribuir com a sua qualidade de vida, realização pessoal e social evitando o prejuízo para sua saúde, integridade física e mental?

Observação para realização da entrevista: os itens a serem assinalados são para uso do pesquisador. Não devem ser lidos como opção aos participantes.

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

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Sou, **Ana Livia Pongitori Gifoni Rangel**, brasileira, 39 anos, casada, psicóloga, Mestranda em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa é intitulada “PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA CALÇADISTA SOBRE DEPRESSÃO E CUIDADO” e tem como objetivo: conhecer a percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre o seu próprio processo de depressão e o cuidado à qual foi submetido. A pesquisa será realizada com funcionários da empresa Grendene que foram afastados no período de 2014 e 2105 em função de diagnóstico de depressão (F32). A pesquisa limita-se a coleta e avaliação de dados, não causando nenhum prejuízo e risco ao entrevistado. A sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você terá liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. A fim de não restar dúvidas quantos aos procedimentos adotados nesta pesquisa, sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta que desejar. Em nenhum momento haverá ônus financeiro para você, assim como sua saúde não estará exposta a riscos ou desconforto ao participar da pesquisa. Também não haverá compensação financeira condicionada à sua participação.

Se necessário favor entrar em contato:

Nome: Ana Livia Pongitori Gifoni Rangel

Endereço: Rua Francisco das Chagas Barreto Lima, 944, Campo dos Velhos - Sobral – Ceará.

CEP: 62.010.160

Telefones p/contato: (88) 994685198. E-mail: analiviarangel@hotmail.com

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú

Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150, Campus Derby
Telefone:3677-4255 e-mail: cep@uvanet.br

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

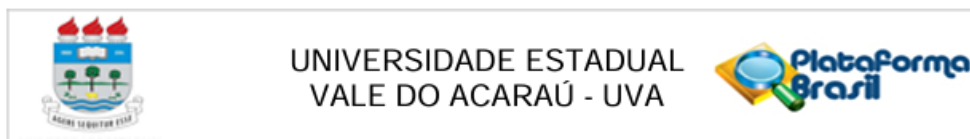
Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado sobre os objetivos do estudo “PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA CALÇADISTA SOBRE DEPRESSÃO E CUIDADO” e tendo compreendido perfeitamente tudo que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos e responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado e sei que a qualquer momento poderei solicitar informações adicionais e modificar minha decisão em participar do estudo.

Sobral, _____ de _____ de 2017.

Assinatura (ou digital) do (a) voluntário (a)

Ana Livia Pongitori Gifoni Rangel
Pesquisador Responsável

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA CALÇADISTA SOBRE DEPRESSÃO E CUIDADO

Pesquisador: ANA LIVIA PONGITORI GIFONI RANGEL

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67823817.5.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.158.033

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado a ser apresentado para qualificação ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Orientadora: Prof. Dra. Izabelle Mont'Alverne N. Albuquerque

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção do trabalhador da indústria calçadista sobre o seu próprio processo de depressão e o cuidado ao qual foi submetido.

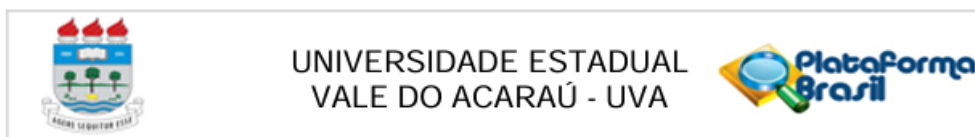
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau e que o pesquisador deverá envidar esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes e os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepoem aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória de abordagem qualitativa. O cenário do estudo será a indústria calçadista Grendene, situada na cidade de Sobral desde 1994. Os participantes da pesquisa serão trezentos e três trabalhadores que foram diagnosticados e afastados por depressão

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.158.033

(F-32), entre 2014 e 2015. A coleta de dados se dará através de entrevista estruturada. A análise de dados será realizada através da análise temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta apresenta adequadamente os seguintes termos: Projeto detalhado, Instrumento de Coleta de Dados, Folha de rosto, carta de anuência e TCLE

Recomendações:

Recomenda-se atualizar o cronograma. Como também, a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UVA) por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atentar para as recomendações e considerações registradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando nova apreciação do projeto e emissão de parecer favorável do relator, a Coordenação do CEP decidiu pela aprovação ad referendum do Colegiado e classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_880295.pdf | 24/06/2017 09:04:21 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | CARTEIRADEANUENCIAGRENDENE503.pdf | 24/06/2017 08:59:54 | ANA LIVIA PONGITORI GIFONI RANGEL | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE2.pdf | 24/06/2017 08:56:17 | ANA LIVIA PONGITORI GIFONI RANGEL | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTO2.pdf | 24/06/2017 08:55:41 | ANA LIVIA PONGITORI GIFONI RANGEL | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETODEPESQUISA.pdf | 29/04/2017 14:44:58 | ANA LIVIA PONGITORI GIFONI RANGEL | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTOPESQUISA.pdf | 29/04/2017 14:44:36 | ANA LIVIA PONGITORI GIFONI | Aceito |

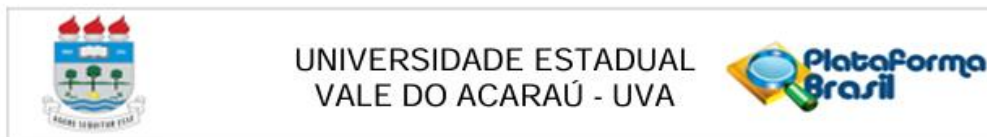
Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040

UF: CE **Município:** SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.158.033

| | | | | |
|------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------|--------|
| Orçamento | ORCAMENTOPESQUISA.pdf | 29/04/2017 14:44:36 | RANGEL | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 29/04/2017 14:43:23 | ANA LIVIA PONGITORI GIFONI RANGEL | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 05 de Julho de 2017

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com