



Pesquisa Teoria e Metodologia

Saúde Mental e Medicalização na Assistência ao Servidor Público

Mental Health and Medicalization in Assistance to Municipal Civil Servants

Ana Cristina Acorsi¹
Márcia Luíza Pit Dal Magro²

¹ Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais e Docente dos Cursos da Área de Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

² Doutora em Psicologia e Docente do Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

Resumo: O processo de precarização das condições de trabalho que afeta também o funcionalismo público, vem sendo largamente associado ao adoecimento físico e mental da classe trabalhadora. No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar para a concessão de benefícios previdenciários. A partir das discussões sobre a medicalização da saúde, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar o processo de adoecimento mental de servidores públicos municipais afastados do trabalho, em uma cidade de Santa Catarina. O método utilizado foi a pesquisa mista e o estudo se caracterizou por ser de natureza descritiva exploratória. A fase quantitativa se deu pela análise do banco de dados de todos os afastamentos do trabalho relativos aos anos de 2013 e 2014. Já a fase qualitativa se baseou na realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e profissionais da saúde que realizam a assistência aos funcionários públicos municipais. Na análise dos atestados dos anos de 2013 e 2014, observou-se que as doenças mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar como motivo de afastamentos do trabalho, sendo 82% servidores lotados nas secretarias de educação e saúde do município. Entre as ocupações com maior número de atestados encontram-se os professores, os auxiliares de serviços internos e externos e os profissionais da enfermagem, além de agentes de endemias e agentes comunitários de saúde. Todos os diagnósticos em saúde mental geraram um atestado e vieram acompanhados de prescrição de psicofármacos. Ocupar o papel de doente permite aos trabalhadores ficar à margem do tecido social enquanto o medicamento lhes oportuniza condições de trabalho. Desta forma, conclui-se que ocorre a hegemonia do modelo biomédico e a prevalência da medicalização da saúde nos diagnósticos, afastamentos e tratamento das queixas de saúde mental.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; medicalização da saúde; saúde mental; funcionalismo público.

Abstract: The precarious nature of working conditions, including that which has affected the civil service, has been broadly associated with physical and mental illness of the working class. In Brazil, mental and behavioral disorders rank as the third most common cause for granting government benefits. Derived from discussions regarding the medicalization of health, this general objective of this study was to analyze the mental illness in unemployed municipal civil servants in a city in Santa Catarina. We used a mixed research method, and the study was characterized as exploratory and descriptive in nature. The quantitative phase included analysis of a database of all sick leave for the years 2013 and 2014. The qualitative phase included semi-structured interviews with workers and health professionals who provide assistance to municipal civil servants. Analysis of absence certificates for 2013 and 2014 showed that mental and behavioral disorders rank the third most common motive for absence from work, accounting for 82% of absences in education and municipal health departments. Among the occupations with the highest number of absence certificates are teachers, internal and external auxiliary servants, and nursing professionals, as well as endemic disease agents and community health workers. All mental health diagnoses generated certificates and were accompanied by prescriptions for psychiatric drugs. Sick leave allows workers to remain on the sidelines of the social fabric as the drug provides an opportunity for working conditions. Thus, we conclude that biomedical models have been subject to hegemony, and that medicalization of health is prevalent in diagnosis, work absence, and treatment of mental health complaints.

Keywords: occupational health; medicalization of health; mental health; civil service.

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade o processo de precarização das condições de trabalho¹ vem sendo largamente associado ao adoecimento da classe trabalhadora², identificado nas diferentes empresas e organizações, sejam elas de natureza privada, pertencentes ao Estado ou mesmo as denominadas sem fins lucrativos³.

No caso dos trabalhadores vinculados ao Estado, o processo de precarização do trabalho pode ser associado com a adesão do Brasil ao "Consenso de Washington" na década de 1990, levando o funcionalismo público a figurar na agenda das reformas necessárias à retomada do crescimento econômico no país. Desde então, com frequência o emprego público vem sendo tratado pelos governos de diferentes esferas como um problema fiscal, o que desencadeia ações de restrição em sua dimensão e/ou custos⁴.

A precarização tem como características o aumento dos empregos de baixa qualidade e do subemprego, as terceirizações, a dessindicalização e a desregulamentação dos direitos trabalhistas, produzindo implicações como o prolongamento da jornada laboral, o aumento da competitividade, a redução dos salários e o fim da estabilidade, no caso do funcionalismo público³.

Para Brant e Gomez⁵ enfrentar as mudanças na organização do trabalho e as condições de precarização e flexibilidade, além da ruptura de laços de afetividade, exigem do trabalhador um esforço maior, gerando quadros de sofrimento psíquico que contribuem para o adoecimento mental e o afastamento do ambiente laboral.

O número de auxílios-doença previdenciários e acidentários concedidos aos trabalhadores em função de agravos à saúde vem aumentando ao longo dos últimos anos, ultrapassando os 2 milhões em 2014, maior montante já registrado na série história do Anuário Estatístico da Previdência Social⁶. Nesse contexto, as doenças mentais e comportamentais são o terceiro principal motivo que leva à concessão de benefícios previdenciários e ao afastamento do trabalho⁷.

No cenário desenhado, além das mudanças nas condições de trabalho é preciso considerar o papel da atenção à saúde mental, que na sociedade capitalista mostra um significativo desdobramento entre o que se convencionou denominar biopolítica das psicoses e dos transtornos graves, e uma biopolítica das patologias leves, voltada às adversidades e aos mal-estares humanos, incluindo ampla parcela da população que acaba recebendo como tratamento, antidepressivos de última geração⁸.

Na atenção à saúde do trabalhador, isso implica uma transformação de questões coletivas em questões individuais e biológicas, problemas inerentes à vida que passam a ser transportados para o campo médico, isentando de responsabilidades as instâncias de poder, em cujo seio são concebidos e vinculados tais problemas. Vive-se uma época em que os sujeitos são despojados de si mesmos e submetidos a uma teia de rotulagens e diagnósticos, novos ou antigos, reinventados e etiquetados sob nova formulação⁹.

O presente trabalho apresenta resultados de pesquisa cujo objetivo foi analisar o processo de adoecimento mental de servidores públicos municipais afastados do trabalho, em uma cidade de Santa Catarina. Desta forma, o estudo visa identificar e problematizar o adoecimento mental desta categoria profissional, a fim de contribuir para o conhecimento da realidade da saúde dos trabalhadores na região estudada, bem como avaliar as políticas públicas relacionadas a esta temática.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa mista, a qual combina métodos qualitativos e quantitativos visando ampliar a compreensão sobre o problema investigado¹⁰. A pesquisa foi realizada em um serviço de atendimento à saúde do servidor público municipal criado em cumprimento à Lei nº 6514 de 22 de dezembro de 1977 e à Portaria nº 3214 de 03 de junho de 1978, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas de manter Serviços

Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do trabalho. O referido serviço está situado em cidade de médio porte do estado de Santa Catarina.

Participaram do estudo dois grupos de sujeitos. O primeiro foi composto por quatro profissionais da saúde (P1; P2; P3; P4) que atuam no serviço de saúde do trabalhador, o segundo, por três servidores públicos municipais (U1; U2; U3) atendidos pelo referido serviço, totalizando sete sujeitos. Os critérios de inclusão dos trabalhadores usuários do serviço foram: ser homens e mulheres que tinham diagnóstico de Doenças Mentais e Comportamentais, reconhecidos por meio do Código Internacional de Doenças (CID F) e que estavam afastados do trabalho no momento da pesquisa ou que tinham histórico de afastamento no último ano. Já em relação aos profissionais de saúde, o critério de inclusão foi de que os mesmos participassem de atendimentos dos servidores com queixas em saúde mental. O trabalho de campo teve início após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (CEP), de acordo com o que prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹, tendo sido aprovado por meio do Parecer nº 947.038/15.

Integraram os procedimentos de pesquisa a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. A pesquisa documental aconteceu em banco de dados disponibilizado pela prefeitura do município estudado, material que Gil¹² denomina de registros estatísticos. O banco de dados foi elaborado em programa *Microsoft Excel* e continha o registro de 100% dos afastamentos do trabalho por agravos relacionados à saúde dos servidores públicos municipais, relativos aos anos de 2013 e 2014. As informações deste registro diziam respeito aos seguintes aspectos: nome, idade, secretaria a que estava vinculado o servidor, ocupação, período de afastamento, diagnóstico recebido (identificado por meio do Código Internacional de Doenças CID-10). Após a pesquisa documental, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que atuavam junto ao serviço de saúde do trabalhador e com funcionários públicos municipais usuários deste serviço.

Os dados quantitativos acessados por meio do banco de dados foram importados do programa *Microsoft Excel* para o programa *Epi Info versão 7*¹ e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial¹⁴. Para os dados qualitativos, foi utilizada a categorização e interpretação dos dados tendo como referência a análise temática de conteúdo proposta por Minayo¹⁵. Importante destacar que a categorização procurou integrar os dados qualitativos e quantitativos da pesquisa.

3. RESULTADOS

3.1 Os diagnósticos em saúde mental

De acordo com Bauman¹⁶, a ideia de doença como um desconforto, uma moléstia ou "ausência de bem-estar" tanto de ordem física quanto psíquica, data de tempos imemoriais, sendo conhecida em todas as culturas e idiomas. Neste sentido, a pessoa designada como "doente" apresenta uma *anormalidade* no seu estado de saúde.

Em seu uso contemporâneo, porém, a palavra doença também passou a ser designada como "condição clínica ou condição médica", portanto, passível de uma intervenção que se impõe. "De fato, o novo conceito atribui à ação realizada ou prestes a se realizar o poder de definir a condição que se deve combater: hoje, quando os médicos entram em cena, é que o drama passa a representar uma doença¹⁶".

Para Boltanski¹⁷ há uma nova relação da doença com o conhecimento médico, tido como legitimador, "pois o objeto que o sujeito abandona às manipulações do especialista e ao seu discurso não é nada mais do que, no caso, o seu próprio corpo". Assim, a detenção do conhecimento oficial pelos médicos, gera angústias e tensões fazendo com que os sujeitos se sintam incapazes ou mesmo "ignorantes" frente a um universo para eles estranho, cujas regras e normatizações, desconhecem, mas que passam a gerir suas vidas a partir de um diagnóstico.

Os diagnósticos elaborados na atenção à saúde do trabalhador são baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID), que surgiu em 1893 como um acordo internacional

¹ O *Epi Info* é um software elaborado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para realizar análises estatísticas e epidemiológicas¹³.

para nomear as causas de morte nos diferentes países. A partir de 1948, o CID, bem como as suas revisões, passou a ser responsabilidade da Organização Mundial da Saúde, ampliando, para além das causas de mortalidade e morbidade, uma classificação de doenças e motivos de consulta¹⁸.

A partir das análises do banco de dados sobre os afastamentos do trabalho dos funcionários públicos municipais, destacam-se os diagnósticos de maior prevalência nos anos de 2013 e 2014, de acordo com a tabela apresentada a seguir.

Tabela 1: Atestados (CID) apresentados por servidores públicos no período de 2013-2014.

CID	Nº de Atestados	%	CID	Nº de Atestados	%	CID	Nº de Atestados	%
A	595	3,95	J	1.899	12,60	S	607	4,03
B	90	0,60	K	966	6,41	T	158	1,05
C	81	0,54	L	117	0,78	U	0	0,00
D	154	1,02	M	3.606	23,92	V	2	0,01
E	106	0,70	N	710	4,71	W	20	0,13
F	1.512	10,03	O	364	2,41	X	5	0,03
G	418	2,77	P	7	0,05	Y	3	0,02
H	795	5,27	Q	16	0,11	Z	1.491	9,89
I	401	2,66	R	950	6,30	Total	15.073	100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em dois anos, os servidores públicos municipais da cidade estudada, os quais somavam 5.859 trabalhadores em 2014, tiveram 15.073 atestados emitidos para o afastamento do trabalho. Estes representaram 260.054 dias de faltas ao trabalho, o que corresponde a uma média de 22 dias por ano, por servidor, de afastamento do ambiente laboral. A análise da tabela 1 indica que os principais agravos responsáveis por gerar os afastamentos foram em primeiro lugar as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-10 M), como as dores musculares, lesões por esforço repetitivo e doença osteomuscular relacionada ao trabalho, as quais representam 3.606 (23,92%) diagnósticos. Em segundo lugar estiveram as doenças respiratórias (CID-10 J) como as pneumonias, asma e bronquites, as quais somam 1.899 (12,60%) casos. E em terceiro lugar, objeto central deste estudo, os transtornos mentais e comportamentais (CID-10 F), os quais dizem respeito a 1.512 (10,03%) dos diagnósticos realizados.

Na pesquisa de Silva-Junior; Fischer¹⁹ sobre os benefícios previdenciários concedidos no Brasil entre os anos de 2008 e 2011, as doenças mentais e comportamentais também aparecem como a terceira principal causa de concessão de benefício auxílio-doença, assim como os resultados encontrados no contexto analisado. Também em estudo realizado por Pawlina; Campos et al²⁰ com trabalhadores do Nível Central da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso (SES/MT) no período de 2005-2006, as LER/DORT e os transtornos mentais, figuram entre as patologias prevalentes e responsáveis por elevado absenteísmo no trabalho. Nesse sentido, os autores destacam que as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M00 – M99) são a segunda principal causa de afastamentos do trabalho com 12,8% dos casos, e em terceiro lugar, com 9,3% de ocorrência, os transtornos mentais e comportamentais (CID F00 – F99).

No que diz respeito aos tipos de transtornos mentais diagnosticados no contexto estudado, observa-se o protagonismo da depressão, representado pelo CID F32, como demonstra a tabela 2.

Tabela 2: CIDs F prevalentes nos atestados entre servidores públicos municipais no período de 2013-2014.

CID F	Nº de Atestados	%	CID F	Nº de Atestados	%	CID F	Nº de Atestados	%
F01	1	0,07	F31	69	4,56	F48	6	0,40
F04	1	0,07	F32	689	45,57	F50	2	0,13
F06	2	0,13	F33	137	9,06	F51	2	0,13
F10	29	1,92	F34	6	0,40	F53	2	0,13
F11	1	0,07	F38	1	0,07	F54	1	0,07
F14	15	0,99	F39	10	0,66	F60	6	0,40
F19	10	0,66	F40	28	1,85	F63	1	0,07
F20	3	0,20	F41	325	21,49	F78	1	0,07
F23	6	0,40	F42	9	0,60	F80	1	0,07
F25	3	0,20	F43	115	7,61	F90	5	0,33
F29	1	0,07	F44	5	0,33	F91	4	0,26
F30	6	0,40	F45	7	0,46	F92	2	0,13
Total						1.512	100	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Como pode ser observado na tabela 2, dos 1.512 diagnósticos realizados em 2013 e 2014 nos servidores públicos municipais, referentes aos CIDs F dos transtornos mentais e comportamentais, os de maior prevalência são os relacionados à depressão, por meio do CID-10 F32 que corresponde aos "episódios depressivos" e o CID-10 F33 que engloba os "transtornos depressivos recorrentes, episódio atual leve" representando 54,63% do total. Em segundo lugar, aparece o CID-10 F41 relativos aos "outros transtornos ansiosos", responsável por 21,49% dos diagnósticos de transtornos mentais. Destaca-se que o total de atestados por CID F corresponde a 43.977 dias de afastamento durante o período estudado, ou seja, equivalem a 16,92% do total do período de afastamento dos servidores públicos municipais.

Ao encontro dos diagnósticos observados nesta pesquisa, vem alguns dados estatísticos sobre os transtornos mentais no Brasil, apresentados na 26ª Jornada da Associação Mineira de Medicina do Trabalho (AMINT), em novembro de 2012. Entre estes dados, relacionados aos CIDs F de maior prevalência nos motivos de afastamento do trabalho estão em primeiro lugar os transtornos do humor (depressão); em segundo, os transtornos neuróticos (transtornos ansiosos e reações ao estresse); e, em terceiro, os transtornos por uso de drogas e álcool (uso de álcool)²¹.

Na mesma direção dos estudos anteriormente apontados, Fleck et al²² trazem que dentre as doenças decorrentes das dificuldades relacionadas à organização no trabalho, a depressão é uma condição significativamente comum, que apresenta curso crônico e recorrente, sendo associada à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde física. Dados da OMS²³ para 2020 indicam que a depressão seja, possivelmente, a segunda doença mais prevalente no mundo, ficando atrás somente das doenças cardiovasculares.

Problematizando os dados epidemiológicos, Hernáez⁸ aponta que a ideia de uma "epidemia de depressão" vem desde a década de 1980 com o surgimento no mercado farmacêutico dos medicamentos conhecidos como Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), especialmente o Prozac®. Observa-se, que deste momento em diante há uma explosão nos diagnósticos de depressão e no uso destes fármacos. Interessante ressaltar que, para que a depressão pudesse se transformar na epidemia do século, foi necessária a constituição de uma teia de pequenas interações entre indivíduos frustrados e em sofrimentos do dia a dia e um aparato médico cada vez mais complexo e sofisticado²⁴.

Os autores supracitados também questionam estes diagnósticos, porque os critérios não se referem a explicações etiológicas, mas à descrição e à contagem dos sintomas e à interpretação das expressões do paciente. Essas servem como evidências mais ou menos diretas para corroborar a tese de supostas alterações bioquímicas nas sinapses neuronais, com diminuição dos

neurotransmissores, reduzindo, desta forma, o diagnóstico a uma questão meramente biológica, desconsiderando toda a história pregressa do indivíduo.

Nas palavras de Hernández⁸, “[...] o estado de ânimo reorganizado em anomalia é também o sintoma de uma lógica de dessocialização que embasa seu poder mistificador na apelação exclusiva a um mundo de vísceras e alterações neuroquímicas”. Assim, os diagnósticos em saúde mental são relacionados às queixas relatadas pelos indivíduos e enquadradas de acordo com o CID-10 em distúrbios passíveis de medicamentação, ao invés de retornarem como demandas oriundas de um dado contexto de trabalho que produz o sofrimento. Observa-se, nesse sentido, que na forma como se dá a assistência à saúde do trabalhador, a medicina se afirma como uma estratégia biopolítica que centra suas ações no corpo biológico, no seu controle a fim de extrair sua “docilidade” e “utilidade” como diz Foucault²⁵.

Notório salientar que os diagnósticos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais são baseados quase que exclusivamente nos sintomas apresentados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Nesse sentido o P4 do serviço de saúde do trabalhador menciona:

Várias vezes eu me questiono se esse diagnóstico está adequado, às vezes a gente conversa com os médicos aqui pra ver [...] Se o relato da pessoa aqui comigo normalmente é, ah choro muito, não consigo sair de casa, não consigo trabalhar, tenho vontade de ficar isolado, não quero conversar, não quero ver gente, normalmente vem o CID da depressão.

Observa-se que os indivíduos são reduzidos a uma classificação biologizante e medicalizante, e essa estratégia pode ter um impacto decisivo na maneira como cada pessoa se constitui como sujeito, operando dificuldades nas formas de resistência aos modos existentes de submissão da subjetividade²⁴. Para Foucault *apud* Caponi²⁶, “no momento em que a psiquiatria adquire a possibilidade de relacionar qualquer desvio, irregularidade, retardo, a um estado de degeneração, daí em diante conquistará uma possibilidade de ingerência indefinida sobre os comportamentos humanos”.

Na tabela 3 elencaram-se as ocupações com maior número de atestados relacionados aos transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 3: Números de atestados (CID F) e dias de afastamento por ocupações – anos 2013 e 2014.

Ocupação	Nº de atestados	Dias de afastamentos
Professor	811	20.063
Profissionais da enfermagem	120	4.415
Auxiliar de serviços externos e internos	94	4.091
ACS + Agente de endemias	93	1.135
Auxiliar e técnico administrativo	48	1.268
Outros	346	13.007
Total	1.512	43.979

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O maior número de atestados (811) é dos professores, os quais somam um total de 20.063 dias de afastamento, seguidos dos profissionais da enfermagem (120), com 4.415 dias de afastamento.

Para compreensão destes números, é necessário trazer elementos que possam auxiliar no entendimento das especificidades e dos desafios atuais da organização do trabalho como contribuintes para o processo de sofrimento psíquico. Assim, para Freitas²⁷, o trabalho docente após a segunda metade do século XX sofreu profundas transformações, especialmente

relacionadas ao processo de globalização e a expansão de novas tecnologias que promoveram mudanças significativas na sociedade e uma nova série de exigências ao trabalho do professor. Outro fator importante foi a massificação da educação pública no país, com a inclusão de outros grupos sociais que não tinham acesso à escola.

As principais queixas que evidenciam o sofrimento entre os docentes são relatadas como sentimentos de medo, estresse, angústia, ansiedade, depressão, fadiga e insatisfação associadas especialmente às dificuldades nas relações interpessoais²⁸. Outro aspecto fundamental à crise de identidade desta categoria profissional pode ser observado em relação às péssimas estruturas físicas das escolas e carência de recursos, o que contribui para acentuar as condições precárias de trabalho que refletem também no desgaste físico e emocional do professor²⁹.

Além dos professores, merecem destaque os índices de afastamento do trabalho por agravos dos trabalhadores da saúde, especialmente os profissionais da enfermagem, os agentes de endemias e agentes comunitários de saúde. Segundo Lunardi Filho e Leopardi *apud* Krug³⁰ o trabalho em saúde, como serviço,

[...] torna-se menos visível em todas as suas etapas, porque produto e consumo se confundem. O cliente é, ao mesmo tempo, objeto de trabalho (um objeto-sujeito) que se torna produto ao sofrer ações dos trabalhadores de saúde e que ao usufruir das mesmas, durante as etapas constitutivas dos diversos processos de trabalho em saúde, já as usufrui na qualidade de consumidor.

No trabalho em saúde, define-se como prioritário o "cuidado" ao outro que deve ser entendido na sua dimensão humana e social e não como "recurso". Também se faz necessário estimular a promoção de ambientes mais acolhedores e humanizados como preconizado pelo Ministério da Saúde, especialmente enfatizados na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS)³¹.

Silva-Junior; Fischer¹⁹ observam que os transtornos mentais e comportamentais são frequentes e normalmente incapacitantes, evoluindo com absenteísmo e queda de produtividade. Em relação à incapacidade para o trabalho, Helman³² considera que esta não é vista como um problema individual, e sim da sociedade, sendo "socialmente construída". A incapacidade se refere às inúmeras desvantagens sociais impostas aos indivíduos com restrições físicas ou psíquicas. Um dos exemplos, citado pelo autor, é o modo rotulador dado às pessoas portadoras de doenças psiquiátricas como forma de incapacidade para o labor e para a vida.

Observa-se que o diagnóstico sela para o trabalhador que sofre e para o seu entorno, o lugar do doente. Nas falas das usuárias pode-se observar que estas se referem ao seu sofrimento utilizando do diagnóstico médico: *"E a depressão é... Na verdade é aquilo que eu te falei: eu ainda não...eu passei várias etapas difíceis, então assim, eu ainda não estou totalmente curada, mas eu estou lutando"* (U1).

A percepção e o impacto do diagnóstico se refletem também no modo como o sujeito fala sobre a sua doença, como pode ser observado no relato: *"O meu diagnóstico é a depressão. Eu não sei qual é o CID (silêncio), não guardei. E o meu problema maior é a reincidência, sendo uma coisa muito instável, uma coisa que tem uma oscilação bastante grande"* (U2).

Para Dantas³³, a patologia passou a ser socialmente definida em função de diversas exigências e expectativas relacionadas a determinado contexto onde se inserem as relações humanas, familiares, profissionais e sociais do sujeito. Portanto, a "doença" constitui para muitas pessoas um verdadeiro "status social" e familiar, conferindo-lhes uma existência que provavelmente não teriam de outra forma.

Como o trabalho insere o indivíduo em um contexto social e o faz pertencente a um grupo, Castel³⁴ o considera uma forma de filiação social. Portanto, a possibilidade de perda deste "status", ou do que o autor denomina de "desfiliação social", é retirar do indivíduo parte da sua história, de sua constituição identitária e subjetiva. Neste sentido, muitos trabalhadores mantêm vínculos de trabalho precarizados como forma de pertencimento social, assim como o próprio atestado com o diagnóstico que comprove a incapacidade temporária, mas que mantém o

vínculo de trabalho, é uma forma de conservar o trabalhador filiado ao sistema de proteção social.

Estudos realizados por Brant e Gomez⁵ em relação ao sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho, demonstram que muitas vezes pela incerteza de um contexto de trabalho em dinâmica transformação, ocupar o lugar de "doente" ou a "identidade de deprimido" é o modo encontrado pelos trabalhadores para permanecer em segurança no emprego. O uso de psicoativos, neste sentido, "possibilita 'condições de trabalho' sem dar tanta atenção às questões pessoais e institucionais, às custas de afastamentos cada vez mais constantes, ou seja, por meio da transformação do sofrimento em adoecimento" ⁵.

A presença de distúrbios mentais e comportamentais e a sua alta prevalência entre os servidores públicos municipais, impacta além do sofrimento vivenciado pelos mesmos, em afastamentos do ambiente de trabalho por longos períodos. Observa-se, portanto, que na assistência à saúde do trabalhador, o diagnóstico é fundamental para a emissão do atestado.

3.2 O afastamento do trabalho frente aos transtornos mentais e comportamentais

O afastamento do trabalho é realizado por meio da emissão de atestados médicos, a qual é regulamentada pela Lei nº 605 de 1949³⁵ e define o atestado como forma de comprovação de incapacidade laboral temporária devido à enfermidade, na justificativa da ausência ao emprego. Para os servidores públicos municipais, conforme Lei complementar nº 131 de 05/12/2001, a licença para tratamento saúde é concedida com base na perícia médica e a remuneração não tem prejuízo. A remuneração é custeada nos primeiros quinze dias pelo Município e a partir do décimo sexto dia é custeada pela previdência social.

Os afastamentos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais identificados nos servidores públicos municipais podem ser visualizados na tabela a seguir.

Tabela 4: Período de afastamento, atestados (CID F) e dias de afastamento – anos 2013 e 2014.

Período de afastamento	Nº de Atestados	Dias de afastamento
0 - 10 dias	698	3.192
11 - 30 dias	428	8.383
31 - 90 dias	296	18.082
91 - 120 dias	38	4.255
121 - 180 dias	39	6.318
Maior que 180 dias	13	3.749
TOTAL	1512	43.979

Fonte: Elaborado pelas autoras.

De acordo com a tabela 4, o maior número de atestados com CID F é para períodos que variam entre 1 e 10 dias (698 que correspondem a 46,2%), considerando que muitos dos diagnósticos com esse número de dias incluem quadros de episódios moderados ou graves de depressão, com presença de sintomas psicóticos. Um dos profissionais de saúde justifica o porquê tantos atestados de períodos cursos para estes agravos:

Esses dias de fato é uma coisa que chama atenção, mas a gente não tem muito acesso, não se entende como é que se chegou a isso (silêncio). Por vezes é o período para ajuste da medicação que está mudando, alterando a dosagem, então ali ficam claros alguns porquês. A pessoa vai ficar meio sonolenta, ou não vai conseguir dormir, ou não vai conseguir acordar e então fica afastada esses dias para ver como o organismo vai responder à medicação (P4).

Em estudo realizado por Cavalheiro; Tolfo³⁶ em uma universidade pública do sul do país, nos setores de Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho, avaliando-se os prontuários dos servidores afastados no período de julho a dezembro de 2009 por diagnósticos de depressão, chamou a atenção das autoras aspectos referentes aos históricos de afastamento. Foram considerados como períodos curtos de afastamento períodos de 1 a 20 dias, dado que correspondeu a 91% da população pesquisada.

Percebe-se que estas características relacionadas ao tempo de afastamento mostram que há uma evolução do sofrimento psíquico, que acaba por se consolidar como um agravo em saúde mental, incapacitando o trabalhador para o exercício de suas atividades laborais. Para o P3: *“Nos servidores que voltam a trabalhar é recorrente o número de atestados, volta o atestado. Ah, atestado de 120 dias, aí volta um mês, pega atestado de 60 dias e fica nessa condição por muito tempo, então é muito comum isso”*.

Nos estudos realizados por Magro et al³⁷ com trabalhadores das agroindústrias, observou-se que o atestado pode ser utilizado como uma forma de resistência do indivíduo às condições de trabalho precarizado e os afastamentos transformados em objetos de disputa e conflitos nas relações de poder entre trabalhadores, empregadores e profissionais de saúde. Estas características também são observadas neste contexto de trabalho no serviço público municipal:

O absenteísmo na prefeitura é muito alto, as pessoas não têm interesse de melhorar, por quê? Por várias razões, uma delas é que eu acho que assim, eu sou bem radical em algumas coisas! Vou te dar um exemplo: você ganha R\$ 1.000,00, você quer trabalhar 8 horas e ir para o trabalho ou prefere ganhar R\$ 1.000,00 em casa? Não muda o teu salário. As pessoas que se acostumam com isso não querem voltar ao trabalho então o nosso índice de absenteísmo, com isso é muito alto (P2).

Para Dejours³⁸, uma das formas de resistência individual às condições hostis de trabalho pode ser representada pelo absenteísmo:

[...], pois o sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica, só a doença é admissível. Por isso, o trabalhador deverá apresentar um atestado médico, geralmente acompanhado de uma receita de psicoestimulantes ou analgésicos. A consulta médica termina por disfarçar o sofrimento mental: é o processo de medicalização³⁸.

O P3 também menciona o afastamento do trabalho como uma forma de resistência do trabalhador a determinadas condições de trabalho: *“É muito comum a pessoa se sentir desprezada na atividade que faz e procurar o subterfúgio de um atestado para tentar se readaptar numa outra função em que nem vai ganhar mais,mas vai se sentir melhor”*.

Muitos profissionais do serviço de saúde do trabalhador questionam os atestados médicos porque entendem que muitas vezes são usados pelos servidores para obter um ganho secundário. Esta percepção também foi levantada no estudo de Oliveira³⁹ em pacientes com dores crônicas. O autor observa que há dificuldades também para os médicos de diagnosticar algo que não é simplesmente fisiológico, e sim, baseado em sintomas que não podem ser mensurados e como neste sentido, os trabalhadores se utilizam dos atestados para benefício de concessões previdenciárias.

A partir do exposto, pode-se visualizar que a produção do adoecimento está intimamente relacionada à atribuição de um CID, a emissão de um atestado e a prescrição de um medicamento. Assim, cria-se o lugar de doente que vai refletir no modo como o trabalhador se vê e como se reconhece a partir de um diagnóstico.

Importante observar quem são os profissionais responsáveis pela emissão dos atestados no contexto estudado:

[...] eles vêm com o afastamento pelo clínico geral, isso é muito comum. Eu acho que 90% dos afastamentos é por ginecologista, por clínico geral, por ...logistas (risos). No CID, relacionado ao CID F, a gente faz assim, faz a conversa, encaminhamento para psicoterapia ou para o psiquiatra. Quem tem muito tempo de afastamento, por exemplo, o clínico geral acompanhando e tu vê que não tem uma melhora, a gente faz o encaminhamento pro psiquiatra (P1).

Dantas³³ também enfatiza uma pesquisa americana que indicou que cerca de 40 a 60% dos atendimentos em saúde mental eram realizados por médicos generalistas, na esfera da Atenção Básica. Outro aspecto de extrema relevância é a dificuldade apresentada por estes médicos em estabelecer diferenças entre “sofrimento físico” e “sofrimento psíquico”. Neste sentido, o papel do serviço é de fundamental importância na orientação prestada ao servidor público municipal. Quando há um acompanhamento dos processos de adoecimento e da repetição dos atestados sem observação de melhora no quadro clínico do trabalhador, outras medidas podem ser tomadas na tentativa de melhorar o problema.

Desta forma, pode-se notar, que o serviço em questão, que seria o responsável e que disporia de meios para intervir nas condições de trabalho e verificar aspectos relacionados ao mesmo, antes de iniciar com o processo de medicalização, avaliando o diagnóstico, os motivos de afastamento e as queixas, sente-se impotente para fazê-lo, pois quando o servidor chega até o serviço, já é tarde, ele já procurou e fez outros percursos. Assim, observa-se que a medicalização está no tecido social e extrapola um profissional ou um serviço específico.

3.3 Papel do medicamento na atenção à saúde mental

De acordo com os profissionais que atendem no serviço de atenção à saúde do trabalhador, todos os trabalhadores que recebem atestado de mais de cinco dias com o CID F, fazem uso de medicação. Os fármacos mais prescritos foram a fluoxetina e a paroxetina como antidepressivos e o clonazepam como ansiolítico.

Atualmente, os psicofármacos se tornaram uma panaceia no enfrentamento de qualquer mal-estar da civilização, dos sofrimentos e das situações inerentes à tragicidade da vida. Qualquer pequena alteração pode ser “aliviada” com o uso de pílulas coloridas, substituindo qualquer reflexão do indivíduo às suas dores e angústias⁴⁰.

A prescrição e o consumo excessivos de antidepressivos e benzodiazepínicos possuem um poder hegemônico na relação consumidor/mercadoria, criando modelos mundiais sobre a subjetividade⁸. Nesse sentido, o P3 aponta:

Ah, a gente vendo outros países e comparando o Brasil é o que mais consome drogas psicoativas. Alguma coisa está errada, ou nos outros países todos ou no nosso país. E a pessoa também não consegue mais lidar com as ansiedades, tudo vai para o remédio. Então acho que está muito fácil o remédio, está muito acessível.

A medicalização das emoções como meio de alcançar a felicidade, implica alguns limites éticos, pois o uso da psicofarmacologia pode atuar como um meio de controle social, econômico e político das populações. Em relação aos trabalhadores e profissionais de saúde que os atendem, esta é uma das formas encontradas para lidar com o mal-estar gerado, muitas vezes, no ambiente laboral, tornando-se uma das alternativas centrais para enfrentamento dos problemas.

O avanço das tecnologias médicas e farmacológicas encontra eco em propagandas na mídia como capazes de operar milagres, mudando a vida das pessoas que consumirem seus produtos. A atuação médica não fica restrita apenas à extinção das patologias físicas, estendendo-se também às doenças psíquicas, cujas dificuldades são todas reduzidas ao orgânico. Assim, ou o indivíduo melhora com um medicamento, ou há possibilidade de troca, pois

não se admite falha no lado da ciência. “O universal não falha, apenas o particular, que insiste teimosamente em não se adequar a ele⁴¹”.

A grande questão aqui postulada é que para haver utilização de medicamentos com ação sobre as doenças psíquicas, há necessidade de uma prescrição médica, visto se tratar de substâncias que possuem ação sobre o sistema nervoso central e muitas, passíveis de causar dependência. Então o que norteia a prescrição médica destas substâncias na “era dos transtornos mentais”?

Nas entrevistas realizadas com os profissionais do serviço de atenção ao servidor, uma das falas tem um significado que remete à reflexão do porque isso acontece e qual o papel dos serviços de saúde. De acordo com o P3:

Hoje em dia, poucos profissionais têm tempo suficiente para ouvir os pacientes. Então acaba sendo utilizada a medicação, que é mais fácil. Ouvir, tentar entender, fazer uma terapia que precisa várias sessões e precisa que a pessoa também se ajude às vezes se torna inviável pelo custo, tem paciente que não se interessa e é muito mais fácil tu dar um comprimidinho pra ele tomar de noite e o paciente vai pra casa feliz por que ele ganhou o remédio.

Nas pesquisas realizadas por Hernández⁸, o autor afirma que o excesso de prescrição de psicofármacos se dá porque os sistemas de saúde e suas funções burocráticas impactam na falta de tempo para a realização das consultas e o aumento da demanda também contribuem para se personificar a doença e os tratamentos em detrimento do doente enquanto sujeito e sua história.

Estudo realizado em um Ambulatório de Saúde Mental num pequeno município paulista, Ferrazza; Rocha et al⁴⁰ observaram como eram realizadas a prescrição de psicoativos e suas circunstâncias, além dos sintomas ou queixas relatadas pelos usuários, no momento das consultas ou nos prontuários. Os resultados foram surpreendentes, visto que 99% das pessoas receberam tratamento com prescrição de psicofármacos. Os dados também revelam que oito em cada dez pessoas atendidas pelo setor de psiquiatria do serviço não receberam qualquer determinação diagnóstica, mas todas saíram com prescrição de medicamentos.

Interessante análise faz Dantas³³ quando afirma que:

As diversas formas de intervenção no domínio do psíquico favorecem a constituição de um mercado contemporâneo do sofrimento psíquico extremamente elástico e enriquecido por novas modalidades de representação do sofrimento psíquico que dilata o repertório diagnóstico e o registro da prescrição de medicamentos. Com efeito, a ação curativa conduzida em nome do sentimento de bem-estar psíquico, condiciona a esse respeito uma exigência inédita do consumidor: a gestão da dor, os efeitos dos conflitos no trabalho ou a ruptura dos laços sociais ou conjugais, o enfrentamento de situações de stress, os comportamentos compulsivos de toda natureza, a hiperatividade, dentre outros.

Uma das falas dos profissionais (P4) questiona sobre o uso de medicamentos: “Muitas pessoas nessa situação, querem ser ouvidas, querem um espaço para falar daquilo que estão sentindo, ficam apavoradas de sair com receitas médicas e perguntam ‘será que eu estou tão mal assim que eu preciso da medicação’”?

Observa-se, desta forma, que o medicamento também contribui para selar o papel de doente e o lugar da doença na vida do sujeito. Neste sentido, Caponi²⁶ enfatiza que há diferentes estratégias terapêuticas e diferentes modos de se estabelecer um diagnóstico e que o poder do médico, especialmente do psiquiatra é constituído pelos interrogatórios e pelas drogas.

Numa pesquisa realizada com graduandos de uma faculdade de medicina no país, observou-se que mais de 90% dos estudantes não eram capazes de identificar as interações medicamentosas de fármacos de uso frequente na prática clínica. Também demonstrou que umas das fontes de busca de informações utilizadas para atuais e futuras prescrições é o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), um compêndio das bulas dos produtos

farmacêuticos elaborado pelos laboratórios, tendo destaque como principal fonte de referência⁴².

Estima-se que atualmente mais de cem milhões de pessoas no mundo utilizam psicofármacos. Só para o Prozac® – não considerando todas as outras apresentações comerciais da fluoxetina- calcula-se uma quantidade em torno de 54 milhões de consumidores⁸. Os benzodiazepínicos estão entre os fármacos mais prescritos no mundo, especialmente por possuírem propriedades sedativas, ansiolíticas, antiepiléticas, hipnóticas, amnésticas e de relaxamento muscular, sendo utilizados para o tratamento de diversas patologias psiquiátricas e no tratamento da síndrome de abstinência a outras drogas, como o álcool, por exemplo. Seus efeitos adversos incluem sedação, incoordenação motora e dependência. Não devem ser utilizados em gestantes, prescritos para os pacientes idosos com cautela, pelo risco de quedas e fraturas⁴³.

Esta questão do uso da medicação é observada pelo P3 quando diz:

Alguns pacientes já são medicados de longa data e aceitam porque aquilo vira uma verdade absoluta e se confortam com a medicação e vão tomando sem questionar muito. Poucos são os que realmente tem conhecimento do que estão tomando e para que serve, pois é muito comum as pessoas usarem antidepressivos e vim aqui falar que é porque estava nervoso ou ansioso ou até o contrário, que está tomando ansiolítico ou remédio para psicoses e dizer que estava deprimido [...]. Às vezes usam vários ansiolíticos e mais antidepressivo, vai com o colega que prescreve um, vai para outro que prescreve outro e acabam tomando os dois.

Caponi²⁶ em seu livro *“Loucos e Degenerados”* faz uma leitura do nascimento da psiquiatria ampliada, especialmente embasada nas obras de Foucault. Lembra que “[...] a psiquiatria transformou-se no espaço de saber privilegiado para garantir a defesa das sociedades de qualquer fato que possa representar uma ameaça à ordem interior, seja o crime, o alcoolismo, a loucura ou a degeneração da raça²⁶”.

A crença cega no medicamento, que é tido como o instrumento terapêutico primordial por uma psiquiatria massificante na modernidade, atende aos desejos de uma sociedade de consumo cada vez mais alicerçada e regida pela funcionalidade, pela lógica dos excessos e pela melhora na performance, destituindo a condição de sujeito numa sociedade voltada para a lógica do desempenho³³.

Para Martins⁴¹, a banalização da psiquiatria pelo consumo de massa que transforma tudo em transtornos traz certa comodidade, pois, reduzidos os distúrbios a causas meramente orgânicas, não há necessidade de questionar-se, de recriar-se e de refazer-se frente aos problemas cotidianos. Neste sentido, os medicamentos podem ser úteis, porém, são apresentados como bens de consumo carregados de ‘valores simbólicos’.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o adoecimento mental do servidor público municipal em cidade de Santa Catarina. Na análise do perfil de adoecimentos desses trabalhadores, por meio de entrevistas com usuários e profissionais de saúde do serviço estudado e da análise dos atestados dos anos de 2013 e 2014, observou-se que as doenças mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar como motivo de afastamentos do trabalho, sendo 82% servidores lotados nas secretarias de educação e saúde do município.

Entre as ocupações com maior número de atestados encontram-se os professores, os auxiliares de serviços internos e externos e os profissionais da enfermagem, além de agentes de endemias e agentes comunitários de saúde. Outro dado que chamou a atenção foi em relação aos poucos dias de afastamento concedidos aos servidores públicos com diagnósticos de depressão e transtornos de ansiedade, que se encontram entre os CIDs mais prevalentes. Verificou-se também, que todos os diagnósticos em saúde mental geraram um atestado e vieram acompanhados de prescrição de psicofármacos.

A medicalização pode ser amplamente percebida nos processos de adoecimento mental analisados, em que ocorre a naturalização das aflições humanas e sua organização em doenças que se amplificam e que são solucionadas com a utilização de psicofármacos. Estas estratégias biopolíticas e bioeconômicas das indústrias médica e farmacêutica contribuem para a mercantilização (antidepressivo como mercadoria), dissimulação das relações sociais que produzem a aflição e alteram o estado de ânimo, enredando os atores em redes de consumo, medicalização e hegemonia⁸.

O poder sobre a vida, lembrando Foucault, acontece especialmente sobre a disciplina do corpo e a gestão da população. A medicina da força de trabalho nasceu como modo de domínio sobre a classe trabalhadora mais empobrecida e o poder concedido ao médico para legitimar a doença acaba por diminuir a autonomia do 'sujeito doente' sobre sua própria vida.

Observou-se desta forma, que o modelo biomédico vigente, que considera o corpo como máquina em suas partes fragmentadas é hegemônico no tangente à saúde do trabalhador, pois o tratamento individual desloca a visão social e coletiva dos processos de saúde/doença do ambiente laboral, culpabilizando o sujeito por sua doença, ao invés de modificar as condições de trabalho que o estão fazendo adoecer. Esta cultura do adoecimento perpassa muitos outros espaços da vida, além do contexto de trabalho.

Conclui-se assim, a urgência e a necessidade de romper com o processo de medicalização que se produz na atenção à saúde mental do funcionalismo público municipal. Nesse sentido, é imprescindível propor estratégias que visem aos processos de resignificação do sofrimento no trabalho, fortalecendo a identidade do sujeito e dos coletivos de trabalhadores como protagonistas do processo de trabalho, saúde e doença.

Referências Bibliográficas

1. Antunes R. Desenhando a nova morfologia do trabalho e suas principais manifestações. In.: Merlo, ARC et al. Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.
2. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.
3. Luz PM. (Tese). A influência da ideologia gerencialista nas transformações do mundo do trabalho e na utilização do trabalho emocional. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília. 2010.
4. Gomes DC; Sória, S. Geração REUNI: quem são e o que pensam os docentes das IFES interiorizadas na Região Nordeste. In: Melo PB; Campos LHR. A interiorização recente das Instituições públicas e gratuitas de ensino superior do Norte e Nordeste: efeitos e mudanças. Recife, FUNDAJ, 2014. (Relatório de Pesquisa)
5. Brant LC; Gomez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 939-952, dez. 2005.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25812&Itemid=9. Acesso em 06.04.2016.
7. Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social (AEPS), Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – volume 21 – Brasília: MPS/DATAPREV, 2012.
8. Hernández ÁM. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, et al (org.). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul, 2010.
9. Collares CAL; Moysés MAA. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: Collares CAL; Moysés MAA, et al. Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2013.
10. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 12 de dez. 2012.
12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
13. Wagner MB. O programa Epi Info e a avaliação do estado nutricional. *J Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 4, p. 207-208, 1997.
14. Bruni AL. Estatística aplicada à gestão empresarial. São Paulo: Atlas, 2010.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
16. Bauman Z. 44 cartas do mundo líquido moderno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2011.
17. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

18. Laurenti R. Pesquisas na área de classificação de doenças. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 112-126, 1994.
19. Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 186-190, fev. 2014.
20. Pawlina MMC, Campos AF, et al. Características de absenteísmo entre trabalhadores da saúde: Nível Central da Secretaria de Estado de Saúde/MT de 2005 a 2006. *Rev. Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 33, p. 173-194, 2009.
21. Machado MCP. Transtornos mentais: dados estatísticos. 26ª Jornada da AMINT. Belo Horizonte: novembro de 2012.
22. Fleck MP, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão (Versão Integral). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 31, supl. 1, p. 7-17, 2009.
23. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra. <http://www.who.int/whr/2001/en/>, 2001. Acesso em: 12.07.2015.
24. Caponi S. O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação. In: Caponi S, et al (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010.
25. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
26. Caponi S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
27. Freitas LG. Docentes, seu trabalho e a dinâmica de prazer-sofrimento. In: Freitas LG (coord.). *Prazer e sofrimento no trabalho docente: pesquisas brasileiras*. Curitiba: Juruá, 2013.
28. Fleury ARD, Macêdo KB. O sofrimento, as defesas e as patologias de professores de uma IES pública. In: Freitas LG (coord.). *Prazer e sofrimento no trabalho docente: pesquisas brasileiras*. Curitiba: Juruá, 2013.
29. Traesel ES, Merlo ARC. A psicodinâmica do trabalho docente no contexto de uma escola pública do Rio Grande do Sul. In: Freitas LG (coord.). *Prazer e sofrimento no trabalho docente: pesquisas brasileiras*. Curitiba: Juruá, 2013.
30. Krug SBF (Tese). *Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde*. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.
31. Brotto TZA, Dalbello-Araújo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, dez. 2012.
32. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre; Artmed, 2009.
33. Dantas MA. *Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão*. Curitiba: Juruá, 2009.
34. Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
35. Brasil. Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949. Dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.
36. Cavalheiro G, Tolfo SR. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF (Impr.)*, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 241-249, ago. 2011.
37. Magro MLPD, et al. Intensificação e prolongamento da jornada de trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes e seus impactos na saúde dos trabalhadores I. *Cad. psicol. soc. trab.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 67-83, jun. 2014.
38. Dejours C, 1949. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez, 1992.
39. Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 58, n. 2A, p. 360-365, jun. 2000.
40. Ferrazza DA, Rocha LC, et al. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerias: Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 255-265, jul. 2013.
41. Martins A. Religiões e tecnologias médicas: soluções mágicas contemporâneas- uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott. In: Barros JAC, et al. *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: ANVISA, 2008.
42. Barros JAC. Ampliando espaços para a "medicalização": instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: Caponi S, et al. (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010.
43. Diehl A, et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Artigo Recebido: 06.04.2016

Aprovado para publicação: 09.03.2017

Ana Cristina Acorsi

Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

Avenida Senador Atilio Fontana, 591 E Bairro Efapi

CEP: 89809-000 Chapecó, SC - Caixa Postal: 1141 - Fone: (49) 33218000

Email: aetges@unochapeco.edu.br
