UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

JULIANA DE ALMEIDA PRADO

Depressão e absenteísmo-doença: estudo dos fatores associados em amostra de trabalhadores de universidade pública do Estado de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO

2018

JULIANA DE ALMEIDA PRADO

Depressão e absenteísmo-doença: estudo dos fatores associados em amostra de trabalhadores de universidade pública do Estado de São Paulo

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Saúde Mental

Programa: Saúde Mental

Orientador: Professor Titular Jair Lício Ferreira
Santos

RIBEIRÃO PRETO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Prado, Juliana de Almeida

Depressão e absenteísmo-doença: estudo dos fatores associados em amostra de trabalhadores de universidade pública do Estado de São Paulo.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Saúde Mental – 2018

Orientador: Jair Lício Ferreira Santos

1. Depressão; 2. Absenteísmo-doença; 3. Ocupacional; 4. Fatores associados.

NOME: PRADO, Juliana de Almeida

TÍTULO: Depressão e absenteísmo-doença: estudo dos fatores associados em amostra de trabalhadores de universidade pública do Estado de São Paulo.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr._____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____Instituição_____

Julgamento_____Assinatura_____

Dedicatória

Aos meus pais, por me darem o exemplo de resistência e perseverança.

A Giovanni, Antonio e Ana, pela inspiração, cuidado e paciência, mil vezes.

Agradecimentos

Ao meu querido orientador, professor Jair Lício, que sempre confiou em mim, até quando eu mesma tinha dúvidas, e se manteve em todos os momentos a postos para me orientar respeitando o meu tempo e as minhas necessidades. Meu mais profundo respeito e admiração por você e pela relação que construímos.

Ao meu chefe Walnei Fernandes Barbosa, por me apresentar o universo da saúde do trabalhador e ser um exemplo de competência, dedicação e paixão pelo que faz. Deixo aqui registrado que é um enorme privilégio ser sua colega de trabalho e que vou levar para minha vida profissional um modelo muito próximo do ideal de respeito, cumplicidade e relacionamento de equipe. Muito obrigada por tudo!!!

À professora Maria Luiza Gava Schmidt por quem desenvolvi grande respeito e admiração. Uma das autoridades nacionais na área da saúde mental dos trabalhadores, me comoveu pelo seu ativismo e seriedade, não medindo esforços para se envolver em praticamente todas as ações da Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador da UNESP e desenvolver uma reconhecida e premiada rede de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental dos trabalhadores da universidade. Obrigada pela parceira, pela orientação e direcionamento bibliográfico que foram fundamentais na condução desta tese.

À Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), meus professores e todos os meus colegas de trabalho, quero registrar meu eterno agradecimento. Sinto que fui acolhida pela instituição, onde realizei minha graduação e especialização e que me serviu de campo de estudo no mestrado e doutorado. Obrigada pela confiança, suporte e parceira para que eu conduzisse toda a minha formação profissional. Hoje me sinto muito realizada pessoal e profissionalmente porque sei que construí uma carreira, mas também, parcerias e amizades para uma vida.

RESUMO

PRADO, J. A**. Depressão e absenteísmo-doença: estudo dos fatores associados em amostra de trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo.** 2018. 156 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma condição de saúde muito prevalente na população geral e de trabalhadores e está associado a grande impacto socioeconômico, principalmente às custas da incapacidades funcionais e queda da produtividade. Dados da OMS apontam a depressão como a principal causa de YLD no mundo. No Brasil, é a terceira causa de concessão dos benefícios do INSS, sendo que ambas têm estimativas crescentes para a próxima década. As mudanças que vêm ocorrendo no universo do trabalho, desde metade do século XX, podem estar relacionadas o aumento da prevalência de absenteísmo-doença por depressão, principalmente às custas de exposição dos trabalhadores a fatores psicossociais mais adversos e, também, pela maior exigência de habilidades e recursos mentais pelo mercado de trabalho. Assim, pensar estratégias de ação em saúde do trabalhador que modifiquem os elevados índices de adoecimento e afastamento do trabalho passa, necessariamente, por conhecer os fatores associados a estes desfechos. A literatura disponibiliza dados sobre estes determinantes, mas não há registros realizados em território nacional. E este estudo pretende contribuir com esta lacuna ao estudar os fatores associados ao absenteísmo-doença em amostra de trabalhadores formais com TDM de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Para esta finalidade, primeiramente foi feita validação de uma escala para caracterização objetiva da funcionalidade em sujeitos com TDM (N=44 casos e 44 não casos), a escala FAST. Em seguida, uma amostra de 172 trabalhadores, recrutados em serviços de saúde do trabalhador e assistencial especializado e que tiveram diagnóstico de TDM a partir da M.I.N.I., foi dividida em dois grupos: ativos no trabalho (N=76) e em absenteísmo-doença (N=96). A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista face a face para aplicação do questionário elaborado para este estudo. A amostra foi caraterizada a partir dos dados socioeconômicos, hábitos e estilo de vida, funcionalidade a partir da escala FAST, condições e fatores psicossociais no trabalho, características clínicas e de personalidade. A comparação entre os grupos foi realizada por meio de análises bivariadas pelo teste de Fisher e o estudo dos fatores associados ao absenteísmo-doença foi feita por meio da regressão logística multivariada, no modelo hierarquizado, no programa STATA 13. Para todas as análises, foram consideradas significativas aquelas com *p value* menor que 5% com IC 95% e a importância relativa dos fatores sobre o desfecho foi avaliada pelo *Odds Ratio*. A taxa de resposta foi de 89,2%. Houve predomínio de mulheres (72,1%), da faixa etária de 50 a 54 anos (29,6%), casados (72,6%) e com escolaridade nível fundamental ou médio (80,2%). O grupo de ativos foi composto por 76 sujeitos (44,18%) e o de inativos por 96 (55,81%). Os resultados encontrados apontaram que a funcionalidade aferida a partir da escala FAST é bastante impactada pelo episódio depressivo e está diretamente relacionada à severidade dos sintomas. Sobre o absenteísmo-doença, os resultados apontaram que o determinante mais incisivo foi a severidade da depressão (OR 86,3 [IC 95%: 7,57 – 984,4]), seguida, de maneira menos impactante, pelos determinantes ocupacionais como autonomia e trabalho estressante como fatores de risco e trabalho interessante como fator de proteção. Em relação às características pessoais, ter boa habilidade para lidar

com adversidades se mostrou fator de proteção para o desfecho. Observa-se a complexidade das relações entre os determinantes e o desfecho apontando que as estratégias de intervenção devem ser multidisciplinares e intersetoriais.

Palavras-chave: Depressão. Absenteísmo-doença. Ocupacional. Fatores associados.

ABSTRACT

PRADO, J. A**. Major Depressive Disorder and absenteeism: study of factors associated with in sample of workers of a public university in São Paulo, Brazil, 2018. 154 fls.** Thesis (Doctorate) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Major Depressive Disorder (MDD) is a health condition very prevalent in the general population and of workers and is associated with great socioeconomic impact, mainly at the expense of functional disability and falling productivity. WHO data indicate depression as the main cause of YLD in the world. In Brazil, is the third cause of granting the benefits of INSS, both of which have increased estimates for the next decade. The changes that have been taking place in the world of work, since the mid-twentieth century, can be linked the increased prevalence of absenteeism for depression, mainly at the expense of workers exposure to psychosocial factors more in adverse and greater demand for skills and mental resources by the labour market. So, think action strategies on occupational health that modify the high rates of illness and departure from work passes, necessarily, to meet the factors associated with these outcomes. The literature provides data on the determinants, but there are no records held in the national territory. The aim of this study was to observe the factors that associate with the absenteeism in subjects with MDD in sample of formal workers of a public university in São Paulo, Brazil. It is a cross-sectional study in convenience sample of selected workers in specialized social assistance and occupational health of the university. Totaled if 172 workers diagnosed with MDD from M.I.N.I. that were divided into two groups: active at work (N76) and in absenteeism (N=96). The data collection was made by using face-to-face interview for application of the questionnaire developed for this study. The sample was characterized from the socioeconomic data, habits and lifestyle, functionality from FAST scale, conditions and psychosocial factors at work, clinical characteristics and personality. The comparison between the groups was performed by means of bivariate analyses by Fisher´s test and the study of factor associated with absenteeism was made by means of multivariate logistic regression, hierarchical model in STATA program 13. For all analysis, were considered significant with p value <5% and the importance on the factors about the outcome was assessed by the Odds Ratio. The response rate was 82,2%. There was a predominance of women (72,1%), age 50 to 54 years (29,6%), married (72,6%) and with fundamental level or medium education (80,2%). The active group was composed of 76 subjects (44,18%) and the absenteeism group for 96 (55,81%). The results showed that the measured feature from the FAST scale is very impacted by the MMD and is directly related to the severity of symptoms. About the absenteeism, the results showed that the most incisive determinant was the severity of depression [OR 86,3 (ic95% 7,57-984,4)], then in a manner less impact by occupational determinants such as autonomy and stressful job as risk factors and interesting work as protection factor. In relation to personal characteristics, have good ability to handle adversity proved to factor the outcome. Noted the complexity of the relationship between the determinants and the closure pointing out that the intervention strategies must be multidisciplinary and intersectoral.

Keywords: Major Depressive Disorder. Absenteeism. Occupational. Factors associated.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGF	Escala de Avaliação Global de Funcionamento
APA	*American Psychiatric Association*
AU	*Alcohol Use Identification Test*
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – 10° edição
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade
COSTSA	Coordenadoria de Saúde e Sustentabilidade Ambiental
DALY	Disability Adjustment Lost Years
DSM IV	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4° edition*
DMS V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 5° *edition*
ECA	*Epidemiological Catchment Area*
FAST	*Functional Assesment Short Test*
HALE	*Healty Life Expectancy*
GBD	*Global Burden of Disease*
GHQ	*The General Heatlh Questionnaire*
HAM D	Escala de Hamilton de Avaliação de Depressão
HC/UNESP	Hospital das Clínicas da UNESP
ILO	*International Labor Organization*
LIDO	*Longitudinal Investigation of Depression Outcomes*
M.I.N.I.	*Mini International Neuropsychiatric Interview*
MhGAP	*Mental Health Gap Action Program*
STS	Seção Técnica de Saúde
TM	Transtornos Mentais
TDM	Transtorno Depressivo Maior
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OD	*Odds Ratio*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RRR	Razão do Risco Relativo
SF-20	*Short Form Health Survey*
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USP	Universidade de São Paulo
YLD	*Years Lost Disease*
YLL	*Years Lost Life*
WHO	*World Health Organization*
WSAS	*Work and Social Adjustment Scale*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fatores psicossociais no trabalho.....64

Figura 2 - Curva ROC para discriminar eutímico de leves, moderados e graves.....87

Figura 3 - Curva ROC para discriminar eutímicos e leves de moderados e graves.....88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das prevalências de TDM codificadas conforme a CID 10, segundo e status ocupacional.....102

Gráfico 2 – Distribuição das comorbidades psíquicas apresentadas pelos trabalhadores, segundo o status ocupacional.....103

Gráfico 3 – Histórico de licenças-saúde em sujeitos com TDM nos últimos 120 dias, segundo o status ocupacional.....104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de Episódio Depressivo Maior (EDM) em dezoito países (2011).....26

Tabela 2 - Prevalências dos Transtornos Mentais nas Américas, 2013.....27

Tabela 3 - Distribuição e taxas brutas e ajustadas de DALY, segundo o sexo, e suas 10 principais causas específicas no Brasil, 2008.....31

Tabela 4 - Taxas de DALY por 100 mil indivíduos atribuíveis a cada transtorno mental em 2015, segundo o sexo, no Brasil.....33

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra total incluída no estudo das propriedades psicométricas da escala FAST, segundo a presença ou ausência de TDM (N=88).....83

Tabela 6 – Caracterização da funcionalidade da amostra total incluída no estudo a partir da escala FAST, segundo a presença ou ausência de TDM (N=88).....84

Tabela 7 – Validade concorrente: correlações entre escore total e de subescalas da FAST com escore total da GAF.....85

Tabela 8 - Valores obtidos e esperados na aplicação da FAST e correlações *Kappa* ponderado.....86

Tabela 9 – Validade de construto convergente: correlações entre escores das subescalas com escore total da FAST.....88

Tabela 10 - Caracterização descritiva das escalas de funcionalidade nos servidores ATIVOS (n=96).....89

Tabela 11 - Caracterização descritiva das escalas de funcionalidade nos servidores INATIVOS (n=76).....90

Tabela 12 – Caracterização da funcionalidade, segundo status ocupacional (N=172)....91

Tabela 13 - Características socioeconômicas, segundo a funcionalidade geral por tercil, em trabalhadores com TDM (N=172).....91

Tabela 14 – Características ocupacionais, segundo a funcionalidade geral por tercil, em trabalhadores com TDM (N=172).....92

Tabela 15 - Características clínicas, segundo a funcionalidade geral por tercil, em trabalhadores com TDM (N=172).....93

Tabela 16 - Descrição da funcionalidade geral e por domínio da FAST segundo a gravidade da depressão (N=172).....94

Tabela 17 - Resultados da Regressão Logística Multinomial para as variáveis associadas à FUNCIONALIDADE (por tercil) em trabalhadores com TDM.....95

Tabela 18 - Características socioeconômicas da amostra, segundo status ocupacional (N=172).....96

Tabela 19 - Caracterização do TDM, segundo o status ocupacional (N=172).....98

Tabela 20 - Características ocupacionais da amostra, segundo status ocupacional (N=172).....100

Tabela 21 - Características relacionadas ao estilo de vida, saúde física e traços de personalidade dos trabalhadores, segundo o status ocupacional (N=172)...102

Tabela 22 - Análise da Regressão Logística Multivariada e Hierarquizada dos fatores associados à incapacidade para o trabalho em trabalhadores com TDM (N=172).....105

SUMÁRIO

1. Justificativa.....18

2. Introdução.....21

2.1. Transtorno depressivo maior: quadro clínico, curso e diagnóstico.....22

2.2. Transtorno depressivo maior: prevalências e ônus associado.....25

2.3. Prejuízos funcionais no transtorno depressivo maior.....35

2.4. O conceito de funcionalidade.....41

2.5. Instrumentos de mensuração de funcionalidade e a *Functional Assessment Short Test* (FAST).....44

2.6. Funcionalidade para o trabalho: absenteísmo-doença e transtorno depressivo maior.....46

2.7. Transtorno depressivo maior e universo contemporâneo do trabalho..51

2.7.1. Contextualização histórica.....52

2.7.2. Repercussões da reestruturação produtiva sobre a saúde mental dos trabalhadores.....58

2.7.3. Fatores de risco psicossociais no trabalho.....62

3. Objetivos e hipóteses.....70

3.1. Objetivo geral.....71

3.2. Objetivos específicos.....71

3.3. Hipóteses.....71

4. Métodos.....72

4.1. Universo do estudo.....73

4.2. Sujeitos.....74

4.3. Delineamento do estudo.....75

4.4. Colheita de dados.....76

4.5. Considerações éticas.....79

4.6. Análises estatísticas.....80

5. Resultados.....82

5.1. Validação da escala FAST.....83

5.2. Análise da funcionalidade de trabalhadores com TDM.....89

5.3. Estudo dos fatores associados ao absenteísmo-doença em sujeitos com Transtorno Depressivo Maior.....99

6. Discussão.....106

6.1. A funcionalidade dos sujeitos com Transtorno Depressivo Maior.....108

6.2. A funcionalidade e absenteísmo-doença em sujeitos com Transtorno Depressivo Maior.....114

6.3. Fatores associados ao absenteísmo-doença em sujeitos com Transtorno Depressivo Maior.....116

6.4. Limitações metodológicas do estudo.....122

6.5. Considerações finais.....124

7. Referências.....126

8. Apêndices..... 148

9. Anexos.....162

1. JUSTIFICATIVA

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma condição de saúde muito prevalente e altamente incapacitante, com elevado ônus socioeconômico principalmente às custas de queda dos índices de produtividade e alta das taxas de incapacidade para o trabalho. Além disso, é comum que os prejuízos funcionais em sujeitos depressivos persistam mesmo após a fase de remissão clínica, aumentando ainda mais o ônus associado a esta condição.

Neste sentido, é bastante interessante direcionar o foco da atenção para a caracterização da funcionalidade nos acometidos por TDM e ampliar as abordagens terapêuticas predominantes, como a farmacoterapia e a psicoterapia, com a inclusão de estratégias psicossociais que visem a reabilitação funcional desses sujeitos.

Na literatura, o estudo da associação dos determinantes dos prejuízos funcionais encontra uma variedade de conclusões, embora grande parte dos estudos se concentre em apenas um ou outro aspecto da funcionalidade, prioritariamente, nos déficits cognitivos e executivos.

No contexto de trabalho, depressivos apresentam piores desfechos como elevadas taxas de desemprego, absenteísmo, presenteísmo e alta rotatividade. Segundo FERREIRA et al. (2012), além das características clínicas, aspectos contextuais e psicossociais no trabalho precisam ser analisados e ponderados adequadamente para se compreender este fenômeno da incapacidade para o trabalho de modo a permitir melhor definição das estratégias de ação para minimizá-lo. Embora se saiba que o afastamento do trabalho não é só determinado pelas condições de saúde, pouco se sabe sobre os outros determinantes.

Especificamente em relação ao absenteísmo-doença, não há, no cenário brasileiro, registro de estudos que se propuseram a observar os fatores associados a este desfecho em sujeitos com TDM.

Este presente estudo pretende contribuir com informações sobre esta temática da funcionalidade em geral e, também, sobre o absenteísmo-doença e seus fatores associados.

A autora deste projeto de pesquisa é psiquiatra com atuação na área de saúde do trabalhador e perícia administrativa desde meados de 2008. Desde o início de atuação nesta área, chamaram a minha atenção a alta prevalência de trabalhadores com transtorno depressivo maior, a diversidade de apresentações clínicas e a dificuldade em se caracterizar a incapacidade para o trabalho somente a partir dos critérios clínicos. Sujeitos com quadros considerados leves apontavam para incapacidade enquanto outros graves se mantinham regularmente no trabalho, embora com alguma queda de desempenho.

Foi se delineando para mim a complexidade da relação depressão-incapacidade para o trabalho com a inclusão dos fatores psicossociais como uma variável determinante. Dei início, então, a um processo de estudos sobre o os fatores psicossociais no trabalho, como eles se caracterizam e modulam a relação do sujeito com seu trabalho.

Especificamente em relação aos trabalhadores com transtorno depressivo maior, essa relação com o trabalho é ainda mais nebulosa uma vez que, além dos sintomas típicos como falta de energia, queda da qualidade do sono e cansaço influenciarem o desempenho, o aumento da sensibilidade emocional e a distorção cognitiva podem influenciar negativamente os fatores psicossociais que, por sua vez, agravam os sintomas e formam uma cadeia de eventos difícil de ser quebrada.

Diante deste panorama e de uma demanda profissional, em meados de 2012, comecei a esboçar um projeto de pesquisa com o intuito de identificar os fatores que se associam ao absenteísmo-doença em sujeitos com TDM para pensar estratégias eficientes de promoção e prevenção da saúde do trabalhador. Neste mesmo ano, retomei contato com o professor Jair Lício, que foi meu orientador de mestrado em 2010, e desenvolvemos este presente projeto em conjunto, submetido à aprovação e ingresso no Programa de Pós Graduação em Saúde Mental da FMRP em fevereiro de 2014 e finalmente concluído em junho de 2018.

2. INTRODUÇÃO

2.1. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: QUADRO CLÍNICO, CURSO E DIAGNÓSTICO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um transtorno mental do humor de origem multifatorial, ou seja, é causado por uma somatória de fatores (sociais, psicológicos, profissionais, de saúde) que, quando combinados, o desencadeiam em pessoas geneticamente vulneráveis.

O quadro clínico predominante é o sofrimento psíquico associado à falta de energia. Assim, para se fazer o diagnóstico de depressão, sentimentos como tristeza ou angústia não precisam estar necessariamente presentes, desde que haja redução do interesse pelas coisas e falta de motivação. A diminuição do nível de energia pode se expressar de várias maneiras: desânimo, maior esforço para realizar as atividades corriqueiras (até mesmo higiene pessoal), cansaço, sonolência, "preguiça". Os sujeitos com depressão também não conseguem sentir felicidade e vibração pela vida e a anedonia pode ser generalizada (nada mais tem graça) ou parcial (sexo ou trabalho ainda podem ser gratificantes). De qualquer modo, o sujeito refere que "tudo está mais apagado que antes" (MORENO, 2003).

Os sintomas são acompanhados de uma "lentificação dos processos psíquicos" de intensidade variável que dificulta o raciocínio, a capacidade de organização e planejamento, a concentração e memória. Estas alterações costumam estar associadas de uma "distorção" para o negativo dos afetos (sentimentos e emoções) e dos pensamentos (ideias), acarretando sentimentos de angústia, culpa, vazio. Estas distorções se expressam na forma de ruminações depressivas e de um aumento de preocupações com trivialidades ("tudo é difícil"). O deprimido lembra-se seletivamente de fatos negativos e estes costumam ser desproporcionalmente valorizados.

Entre as alterações comportamentais, podem ocorrer falta de vontade, indecisão e falta de iniciativa. Os principais sintomas fisiológicos são insônia – tipicamente o despertar precoce – ou a hipersonia, a falta ou aumento do apetite, queda de libido e dores ou sintomas físicos difusos não bem explicados por outro problema de saúde (MORENO, 2003). A depressão tem um período prodrômico que inclui sintomas mistos ansiosos e depressivos com duração variável entre semanas a meses até a instalação do quadro clínico completo. Durante o episódio depressivo já manifesto, os sintomas ansiosos também são muito prevalentes visto que estão presentes em 70% dos depressivos (FAVA et al., 2008) e em 40 a 70% deles, é

possível preencher critérios diagnósticos simultâneos de, ao menos, um transtorno ansioso (KESSLER, et al., 2007). Outros transtornos comórbidos muito comuns são os relacionados ao uso de substâncias, os transtornos alimentares e os de personalidade borderline (APA, 2013).

Em consonância com suas características clínicas e sua repercussão sobre as diversas áreas da vida dos sujeitos acometidos por depressão, as classificações diagnósticas e os estudos epidemiológicos mais recentes têm incluído a evidência de prejuízo funcional para categorização dos quadros clínicos (APA, 2013; OMS, 1997). Além disso, alguns instrumentos vêm sendo desenvolvidos para se dimensionar a funcionalidade tanto global quanto seus domínios específicos e estas escalas têm auxiliado enormemente os clínicos no monitoramento da performance social, cognitiva, para o trabalho, entre outras (CACILHAS et al., 2007, SHEEHAN, 2016).

Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10/OMS), o indivíduo com depressão, em todas as suas variedades (leve, moderada ou grave), além do humor deprimido propriamente dito, apresenta perda de interesse, do prazer e da energia levando a uma fatigabilidade aumentada e uma atividade diminuída. Outros sintomas comuns são: comprometimento da atenção, memória e concentração, autoestima reduzida, ideias de culpa e inutilidade, visões pessimistas do futuro, sono e apetite perturbados e dificuldades nas funções executivas.

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013) é a referência em diagnósticos utilizada mundialmente por profissionais da área da saúde mental.

A seção dos transtornos depressivos deste manual inclui aqueles transtornos que têm como característica predominante a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo como o transtorno disruptivo da regulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-mentrual, transtorno depressivo devido a uma condição médica geral e transtorno do humor induzido por substância.

O Transtorno Depressivo Maior representa a condição clássica deste grupo de transtornos e se caracteriza por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas, com remissões interepisódicas e é caracterizado pela presença de cinco ou mais sintomas

específicos (entre eles deve estar o humor deprimido e/ou anedonia) nas duas últimas semanas anteriores ao momento do diagnóstico. Resumidamente, os sintomas específicos para TDM, segundo o DSM V são: (1) humor deprimido, (2) anedonia, (3) perturbação do sono, (4) mudança de apetite e/ou peso, (5) cansaço ou falta de energia, (6) sentimento de culpa ou inutilidade, (7) problemas de concentração, (8) sentir-se lento ou inquieto, (9) pensamentos suicidas. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O DSM V e o CID 10 não utilizam critérios diagnósticos idênticos para definição dos transtornos depressivos, no entanto, ambos são padrões diagnósticos internacionalmente aceitos e utilizados como referências para os instrumentos de pesquisa.

O desenvolvimento e a evolução da depressão são diferentes para cada indivíduo. Em alguns casos, a depressão acontece de forma isolada (depressão episódica), em outros, ela acontece de modo intermitente (episódios intercalados por períodos assintomáticos – depressão recorrente) ou ainda, de forma contínua em algum momento da vida (depressão crônica) (MOUSSAVI, 2007). Embora o DSM V aponte que a remissão interepisódica é uma característica diagnóstica do TDM, estima-se que 30 a 50% dos casos não se recuperam totalmente (APA, 2013), persistindo com sintomas residuais e alguma limitação ou incapacitação mesmo após o episódio agudo. A cronicidade dos sintomas é um dos melhores indicativos de recorrência do TDM (50% de chance após o primeiro episódio e 90% de chance após o terceiro episódio).

Além disso, os sintomas residuais também são um bom indicativo de comorbidades psíquicas como transtorno de personalidade ou transtorno ansioso, diminuindo a probabilidade de que o tratamento seja seguido corretamente até o final e se alcance a remissão completa do quadro. Em outras palavras, pode-se dizer que, na depressão, o tempo para se alcançar a recuperação funcional (retorno a níveis pré-mórbidos de funcionalidade) costuma ser muito mais longo que o tempo para se alcançar a remissão clínica (ausência de sintomatologia significativa), e o sujeito deprimido pode conviver com sintomas e limitações persistentes mesmo após a remissão do quadro agudo, o que aumenta, ainda mais, o ônus associado a esta condição (MORENO, 2003).

Assim, observa-se que a caracterização da funcionalidade e dos prejuízos associados à depressão é um aspecto clínico muito relevante na evolução do TDM e merece cada vez mais atenção tanto na prática clínica quanto no meio científico. Esta pesquisa se propõe a caracterizar a funcionalidade e observar os fatores associados à incapacidade para o trabalho

em sujeitos com transtorno depressivo maior (TDM) com o intuito de fomentar o estudo desta temática tão importante.

2.2. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: PREVALÊNCIAS E ÔNUS ASSOCIADO

A depressão maior é uma condição muito comum nas populações gerais e de trabalhadores com prevalências ao longo da vida que variam de 7 a 12% entre os homens e de 20 a 25% entre as mulheres (KESSLER et al., 2010; SANTOS & SIQUEIRA, 2010; VIANA et al., 2012; CUNHA et al., 2012, BONADIMAN et al., 2017). Já existem dados suficientes em diferentes contextos e culturas que permitem afirmar que ela não é apenas comum, como também altamente incapacitante e associada a grande impacto socioeconômico, o que tem importantes implicações no planejamento dos cuidados de saúde.

Nas últimas décadas, estudos populacionais transnacionais vêm sendo realizados, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais (TM), dentre eles, a depressão. O "*World Mental Health Surveys*" (WMH) incluiu amostras populacionais das seguintes regiões: África (Nigéria e África do Sul), Américas (Colômbia, México e EUA), Ásia (Japão, Pequim e Xangai), Oceania (Nova Zelândia), Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Ucrânia) e Oriente Médio (Israel, Líbano) e amostras regionais de diversos países, dentre eles, o Brasil (São Paulo), totalizando 28 países (BROMET, 2011).

A tabela 1 a seguir apresenta as prevalências de Episódio Depressivo Maior (EDM) publicadas a partir deste estudo.

Tabela 1: Prevalências de Episódio Depressivo Maior (EDM) em dezoito países, 2011.

	País	N	NA VIDA		NO ÚLTIMO ANO	
Países de alta renda			**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**
	Bélgica	1752	14,1	12,0-16,1	5,0	4,0-6,0
	França	1987	21,0	18,9-23,1	5,9	4,7-6,2
	Alemanha	2820	9,9	8,7-11,1	3,0	2,4-3,6
	Israel	7055	10,2	9,2-11,2	6,1	5,3-6,9
	Itália	4628	9,9	8,9-10,9	3,0	2,6-3,4
	Japão	2795	6,6	5,6-7,6	2,2	1,4-3,0
	Holanda	1955	17,9	15,9-19,9	4,9	3,9-5,9
	Nova Zelândia	14735	17,8	17,0-18,6	6,6	6,0-7,2
	Espanha	5969	10,6	9,6-11,6	4,0	3,4-4,6
	EUA	10617	19,2	18,2-20,2	8,3	7,7-8,9
	Total	**54313**	**14,6**	**14,2-15,0**	**5,5**	**5,3-5,7**
Países de baixa renda		**N**	**NA VIDA**		**NO ÚLTIMO ANO**	
			%	**IC95%**	**%**	**IC95%**
	Brasil	6228	18,4	16,8-20,0	10,4	9,2-11,6
	Colômbia	5970	13,3	12,1-14,5	6,2	5,4-7,0
	Índia	4304	9,0	8,0-10,0	4,5	3,7-5,3
	Líbano	2722	10,9	9,1-12,7	5,5	4,1-6,9
	México	6238	8,0	7,0-9,0	4,0	3,4-4,6
	China	7517	6,5	5,7-7,3	3,8	3,2-4,4
	África do Sul	5045	9,8	8,4-11,2	4,9	4,1-5,7
	Ucrânia	7686	14,6	13,2-16,0	8,4	7,2-9,6
	Total	**45710**	**11,1**	**10,7-11,5**	**5,9**	**5,56,3**

Fonte: BROMET, 2011

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS), realizou, em 2013, estudo de prevalência dos TM com amostras representativas de 32 países das Américas. Os resultados são apresentados na tabela 2 abaixo, e evidenciam que, neste continente, o transtorno

depressivo é o mais prevalente ao longo da vida.

Tabela 2: Prevalências dos Transtornos Mentais nas Américas, 2013.

Transtornos Mentais	Américas (%)		América Latina (%)	
	Na vida	Em 12 meses	Na vida	Em 12 meses
Psicose não afetiva	3,0	1,4	2,0	0,8
Transtorno depressivo	14,5	1,7	12,5	6,7
Distimia	1,8	1,3	1,2	1,0
Mania	3,3	1,9	2,3	1,3
Ansiedade Generalizada	4,0	2,0	2,4	1,4
Transtorno de pânico	3,0	1,8	1,4	0,9
Fobia social	8,3	4,9	4,8	3,1
Transtornos relacionados ao álcool	12,4	3,6	11,7	3,5

Fonte: PAHO, 2013

Poucos foram os estudos populacionais com amostras representativas conduzidos aqui no Brasil. Nos anos de 1990, o Estudo Nacional de Morbidade Psiquiátrica foi realizado em três capitais, utilizando instrumentos de rastreamento diagnóstico e obteve índices de transtornos mentais de 31% na cidade de São Paulo, 42,5% em Porto Alegre e 50,5% em Brasília, mas não especificamente a depressão (ALMEIDA-FILHO et al., 1992).

Ainda na década de 1990, o São Paulo *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA), utilizou instrumentos diagnósticos de transtornos mentais (CIDI) em 1.464 residentes da cidade de São Paulo e encontrou prevalência de depressão de 19,2% nas mulheres e 13,5% em homens (ANDRADE et al., 2002). Nos anos 2000, o *São Paulo Megacity Mental Health Survey* observou, em amostra representativa de 5.037 moradores da cidade de São Paulo, prevalência de depressão a partir da CIDI, de 16,9% da amostra, sendo 10% entre os homens e 23% entra as mulheres (VIANA, 2012). O projeto GENACIS (*Gender, Alcohol e Culture: a Internationa Study*) realizado, no Brasil, com amostra representativa da cidade de São Paulo de 2083 pessoas, encontrou prevalência de depressão a partir de CIDI *Short Form* de 21,8% (28,3% para as mulheres e 12,7% para os homens) (PRADO et al., 2012).

Em 2017, a OMS publica dados que apontam que a depressão acomete 322 milhões de pessoas em todo o mundo. Para o Brasil, esta estimativa é de 11,5 milhões (5,8% da população nacional). Estes índices variam com o sexo (5,1% das mulheres versus 3,6% dos homens) e com a faixa etária, sendo mais prevalente entre adultos mais velhos (7,5% das mulheres e 5,5% dos homens entre 55 e 74 anos) (OMS, 2017). Estas estatísticas incluíram a depressão como uma das prioridades cobertas pelo *Mental Health Gap Action Program* (mhGAP), da OMS, que visa ajudar os países a aumentar os serviços prestados às pessoas com transtornos mentais por meio de cuidados providos por profissionais de saúde não especialistas em saúde mental (OMS, 2017).

Mesmo com esta elevada prevalência, a maioria dos países de baixa renda, entre eles o Brasil, gasta menos que US$2,00 *per capita* no tratamento e na prevenção dos transtornos mentais, enquanto países de alta renda gastam US$ 50,00 *per capita* (OMS, 2015). Ainda em território nacional, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) verificaram que a maioria das pessoas com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78%) não recebia nenhum tipo de tratamento (LOPES et al., 2016), o que contribui para cronificação dos casos e aumento cumulativo nas prevalências.

Inúmeros estudos internacionais associam gênero, idade, status socioeconômico e estado civil com depressão. Uma das observações mais documentadas em estudos epidemiológicos é a maior prevalência de depressão entre as mulheres em relação aos homens (DSM-IV, APA, 1994; ANDRADE et al., 2006). A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0 com uma média de 2 mulheres para cada homem (ANDRADE et al., 2006). Esta diferença entre os gêneros começa a se mostrar estatisticamente significativa a partir da adolescência, entre 11 e 14 anos, assim se mantendo no decorrer da vida adulta, sugerindo influência dos hormônios sexuais, especialmente ao se considerar outras situações de variação hormonal associadas a humor depressivo como período pré-menstrual, puerpério e menopausa (APA, 1994; ANDREADE, et a., 2006).

Além das especificidades biológicas, outras teorias têm sido exploradas para explicar a diferença de gênero na prevalência de depressão como a influência de pressões sociais, estresse crônico e baixa satisfação associados a papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma distinta dos gêneros de lidarem com as adversidades (ANDRADE et al., 2006), o que poderia justificar, também, o curso mais arrastado da condição entre as mulheres. Outro argumento é que as mulheres teriam maior facilidade para identificar os sintomas, admitir que estão deprimidas e procurar ajuda. As evidências disponíveis, no entanto, não permitem tal

conclusão, uma vez que a avaliação sistemática dos padrões de resposta de testes psicométricos não mostrou diferença entre os gêneros, sendo possível, ainda, que homens apresentem o mesmo risco de depressão que as mulheres, porém é mais provável que eles apresentem mais irritabilidade que disforia ou anedonia (ANGST, et al., 2001).

Depressão se associa, também, à baixa escolaridade, desemprego e baixo nível socioeconômico (CUNHA, 2012). Nos países de alta renda *per capita*, as chances de ter depressão diminuem com o passar da idade. Já nos países de baixa e média renda *per capita*, a prevalência de depressão tende a ser maior com o passar dos anos (KESSLER, 2010). Com relação ao estado civil, observou-se associação de depressão com ser divorciado/separado e/ou viúvo tanto nos países de alta quanto nos de baixa renda *per capita* (ANDRADE, 2002; KESSLER, 2010).

Nas populações com doenças clínicas, a incidência de depressão é ainda maior, sendo observada em 5 a 10% dos pacientes ambulatoriais e em 9 a 16% dos internados (TENG et al., 2005). Apesar desta alta prevalência em populações clínicas, a depressão ainda é subdiagnosticada e subtratada, comprometendo, significativamente, a evolução dos casos. Já na população trabalhadora, as prevalências de depressão são semelhantes àquelas encontradas nas populações gerais (VIANA et al, 2009; BARRON et al, 2004; MOND et al, 2004; VEGGI et al, 2004).

A despeito de sua relevância, a conscientização de que os transtornos mentais, dentre eles a depressão, representavam um grave problema de saúde pública é relativamente recente. Até meados da década de 1990, o impacto das doenças era tradicionalmente estimado em termos de suas taxas de incidência/prevalência e de mortalidade (MURRAY & LOPES, 1996; WHO, 2002). Como estes índices eram mais adequados às doenças agudas, os TM permaneciam à margem das atenções das autoridades de saúde uma vez que se associavam mais à incapacidade do que à morte prematura (WHO, 2002; MURRAY & LOPES, 1996).

Somente em 1994, após uma publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com pesquisadores da Universidade de Harvard (MURRAY & LOPES, 1996), a dimensão dos prejuízos associados aos TM veio à tona. Este grupo de pesquisadores propôs uma metodologia que medisse a “Carga Global das Doenças” (GBD- *Global Burden of Disease*), integrando, num mesmo indicador, os componentes de mortalidade e morbidade. Foram produzidos, então, 3 novos indicadores. O primeiro deles para aferir o número de anos de vida perdidos (*Years of life lost* – YLL) em decorrência de mortalidade prematura, o segundo, o número de anos de vida perdidos em decorrência de incapacidade (*Years Lost*

Disability – YLD) e o terceiro e mais importante por ser uma combinação dos dois anteriores, para aferir o número de anos perdidos em decorrência de morte prematura e dos anos vividos com incapacidade (*Disability-Adjustment Life Years* – DALY) (MURRAY & LOPES, 1996ª; WHO, 2002). Um DALY corresponde a um ano de vida saudável "perdido", seja em decorrência de incapacidade ou por morte prematura.

A GBD estabeleceu, também, a partir de um estudo formal com trabalhadores saudáveis de todas as regiões do mundo, uma escala de severidade da incapacidade associada a 500 agravos ou doenças. Esta escala foi agrupada em 7 classes, sendo a I a menos incapacitante e a VII a mais incapacitante. A depressão grave foi caracterizada como classe VII, ou seja, associada a uma incapacidade grave equivalente à cegueira, Síndrome de Down e quadriplegia (WHO, 2002).

A proposta do DALY representou uma importante tentativa de avançar na metodologia epidemiológica de saúde (CALLAHAN, 1973; ALMEIDA-FILHO et al., 2000). Num mundo essencialmente capitalista, ao considerar a perspectiva econômica da repercussão das doenças sobre a capacidade funcional, o DALY passou a se mostrar o protótipo da nova geração dos indicadores de saúde influenciando as políticas de financiamento em saúde pública (MURRAY & LOPES, 1996; WHO, 2005). Nas primeiras estimativas calculadas para a década de 1990, a depressão representava 13% do total de YLD, estava entre as cinco principais causas de DALY para todas as idades e era a principal causa de DALY para a faixa etária de 15 a 44 anos (LOPES & MURRAY, 1998). Estes números evidenciaram, pela primeira vez, o enorme ônus associado a este transtorno. Os custos indiretos (decorrentes da perda de produtividade, por exemplo) respondem por uma proporção maior do que os custos diretos com o tratamento. Isto se deve, muitas vezes, à escassez de oferta de tratamentos e, também, ao fato da ausência de tratamento agravar o prognóstico dos transtornos depressivos aumentando, assim, seus custos indiretos (MURRAY & LOPES, 1996b; OPAS, 2001).

Desde então, os TM, com destaque para os transtornos depressivos e os ansiosos, têm aparecido na classificação das principais causas de carga de doença (DALY) e de incapacidade (YLD) no mundo (WHITEFORD et al, 2010; VIGO et al, 2016).

No Brasil, em 2008, a depressão foi a primeira causa de carga de doença entre as mulheres, com 25,2 DALY por mil habitantes, e a sétima entre os homens, com taxa bem inferior (7,1 DALY), conforme dados apresentados na tabela abaixo.

Tabela 3: Distribuição e taxas brutas e ajustadas de DALY, segundo o sexo, e suas 10 principais causas específicas no Brasil, 2008.

Causas específicas	%	Taxas Brutas*	Taxas Ajustadas*
HOMENS			
1.Doença cardíaca isquêmica	7,2	14,5	15,4
2.Homicídio e violência	6,7	13,5	13,4
3.Abuso e dependência de álcool	5,0	10,0	10,1
4.Acidente vascular cerebral	4,4	9,0	9,7
5.Acidente de trânsito	4,4	9,0	9,0
6.Diabetes mellitus	4,4	9,0	8,9
7.Depressão	3,5	7,1	7,1
8.Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3,5	7,0	7,5
9.Infecções das vias aéreas inferiores	2,9	5,9	6,1
10.Transtorno afetivo bipolar	2,7	5,4	5,3
MULHERES			
1.Depressão	13,4	25,1	25,1
2. Doença cardíaca isquêmica	6,4	12,0	11,3
3.Diabetes Mellitus	5,0	9,5	9,0
4.Acidente vascular cerebral	4,8	9,0	8,4
5.Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3,5	6,5	6,2

Conclusão Tabela 3: **Distribuição e taxas brutas e ajustadas de DALY, segundo o sexo, e suas 10 principais causas específicas no Brasil, 2008.**

6.Alzheimer e outras demências	3,1	5,8	5,3
7.Transtorno afetivo bipolar	2,9	5,5	5,6
8.Infecções de vias aéreas inferiores	2,7	5,0	4,8
9.Asma	2,3	4,3	4,3
10.Câncer de mama	1,8	3,4	3,3

DALY: *disability-adjusted life years* – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Fonte: Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1551-1564, jul, 2015
* Por mil habitantes;

No estudo GBD de 2010, a metodologia foi aprimorada com o desenvolvimento um novo indicador de saúde, o *Healty Life Expectancy* (HALE). Este expressa "o número de anos que uma pessoa de uma certa idade pode esperar viver com boa saúde, levando em conta a mortalidade, a morbidade e o estado funcional de saúde, que são específicos para certa idade" (SALOMON & WANG, 2012). Este indicador foi formulado a partir das críticas às limitações da medida usual da expectativa de vida, que levavam em conta apenas a média de anos vividos, mas nada expressava acerca das condições boas ou más de saúde ao longo da vida.

Para corrigir este viés, o HALE junta dados de morbidade ao de mortalidade, descontando dos anos de expectativa de vida os anos vividos com incapacidade ou deficiência, em função de sequela por algum tipo de sequela ou lesão. A melhora nos indicadores sociodemográficos, construídos a partir da média da renda *per capita*, anos de escolaridade e taxas de natalidade, está associada consistentemente com a melhora do HALE e uma menor proporção de anos de vida perdidos em decorrência de perda da saúde (WHO, 2015).

Os pesquisadores que se utilizam da metodologia da GBD defendem que o indicador de expectativa de vida sadia é o mais apropriado para acompanhar as mudanças de saúde da população mundial no período pós-2015, ano final de referência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da OMS, alertando para a importância da funcionalidade:

> "A incapacidade em virtude de doença e lesão vai se tornar um problema cada vez mais importante para todos os sistemas de saúde. Mais pessoas vão passar mais anos de suas vidas com mais doenças. As mulheres são especialmente afetadas pela incapacidade. Mulheres com idade entre 50-65 anos perdem mais vida sadia devido à incapacidade do que os homens. No entanto, a incapacidade foi praticamente ignorada como prioridade política central durante a era dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio" (Horton, 2012, p. 2053).

A despeito da relevância do HALE, as publicações ainda se concentram em indicadores como DALY e YLD.

No estudo GBD de 2015, o transtorno depressivo foi responsável por 50 milhões de YLD se apresentando, dentre as doenças não fatais, como a principal causa de YLD no mundo (WHO, 2017).

No Brasil, os resultados do GBD de 2015 apontaram que os TM são a terceira causa de carga das doenças (9,5%) e os transtornos depressivos foram responsáveis pela maior proporção (3,3%) (BONADIMAN, et al., 2017). O transtorno depressivo foi o que mais contribuiu, também, para os YLD com 37%, seguidos dos transtornos de ansiedade (28,0%) e os decorrentes do uso de álcool 7,0 (BONADIMAN et al., 2017). A tabela 4 abaixo ilustra em detalhes, estes dados.

Tabela 4: Taxas de DALY[1] por 100 mil indivíduos atribuíveis a cada transtorno mental em 2015, segundo o sexo, no Brasil.

Transtornos	Taxas de DALY[1] padronizadas por idade (por 100.000)	
	Homens[2]	Mulheres[2]
Transtornos depressivos	734,01	1.209,58
Transtornos de ansiedade	470,41	1.089,29
Transtornos por uso de álcool	379,53	53,68
Transtorno de espectro autista	205,52	71,10
Esquizofrenia	172,59	164,34
Transtorno bipolar	128,51	160,13

1. DALY: Disability Adjusted Life Years; 2. Taxas com intervalos de incertezas.

Os custos socioeconômicos com depressão também são elevados. Podem ser discriminados em custos diretos (com médicos, medicamentos), indiretos (decorrentes da incapacidade ocupacional, de morte prematura) e intangíveis (piora da qualidade de vida) (MURRAY & LOPES, 1996b; OPAS, 2001; WHO, 2009).

Segundo a OMS, o comprometimento da produtividade e o maior número de dias de licenças-saúde representam o maior custo socioeconômico da depressão (WHO, 2000). Os empregadores raramente conhecem dados acerca da elevada prevalência e dos custos indiretos da depressão em seus funcionários, além de terem conceitos errados acerca da natureza do transtorno e da disponibilidade de tratamento. Estimativas recentes indicam que entre 1,8% a 3,6% da força de trabalho norte-americana sofrem de depressão maior (GOLDBERG; STEURY, 2001) e cerca de 17% a 21% dessa força de trabalho sofrem de incapacidade laborativa no intervalo de um ano qualquer e 37% a 48% sofrem de incapacidade em curto prazo.

No Reino Unido, por exemplo, o custo total (somatória dos custos diretos, indiretos e intangíveis) com depressão supera os custos somados de diabetes e hipertensão (WHO, 2009; LOPEZ et al., 2006). Neste mesmo país, os custos indiretos decorrentes da perda de produtividade e das faltas ao trabalho podem corresponder a 60% dos custos totais com a depressão.

No Brasil, cerca de 50% dos pacientes que buscam serviços de cuidados primários de saúde por queixas físicas apresentam depressão e os custos com consultas, exames laboratoriais e hospitalizações chegam a ser quatro vezes maiores entre os sujeitos com depressão (ALMEIDA-FILHO et al., 1992; VIANA et al., 2009; SANTOS et al., 2010).

O projeto LIDO (*Longitudinal Investigation of Depression Outcomes*) foi desenvolvido para avaliar a relação entre sintomas depressivos, qualidade de vida e utilização de recursos primários de saúde em 18 500 sujeitos de seis centros de diferentes países (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, EUA e Rússia). A amostra brasileira foi composta pela população de Porto Alegre (RS) e foi seguida por um período de 9 a 12 meses.

Os resultados deste estudo se mostraram concordantes com a literatura internacional ao apontarem que a gravidade dos sintomas depressivos (a partir da CES-D) estava diretamente associada a piores escores de qualidade de vida (a partir da WHOQOL-*bref*) e de funcionamentos físico e psicológico (a partir da SF-12) (FLECK et al., 2002). As variáveis de funcionalidade mais relevantes deste estudo foram: “utilização de serviços primários de saúde”, “tempo de internação hospitalar” e “ausências do trabalho por motivo de doença”.

Neste mesmo estudo, a presença de melhor resposta ao tratamento se associou, na maioria dos centros, com um menor número de dias de absenteísmo-doença e com menor custo de tratamento apontando que, para o empregador, é vantajoso estimular a adesão ao tratamento antidepressivo (FLECK et al, 2002).

Segundo o estudo ECA, sujeitos com depressão maior apresentam níveis maiores de tensão nas atividades domésticas, assim como irritabilidade social, estresse financeiro, queda do desempenho ocupacional, pior *status* de saúde e mais dias perdidos de trabalho do que sujeitos saudáveis (JONHSON, 1992). Esses dados são replicados pelo *National Comorbity Survey* que demonstrou que sujeitos depressivos possuem menor escolaridade, têm mais gestações na adolescência e se divorciam mais que sujeitos não depressivos (KESSLER et al., 1997).

Esptizer et al. (1995) observaram, em sujeitos com transtornos psiquiátricos que procuravam serviços primários de saúde, que a depressão foi o transtorno que apresentou mais prejuízos funcionais em todos os domínios do SF-20 (*Short Form Health Survey*, versão abreviada da SF-36). Já Berber et al. (2005) encontraram piores escores nas subescalas de funcionalidade física, social e emocional da SF-36 em depressivos diagnosticados a partir da escala de Beck. Quando comparada às outras doenças crônicas, a depressão pode acarretar maiores prejuízos no funcionamento social, com um comprometimento que pode ser considerado 23 vezes maior do que aquele causado por outra doença física e que este gradiente é independente da gravidade do transtorno depressivo (ESPTIZER et al,1995; BONICATTO, 2001).

2.3. PREJUÍZOS FUNCIONAIS NO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Os prejuízos funcionais associados à depressão vêm ganhando cada vez mais destaque tanto no cenário clínico quando na pesquisa. Esta importância se deve pela elevada prevalência (mais de 90% dos depressivos apresentam déficits funcionais) (FRIED et al., 2014; KESSLER et al., 2003), pelo ônus associado aos impactos negativos sobre o funcionamento psicossocial, interpessoal e profissional (WHO, 2016) e, também, porque os prejuízos funcionais são o principal motivo de busca por tratamento (GUELEMBERG et al., 2010).

O Transtorno Depressivo Maior apresenta uma alta tendência à recorrência e à

cronicidade e a resposta ao tratamento é extremamente heterogênea de modo que muitos pacientes com depressão convivem não apenas com o comprometimento relacionado ao episódio agudo, mas ficam incapacitados por longos períodos de suas vidas (menos de 30% dos depressivos se recuperam totalmente) (FRIED & NESSE., 2014; PORTO et al., 2002). Paradiso et al. (1997) compararam a performance cognitiva de sujeitos com remissão clínica de TDM e saudáveis o constataram persistência de déficits entre os depressivos, marcadamente dificuldade para assumir tarefas simultâneas.

Os prejuízos funcionais associados à depressão são decorrentes de uma interação entre vários fatores diferentes como variáveis biológicas, familiares, psicológicas e sociais (PORTO, et al., 2002) e a complexidade desta relação requer investigação clínica e abordagem cautelosas. Sujeitos depressivos têm tendência ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração impactando negativamente a funcionalidade social e emocional. Os fatores psicossociais podem contribuir significativamente para este quadro como, por exemplo, assumir comportamentos de risco, ter pouca habilidade para enfrentar situações adversas, fatores cognitivos como vitimização e perda do autocontrole e fatores sociais como interferências nas funções do indivíduo na sociedade (BERBER et al., 2005).

À título de comparação, a pobre funcionalidade associada à depressão é equivalente ou pior à perda funcional causada por outros problemas graves de saúde como diabetes, doenças cardíacas, gastrointestinais, problemas de coluna e artrite (RAVINDRAN et al.,2002). Outros estudos observaram também uma associação significativa entre dor e depressão com altos níveis de incapacidade física (WILSON et al., 2002; GEISSER, 2000; GEERLINGS et al., 2002). Cabe apontar também que a depressão pode complicar o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos: aumento da sensação de dor, diminuição da adesão ao tratamento, queda da qualidade das relações interpessoais e diminuição do suporte social, além de desregulação dos sistemas humoral e imunológico, ampliando ainda mais o alcance de seus prejuízos funcionais (APA, 2013; BERBER et al., 2005).

A evolução do perfil terapêutico da depressão reflete a importância que a variável funcionalidade tem assumido no cenário clínico ao longo dos anos: na década de 1970, os tratamentos se satisfaziam com o alcance da resposta clínica (melhora dos sintomas). A partir da década de 1990, a remissão dos sintomas passou a ser o objetivo terapêutico e, nos dias atuais, a meta do tratamento é a recuperação funcional (retorno aos níveis pré-mórbidos de funcionamento) (GELEMBERG et al., 2010).

De fato, muitos pacientes que preenchem critério para remissão clínica não se

consideram totalmente recuperados se ainda conviverem com prejuízos funcionais (ZIMMERMAN et al., 2012). Um estudo publicado em 2006 com 487 sujeitos depressivos questionou quais fatores eles julgavam importantes para que o tratamento fosse considerado bem-sucedido: 32% deles apontaram que "ter bom funcionamento", "recuperar nível de desempenho profissional, doméstico ou acadêmico" e "estar apto para realizar todas as suas responsabilidades" eram os fatores mais importantes para a remissão clínica, enquanto 10,5% responderam "ausência de sintomas depressivos" (ZIMMERMAN et al., 2006).

Outra questão a se considerar na evolução da depressão é que a remissão clínica sem a recuperação funcional não se associa a um bom prognóstico a longo prazo. Estudo longitudinal realizado com pacientes com Transtorno Depressivo Maior que alcançaram a remissão clínica após 12 semanas de tratamento observou que, aqueles que mantinham prejuízos funcionais segundo a *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)* apresentaram *odds ratio* de 2,65 para recidiva depressiva em 6 meses e 3,86 para 12 meses, se comparados àqueles com recuperação funcional (MUNDT et al., 2002). Fried & Nesse (2014) observaram a relação entre prejuízos funcionais a partir da WSAS e sintomas depressivos em amostra de 3073 pacientes e constataram que os três sintomas que mais impactavam o funcionamento foram humor deprimido, dificuldades de concentração e falta de energia.

Estudos têm apontado uma correlação consistente entre depressão e queda da qualidade de vida. Berber et al. (2005) observaram que sujeitos depressivos identificados a partir de instrumento de rastreamento *The General Health Questionnaire* (GHQ-28) apresentaram piores escores de qualidade de vida geral (aferida pela SF-36) e de seis domínios desta variável como condicionamento físico, funcionalidade física, social e emocional, percepção da dor e percepção da saúde em geral em relação a controles saudáveis. Ravindran et al. (2002) observaram queda dos scores da SF-36 que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida nos pacientes depressivos e esta queda se associou com piores escores de depressão. McCall et al. (1999) analisaram os efeitos da depressão sobre a qualidade de vida em amostra ambulatorial e observaram déficits nos relacionamentos interpessoais e na execução das atividades cotidianas.

Dentre os diversos impactos funcionais na depressão, os déficits cognitivos são os mais conhecidos e constam, inclusive, como critérios diagnósticos para depressão pelo DSM-V ("diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar e indecisão") (APA, 2013). Porém, pouco se sabe sobre a especificidade destes distúrbios cognitivos uma vez que são bastante

comuns aos quadros clínicos em que lesões ou disfunções cerebrais estejam em jogo (PORTO et al., 2002).

É comumente observado que a depressão afeta a velocidade de processamento (CASTANEDA et al., 2008), a capacidade de aprendizagem e memória (JAEGER et al., 2003), bem como a capacidade atencional (KERR, SCOTT & PHILLIP, 2005), sendo que o comprometimento destes domínios cognitivos é referido em sujeitos depressivos com (MONDAL et al., 2007; ZIMMERMAN et al., 2006) e sem medicamentos antidepressivos (NAKANO et al.,2008). Austin et al. (2001) aplicaram bateria de testes neuropsicológicos em pacientes com diagnóstico de depressão a partir da escala de Beck e observaram diminuição da flexibilidade mental e do planejamento de estratégias para resolução de problemas, redução das capacidades de julgamento e pensamento abstrato.

Entretanto, ao se analisar a diversidade de déficits funcionais na depressão, observa-se que o achado mais consistente é o de disfunção executiva (DeBATTISTA, 2005; MAALOUF *et al.*, 2010; McLENNAN & MATHIAS, 2010; WAGNER, DOERING, HELMREICH, LIEB & TADIC, 2012). As funções executivas podem ser definidas de diferentes maneiras, mas todas elas compartilham a ideia de que se referem a um "processamento cognitivo mais complexo" que permite ao indivíduo participar com sucesso no comportamento independente, intencional e auto-orientado, especialmente em tarefas cognitivas "não automáticas" (que não podem ser aprendidas por repetição) e que exijam empenho e persistência (ALVAREZ et al., 2006; BANICH et al., 2009).

Estas incluem a capacidade de iniciar ações, planejar e prever meios de solucionar problemas, adiantar consequências e modificar estratégias de forma flexível (LEZAK & LOREN, 2004). Na literatura especializada, as evidências de prejuízos funcionais associados à depressão são heterogêneas: enquanto alguns estudos não observaram déficits cognitivos significativos (GRANT et al., 2001, ALVAREZ et al., 2006) outros observaram impactos neuropsicológicos importantes como prejuízos na fluência verbal (PORTER et al., 2003; BANICH et al., 2009), na "flexibilidade e controle mental" (ROCK et al., 2014) e na memória verbal de trabalho (LAM et al., 2012).

O aumento da severidade da depressão parece estar relacionado a um maior comprometimento da capacidade cognitiva em geral (HAMMAR & GURO, 2009), mas este resultado não é reproduzido regularmente (KYTE, GOODYEAR & SAHAKIAN, 2005). Esta relação pode diferir entre domínios cognitivos e, no que se refere ao domínio executivo, a relação com a severidade da depressão tem produzido resultados contraditórios (CHANNON

et al., 1996; DeBATTISTA et al., 2005; PORTER et al., 2003).

Em virtude da complexidade das funções executivas, a sua avaliação se torna frequentemente um processo trabalhoso devido, sobretudo, à falta de um consenso metodológico e de instrumentos necessários à sua avaliação. Além disso, os instrumentos de avaliação neuropsicológica que têm sido utilizados para este fim são extremamente extensos inviabilizando sua aplicação em grande escala (BARBOSA et al., 2008; COLEN et al., 2007; NUNES et al., 2014). O aumento da idade (com seu declínio progressivo no funcionamento cerebral) e a presença de comorbidades psiquiátricas também se relacionam à pior funcionalidade em sujeitos com depressão (PORTER et al., 2003; NAKANO et al., 2008).

Alguns autores têm apontado que a disfunção neurocomportamental associada à depressão parece depender de diferenças individuais e que o nível de motivação pessoal é uma variável importante e pode mediar decisivamente o funcionamento cognitivo e comportamental de sujeitos com TDM (LAKS et al., 1999; PORTO et al., 2002). Weingartner et al. (1982), observaram, em sujeitos com TDM, déficits na performance executiva de tarefas "que exigiam algum esforço" e não nas tarefas "automáticas" e hipotetizaram que tanto os déficits cognitivos quanto os executivos poderiam ser secundários a um déficit motivacional e não necessariamente a um comprometimento intrínseco da habilidade em questão e que a caracterização da motivação seria crucial nestes sujeitos.

No que se refere aos aspectos neuroanatômicos da depressão e sua relação com a funcionalidade, estudos de neuroimagem funcional evidenciam uma hipoatividade de lobo frontal, especialmente no córtex pré-frontal dorso-lateral com redução do seu tamanho (DREVET et al., 2008; HAMILTON et al., 2012). Dadas as funções desta região, além de produzir lentificação psicomotora e apatia, acarreta déficits atencionais e de memória de trabalho com consequente prejuízo nas funções executivas (DREVET et al., 2008; HAMILTON et al., 2012). Embora esta alteração anatômica seja persistente, o aspecto metabólico oscila de acordo com o estado clínico e com a resposta aos antidepressivos (DREVETS, 2002).

No entanto, o funcionamento executivo deficitário nestes pacientes não parece estar somente associado à hipoatividade do córtex pró-frontal dorsolateral, mas também do córtex cingulado anterior, em que a hipoatividade verificada nas regiões dorsal do córtex cingulado anterior parece também estar associada com a modulação deficiente das funções executivas e da atenção (LAM et al., 2012, NUNES et al., 2010).

Thase et al. (1999), em revisão sistemática da literatura sobre aspectos anatômicos da

depressão, observaram alterações na substância branca subcortical, especialmente na área periventricular, gânglios da base e tálamo. A amígdala também vem sendo amplamente estudada nos transtornos do humor e se mostra intimamente relacionada ao aprendizado emocional. O núcleo central da amígdala parece ser de crucial importância para a relação entre emoção e comportamento. Na depressão parece haver uma redução global do metabolismo cerebral anterior e um aumento do metabolismo de glicose em várias regiões límbicas, principalmente na amígdala. Esse hipermetabolismo amigdaliano serviria como um amplificador emocional que ajudaria a distorcer a percepção dos estressores em pessoas vulneráveis. As alterações específicas nas áreas temporais vêm sendo estudadas pela sua correlação entre depressão unipolar e alterações no eixo hipotálamo- hipófise-adrenal.

No universo do trabalho, os prejuízos funcionais associados à depressão repercutem sobre a funcionalidade de diferentes formas como diminuição da produtividade, aumento da ocorrência de erros e dos riscos de acidentes, conflitos interpessoais e inabilidade para lidar com situações adversas (LERNER et al., 2008). De fato, não é difícil compreender a repercussão dos déficits cognitivos sobre a funcionalidade no trabalho. Se o trabalhador se apresenta indeciso, com dificuldade para tomar decisões, lidar com situações novas ou para acumular diversidade de tarefas, certamente terá problemas no trabalho, independente da sua natureza.

Um levantamento realizado com amostra representativa de trabalhadores do Canadá observou prevalência de depressão nos últimos 12 meses de 4%, e dentre estes, 79% referiram que os sintomas depressivos impactavam a performance para o trabalho com uma média de 32 dias de afastamento do trabalho nos últimos 12 meses (GILMOUR et al., 2007). Lerner et al. (2008) e Lawence et al., (2012) observaram maiores índices de desemprego entre sujeitos depressivos.

Em estudo realizado com 164 trabalhadores depressivos, foram questionado quais sintomas depressivos eles consideravam mais impactantes sobre a capacidade laboral e os déficits cognitivos (dificuldades de concentração e memória) ocuparam o topo do ranking (LAWRENCE et al., 2012). McIntyre et al. (2015) observaram em amostra de 1051 trabalhadores depressivos que os déficits cognitivos se associam diretamente com a gravidade da depressão.

Outro estudo de 260 sujeitos depressivos observou o impacto da percepção subjetiva de dificuldades cognitivas e da gravidade da depressão sobre a funcionalidade para o trabalho. A regressão logística mostrou que déficits cognitivos e gravidade da depressão são

independentes e que a magnitude do impacto dos déficits cognitivos sobre a funcionalidade para o trabalho é maior que a da gravidade da depressão (WOO et al., 2011).

Lawrence et al. (2012), em amostra de 1021 sujeitos representativos da população trabalhadora de Nova York, observaram que a autopercepção de dificuldades cognitivas se intensificava progressivamente com a severidade da depressão, independentemente do uso de antidepressivos. Neste mesmo estudo, os domínios mais afetados foram a capacidade de planejamento/organização e, também, a atenção/concentração.

Diante do exposto, fica evidente que a depressão é responsável por prejuízo funcional importante, que frequentemente afeta várias áreas da vida da pessoa acometida por ela como trabalho, autonomia para uma vida independente, relacionamentos familiares entre outros. Apesar disso, ainda há poucos estudos que se dediquem a observar estes aspectos associados à depressão trazendo à tona a importância de se identificar e abordar esses prejuízos com o objetivo de minimizar seus efeitos deletérios para o indivíduo, sua família e a sociedade.

2.4. O CONCEITO DE FUNCIONALIDADE

O conceito de funcionalidade é complexo e multidimensional uma vez que envolve diferentes domínios da vida como a habilidade para trabalhar, estudar, viver de forma independente, manter relacionamentos, conseguir se divertir, entre outros (ZARATE, 2000; CIF, 2001).

A partir da década de 1940, com o fenômeno da transição epidemiológica (diminuição da prevalência de doenças infectocontagiosas e aumento da prevalência de patologias crônicas), houve uma mudança nos indicadores de saúde que se deslocaram dos índices de mortalidade para os de morbidade e, mais recentemente, para as consequências das doenças crônicas (COSTA, 2006). Estas têm início insidioso e longa duração e a evolução é marcada por redução progressiva da capacidade do indivíduo de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades em desempenhar papéis socialmente esperados (SAMPAIO & LUZ, 2009).

Cabe aqui ressaltar que a evolução tecnológica nos cuidados em saúde tem possibilitado maior sobrevida das pessoas acometidas por doenças crônicas, contribuindo, também, para o aumento da prevalência destas condições e redirecionando o foco das atenções para o impacto sobre a funcionalidade. Portanto, a caracterização da funcionalidade e da incapacidade humana se tornou, nos dias atuais, um indicador de saúde muito relevante e

utilizado na elaboração de políticas públicas mais efetivas.

Os debates atuais em relação ao conceito de incapacidade tendem a se apresentar dicotomizados entre as concepções biomédica e social. O discurso biomédico parte de uma compreensão naturalística da incapacidade ao tomar como foco o corpo deficiente ou a disfunção de partes do corpo. Sob esta perspectiva, a deficiência é reduzida à categoria de doença corporal e a incapacidade é entendida como consequência do mau funcionamento do organismo (BARNES et al., 1999), cabendo ao médico reparar estes desvios da função. Esta também tem sido a abordagem de escolha utilizada nas políticas de bem-estar social em diferentes países (OLIVER, 1990).

A metodologia *Global Burden of Disease* (GBD) é o protótipo bem-sucedido de indicador de funcionalidade e incapacidade mundialmente utilizado. Dentro desta metodologia, o termo incapacidade (*disability*) se refere à condição em que exista, durante um período de, pelo menos 6 meses, algum grau de "comprometimento da saúde", sendo a saúde considerada a plena capacidade funcional em cada um dos seguintes domínios: mobilidade, cognição, audição e visão (WHO, 2000), ou seja, é um indicador essencialmente biomédico.

Por outro lado, o modelo social sugere que o significado de deficiência e incapacidade emerge de contextos sociais e culturais específicos. Nesta perspectiva, a incapacidade não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas se relaciona à influência e a efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais (BARNES et al., 1999). Contrapondo o modelo biomédico, não é a incapacidade que prediz a interação social, mas o contexto social que dá significado à incapacidade, sendo esta uma forma de opressão social e exclusão (OLIVER, 1990).

Esta polarização conceitual tem dificultado a compreensão relacional entre deficiência e incapacidade. Se, por um lado, o modelo biomédico centra o problema no corpo, por outro, o modelo social cria a noção de "incapacidade fora do corpo". E, de alguma forma, ambos ignoram a personalidade, as diferenças existentes entre as pessoas e o potencial de transformação dos que experimentam algum tipo de incapacidade.

Diante desta realidade, abordagens pluralistas são muito bem-vindas. O desafio seria, então, entender a relação complexa entre fatores biológicos e sociais refinando a relação existente entre deficiência e incapacidade (SAMPAIO & LUZ, 1009).

Para atender estas expectativas, em 2001, a OMS aprovou a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), que

apresenta um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação a partir de uma abordagem biopsicossocial. Esta rejeita a tentativa de separação entre dos campos biológico, psicológico e social e busca alcançar um entendimento relacional entre eles (SAMPAIO & LUZ, 2009).

A OMS tem destacado que o modelo representa uma abertura teórica para diferentes níveis de explicação e que a funcionalidade e a incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais). e são descritas a partir dos seguintes componentes: estrutura, função, atividade e participação. O processo de incapacidade é assim representado por dimensões distintas, mas inter-relacionadas (CIF, 2001).

A CIF não faz referência aos aspectos etiológicos e considera a incapacidade como um resultado negativo da interação entre o indivíduo com sua condição de saúde e os fatores contextuais. Por exemplo, duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis de funcionalidade distintos a depender dos fatores contextuais se comportarem como facilitadores ou dificultadores.

Segundo Farias & Buchalla (2005), a CIF introduz um novo paradigma para lidar com a deficiência e a incapacidade, uma vez que são determinadas pelas condições de saúde, mas também pelo contexto (ambiente físico e social), pelas percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e políticas públicas.

Na CIF, as informações estão organizadas em duas partes, cada uma contendo dois componentes:

- **Parte 1: <u>funcionalidade</u>** (dividida entre estrutura e função corporal) e **<u>incapacidade</u>** (dividida em atividade e participação);
- **Parte 2**: **<u>fatores contextuais</u>** (fatores ambientais e pessoais).

Cada um dos componentes pode ser descrito em termos positivos ou negativos, levando-se em consideração os seguintes conceitos:

- **Estrutura corporal**: partes anatômicas do corpo como órgão e membros;
- **Função corporal**: funções fisiológicas dos sistemas corporais, incluindo as funções psicológicas;
- **Deficiência (*impairment*)**: anormalidade na estrutura e/ou na função;

- **Atividade**: execução de uma tarefa por um sujeito e representa a perspectiva individual da funcionalidade;
- **Participação**: é o envolvimento em uma situação de vida, ou seja, é a perspectiva social da funcionalidade humana;
- **Limitação** de atividade ou restrição de participação: dificuldades na atividade ou participação;
- **Incapacidade (*disability*):** refere-se a coisas que as pessoas não podem fazer, especialmente atividades básicas da vida diária e desempenho de papéis socialmente esperados, como o trabalho, por exemplo.

Na família de classificações internacionais da OMS, as condições de saúde (doenças, distúrbios, lesões) são classificadas pela CID 10, que fornece uma estrutura etiológica. Já a CIF, fornece uma estrutura da funcionalidade e da incapacidade associadas aos estados de saúde. Assim, CID 10 e CIF são classificações complementares e, quando utilizadas em conjunto, fornecem uma imagem ampliada e mais significativa da saúde das pessoas ou das populações (CIF, 2001).

Como detalhado acima, a avaliação das consequências das doenças, mais especificamente da funcionalidade, é um tema marcado por diversidade conceitual e metodológica. Este estudo atual se propõe a caracterizar a funcionalidade em pessoas com depressão maior. Por se tratar de um transtorno mental multideterminado e que sofre influências pessoais e contextuais, esta análise sobre a funcionalidade se dará a partir do modelo biopsicossocial.

2.5. INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E A *FUNCTIONAL ASSESSMENT SHORT TEST* (FAST)

Apesar da relevância e do impacto pessoal e social do comprometimento da funcionalidade, ainda há falta de instrumentos adequados para aferi-la, principalmente em relação às doenças psiquiátricas.

Entre as escalas multidimensionais utilizadas para caracterização da funcionalidade, a Avaliação Global do Funcionamento (AGF) é a mais conhecida e utilizada, integrando, inclusive, o eixo V da avaliação multiaxial do DSM IV (APA, 2000). A AGF é dividida em 10

faixas de funcionamento com dois componentes cada. O primeiro se refere à gravidade dos sintomas e o segundo aos funcionamentos psicológico, social e ocupacional. Apesar de sua larga utilização, a AGF não fornece informações específicas sobre quais áreas da funcionalidade estão acometidas (APA, 1994).

Com a publicação do DSM V e a substituição dos sistemas diagnósticos multiaxiais pelos dimensionais, um novo instrumento passou a ser recomendado pela nova edição deste manual, o *Disability Assesment Schedule* (DAS). Este foi desenvolvido pelo OMS com o intuito de avaliar os domínios sociais, ocupacionais e emocionais da funcionalidade (WHO, 2004). No entanto, o DAS é muito extenso (36 itens) e não considera domínios relevantes para os transtornos mentais, como o funcionamento cognitivo, por exemplo.

O *Personal and Social Performance* (PSP), também é uma escala multidimensional e heteroaplicada que foi desenvolvida para aferição da performance social e pessoal a partir de quatro perspectivas: atividades sociais úteis, incluindo estudo e trabalho, relacionamentos sociais e pessoais, auto-cuidado, comportamentos inconvenientes e agressivos. Embora seja um instrumento bastante interessante, também não considera o funcionamento cognitivo (MENEZES et al., 2012). Outros instrumentos como o *Life Functioning Questionnaire* (LFQ) (ALTSHULER, MINTZ & LEIGHT, 2002) e o Short Form 36 Health Survey (SF-36) (BRAZIER et al., 1992) também aferem a funcionalidade. Porém, são escalas de autojulgamento e sofrem interferência de alterações da capacidade de discernimento frequentemente presente nos transtornos mentais.

Neste contexto, a *Functioning Assessment Short Test* (FAST) foi desenvolvida após os trabalhos da Sociedade Internacional de Transtorno Afetivo Bipolar, em Barcelona no ano de 2007, com o objetivo de suprir estas deficiências e ser uma escala de fácil aplicação, rápida e objetiva, capaz de avaliar as reais dificuldades no funcionamento sob a perspectiva psicossocial dos portadores de transtornos afetivos (ROSA et al., 2007; CACILHAS et al., 2009) e, assim, permitir seu uso em estudos internacionais e comparativos. A FAST avalia as dificuldades objetivas e, por isso, não é uma escala de qualidade de vida.

Em 2009, a versão original espanhola foi traduzida e validada para a população brasileira por Cacilhas et al. (2009) em sujeitos com transtorno afetivo bipolar. No Brasil e na Espanha, em indivíduos bipolares, as propriedades psicométricas da FAST apresentaram alta consistência interna (com um alfa de Cronbach acima de 0,9 para a escala em geral e, de pelo menos de 0,82 para cada subescala), e reprodutibilidade excelente após teste-reteste com coeficiente de Kappa de 0,90 ($p<0,01$) (ROSA et al., 2007; CACILHAS et al., 2009). Esta

escala ainda não foi validada para transtornos depressivos unipolares na população brasileira.

É composta por 24 itens que avaliam as 6 áreas específica do funcionamento. São elas:

I. Autonomia: capacidade do indivíduo para fazer atividades por conta própria e para tomar suas próprias decisões;

II. Ocupação: capacidade de manter um trabalho remunerado, desempenhar as tarefas de trabalho, ser remunerado adequadamente e de acordo com o seu nível de escolaridade;

III. Cognição: capacidade de concentração, atenção, raciocínio, aprendizagem e memória para atividades básicas do dia a dia;

IV. Finanças: capacidade de administrar o dinheiro e de fazer compras equilibradas;

V. Relacionamentos interpessoais: relações com amigos, família, atividades sociais, satisfação sexual e desempenho em defender suas ideias e ideais;

VI. Lazer: capacidade de praticar esportes e outras atividades de lazer.

A escala apresenta critérios operativos de pontuação para cada item, a partir de uma escala de 4 pontos, sendo zero quando não há dificuldade e 3 quando existe grave dificuldade, de modo que o escore geral varia de 0 a 72 pontos. Quanto maior o escore, maior a limitação. A dificuldade é evidenciada quando se observa que o indivíduo realiza as tarefas com, ao menos, uma das seguintes características: aumento do esforço costumeiro, redução da velocidade padrão, modificação no modo de execução ou uso de algum tipo de auxílio de instrumentos ou aparatos. Sugere-se que sejam consideradas também as informações provenientes de familiares próximos. A escala deve ser aplicada por clínico ou entrevistador treinado e as informações coletadas devem se referir aos últimos 15 dias e terem como referência a funcionalidade normal esperada para uma pessoa com a mesma idade, sexo e níveis socioeconômico e cultural (CACILHAS, et al., 2007). Deste modo, é considerada uma avaliação objetiva e não dependente da opinião do entrevistado.

2.6. FUNCIONALIDADE PARA O TRABALHO: ABSENTEÍSMO-DOENÇA E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Absentéisme é palavra de origem francesa e significa pessoa que falta ao trabalho propositalmente ou independente da vontade do trabalhador (SOUZA, 2006). O absenteísmo pode ser atribuído tanto a problemas de saúde (doença ou acidente) como a causas diversas (atrasos involuntários, razões de caráter familiar, faltas por dificuldades com o transporte,

perda de motivação, entre outras) (MUNCH-HANSEN et al., 2008). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (ILO, 1984), absenteísmo é definido como "período de ausência do trabalho que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para aquela derivada de gravidez ou prisão".

O absenteísmo-doença é o mais prevalente e, no último século, a despeito da melhora dos parâmetros de saúde da população mundial, seus índices têm aumentado significativamente. Na Dinamarca, o absenteísmo-doença atinge cerca de 5% da população trabalhadora (LUND E LABRIOLA, 2009). Na Noruega, uma média de 7% dos empregados se ausenta do trabalho por motivo de doença em um único dia (MARKUSSEN et al., 2011). No Brasil, um estudo populacional realizado com trabalhadores da indústria, observou que a prevalência de absenteísmo-doença foi de 13,5% (YANO E SANTANA, 2012).

Adicionalmente, este evento é mais frequente entre trabalhadores que lidam com atendimento ao público, particularmente entre aqueles que prestam cuidados a doentes. Nestes setores, os índices de absenteísmo-doença variam de 15,9% (SALA et al., 2009) a 60% (SILVA; MARZIALLE, 2000). Em um grupo de trabalhadores da enfermagem, apenas 13% foram assíduos no período de um ano e 87% apresentaram uma ou mais faltas, das quais 75% foram justificadas por licenças-médicas (SILVA; MARZIALLE, 2000).

A compreensão deste fenômeno complexo tem sido objeto de estudo em vários países, principalmente pelos seus altos custos diretos e indiretos para toda a sociedade (ANDRADE et al, 2008). No Reino Unido, em 1994, perderam-se o equivalente a 177 milhões de dias de trabalho, e o prejuízo atribuído à perda de produtividade ultrapassou 11 milhões de libras esterlinas. Em 1993, os empregadores alemães gastaram 60 milhões de marcos em seguros previdenciários para cobrir os pagamentos durante os períodos de faltas do trabalho. Na Bélgica, em 1995, o valor foi igual a 2,4 bilhões de euros (SINOPSE EUROPEIA, 1997).

No Brasil, dados do Ministério da Previdência Social estimados para o ano de 2005 dão conta de que os custos com auxílio-doença alcançaram R$1,1 bilhão (MPS, 2005). Neste mesmo ano, no serviço público federal, as aposentadorias precoces e os auxílios-doença custaram 300 milhões de reais para a União (CUNHA et al.; 2009). Entre os anos de 2000 e 2011, houve um crescimento de 163% na concessão de auxílio-doença previdenciário com despesa estimada em R$ 1,7 bilhão no ano de 2011 (MPS, 2014).

Só no ano de 2010, foram concedidos pelo INSS mais de 2,2 milhões de novos auxílios-doença para uma população de cerca de 60 milhões de contribuintes. O banco de dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) tem sido um bom indicador das principais

causas de adoecimento da população adulta trabalhadora, particularmente, daquelas condições clínicas mais graves. Uma hipótese é que este aumento nos índices de absenteísmo–doença seria uma das consequências do fenômeno da “transição epidemiológica”, ou seja, das modificações em longo prazo dos padrões de morbidade, incapacidade e morte que caracterizam uma população específica em conjunto com transformações sociais, demográficas e econômicas (GARCIA, RODRIGUES & BOREGA., 2002).

Assim, a substituição das doenças infectocontagiosas e com altos índices de mortalidade pelas doenças crônicas e incapacitantes estaria imprimindo mudanças no perfil de morbidade das populações trabalhadoras, justificando, em parte, este aumento das ausências por motivo de doença (DUIJTS et al, 2007). Diante deste fenômeno, justificam-se as abordagens que consideram o absenteísmo-doença como um importante indicador da saúde dos trabalhadores (VAHTERA et al, 2000).

O absenteísmo-doença tem sido considerado, também, um problema de saúde pública porque, além dos prejuízos econômicos já mencionados anteriormente, o risco de aposentadoria precoce e de mortalidade é elevado entre homens e mulheres com mais de 15 dias de absenteísmo-doença por ano (ROELEN et al., 2010). Enquanto curtos períodos de ausência por motivo de saúde podem estar associados a questões sociais e ocupacionais, as ausências de longa duração são indicadores mais confiáveis do estado de saúde dos trabalhadores (MARMOT et al., 1995). A literatura especializada não expressa um ponto de corte preciso para caracterizar longo período de ausência, mas, no Brasil, estudos com informações autorreferidas optaram pelo prazo superior a 10 dias (GRIÉP et al., 2010; FERREIRA et al., 2012).

O regulamento da Previdência Social Brasileira estipula que somente as ausências superiores a 15 dias serão avaliadas por perícia médica junto ao INSS para concessão do benefício (BRASIL, 1991). Portanto, para estudos que se propõe a estudar absenteísmo-doença, o ponto de corte de quinze dias pode ser considerado adequado.

A complexidade deste fenômeno se revela ao observar que a relação entre a morbidade e absenteísmo-doença não é direta e que o trabalhador doente não necessariamente se ausenta do trabalho. Este processo (adoecer, faltar do trabalho, melhorar e retornar ao trabalho) pode indicar uma falta de equilíbrio entre a pessoa e o ambiente de trabalho. Dito de outra forma, o absenteísmo-doença pode surgir como resultado de uma discrepância entre a carga de trabalho (exigências e necessidades) e a capacidade do trabalhador (modificada pela doença) influenciada, ainda, por questões organizacionais e fatores psicossociais negativos como

estresse, ritmo acelerado e falta de controle sobre o processo de trabalho (RODRIGUES et al., 2013; LERNER et al., 2008).

Em relação às morbidades associadas ao absenteísmo-doença, são mais frequentes os afastamentos por distúrbios do aparelho respiratório, do sistema musculoesquelético e os transtornos mentais (REIS et al., 2003; ERIKSSON et al., 2008). Dentre os transtornos mentais, depressão é o mais prevalente e o que mais se associa a absenteísmo-doença e outros prejuízos no trabalho como perda do emprego, aposentadorias precoces, limitações ocupacionais e presenteísmo quando comparados aos trabalhadores sem depressão (LERNER et al., 2008). Estes prejuízos ocupacionais decorrem, especialmente, do declínio das habilidades sociais e cognitivas típicas da depressão e que estão sendo cada vez mais exigidas nos dias atuais (KESSLER et al.., 2007; WANG et al., 2004; LAMBERG et al., 2010). Estudos de base populacional realizados nos Estados Unidos da América (EUA) mostraram que depressão acometia cerca de 2% da população economicamente ativa e que de 37% a 42% destes evoluíam para algum grau de incapacidade (ORMEL et al., 2004; KESSLER et al., 2007). Ainda nos EUA, um estudo longitudinal conduzido em Massachusetts que objetivou observar o desfecho ocupacional de trabalhadores depressivos após um follow up de 6 meses, encontrou um índice de desemprego entre os depressivos de 12% (versus 2% do grupo controle saudável e 3% entre trabalhadores com artrite reumatoide) (LERNER et al., 2004).

Apesar da relevância deste tema, os estudos publicados são escassos na literatura. Rost et al. (2004), em estudo realizado com amostra clínica de sujeitos depressivos de centro de atenção primária nos EUA, observaram que quanto mais grave o episódio depressivo e menor a adesão ao tratamento, piores os escores de presenteísmo e maior a concessão de benefícios previdenciários. A gravidade da depressão assim como a presença de comorbidades clínicas também se associaram à aposentadoria por invalidez em estudos com amostras populacionais (BULTMANN et al., 2008; DOSHI & POLSKY, 2008). Atividades com alta exigência cognitiva ou com pressão por produtividade foram fatores preditivos de desemprego futuro em estudos longitudinais com amostras clínicas de depressivos unipolares (MELCHIOR et al., 2003).

A última revisão sistemática sobre os fatores associados à incapacidade para o trabalho em depressivos unipolares (distimia e TDM) foi publicada em 2010, com dados coletados entre os anos de 1995 e 2008 (LEGARVELD et al., 2010). Utilizou 25 estudos com metodologias diversas publicados entre os anos de 1995 a 2000 e encontrou forte associação

entre incapacidade para o trabalho (desemprego, absenteísmo-doença e aposentadoria por invalidez) e fatores clínicos, principalmente duração e gravidade do episódio depressivo, e fraca associação com fatores socioeconômicos e ocupacionais.

Para esta tese, foi realizada atualização da revisão bibliográfica sobre o tema, com artigos publicados entre 2009 e 2014. Foram selecionados 16 artigos e agrupados em 2 categorias a partir do tipo de amostra (clínica ou populacional). Em amostras clínicas, os seguintes desfechos foram estudados: desemprego e absenteísmo-doença. Os fatores de risco que se mostraram associados a desemprego foram: ter depressão (PLAISIER et al., 2012), severidade da depressão (PLAISIER et al., 2012; HEES et al., 2013), histórico familiar de depressão (WOO et al., 2011) e idade acima de 45 anos (PLAISIER et al., 2012; HEES et al., 2013; GHASSEMI et al., 2009). Em relação a absenteísmo-doenças, os fatores foram: severidade da depressão (ROMERA et al., 2010; HOLMA et al., 2012; LERNER et al., 2010), trabalho com alta demanda psicológica (HOLMA et al., 2012), idade acima de 45 anos (HOLMA et al., 2012; LERNER et al., 2010).

Em amostras populacionais, os seguintes desfechos foram estudados: desemprego, aposentadoria por invalidez e absenteísmo-doença. Os fatores que se associaram a desemprego foram: ter depressão (HELLERSTEIN et al., 2010; BANERJEE et al., 2014; CHONG et al., 2013), severidade da depressão (HELLERSTEIN et al., 2010; BANERJEE et al., 2014; CHONG et al., 2013), ser mulher (HELLERSTEIN et al., 2010), idade acima de 45 anos (BANERJEE et al., 2014; CHONG et al., 2013) e trabalho com alta demanda de esforço físico (CHONG et al., 2013). Para aposentadoria por invalidez, os fatores associados foram: severidade da depressão (THIELEN et al., 2013; KNUDSEN et al., 2010), comorbidade clínica (THIELEN et al., 2013; KNUDSEN et al., 2010) e baixa capacitação profissional (KNUDSEN et al., 2010). E, finalmente, os fatores associados a absenteísmo-doença foram: idade acima de 40 anos (PATTEN et al., 2009; AHOLA et al., 2011; LAMBERG et al., 2010), trabalho estressante (AHOLA et al., 2011; LAMBERG et al., 2010), comorbidade clínica (PATTEN et al., 2009; AHOLA et al., 2011; LAMBERG et al., 2010), severidade da depressão (PATTEN et al., 2009; AHOLA et al., 2011; LAMBERG et al., 2010) e trabalho com alta demanda de esforço físico (LAMBERG et al., 2010).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontavam que depressão ocupava a 3ª posição no ranking dos auxílios-doença concedidos no período de 1998 e 2001, sendo responsável pela concessão de mais de 275 mil benefícios para uma população economicamente ativa de cerca de 18 milhões de brasileiros (MS, 1998-2001). Já o Ministério

da Previdência Social divulgou, em 2007, uma lista dos principais TM associados à incapacidade em ordem decrescente de prevalência. Nesta lista, os transtornos depressivos apareceram em primeiro lugar com 54,6% casos, seguidos pelos transtornos ansiosos (17,6%), transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (12,7%) e transtornos psicóticos (11,6%) (MPS, 2007).

Em estudo realizado com servidores públicos municipais de Belo Horizonte (MG), depressão foi a morbidade mais prevalente entre os afastados do trabalho e o relato do uso de medicamentos antidepressivos se mostrou ser fator protetor (RODRIGUES et al, 2013).

Apesar da relevância do tema, infelizmente, este fenômeno tem sido visto mais sob o ponto de vista econômico e político e poucos são os estudos que se dedicaram a explorar a associação absenteísmo-doença e depressão sob a óptica da saúde. O aumento expressivo, nos últimos anos, da prevalência de absenteísmo-doença secundário à depressão e das suas consequências torna imprescindível a elaboração de estudos acerca do tema para subsidiar debates e elaborar políticas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos trabalhadores.

A caracterização da incapacidade para o trabalho é muito mais complexa que a simples quantificação dos prejuízos e do absenteísmo e, neste sentido, é importante que se amplie o foco dos estudos para se observar quais os aspectos estão associados ao comprometimento da funcionalidade de modo a incrementar o conhecimento da associação depressão-incapacidade. O conhecimento dos fatores psicossociais no trabalho é de especial interesse por serem estes preveníveis, ao contrário dos fatores psicopatológicos e sociais que costumam ser mais inacessíveis (BONDE, 2008).

Com a finalidade de qualificar o estudo dos aspectos relacionados ao absenteísmo-doença em sujeitos com TDM, as seções seguintes desta tese vão discorrer sobre as interfaces entre o trabalho e depressão sob os seguintes pontos de vista: socioeconômico, político e de saúde.

2.7. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E O UNIVERSO CONTEMPORÂNEO DO TRABALHO

Nesta seção, será realizada uma breve contextualização sócio histórica da evolução dos modos de organização da produção e do trabalho ao longo do século XX dada a sua centralidade e capacidade de influenciar toda a organização das sociedades, seus modos de

consumo e, principalmente, seus valores. A seguir, serão apresentadas as repercussões desta reestruturação produtiva sobre a saúde mental do trabalhador e algumas das suas principais abordagens teórico-metodológicas com suas intersecções com a psicologia e, particularmente, com a psicologia social.

2.7.1. Contextualização histórica

Os contextos sociocultural e econômico vigentes influenciam diretamente a organização do trabalho e este, para o homem, apresenta um caráter ontológico, é fonte de identificação, de auto-estima, é onde se desenvolvem as potencialidades humanas e o sentimento de pertencimento à sociedade (NAVARRO, 2007). O homem é aquilo que ele faz! E o modo como se estabelece essa relação orgânica entre o homem e seu trabalho pode justificar a saúde, assim como a falta dela.

Neste texto, essa contextualização inicial será realizada tendo como fundamentação teórica o marxismo. Karl Marx (1818 a 1883) é considerado um dos principais filósofos da humanidade e que abordou a centralidade do trabalho na constituição do homem e das sociedades. Segundo Marx, é a partir do trabalho que o homem se relaciona com a natureza e se torna um ser social (MARX; ANTUNES, 1997).

Diferentemente dos outros animais que transformam a natureza “instintivamente” e, portanto, sempre fizeram e continuarão fazendo as mesmas coisas, como as abelhas ou as formigas, por exemplo, o homem consegue projetar na consciência os resultados antes de serem colocados em prática. Desse modo, consegue planejar e escolher o melhor modo de fazer tal atividade para se alcançar o resultado ideal. Esta transformação da natureza a partir da prévia ideação é denominada trabalho (LESSA & TONET, 2011) e é esta capacidade de idear antes de objetivar que funda, para Marx, a diferença do homem em relação aos demais animais da natureza. O trabalho deve ser, então, na sua essência, imaginativo, criativo e com o intuito de satisfazer uma necessidade. O trabalho ideal é aquele que se apropria dos elementos da natureza para criar valor-de-uso (trabalho-concreto)! O trabalho abstrato, puramente mecânico, repetitivo e desprovido de sentido, afasta o homem de sua natureza e o aproxima de um animal irracional (MARX; LESSA & TONET, 2011).

Neste processo de transformação da natureza, os homens também se transformam, pois adquirem sempre novos conhecimentos e habilidades e, consequentemente, novas

necessidades e novas possibilidades de atendê-las (LESSA & TONET, 2011).

A partir, então, desta perspectiva marxista, fica explícita a centralidade do trabalho na constituição do ser social. Ao longo dos séculos, as grandes mudanças sociais foram motivadas essencialmente pelas mudanças na relação do homem com seu trabalho. Assim ocorreu desde o sistema asiático, passando pelo escravista, feudal e, atualmente, pelo capitalista. Este último, será analisado em maior detalhe por ser o sistema vigente atualmente e por apresentar características próprias que podem estar associadas ao fenômeno do aumento expressivo de transtornos mentais na sociedade trabalhadora contemporânea, sendo este um dos objetos de estudo deste presente trabalho.

No século XV, com a transição do feudalismo para o capitalismo, o modo de produção passa a apresentar as seguintes características:

VII. Divisão parcelada do trabalho: desenvolvida para aumentar a produtividade e reduzir os custos da produção;

VIII. Controle dos meios de produção e divisão de classes: poucos proprietários de bens e numerosos indivíduos que não possuem bens, e por isso, vendem a sua força de trabalho para aumentar a riqueza dos proprietários (exploração do homem pelo homem);

IX. Substituição de valor-de-uso (trabalho concreto) pelo valor-de-troca (trabalho abstrato): os produtos não são mais valorizados pelas suas reais utilidades e sim pelo lucro que geram com sua venda;

Na sociedade capitalista, o trabalho concreto – que produz objetos úteis – perde espaço para o trabalho abstrato – que produz objetos com valor de troca, ou seja, os produtos não são mais valorizados pelas suas reais utilidades e sim pelo lucro que geram com sua venda. Deste modo, o trabalho se distancia de sua essência de produzir coisas úteis e passa a atender somente as necessidades do capital, qual seja, gerar mais lucro. Neste modelo, o produto do trabalho é estranho ou alheio ao trabalhador, “não lhe pertence”, não é carregado de sentido (ANTUNES, 2009).

Esse alheamento é o afastamento do homem de sua natureza humana. E, infelizmente, nas sociedades contemporâneas, é esta dimensão do trabalho que predomina. Outra característica bastante cruel presente no modo de produção capitalista é o fetichismo. Para garantir o fluxo de consumo das mercadorias, “cria-se a necessidade”, mesmo que esta não seja essencial. Isto se dá a partir do fetiche de mercadorias supérfluas, impondo-lhes um valor

aparente, que se sobrepõe à sua essência.

Tanto o alheamento como o fetichismo da mercadoria são causas diretas de sofrimento psicológico, uma vez que despertam sentimentos persistentes de insatisfação, de vazio e de falta de sentido nas coisas. Muitas vezes o trabalho só tem como retorno sua retribuição financeira que é destinada ao consumo de mercadorias repletas de valor “vazio”, que não satisfazem as reais necessidades humanas, perpetuando sentimentos de frustração.

Ao longo do século XX, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia só fez intensificar o alheamento do trabalhador, uma vez que a lógica deste avanço tecnológico segue a lógica do capital. A lógica produtiva permanece a mesma que regia as relações capital/trabalho no século XIX. Ao se observar todo o avanço do processo de trabalho no capitalismo, verifica-se que houve a perda progressiva do controle do trabalhador sobre o seu processo de produção e, consequentemente, de seu próprio trabalho (NAVARRO, 2007).

Os modos de produção conhecidos como taylorismo e fordismo, que vigoraram por quase todo o século XX, caracterizaram-se pela intensa exploração do trabalhador e deterioração das condições de trabalho (PERES, 2000). Ambos intensificaram as formas de controle do trabalho a partir da forte segmentação das tarefas (divididas entre os detentores do conhecimento e da tecnologia e aqueles que simplesmente as executavam). O trabalhador era visto como uma simples extensão da máquina, e executava trabalho fragmentado, intenso, repetitivo e desprovido de sentido. Nesta lógica voltada para o aumento da produção em massa, o trabalhador não necessitava conhecer todo o processo de produção, como faziam os artesãos, mas bastava que tivessem resistência física e psicológica para realizar sempre os mesmos gestos durante jornadas extenuantes de trabalho (GOUNET, 1999). Essa característica suprimia a dimensão intelectual do trabalho reforçando seu caráter de estranhamento em relação ao trabalhador.

Em meados dos anos 70, estes modelos começaram a esboçar os primeiros sinais de crise ao se depararem com a realidade de que não havia mercado consumidor suficiente para absorver a elevada produção de mercadorias em massa. Era o excesso de produtos semelhantes num mercado consumidor que não cresceu na mesma proporção, dando origem à chamada crise de superprodução (PERES, 2000). Somado a esta realidade, as lutas dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e o desemprego estrutural resultante da modernização das fábricas e substituição da mão-de-obra humana pela maquinaria, retraíram ainda mais o consumo gerando um círculo vicioso insustentável para estes modos de

produção (ANTUNES, 2009). Esta crise estrutural exigiu, então, uma reorganização da estrutura de produção e do trabalho, de modo que o capital recuperasse seu ciclo reprodutivo e os níveis de acumulação anteriores a ela (ANTUNES, 2009).

O modo de produção denominado toyotismo surgiu como solução para esta crise do capital ocorrida nos anos 70. Originário no Japão, de dentro das fábricas de automóveis Toyota, estabeleceu, a partir das cinzas do taylorismo/fordismo, uma nova forma de organização industrial e de relação entre capital e trabalho (PERES, 2000). Uma das características mais estratégicas deste novo modelo foi a extinção da forte segmentação das tarefas. Fruto das reivindicações dos trabalhadores por uma maior participação na organização do trabalho, Antunes (1999, p. 44-45) constata que:

> *"Os operários tinham se mostrado capazes de controlar diretamente não só o movimento reivindicatório, mas o próprio funcionamento das empresas. Eles demonstraram, em suma, que não possuem apenas uma força bruta, sendo dotados também de inteligência, iniciativa e capacidade organizacional. Os capitalistas compreenderam que, em vez de limitar a explorar a força de trabalho muscular dos trabalhadores, privando-os de qualquer iniciativa e mantendo-os enclausurados nas compartimentações estritas do taylorismo e do fordismo, podiam multiplicar seu lucro explorando-lhes a imaginação, os dotes organizativos, a capacidade de cooperação, todas as virtudes da inteligência."*

No toyotismo, o trabalhador, ao ser integrado ao processo produtivo, passa a mesclar tanto atividades de elaboração quanto de execução das tarefas, a chamada flexibilidade profissional (PERES, 2000). Valoriza-se, deste modo, o trabalhador polivalente, multifuncional, capaz de compreender todo o processo produtivo, reforçando o sentimento de cooperação entre trabalhadores e empresa, aumentando a eficiência e a produtividade em prol do capital (ANTUNES, 2009). Neste novo modelo, o operário-executor dá espaço ao operário polivalente, flexível, participativo e altamente especializado, permitindo concentrar toda a mão-de-obra em um número reduzido de trabalhadores. Embora a ideia vendida seja a de uma maior valorização do trabalhador e do resgate do sentido do trabalho, este modelo intensifica as condições de exploração do trabalhador, lhes "rouba tempo" ao embutir-lhes o sentimento de necessidade de "entrega total" à empresa, como se o sucesso da empresa fosse o seu próprio sucesso pessoal. Esta estratégia funciona como um golpe no sindicalismo ao atenuar aparentemente as razões das lutas entre capital e trabalho (PERES, 2000).

Outras estratégias como *just in time (*produção exata para atender a demanda*)*, trabalho em equipe, eliminação do desperdício e controle de qualidade total também são parte do

discurso do modelo toyotista de produção e são adotadas por empresas de todo o mundo. Somente as empresas integradas a estas estratégias são tidas com "empresas-modelo" e recebem os certificados ISO 9000, 9001, 9002, etc. (PERES, 2000). Este discurso da "qualidade total" contamina não só os processos de produção, mas também os conceitos de qualificação dos trabalhadores. Deste modo, cria-se a "necessidade" de certificação de qualidade para empresas e mercadorias, que só são liberadas depois de passarem pelas inspeções de qualidade, e também para os trabalhadores, que são beneficiados com programas de recompensas "para o melhor funcionário do mês" ou que só se mantêm contratados os suficientemente qualificados (PERES, 2000).

Toda essa dinâmica acaba por contaminar o trabalhador com o espírito do individualismo e da competitividade, mais uma vez apaziguando as lutas sindicais ao desarticular a organização da classe trabalhadora (ANTUNES, 2009). Segundo MÉSZÁROS (1989), o capital depende da dinâmica do mercado de produtos que é dada pela rotatividade entre mercadorias velhas pelas novas. Portanto, quanto menor a vida útil de um produto, maior será a sua dinâmica de consumo e, portanto, maior seu lucro. Assim, observa-se que numa empresa da era da reestruturação produtiva, quanto mais "qualidade total" os produtos tiverem, menor deve ser seu tempo de duração (ANTUNES, 1999), evidenciando o caráter ambivalente e destrutivo deste modelo de produção. O suposto "respeito pelo consumidor" não passa de alienação da realidade, mais uma forma do capital atingir seu único objetivo: o lucro. PERES (2000, p. 106) afirma que:

> *...perda de direitos, precarização, destruição do sindicalismo, intensificação do trabalho dada pelo melhor aproveitamento possível do tempo de produção por meio do método just in time, imensa terceirização dos processos produtivos, precarização do trabalho, tudo isso reflete o enorme desprezo do capital pela força humana que trabalha, seja no modelo fordista de produção, onde a exploração era explícita, seja no modelo toyotista, cujo discurso da "qualidade total" encobre as condições desumanas vividas por muitos trabalhadores. Portanto, pensar que há algum respeito do capital pelo trabalho, pela pessoa do trabalhador, é cair nas artimanhas do próprio capital. É estar alienado diante da verdadeira realidade*.

No toyotismo, às formas objetivas de exploração do trabalho são somadas as formas subjetivas desta exploração. ANTUNES (2009, p.55) constata:

> *[...]o taylorismo e o fordismo tinham uma concepção muito linear, onde a gerência científica elaborava e o trabalhador manual executava. O toyotismo percebeu, entretanto, que o saber intelectual do trabalho é muito maior do que o fordismo e o*

> *taylorismo imaginavam, e que era preciso deixar que o saber intelectual do trabalhador florescesse e fosse também ele apropriado pelo capital.*

Todas estas mudanças no processo capitalista de trabalho ao longo do último século acabaram por intensificar o trabalho e minguar a subjetividade dos trabalhadores. Esta lógica limita ou mesmo extingue as possibilidades do trabalho se constituir um meio de desenvolver a dignidade, a solidariedade e as potencialidades do ser humano (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

Embora a essência destes processos seja direcionada para o trabalho industrial, algumas de suas características são comuns, também, ao setor de serviços como a alienação do trabalhador, os apologismos ao individualismo, à competitividade e recompensas "pela dedicação", terreno fértil para o sofrimento e adoecimento dos indivíduos, configurando o "trabalho patogênico". A precarização dos vínculos trabalhistas, a terceirização e o desemprego são conseqüências deste processo. A flexibilidade profissional – que exige trabalhadores ágeis, abertos a mudanças a curto prazo, polivalentes – não causa apenas sobrecarga de trabalho aos "sobreviventes", mas acarreta impactos negativos sobre a vida pessoal e familiar de todos os trabalhadores (NAVARRO, 2007). Todos os setores de atividade têm-se caracterizado pelas metas inalcançáveis e pelo ritmo intenso de trabalho acarretando prejuízos na sociabilidade e na saúde mental. Acrescenta-se à exiguidade dos tempos destinados a pausas no trabalho, repouso e recuperação do cansaço (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

As perdas não são restritas às esferas social e financeira. A saúde também está na mira deste processo perverso. Sennet (1999) apontou que uma das principais conseqüências pessoais do modelo atual de organização do trabalho é a "corrosão do caráter". O desemprego força as pessoas a enfrentarem a disputa por uma vaga no mercado de emprego formal, mesmo que este seja alienado e estranhado. Infelizmente, até o trabalho que adoece a saúde física e a psíquica passa a ser objeto de desejo (NAVARRO, 2007).

No Brasil, este fenômeno também é constatado. Nos últimos 40 anos, ocorreram grandes mudanças demográficas e sociais decorrentes do processo acelerado de migração da população rural para o meio urbano. A superlotação das cidades, o aumento expressivo de moradias inadequadas, altas taxas de violência e criminalidade são algumas das consequências observadas. Além disso, a entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho – 25% delas são chefes de família, fazem dupla jornada e recebem salários mais baixos se comparados aos dos homens – criou uma parcela de trabalhadores mais susceptíveis à

sobrecarga física e emocional e, como consequência, mais susceptível a transtornos mentais.

Diante deste cenário de precarização social que representa a "crise estrutural do capital", observa-se uma tendência real de que a força do trabalho vem sendo colocada de modo cada vez mais intenso sob uma condição de exploração e marginalização pelo capital. Inexoravelmente, o reflexo sobre a saúde dos trabalhadores será negativo.

2.7.2. Repercussões da reestruturação produtiva sobre a saúde mental dos trabalhadores

As mudanças ocorridas no universo do trabalho e descritas na seção anterior têm sido responsáveis pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com destaque para o aumento expressivo dos transtornos mentais. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, os chamados transtornos mentais menores (transtornos relacionados ao estresse) acometem cerca de 30% dos trabalhadores ativos e os transtornos mentais graves (depressão e transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, por exemplo), cerca de 5 a 10% (WHO, 2010).

No Brasil, segundo estatísticas do INSS referentes apenas aos trabalhadores formalmente ocupados, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001).

A flexibilização das relações de trabalho (terceirização e desregulamentação social) produziu um cenário de instabilidade que afeta, nos dias atuais, todos os trabalhadores. Esta flexibilização/precarização altera a vida dentro e fora do trabalho e se expressa em formas de organização pautadas pela intensificação do trabalho, pela desregulamentação dos direitos trabalhistas, pelo *just in time*, pela gestão pelo medo, pelas práticas participativas forçadas e pela multifuncionalidade, dentre outros métodos de controle. São processos de dominação que mesclam insegurança, incerteza, competição, individualismo, seqüestro do tempo e perda da individualidade.

Estas características do universo contemporâneo do trabalho estão estreitamente ligadas ao agravamento da saúde dos trabalhadores, marcadamente, da saúde mental. Trata-se de uma fragilização – orgânica, existencial e identitária – dos indivíduos pela atual organização do trabalho. Numa sociedade em que o trabalho ainda ocupa um espaço/tempo

central na vida dos sujeitos, sua precarização mina o processo de identificação e reconhecimento de si, tornando mais complexa a alienação/estranhamento do trabalho (ANTUNES, 1997). Está consolidada a noção de insegurança, descartabilidade dos sujeitos e competitividade de todos contra todos.

Nos dias atuais, os tempos sociais do trabalho (ritmos, intensidade, turnos, horas extras, ...) desrespeitam os ritmos biológicos dos trabalhadores e negligenciam sua capacidade adaptativa, gerando um terreno fértil para o adoecimento, com destaque para os transtornos depressivos (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

O universo contemporâneo do trabalho tem sido permeado pela violência psicológica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO,2007), violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder, o que, na interpretação de Dahlberg e Kurg (2006; p.279), deveria ser entendido como inclusão da negligência e de todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, tanto como suicídio e outros. Esta interpretação abrange, além das exposições a agentes físicos, químicos e biológicos, a negligência patronal que permite a exposição dos trabalhadores a substâncias neurotóxicas causadoras de transtornos mentais (como a intoxicação por chumbo, por exemplo) e/ou a jornadas extenuantes de trabalho e privação do sono.

Somada a estas modalidades de adoecimento psíquico, que acarretam um “desgaste literal” das estruturas cerebrais, há a modalidade denominada de “desgaste psíquico” que se processa a partir das perdas que incidem sobre a subjetividade, empobrecendo a vida afetiva e o sentido do trabalho para quem o realiza: “desgaste simbólico ou metafórico” (SELLIGMANN-SILVA, 2011). Este desgaste psíquico poderá desencadear uma série de transtornos mentais e está sendo associado à prática da violência, marcadamente psicológica, que se observa nas relações de poder e das instâncias administrativas que regem o trabalho assalariado em todos os setores.

A violência está também embutida na cultura da competitividade maximizada e da flexibilidade, a chamada violência da excelência. Esta, além de minar o espírito de coletividade, fez emergir uma espécie de coerção à perfeição humana que ignora os limites mentais e a individualidade dos trabalhadores, além de cultivar um terreno propício ao assédio. Na Europa, os danos da violência da excelência foram bem estudados por Monroy (2000) que pontuou o sofrimento psíquico e a depressão seus maiores expoentes. A supervalorização da flexibilidade incrementa a sensação de fadiga e tensão associadas aos

esforços de adaptação/capacitação continuada gerando frustração nos trabalhadores que são obrigados a se distanciar de suas aptidões e experiência profissionais para se tornarem flexíveis e polivalentes. Este é, certamente, um dos impactos mais avassaladores da flexibilidade e que incide diretamente na saúde mental dos sujeitos. É possível identificar uma série de transtornos mentais associados à violência contida na precarização social do trabalho. Esta caracterização é fruto de uma série de estudos clínicos e sociais realizados em diferentes países, inclusive no Brasil, ao longo das últimas três décadas e tem sido objeto de revisão e sistematização recentes (DEJOURS, 2007; PEZÉ, 2008; SELLIGMANN-SILVA, 2011; MERLO & MENDES, 2009). Estão incluídos neste grupo os quadros depressivos, o esgotamento profissional (burnout) e a dependência de álcool e outras drogas.

Observa-se que o universo contemporâneo do trabalho é palco de diferentes formas de exploração dos trabalhadores pelo capital, inaugurando, assim, uma era que consolida a perda da razão social do trabalho. As conseqüências deste processo: violência e adoecimentos, principalmente, as doenças mentais. Historicamente, todo este processo, juntamente com a expansão do desemprego e com a reemergência da pobreza, tem direcionando o foco das atenções para a saúde mental do trabalhador, um campo de estudos interdisciplinar que exige diálogo constante entre diversas disciplinas como a medicina ocupacional, psicologia do trabalho, epidemiologia, ergonomia, fisiologia, toxicologia, entre outras.

No Brasil, outro fator que motivou a exploração do campo da saúde mental do trabalhador foram as mudanças consolidadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 e impulsionadas, a partir de 1986, pela VIII Conferência Nacional de Saúde e pela I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Estas mudanças romperam com o modelo teórico centrado no saber médico e em saberes compartilhados por categorias profissionais para proporem ações integrativas e interdisciplinares (NARDI, 1997).

Por ser a saúde mental do trabalhador um campo de estudo em expansão, o que se verifica é uma diversidade de abordagens teórico-metodológicas. Atualmente, é possível identificar o predomínio de estudos que se fundamentam em, basicamente, três modelos teóricos: (1) as teorias sobre estresse; (2) a corrente voltada para o referencial psicanalítico; (3) e aquele que se fundamenta no materialismo histórico e adota o conceito de desgaste mental (SELLIGMAN-SILVA, 1995).

Os modelos com base na teoria do estresse têm o referencial vinculado às respostas

fisiológicas do organismo diante de um estressor potencial e são coerentes com a perspectiva positivista da Medicina e com a visão behaviorista (GLINA, 2010). Foi empregado inicialmente pelo Fisiologista Seyle, em 1936, para designar uma "síndrome geral de adaptação" constituída por três fases: reação de alarme, fase de adaptação e fase de exaustão. Segundo Lipp (2002), o estresse é uma reação do organismo à ação prolongada dos agentes estressores, exigindo adaptação dos organismos, que o atingem nos planos biológico-físico e psicológico-emocional. Os autores que se utilizam desta teoria buscam identificar e isolar as variáveis que constituem fonte de tensão para os indivíduos, alcançando, deste modo, os componentes do trabalho, tendo em vista sua relevância na vida das pessoas.

As correntes que se referenciam na psicanálise têm sido bastante utilizadas no Brasil, especialmente com a abordagem da *Psicodinâmica do Trabalho* desenvolvida por Christophe Dejours. A partir desta perspectiva e utilizando os conceitos de "trabalho prescrito" (planejado pelo gestor) e "trabalho real" (efetivamente realizado), o autor se foca na dimensão dinâmica da relação do homem com seu trabalho, sendo este produtor de prazer e de sofrimento. Sob esta perspectiva, o sofrimento teria duplo caráter: (1) aquele que impede, que paralisa e que leva ao sofrimento patogênico ou (2) aquele sofrimento inerente à vida, que permite que o sujeito lance mão de suas estratégias defensivas em busca de movimento e superação, o sofrimento criador (DEJOURS, 2008).

Nas palavras de MINAYO-GOMES (1997, p.29), a psicodinâmica do trabalho busca:

> *(...) desvelar na organização real do trabalho as estratégias adaptativas intersubjetivas, de defesa/oposição, latentes na tensão entre a procura do prazer/reconhecimento dos sujeitos e os constrangimentos externos impostos, independentemente de suas vontades, pelas situações de trabalho. As manifestações patológicas de sofrimento são a expressão do fracasso desta mobilização subjetiva.*

Dejours considera que o trabalho não é capaz de criar uma verdadeira neurose, mas sim, "de fazer surgir manifestações que configurariam esta síndrome neurótica (SELIGMANN-SILVA, 1994). Assim, sob esta perspectiva, embora o trabalho tenha sua participação relevante, ele atuaria fundamentalmente como desencadeante do processo de adoecimento, e não como seu principal determinante.

A terceira corrente, a do desgaste mental, é proposta por Seligmann-Silva (1994) e toma como fundamento teórico o materialismo dialético e a perspectiva histórica ao colocar no centro da análise o trabalho compreendido no interior das relações de produção capitalista. Laurell & Noriega (1989) desenvolveram, inicialmente, este conceito de desgaste ao

realizarem uma revisão dos reflexos da reestruturação produtiva sobre a saúde dos trabalhadores e verificarem que, ao longo de todo o processo, intensificaram-se a dominação e o controle do capital sobre o trabalho e diminuíram as possibilidades de o trabalhador ter controle sobre seu próprio trabalho.

Essas formas de organização do trabalho, que representam a separação entre concepção e execução e a apropriação capitalista do saber-fazer dos trabalhadores, convertem o sujeito-trabalhador em objeto, em coisa sem subjetividade. Essas características do processo de trabalho são traduzidas em "cargas de trabalho", que dizem respeito às exigências da organização do trabalho e da atividade do trabalhador. Há as "cargas com materialidade externa" (físicas, químicas, biológicas) e as "cargas com materialidade interna" (ritmo, controle, tensão psíquica, etc). Estas cargas interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, do que resulta em um possível desgaste decorrente dos processos adaptativos que ocorrem em cada trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 1995).

As chamadas cargas psíquicas se dividem em dois tipos: (1) aquelas decorrentes de situações de tensão prolongada (atenção permanente, supervisão com pressão, altos ritmos de trabalho) e (2) aquelas relacionadas a situações em que o trabalhador é impossibilitado de fazer uso das suas capacidades psíquicas no trabalho (perda do controle do processo de trabalho, desqualificação do trabalho, separação entre concepção e execução, precarização do trabalho, monotonia, repetitividade). Nesta perspectiva, os elementos presentes na organização e no ambiente de trabalho são entendidos como "fontes laborais de tensão" que provocam o desgaste que pode se manifestar por diferentes configurações.

Como pôde ser observado pelo exposto acima, todas as correntes teóricas veiculadas ao campo da saúde mental do trabalhador consideram que, de algum modo, o mundo contemporâneo do trabalho aumentou as exigências psíquicas dos trabalhadores (cognitivas, emocionais e psicossociais) justificando, de certa forma, o aumento da prevalência de adoecimento mental dos sujeitos mais susceptíveis.

2.7.3. Fatores de risco psicossociais no trabalho

Todo o processo de reestruturação produtiva juntamente com a precarização social gerou transformações nas situações de trabalho com repercussão sobre a saúde do trabalhador. Uma das principais consequências observadas foi o aumento das exigências mentais

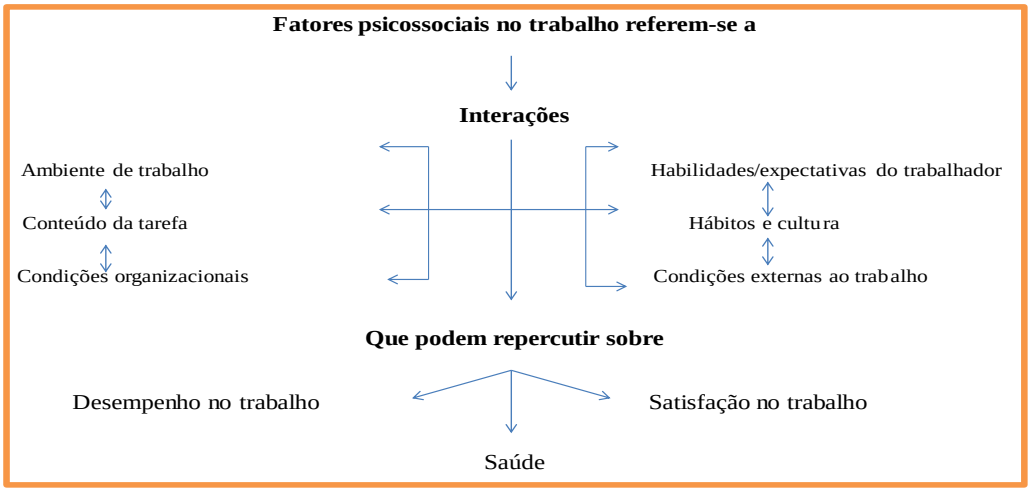
(incluindo os aspectos cognitivos, emocionais e psicossociais) mediante os novos paradigmas do universo do trabalho (intensificação, aceleração dos tempos sociais, competitividade, flexibilidade, capacitação permanente, roubo do tempo, entre outros), trazendo um novo desafio para os profissionais de saúde e de recursos humanos: a questão da saúde mental no trabalho, com o reconhecimento e a prevenção das doenças mentais, dentre elas, a depressão.

No campo da saúde mental no trabalho, a literatura nacional e internacional tem apontado a relevância dos fatores psicossociais no trabalho como determinantes de bem estar e saúde dos trabalhadores, recomendando sua inclusão nas análises de risco ocupacional (que, tradicionalmente, contemplam apenas aspectos objetivos – químico, físico e biológico).

Em meados da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicaram documento em que constava o impacto dos fatores psicossociais do trabalho sobre a saúde e bem estar dos trabalhadores (ILO, 1986). Segundo este documento, os fatores psicossociais referem-se às interações entre componentes do trabalho (condições, organização, ambiente) e componentes do trabalhador (capacidades, dificuldades, expectativas) além das influências socioeconômicas e culturais que, embora aparentemente externas ao ambiente de trabalho, acabam por influenciá-lo (ILO, 1986).

Para Salter et al. (2003), os fatores psicossociais incluem aspectos do trabalho ou do ambiente de trabalho, tais como a cultura organizacional, papéis ocupacionais, relacionamentos interpessoais no trabalho e o desenho e conteúdo das tarefas (variedade, significado, escopo, repetitividade). O conceito estende-se, também, ao ambiente extra organizacional (demandas domésticas) e aspectos do indivíduo (condições de saúde, personalidade e atitudes). A figura 1 ilustra esta definição evidenciando as interações dinâmicas entre os fatores ocupacionais e individuais.

Figura 1: Fatores psicossociais no trabalho



Fonte: OIT, 1986

Quando existe um balanço equilibrado entre os fatores ocupacionais e os individuais, o trabalho se torna um campo de promoção de autoestima, bem estar, incremento da motivação e da capacidade para o trabalho. Por outro lado, quando existe um desequilíbrio na interação entre tais fatores, os desfechos vão refletir negativamente este desbalanço, e o modo como este desbalanço se apresenta irá depender, basicamente, de características individuais como resiliência e habilidades para lidar com os problemas (OIT, 1986).

Segundo Levi (1998), atualizado por Leka (2004), os principais fatores psicossociais no trabalho são:

No conteúdo do trabalho:

- *Conteúdo das tarefas*: monotonia, repetitividade, subutilização de habilidades, tarefas sem sentido, tarefas desagradáveis ou repugnantes;
- *Carga e ritmo de trabalho*: sobrecarga ou pouca carga de trabalho, trabalhar sob pressão de tempo;
- *Horário de trabalho*: pouca flexibilidade nos horários, longas jornadas, trabalho em horários que não permitem convívio social, horários imprevisíveis, esquema de turnos mal concebidos;
- *Participação e controle*: pouca participação na tomada de decisões, pouco controle sobre os processos de trabalho;

No contexto do trabalho:

- *Desenvolvimento de carreira, status e salário:* insegurança no trabalho, pouca perspectiva de promoção, trabalho de baixo valor social, sistemas por avaliação por desempenho injustos, ter pouca capacitação para o trabalho;
- *Papel na organização:* ambigüidade de papéis, lidar continuamente com novas tecnologias, lidar com outras pessoas e seus problemas;
- *Relações interpessoais:* conflitos interpessoais, pouco apoio social dos colegas/chefia, bullying, falta de procedimentos para lidar com as queixas e dificuldades;
- *Cultura organizacional:* falta de clareza sobre os objetivos organizacionais, problemas na comunicação, liderança "pobre";
- *Interface trabalho-casa*: demandas conflitantes entre o trabalho e a vida pessoal, pouco apoio no trabalho aos problemas pessoais, pouco apoio em casa para os problemas vividos no trabalho;

Condições ambientais:

- Presença de fatores físico/químicos/biológicos nocivos à saúde, iluminação inadequada, ruídos excessivos, entre outros.

A exposição aos fatores psicossociais no trabalho costuma ser crônica e prolongada de forma que, mesmo que os trabalhadores tenham habilidades suficientes para tolerá-los, a persistência da exposição aos fatores negativos acaba por exceder as defesas humanas culminando com queixas e adoecimentos. Os primeiros indícios das conseqüências negativas desta exposição são a irritabilidade, sentimento de tensão e depressão (OIT, 1986). Distúrbios cognitivos (dificuldade de concentração, de memória e de tomada de decisão) refletem a queda da capacidade de desempenho.

Para Kalimo & Lappanen (1984), a relação entre a exposição aos fatores psicossociais no trabalho e saúde é complicada por inúmeros aspectos individuais e subjetivos, sofrendo influência de experiências passadas, fatores genéticos, condições de vida além da capacidade de *coping* e recuperação de situações de estresse. Assim, diante de uma suposta situação de estresse no trabalho, um trabalhador pode conseguir enfrentá-la e se manter saudável enquanto outro pode adoecer.

As correntes teóricas mais populares consideram que os fatores psicossociais negativos no trabalho se comportam como causadores de "estresse ocupacional" e, a partir da

década de 1980, uma série de estudos foram desenvolvidos dentro desta corrente com a finalidade de explicar seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores.

Em revisão da literatura sobre a identificação de fatores psicossociais com potencial para causar estresse no trabalho, Kalimo (1987) formou uma lista composta por nove categorias:

- Estressores relacionados às exigências para realização das tarefas. Esta categoria compreende os vários aspectos que determinam sobrecarga quantitativa e qualitativa, bem como a subcarga quantitativa das atividades com escassez de tarefas como, por exemplo, o trabalho dos vigias;
- Organização e gerenciamento. Destaca a falta de possibilidades de tomar decisões, a burocracia que "atravanca" a progressão das tarefas, o autoritarismo;
- *Work-Role* (Papéis desempenhados). Aponta a ambiguidade e conflito de responsabilidades;
- Problemática referente à carreira. Falta de perspectiva de progressão, desinformação quanto às perspectivas, critérios de promoção pouco claros;
- Horários de trabalho inconvenientes. Destaque para os turnos alternados (em revezamento);
- Limitação dos contatos interpessoais. Situações de isolamento;
- Pouca segurança no emprego;
- Riscos físicos, químicos e biológicos;
- Problemas na interface trabalho/lar.

Kalimo (1987) considera que, além da análise destes fatores, é indispensável estabelecer correlações com indicadores de ordem psicológica, fisiológica, comportamental e clínica para caracterizar e mensurar os seus efeitos sobre a saúde. Também se apoiando nesta vertente sobre a teoria do estresse, o sueco Robert Karasek desenvolveu o "Modelo tridimensional do ambiente psicossocial de trabalho", em que os três eixos básicos considerados são: (1) as exigências do trabalho; (2) os níveis de apoio social ao executante das tarefas; e (3) os níveis de controle do trabalhador sobre seu próprio desempenho – a chamada "latitude de decisão" (KARASEK & THEORELL, 1990).

Este modelo representou um importante avanço teórico na medida em que direcionou

o foco da atenção para a “liberdade de decisão do trabalhador” incorporando as dimensões macrossocial e organizacional na discussão do tema. Propõe-se que os trabalhadores expostos a condições sob alta demanda psicológica e baixo controle do processo de trabalho estão sob tensão que, se persistente, desencadeia redução da capacidade funcional e aumento do risco para desenvolvimento de doenças relacionadas ao estresse. Em contrapartida, em trabalhos ativos caracterizados por alta demanda e alto controle, há a possibilidade de desenvolver atividades selecionadas e hierarquizadas, promovendo o bem-estar de quem o executa.

Uma versão expandida deste modelo de estresse no trabalho foi proposta por Jonhson & Hall (1988) ao adicionar a dimensão apoio social como terceiro componente, com enfoque preventivo. A partir daí, outros pesquisadores têm procurado investigar especialmente os tipos de apoio social que apresentam eficácia para reduzir o mal estar psicológico e o adoecimento mental nas situações de trabalho (GLINA et al., 2003, 2010).

Em uma *coorte* francesa com trabalhadores de uma empresa estatal, foi observada a associação entre trabalho com alta exigência e pouco apoio social com sintomas depressivos (MELCHIOR et al., 2003). No Brasil, foi observada elevada prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em ocupações de alta exigência como médicos (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006), trabalhadores de enfermagem (ARAÚJO et al., 2003) e professores da rede pública (REIS et al. 2005).

Outro modelo utilizado é o *Desequilíbrio Esforço-Recompensa*. Desenvolvido por Siegrist (1998) e também baseado no modelo teórico do estresse, considera a reciprocidade de intercâmbio da vida profissional, ao descrever o trabalho como fonte de auto-estima e integração social por meio de uma troca equilibrada: esforços empreendidos pelo trabalhador e recompensas equiparadas. Estas recompensas podem abranger três aspectos: financeiro (salário e benefícios), autoestima (reconhecimento e valorização profissional) e percepção de controle por parte do trabalhador sobre o seu status social (segurança no emprego, progressão na carreira). Em situações em que há um desequilíbrio entre esforços empreendidos e recompensas advindas, ocorre uma resposta negativa ao estresse, principalmente quando de observa “alto esforço” e “baixa recompensa” (SIEGRIST, 1998). Conseqüências como “aflição psicológica” e excitação do sistema nervoso autônomo pela percepção de que a situação profissional não gera recompensas suficientes foram descritas por Stansfeld & Candy (2006).

O trabalhador que se mantém exposto a esta situação de desequilíbrio o faz por

dependência financeira, por falta de opção no mercado de trabalho ou por excesso de comprometimento (SIEGRIST, 1998). Este último pode ser motivado por um perfil psicológico com forte desejo de aprovação, mas também por exposição a ambiente de trabalho competitivo e hostil (SIEGRIST, 1998).

Siegrist & Rödel (2006) formularam três hipóteses para o seu modelo:

- O desequilíbrio esforço-recompensa (DER): situação de alto esforço e baixa recompensa com aumento de risco para agravos à saúde;
- O excesso de comprometimento intrínseco: baseia-se em exagero contínuo nos esforços individuais, sem desequilíbrio esforço-recompensa;
- A hipótese interativa: desequilíbrio esforço-recompensa com excesso de comprometimento, que se constitui como a pior situação para o trabalhador.

Do ponto de vista psicopatológico, a associação destes fatores no trabalho com o adoecimento é apresentada por duas vias (SIEGRIST & RÖDEL, 2006):

- Via direta: há um efeito direto das situações estressoras no sistema nervoso autônomo com resposta fisiológica danosa;
- Via indireta: os fatores estressores influenciam as decisões comportamentais, modulando os hábitos de vida de forma nociva.

Head et al. (2007) descreveu situações de desequilíbrio esforço-recompensa associadas a absenteísmo-doença de longa duração.

Há um consenso na literatura de que a exposição aos fatores psicossociais carrega um potencial para estresse e danos à saúde, preferencialmente sobre a saúde mental e cardiovascular (LEKA, COX; 2008). Toomingas et al. (1997) apontam a tensão psicossocial ocupacional crônica como responsável pela diminuição no limiar de características psicológicas como exaustão emocional e falta de capacidade de relaxar.

Aspectos psicossociais desfavoráveis no trabalho, como monotonia, insatisfação, falta de sentido e tensão psicológica persistentes, foram associados ao aumento das taxas de licenças-saúde e aposentadoria por invalidez (LABRIOLA et al, 2009; KRAUSE et al., 1997).

Do ponto de vista biológico, não há dúvidas de que ser exposto a uma situação de tensão ou estresse persistente vulnerabiliza o indivíduo, facilitando a eclosão de diferentes distúrbios psíquicos. No caso específico da depressão, o estresse persistente modula uma alteração neuroendócrina (redução da expressão do gene e da atividade do neurotransmissor

BDNF – *Brain Derived Neurotrophic Factor* na região do hipocampo cerebral) reconhecidamente associada ao desenvolvimento da depressão unipolar (WARNER, 2006). Sob o ponto de vista psicológico, o impacto de um trabalho estressante se expressa em sentimentos de desvalorização profissional, diminuição da auto-estima e auto-controle, agravando diretamente a saúde mental.

Diante do exposto, é fundamental que os fatores psicossociais no trabalho sejam identificados e monitorados, e que as suas possíveis conseqüências sobre a saúde sejam objeto de interesse dos profissionais da área de saúde do trabalhador.

3.OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1. OBJETIVO GERAL:

Caracterizar a funcionalidade em sujeitos com Transtorno Depressivo Maior e analisar os fatores associados ao absenteísmo-doença por esta causa em trabalhadores autárquicos de uma universidade pública paulista.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar análises descritivas da população do estudo quanto aos aspectos socioeconômicos, pessoais (hábitos e estilos de vida, características clínicas) e ocupacionais e compará-las entre os dois grupos de sujeitos deste estudo (depressivos ativos e depressivos em situação de absenteísmo-doença);
2. Avaliar as propriedades psicométricas (validades de critério concorrente, de construto convergente e discriminativa e precisão a partir do teste-reteste e consistência interna) de um instrumento objetivo para caracterizar funcionalidade, a escala FAST, em sujeitos com depressão maior;
3. Descrever a funcionalidade a partir da escala FAST em sujeitos depressivos e compará-la entre os dois grupos de sujeitos deste estudo (depressivos ativos e depressivos em situação de absenteísmo-doença);
4. Verificar a ocorrência de associações entre absenteísmo-doença por TDM e os fatores socioeconômicos, pessoais, clínicos e ocupacionais;

3.3. HIPÓTESES:

1. Há associação positiva entre prejuízos funcionais e maiores escores de gravidade da depressão;
2. Há associação positiva entre absenteísmo-doença por depressão e fatores psicossociais negativos no trabalho.

4. MÉTODOS

4.1. UNIVERSO DO ESTUDO

A Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) está entre as maiores e mais importantes universidades brasileiras. É uma das três universidades públicas mantidas pelo governo do Estado de São Paulo, ao lado da USP (Universidade de São Paulo) e da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas). Criada em 1976, a partir da integração de institutos isolados de ensino superior que existiam em várias regiões do estado, a UNESP é composta por 34 unidades em 24 cidades, sendo 21 no interior, uma na capital do estado e uma no litoral paulista, em São Vicente. Atualmente, conta com mais de 11 mil funcionários distribuídos entre corpo docente e técnico-administrativos, sendo que a grande maioria é composta por servidores autárquicos regidos por estatuto próprio dessa universidade.

Com toda esta estrutura de recursos físicos e humanos, a UNESP identificou a necessidade de desenvolver várias ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças de seus servidores docentes e técnico-administrativos. A partir de 2010, estas ações foram padronizadas a partir da criação da Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental - COSTSA, órgão vinculado à Pró-Reitoria de Administração da UNESP, cujo modelo de ações tem apresentado excelentes resultados.

A COSTSA tem ações voltadas para a Saúde e Segurança do Trabalhador, assim como para Perícias Médicas, além de atuar também no âmbito da Sustentabilidade Ambiental. Com a implementação destas ações, houve grande redução no absenteísmo na UNESP, além de outros resultados favoráveis, por exemplo, em processos de readaptação que permitiram reintegrar servidores afastados de longa data com dignidade, o que resultou na possibilidade de eles encontrarem novamente o sentido do trabalho com a valorização de suas potencialidades.

A partir da observação dos resultados produzidos pelos trabalhos da COSTSA, constatou-se a grande proporção de absenteísmo-doença por transtornos mentais em seus servidores. Estudo conduzido pela coordenadoria em 2011 evidenciou que 5,7% de todos os servidores autárquicos da UNESP apresentaram absenteísmo-doença por transtorno mental durante o ano de 2010 e que a duração média destes afastamentos foi de 123 dias entre as mulheres e de 151 dias entre os homens, ou seja, em ambos os gêneros o tempo médio de licença-saúde durante um ano ultrapassa 3 meses. Estes fatos despertaram o interesse em se conhecer melhor esta população a partir de um estudo que fornecesse dados relevantes e atuais para embasar ações de promoção e prevenção de saúde do trabalhador no âmbito desta

universidade. A autora deste projeto é integrante da COSTSA e trabalha como perita em psiquiatria na UNESP desde setembro de 2009 participando ativamente deste processo de implementação das ações da Coordenadoria e da produção dos resultados.

4.2. SUJEITOS

Grupo de depressivos temporariamente inativos (em absenteísmo-doença): Os sujeitos deste grupo são servidores autárquicos da UNESP selecionados em dois locais: 1. pacientes da sala de espera do ambulatório de transtornos mentais dos servidores do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP e 2. servidores atendidos nas Seções Técnicas de Saúde/COSTSA de todos os campi das regionais 1 (São José do Rio Preto, Araçatuba e Ilha Solteira), 2 (Araraquara, Rio Claro, Franca, Jaboticabal) e 3 (Botucatu, Assis e Bauru) da UNESP. Aqueles que aceitaram o convite e assinaram o termo de consentimento foram entrevistados para o rastreamento inicial. Foram selecionados aqueles que, no momento contemporâneo à entrevista, estivessem temporariamente inativos para o trabalho por um período igual ou superior a 30 dias consecutivos e menor que 120 dias, a partir laudo-médico pericial, e apresentassem como diagnóstico psiquiátrico principal a depressão maior a partir da aplicação da M.I.N.I. Foram excluídos aqueles que apresentaram comorbidades clínicas atuais que o entrevistador entendeu que podiam comprometer a funcionalidade como acidente vascular cerebral, doenças osteomusculares, entre outras, assim como aqueles que não tiveram condições físicas e/ou mentais para responder ao questionário.
O período de coleta foi entre os meses de janeiro de 2014 a maio de 2016.

Para o cálculo do tamanho de amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimativa de proporções, uma vez que a maior parte das estimativas do estudo são proporções de indivíduos com determinada característica:

$$n_0 = \frac{P.(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

onde P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança de P; d é o erro de amostragem admitido e deff é o efeito do delineamento.

Considerou-se que a proporção a ser estimada é de 50% (P = 0,50), uma vez que a

pesquisa tem múltiplos objetivos e essa proporção é a que leva à obtenção do maior tamanho de amostra. Adotou-se como efeito do delineamento, a estimativa de 1,0, uma vez que a amostra não é complexa. Para um coeficiente de confiança de 95% (z=1,96) e um erro de amostragem de 10% (correspondente à diferença máxima de 0,10 entre a estimativa e o parâmetro populacional P), o n estimado é de 96 depressivos inativos.

Grupo comparado: depressivos ativos no trabalho: Os sujeitos deste grupo são servidores autárquicos da UNESP selecionados em dois locais: 1. pacientes da sala de espera do ambulatório de transtornos mentais dos servidores do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP e 2. servidores atendidos nas Seções Técnicas de Saúde/COSTSA de todos os campi das regionais 1 (São José do Rio Preto, Araçatuba e Ilha Solteira), 2 (Araraquara, Rio Claro, Franca, Jaboticabal) e 3 (Botucatu, Assis e Bauru) da UNESP. Para cada indivíduo entrevistado no grupo de depressivos inativos foi selecionado um sujeito que estivesse na ativa, pareado por gênero e faixa etária (+ ou – 5 anos) que, após aceitar o convite para participar e assinar termo de consentimento livre e esclarecido foi entrevistado e apresentou depressão maior como diagnóstico psiquiátrico principal a partir da MINI. Este grupo foi composto pelos sujeitos que, no momento contemporâneo à entrevista, não apresentassem registro de licença-saúde nos últimos 60 dias, estivessem trabalhando (não em férias ou licença-prêmio) ou tivessem indicação de até 29 dias de licença-saúde, a partir de laudo médico-pericial, totalizando 96 sujeitos depressivos ativos. Foram excluídos aqueles que não tiveram condições físicas e/ou mentais para responder ao questionário.

O estudo foi apresentado ao coordenador geral da COSTSA/UNESP e ao responsável pelo ambulatório de transtornos mentais para os servidores do HC-UNESP e ambos autorizaram a coleta dos dados entre pacientes e os servidores da UNESP

4.3. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal com grupo controle, descritiva e analítica com abordagem quantitativa. A variável dependente será o status de capacidade para o trabalho (ativo ou em absenteísmo-doença) e as variáveis independentes principais serão a gravidade do transtorno depressivo (HAM-D), a funcionalidade a partir da escala FAST, características socioeconômicas, pessoais, clínicas e ocupacionais.

4.4. COLHEITA DOS DADOS

O instrumento de coleta das informações consiste em um questionário heteroaplicado, não identificado, contendo 65 questões fechadas e dividido em 6 seções : seção A: informações socioeconômicas; seção B: informações ocupacionais e fatores psicossociais; seção C: hábitos e estilo de vida; seção D: informações clínicas; seção E: escala de funcionalidade FAST; seção F: informações sobre a vida pessoal e personalidade.

Estudo piloto: Foi realizada uma série de aplicações-piloto para se testar a clareza do instrumento e o tempo médio de aplicação. Para este fim, foram selecionados aleatoriamente cerca de 08 servidores da UNESP, 4 mulheres e 4 homens, divididos entre as 3 categorias de cargo da universidade (trabalhadores em áreas administrativas, trabalhadores em áreas da educação, trabalhadores em áreas da saúde).

Após a realização do piloto e dos eventuais ajustes do instrumento, foram iniciadas as coletas de dados a partir de entrevistas face a face.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada do ambulatório de psiquiatria para servidores do HC/UNESP ou das Sessões Técnicas de Saúde (STS) de cada campus da UNESP em data e horário convenientes tanto para entrevistador quanto para os entrevistados.

O questionário padrão elaborado para este estudo consta das seguintes informações:

Seção A-Informações socioeconômicas: São elas: gênero, idade, naturalidade, estado civil, escolaridade e faixa salarial;

Seção B- Fatores psicossociais e informações ocupacionais: Caracteriza as condições e os fatores psicossociais no trabalho baseados nos modelos Demanda-controle-apoio social (KARASEK e THEORELL, 1990) e Desequilíbrio Esforço-Recompensa (SIEGRIST, 1998) a partir das seguintes questões: Recebe adicional de insalubridade? Tem bom convívio com colegas de trabalho e/ou chefia? Já sofreu acidente de trabalho? Na sua opinião, as condições de trabalho são adequadas? (equipamentos, instalações físicas, número de funcionários). Você gosta do que faz? Em sua opinião, suas qualidades profissionais são utilizadas e valorizadas? No trabalho, levando em consideração todo o seu esforço e conquistas, você recebe o respeito e o reconhecimento que merece? Qual a sua carga horária semanal? Trabalha em turnos noturnos? Na sua opinião, sua jornada de trabalho é flexível? Na sua opinião, você tem autonomia para decidir como desempenhar as suas atribuições? Na sua opinião, você se sente

muito pressionado no trabalho? Você considera o seu trabalho estressante? Você costuma trabalhar em horas extras? Você considera o seu trabalho adequado às suas capacidades e potencialidades? Você considera o seu trabalho interessante? Todas as questões foram respondidas a partir de uma escala de Likert (nunca, raramente, frequentemente, sempre).

Nesta seção, será, também, observado o histórico de absenteísmo-doença por qualquer problema de saúde no período de 4 meses anteriores à época da entrevista a partir das seguintes informações: frequência (episódios) e duração (em dias) de absenteísmo-doença de cada sujeito.

Seção C- Hábitos e estilo de vida: Caracteriza o uso de tabaco a partir da versão traduzida e validada para o português brasileiro do Questionário de Tolerância de Fagerström (HALTY et al., 2002). A escala é recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e é composta por 6 questões sobre frequência, quantidade e necessidade de consumir tabaco. A seguinte classificação foi considerada, a partir da somatória dos pontos: muito baixo (0 a 2), baixo (3 a 4), médio (5), elevado (6 a 7), muito elevado (8 a 10). O consumo de álcool foi caracterizado a partir da versão adaptada do *Alcohol Use Identification Test* (AUDIT) e foi classificado a partir do "número padrão" de doses de álcool consumido em uma ocasião: 0, 1 a 2, 3 a 4, 5 ou mais (LIMA et al., 2005). A avaliação do nível de atividade física foi observada a partir da frequência em que o sujeito realiza atividades físicas típicas e a seguinte classificação foi utilizada: menos que mensal, mensal, semanal ou diária.

Seção D- Informações clínicas: As informações selecionadas para este estudo foram:

(a) diagnóstico psiquiátrico a partir da aplicação da versão brasileira da escala M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), que considera os critérios diagnósticos da DSM IV (AMORIM, 2000);

(b) gravidade do transtorno depressivo de acordo com a pontuação da escala de Hamilton D em sua versão de 21 itens (de 0 a 7 pontos – eutímicos; de 8 a 13 pontos – portadores de depressão leve; de 14 a 18 pontos – portadores de depressão moderada; de 19 a 22 pontos – portadores de depressão grave; 23 ou mais pontos – depressão muito grave).

(c) outras informações: antecedentes psiquiátricos, comorbidades clínicas e psiquiátricas, presença de tratamento psiquiátrico e/ou psicológico à época da entrevista;

Seção E- Avaliação da Funcionalidade: A funcionalidade foi avaliada a partir da escala

Functioning Assesment Short Test (FAST). Para tanto, foram aferidos o escore global e os escores de cada uma das 6 subescalas (autonomia, ocupação, cognição, finanças, relacionamentos interpessoais e lazer) individualmente. Conforme recomenda o manual para aplicação da escala FAST (CACILHAS et al., 2009), foram adotados os seguintes critérios para que fosse garantida a uniformidade na caracterização das dificuldades:

0: **sem dificuldade**: a funcionalidade do sujeito está adequada ao esperado para o seu grupo de referência ou contexto sociocultural: não existe dificuldade em nenhum momento;

1: **dificuldade leve**: dificuldade mínima, existe um pequeno desvio da normalidade em uma ou mais atividades ou funções; apesar disso, a tarefa ainda é concluída sem prejuízo de sua qualidade;

2: **dificuldade moderada**: dificuldade séria, existe desvio marcado da normalidade na maioria das atividades e funções: sujeito moderadamente disfuncional por muito tempo ou gravemente disfuncional por algum período de tempo;

3: **grave dificuldade**: dificuldade extrema, o desvio da normalidade alcançou um ponto crítico: sujeito gravemente disfuncional a maior parte do tempo.

Seção F- Informações sobre a vida pessoal: Caracteriza, a partir da percepção do entrevistado, as condições de vida familiar por meio das seguintes questões: Você tem um bom convívio familiar? Você se sente amparada pela família ou amigos? Como anda a sua situação financeira nos últimos meses? Está enfrentando problemas familiares? Na sua opinião, considera que tem boa habilidade para lidar com problemas do dia a dia? Na sua opinião, os problemas pessoais atrapalham seu desempenho no trabalho? Todas as questões foram respondidas a partir de uma escala de Likert (nunca, raramente, frequentemente, sempre).

4.4.1. Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento FAST em sujeitos com transtorno depressivo maior (Seção E):

Foram selecionados 88 indivíduos por conveniência com idades entre 18 e 65 anos, sendo 44 com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior a partir da aplicação da escala M.I.N.I. (AMORIM, 2000) e 44 considerados saudáveis a partir dos mesmos critérios para se verificar a validade e precisão da escala FAST. Foram excluídos aqueles que apresentaram outro (s) diagnóstico (s) psiquiátrico (s), e, aqueles com outras condições clínicas que possam interferir sobre a funcionalidade. Todos os casos estavam sob tratamento com antidepressivos

em doses estáveis por pelo menos cinco semanas prévias à avaliação.

A busca ativa dos sujeitos foi feita em três locais: sala de espera do Serviço de Saúde Ocupacional da UNESP do campus de Botucatu, sala de espera do Serviço de Saúde Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e casos atendidos em consultório particular da autora desta tese. Os grupos foram divididos igualmente entre homens e mulheres e pareados pela idade, sexo e nível de escolaridade.

A validade de critério concorrente foi realizada a partir da correlação com os escores da AGF utilizando-se o teste não paramétrico de Spearman (SIEGEL, 1975). Embora a AGF não seja mais o instrumento prioritariamente recomendado pelo DMS V, este foi utilizado nesta tese em virtude de sua larga utilização e pela fácil aplicabilidade. A validade de construto convergente foi realizada a partir da correlação dos escores de cada subescala com a escala total e a validade discriminativa a partir do teste não paramétrico de Spearman para observar a sensibilidade do instrumento em diferenciar os seguintes dois grupos: 1.depressivos X saudáveis e 2.saudáveis/eutimicos e leves X moderados/graves.

Para estimar a consistência interna, foram calculados os valores dos coeficientes alfa de Cronbach (1951) para a escala total e para cada um dos seis domínios da escala FAST. Foi adotado o intervalo de 0,70 a 0,90 como indicativo da boa consistência interna conforme sugerido por Nunnally & Berstein (1994).

A reprodutibilidade foi aferida a partir da técnica teste/reteste. O instrumento foi aplicado a 38 sujeitos (19 homens e 19 mulheres) da amostra em duas ocasiões, separadas por intervalos de 7 a 14 dias e a confiabilidade será medida pelo grau de concordância entre as duas aferições, por meio do coeficiente Kappa ponderado (COHEN, 1968). Este intervalo de tempo foi considerado adequado para que as entrevistas não sejam influenciadas pela memória da primeira coleta nem por mudanças biológicas, psicológicas ou sociais dos sujeitos. Foi adotado o critério de Landis & Koch (1977) que atribui aos valores do coeficiente abaixo de 0,6 como nível de concordância pobre ou baixo, de 0,6 a 0,8 como moderado ou substancial e acima de 0,8, quase perfeito.

4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes foram convidados e receberam informações sobre os objetivos do

estudo e solicitados a assinarem o termo de consentimento informado (Anexo C) previamente à avaliação. Foi assegurada a ausência de vinculação da concordância em participar do estudo com a concessão do benefício da licença-saúde do trabalho assim como foi garantido, também, o caráter confidencial da avaliação e a não veiculação da identidade dos indivíduos.

Apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e aprovado em 10 de junho de 2013 sob o parecer número 298.946 e atualizado em 25 de outubro de 2016 sob o parecer 1.790.779.

4.6. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As estatísticas descritivas das variáveis socioeconômicas, clínicas, ocupacionais e da funcionalidade foram expressas como médias e desvios-padrão (DP) para as variáveis quantitativas, e como frequência e porcentagens para as variáveis qualitativas.

Na análise da funcionalidade, a variável dependente foi representada pela funcionalidade a partir dos scores da escala FAST e as variáveis independentes foram as características socioeconômicas, clínicas e ocupacionais. As associações entre a funcionalidade e as variáveis independentes selecionadas foram realizadas por meio de análises bivariadas pelo teste de Fisher.

Para a análise conjunta da atuação das variáveis independentes sobre o comprometimento de cada domínio da funcionalidade foi utilizada a análise multivariada por meio da regressão logística multinomial no programa Stata 13.0 tendo a Razão do Risco Relativo (RRR) como elemento de comparação (AFIF; CLARK; MAY, 2004). Os intervalos de confiança foram estimados para o mesmo nível de significância de 5%.

Na análise dos fatores associados à incapacidade para o trabalho, a variável dependente foi representada pelo status ocupacional e as variáveis independentes, pelas características clínicas, socioeconômicas e ocupacionais.

As associações entre o status ocupacional e as variáveis independentes selecionadas foram realizadas por meio de análises bivariadas pelo teste de Fisher e regressão logística multivariada hierarquizada. Este modelo hierarquizado é uma alternativa aos estudos com um grande número de covariáveis e foi escolhido por permitir uma hierarquização da cadeia de causalidade que conduz ao desfecho e as possíveis interrelações que se estabelecem entre eles. Nesta estratégia de análise, a introdução das variáveis se dá em etapas estabelecidas a partir de um marco conceitual e mantida durante a análise dos dados permitindo a seleção daquelas

mais fortemente associadas ao desfecho de interesse, iniciando-se com as variáveis dos níveis mais distais (antecedentes) e introduzindo-se, progressiva e simultaneamente, variáveis de um nível mais proximal (aquelas que agem mais diretamente sobre o desfecho) (LIMA et al, 2008). Assim, as associações são testadas sem que se sature o modelo pelo excesso de variáveis.

Dessa forma é possível considerar fatores distintos de acordo com sua relevância na determinação do desfecho. Por exemplo, fatores situados em níveis mais distais podem apresentar efeitos mais diretos sobre o desfecho independente das variáveis proximais (VICTORA et. al, 1997).

Para esta tese, como os fatores associados ao desfecho incapacidade para o trabalho são pouco explorados em nosso contexto, optou-se por adotar como marco conceitual, a seguinte padronização das variáveis independentes, conforme recomenda VICTORIA et al. (1997):

Nível distal 1: variáveis socioeconômicas;

Nível intermediário 2: variáveis socioeconômicas + variáveis ocupacionais;

Nível proximal 3: variáveis socioeconômicas + variáveis ocupacionais + variáveis clínicas e pessoais.

Todas as variáveis com $p<0,1$ nos níveis 1 e 2 foram selecionadas e mantidas para o próximo nível. O nível de significância de 0,05 foi reservado para o nível 3. Essa forma de posicionar as variáveis hierarquicamente, fornecerá um guia para análise e interpretação dos resultados à luz do conhecimento já existente sobre o tema (LIMA et al., 2008).

5. RESULTADOS

5.1. VALIDAÇÃO DA ESCALA FAST

5.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra:

Não se observou qualquer problema para a aplicação da escala assim como não houve perdas, indicando ótima aplicabilidade do instrumento. Compuseram a amostra total do estudo das propriedades psicométricas da escala FAST 88 sujeitos, sendo 44 casos e 44 não casos de TDM. Nesta amostra predominaram sujeitos do sexo masculino entre os casos (52,2%) e feminino entre os não casos (52%) e a idade média de idade foi de 46,9 entre os casos e de 46,4 entre os não casos. Aproximadamente 52% dos casos têm ensino superior completo *versus* 40,9% dos não casos. Analisando-se a amostra em função da presença ou ausência de TDM, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis sociodemográficas, evidenciando a homogeneidade dos dois grupos, conforme detalhado na tabela 5.

Tabela 5: Caracterização sociodemográfica da amostra total incluída no estudo das propriedades psicométricas da escala FAST, segundo a presença ou ausência de TDM (N=88).

Características	**Sujeitos depressivos (N=44)**		**Controles saudáveis (N=44)**	**Estatística (p *valores*)**
	Eutímicos/leves (N=17)	**Moderados/graves (N=27)**		
	Médias (DP)	**Médias (DP)**	**Médias (DP)**	
Idade	**52 (+/- 2,5)**	**43,77 (+/-10)**	**46,40 (+/-16,5)**	**p=0,79***
	Frequências (%)	**Frequências (%)**	**Frequências (%)**	
Escolaridade				
Fundamental	1 (6)	3 (11,1)	2 (4,5)	
Médio/técnico	9 (52,9)	10 (37)	16 (36,3)	**p=0,21****
Superior completo	7 (41,1)	14 (51,9)	18 (40,9)	
Sexo				
Feminino	7 (41,1)	14 (51,8)	23 (52)	**p=0,54****
Masculino	10 (59,9)	13 (49,2)	21 (48)	

*: Teste t de Student
**: Teste Quiquadrado

5.1.2. Análises descritivas da funcionalidade da amostra:

Os casos e não casos de TDM foram pareados por idade e gênero. Conforme Tabela 6, o escore total da FAST foi significativamente maior nos casos se comparados aos não casos ($p<0,01$) e este valor se mostrou proporcional à gravidade dos subgrupos. O valor mediano do

escore total da FAST também foi bastante distinto entre os três subgrupos de sujeitos: 2,5 entre os saudáveis (intervalo interquartil 4-1), 18 entre depressivos eutímicos/leves (intervalo interquartil 22,5-11) e 43 entre depressivos moderados/graves (intervalo interquartil 51-40) (p<0,01) e estas diferenças se reproduziram em cada subescala (p<0,01 para todas).

Tabela 6: Caracterização da funcionalidade da amostra total incluída no estudo a partir da escala FAST, segundo a presença ou ausência de TDM (N=88).

Características	Sujeitos Depressivos (N=44)		Controles saudáveis (N=44)	Estatística (p *valores*)
	Eutímicos/leves (N=17)	Moderados/graves (N=27)		
Escore GAF[1]	70 (80-70)	55 (61-55)	85 (90-85)	< 0,01*
Escore FAST TOTAL[1]	18 (22,5-11)	43 (51-40)	2,5 (4-1)	<0,01*
Escore FAST Autonomia	0 (2-0)	6 (8-5)	0 (0-0)	<0,01*
Escore FAST Trabalho	0 (2-0)	8 (9-6)	0 (0-0)	<0,01*
Escore FAST Cognição	3 (4,5-2)	10 (10-9)	0 (0-0)	<0,01*
Escore FAST Finanças	2 (3-1)	4 (4-2)	0 (0-0)	<0,01*
Escore FAST Relações Interpessoais	7 (9-6,5)	12 (13-10)	0 (1,75-0)	<0,01*
Escore FAST Lazer	2 (3-1)	5 (5-4)	1 (2-0)	<0,01*

1: Medianas (intervalos interqurtis); * Teste de Kruskall-Wallis

5.1.3. Características Psicométricas da FAST

5.1.3.1 Consistência interna

Para análise da consistência interna do instrumento utilizou-se o alpha de *Cronbach*, aplicado tanto para a escala total como para cada uma das 6 subescalas. Os resultados foram bastante satisfatórios ao se observar um *alpha de Cronbach* de 0,98 para a escala como um todo. Os índices observados para cada domínio foram os seguintes: Autonomia (0,98), Trabalho (0,96), Cognição (0,97), Finanças (0,96), Relações interpessoais (0,94) e Lazer (0,64).

5.1.3.2. Confiabilidade teste-reteste

Para aferir a confiabilidade teste-reteste, foram selecionados 38 sujeitos. O reteste foi aplicado de 7 a 14 dias após a primeira entrevista.

A avaliação da estabilidade da FAST foi observada a partir do coeficiente de confiabilidade *Kappa* ponderado, uma vez que a escala é composta por variáveis ordenadas (COHEN, 1968). A tabela 7 apresenta os resultados.

Tabela 7: Valores obtidos e esperados na aplicação da FAST e correlações *Kappa* ponderado.

Item	Valores obtidos	Valores esperados	Kappa ponderado	DP	IC (95%)
Autonomia	**%**	**%**			
FAST 1	100	56,72	1,0	0,14	-
FAST 2	100	63,37	1,0	0,14	-
FAST 3	100	75,58	1,0	0,12	-
FAST 4	100	70,22	1,0	0,13	-
Trabalho					
FAST 5	100	73,92	1,0	0,12	-
FAST 6	97,37	70,22	0,91	0,13	0.81 - 1.00
FAST 7	100	68,10	1,0	0,13	-
FAST 8	100	80,82	1,0	0,14	-
FAST 9	100	74,42	1,0	0,12	-
Cognição					
FAST 10	97,37	54,43	0,94	0,14	0.85 - 1.00
FAST 11	100	65,10	1,0	0,13	-
FAST 12	100	54,43	1,0	0,13	-
FAST 13	99,12	70,04	0,97	0,12	0.90 - 1.00
FAST 14	96,49	66,57	0,89	0,13	0.76 - 0.97
Finanças					
FAST 15	98,68	55,06	0,97	0,13	0.90 - 1.00
FAST 16	98,68	57,34	0,96	0,13	0.90 - 1.00
Relações Interpessoais					
FAST 17	100	67,96	1,0	0,13	-
FAST 18	96,49	58,91	0,91	0,12	0.83 - 0.96
FAST 19	95,61	67,45	0,86	0,13	0.76 - 0.97
FAST 20	96,49	63,07	0,90	0,13	0.76 - 0.97
FAST 21	99,12	65,60	0,97	0,12	0.92 - 1.00
FAST 22	100	63,67	1,0	0,12	-
Lazer					
FAST 23	97,37	61,13	0,93	0,11	0.85 - 1.00
FAST 24	93,86	60,02	0,84	0,12	0.72 - 0.93

Observou-se uma elevada estabilidade, com valor de Kappa ponderado maior que 0,84 [IC95% (0,72-0,93)]. Estes índices foram compatíveis com aqueles descritos por CACILHAS et al. (2009), com a versão original do instrumento. O domínio “Autonomia” foi o que se mostrou mais estável (Kappa ponderado= 1,0) e o domínio “Relações interpessoais” foi o menos estável (Kappa ponderado=0,86), embora com resultados também excelentes.

5.1.3.3. Validade concorrente

A validade de critério concorrente da FAST foi aferida a partir da correlação com a versão em português da Avaliação Global de Funcionamento (AGF) (DSM-IV TR). Este instrumento foi escolhido como parâmetro de comparação por ser, em nosso meio, a escala mais conhecida e utilizada e, também, por ser de fácil aplicação e compartilhar algumas características com a FAST: ser multidimensional e heteroaplicada.

Correlacionou-se por meio do coeficiente de correlação de Spearman, o escore total e de cada subescala da FAST com o escore total da GAF. Os resultados da análise da correlação são apresentados na tabela 8.

Tabela 8: Validade concorrente: correlações entre escore total e de subescalas da FAST com escore total da GAF.

FAST	Correlações com escore total da GAF*	p valores
Escore total	- 0,85	<0,01
Domínio autonomia	-0,87	<0,01
Domínio Trabalho	-0,77	<0,01
Domínio Cognição	-0,86	<0,01
Domínio Relações Interpessoais	-0,85	<0,01
Domínio Finanças	-0,88	<0,01
Domínio Lazer	-0,77	<0,01

***Coeficiente de Spearman**

Os resultados foram excelentes, evidenciando forte correlação com a GAF tanto em relação ao escore total (rho=0,85, p<0,001) quanto aos domínios individuais da FAST (rho>-0,77, p<0,01).

5.1.3.4. Validade discriminativa:

Foram realizadas duas análises: uma para observar a sensibilidade da escala em discriminar sujeitos saudáveis de sujeitos depressivos e outra para discriminar sujeitos saudáveis e depressivos eutímicos/leves de sujeitos depressivos moderados/graves.

1. Saudáveis X depressivos:

Para a avaliação da validade discriminativa entre depressivos e saudáveis, utilizou-se os dados da amostra total (N=88) e aplicou-se a análise por meio da curva ROC. A área sob a curva encontrada foi de 99,5%, com erro padrão de 0,005 e intervalo de confiança de 95%

entre 0,98 e 1,0. A figura 2 ilustra a curva obtida.

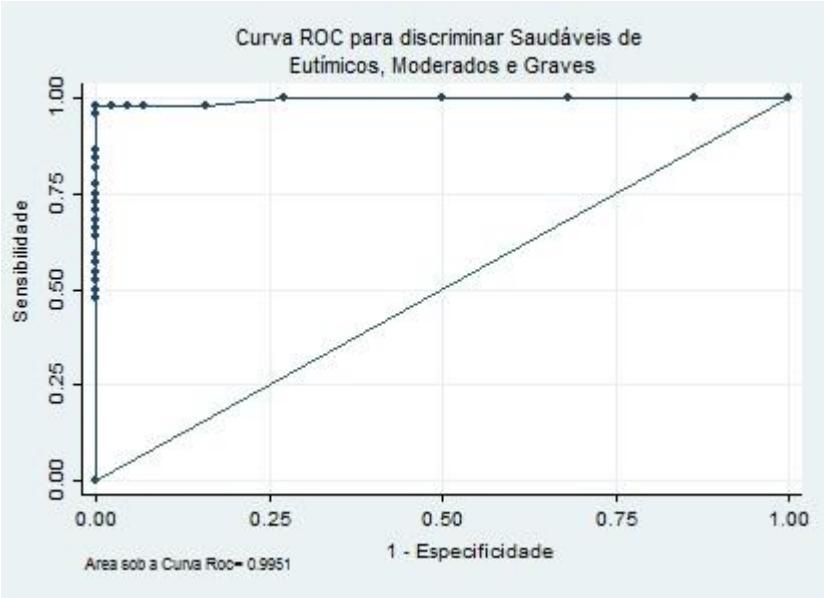


Figura 2: Curva ROC para discriminar saudáveis de depressivos.

Calculou-se, também, a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, taxa de classificação correta e coeficiente de Youden (Sensibilidade + Especificidade – 1) para vários pontos de corte da FAST, visando identificar aquele mais apropriado para discriminar sujeitos depressivos.

A nota de corte 10 foi aquela que melhor equilibrou os valores de sensibilidade (97,73%), especificidade (100%), valor preditivo positivo (100%) e negativo (97,80%), com taxa de classificação correta de 98,86% e coeficiente de Youden de 0,97.

2. Saudáveis e depressivos eutímicos/leves X depressivos moderados/graves

Para a avaliação da validade discriminativa entre sujeitos saudáveis e depressivos eutímicos/leves X depressivos moderados/graves, utilizou-se, também, os dados da amostra total (N=88) e aplicou-se a análise por meio da curva ROC. A área sob a curva encontrada foi de 99,97%, com erro padrão de 0,04 e intervalo de confiança de 95% entre 0,99 e 1,0. A figura 3 ilustra a curva obtida.

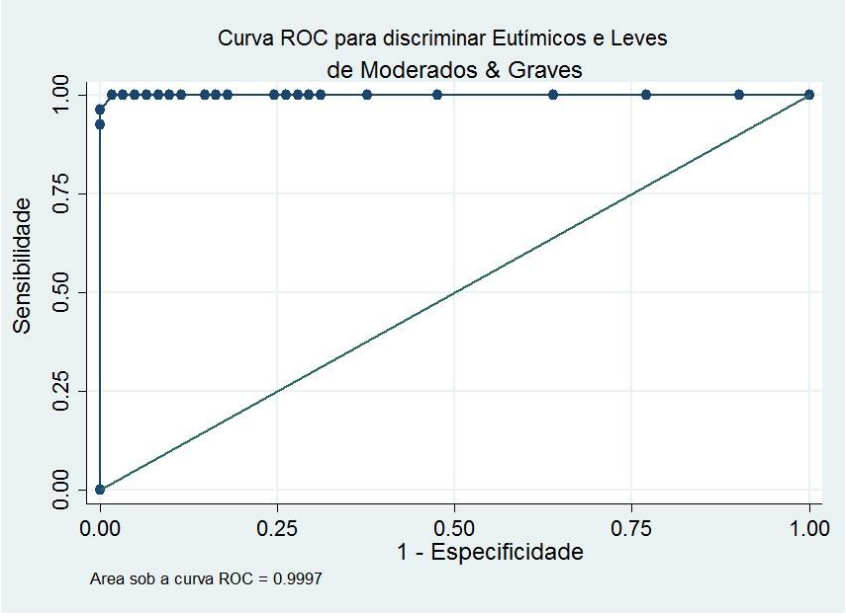


Figura 3: Curva ROC para discriminar eutímicos e leves de moderados e graves

Para esta discriminação, a nota de corte mais apropriada foi a 32, com sensibilidade de 100%, especificidade de 98,36%, valor preditivo positivo de 96,40%, valor preditivo negativo de 100%, taxa de classificação correta de 98,86% e coeficiente de Youden de 0,98.

5.1.3.5. Validade de construto convergente

Realizada a partir da correlação dos escores da FAST de cada subescala com a escala total por meio do teste não-paramétrico de Spearman. Os resultados da análise desta correlação são apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Validade de construto convergente: correlações entre escores das subescalas com escore total da FAST.

FAST	Correlações com escore total (rho*)	p valores
Domínio autonomia	0,86	<0,01
Domínio Trabalho	0,84	<0,01
Domínio Cognição	0,93	<0,01
Domínio Finanças	0,88	<0,01
Domínio Relações interpessoais	0,94	<0,01
Domínio Lazer	0,85	<0,01

***Coeficiente de Spearman (rho)**

Observou-se forte correlação com cada um dos domínios da FAST com coeficiente de

Spearman >0,84 (p<0,00).

5.2. ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

5.2.1 Análises das perdas e das características socioeconômicas da amostra

Após aplicação dos critérios de exclusão estabelecidos, foram excluídos do estudo 16 sujeitos (8,2% dos 193 convidados), sendo 11 mulheres e 5 homens. Nesse sentido, o total de sujeitos elegíveis para participação no estudo foi de 177.

Do total de participantes elegíveis, 5 se recusaram a preencher o questionário de pesquisa, totalizando 21 perdas. A amostra final deste estudo foi composta, então, por 172 sujeitos (taxa de resposta de 97,1%), sendo 96 profissionalmente inativos (afastados do trabalho) e 76 ativos.

A seguir, serão apresentados os resultados referentes à avaliação da funcionalidade de sujeitos com TDM a partir da escala FAST. As tabelas 10 e 11 apresentam as características descritivas da amostra, a partir dos escores brutos da escala total e seus domínios, segundo o status ocupacional.

Tabela 10: Caracterização descritiva das escalas de funcionalidade nos servidores ATIVOS (n=76).

Variável	Média*	Desvio-padrão	Máximo	Mínimo	p50
FAST total	17.16	3,84	29	9	16,5
FAST autonomia	2,07	1,12	5	0	2
FAST trabalho	3,71	0,75	6	2	4
FAST cognição	3,71	0,98	7	1	4
FAST finanças	0,13	0,44	2	0	0
FAST relações interpessoais	4,88	1,43	9	3	4
FAST lazer	2,71	0,67	4	1	3

***Teste de Man-Whitney para valores médios de funcionalidade. Nível de significância de 5%.**

Tabela 11: Caracterização descritiva das escalas de funcionalidade nos servidores INATIVOS (n=96).

Variável	Média*	Desvio-padrão	Máximo	Mínimo	p50
FAST total	35,4	5,99	46	22	35
FAST autonomia	3,68	1,46	6	0	4
FAST trabalho	15	0	15	15	15
FAST cognição	4,96	1,38	8	2	5
FAST finanças	1,15	1,06	4	0	1
FAST relações interpessoais	7,45	2,26	13	3	7
FAST lazer	3,13	0,92	5	1	3

***Teste de Man-Whitney para valores médios de funcionalidade. Nível de significância de 5%.**

Observa-se que a funcionalidade se comportou de maneira bastante distinta entre ativos e inativos, sendo que os ativos apresentaram menores escores da escala total e de cada subescala.

Para observar se houve diferença significativa nos valores médios das escalas de funcionalidade entre ativos e inativos (rejeitar H0), foi realizado o teste de Man-Whitney para amostras independentes, com nível de significância de 5%. Os resultados apontaram que as amostras são estatisticamente diferentes em todos os quesitos aferidos (funcionalidade total e subescalas) com $p<0,01$.

A subescala FAST trabalho foi pontuada com sua nota máxima 15 em todos os sujeitos inativos profissionalmente, seguindo as recomendações de seu manual de aplicação (CACILHAS, 2009). Disso resulta sua maior discrepância dos resultados médios entre ativos e inativos.

Para avançar com as análises, os escores obtidos pelos trabalhadores na escala FAST foram categorizados pela distribuição dos tercis do conjunto de dados em 1° tercil (9 a 18 pontos), 2° tercil (19 a 33 pontos) e 3° tercil (34 a 46 pontos).

Quando comparados os status ocupacionais por tercil de distribuição da FAST, também foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($p=0,00$), predominando prejuízos funcionais mais leves entre os ativos e prejuízos funcionais mais severos entre os inativos, conforme evidencia a tabela 12. Curioso observar que não houve registro de prejuízos severos no grupo de ativos, assim como não houve registro de prejuízos leves no grupo de inativos.

Tabela 12: **Caracterização da funcionalidade, segundo status ocupacional (N=172).**

FAST	Ativos (N/%)	Inativos (N/%)	p valores*
Primeiro tercil	60 (100)	0 (0)	**0,00**
Segundo tercil	16 (29,09)	39 (70,91)	
Terceiro tercil	0 (0)	57 (100)	

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**

5.2.2. Análise dos fatores associados à funcionalidade em trabalhadores com TDM:

Os resultados apresentados a seguir são relacionados à associação da funcionalidade com as demais variáveis deste estudo. Serão apresentadas tabelas relacionando as variáveis que apresentaram associação significativa com a funcionalidade até o nível de significância de 5%. Para esta análise, algumas variáveis foram recategorizadas em apenas duas classificações, distintamente da análise segundo o status ocupacional em que as categorias foram mais detalhadas.

Tabela 13: Características socioeconômicas, segundo a funcionalidade geral por tercil, em trabalhadores com TDM (N=172).

Características	1° Tercil (N/%)	2° Tercil(N/%)	3° Tercil(N/%)	p valores*
SOCIOECONÔMICAS				
Gênero				
Feminino	46 (76,67)	37 (67,27)	41 (71,93)	
Masculino	14 (23,33)	18 (32,73)	16 (28,07)	0,54
Faixa etária				
28 a 44 anos	21 (35)	11 (20)	12 (21,05)	
45 a 49 anos	20 (33,33)	13 (23,04)	13 (22,81)	0,12
50 a 54 anos	11 (18,33)	21 (38,18)	19 (33,33)	
55 e mais	8 (13,33)	10 (18,18)	13 (22,81)	
Estado civil				
Casado	51 (85)	34 (61,82)	40 (70,18)	
Solteiro/viúvo	9 (15)	21 (38,18)	17 (29,82)	**0,01**
Escolaridade				
Fundamental/Médio	45 (75)	35 (63,64)	36 (63,16)	
Nível Superior completo	15 (25)	20 (36,36)	21 (36,84)	0,29

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**

Pode-se verificar, a partir dos resultados apresentados na Tabela 13, que a única variável associada à funcionalidade foi o estado civil (p=0,01).

Tabela 14: Características ocupacionais, segundo a funcionalidade geral por tercil, em trabalhadores com TDM (N=172).

Características	1° Tercil (N/%)	2° Tercil(N/%)	3° Tercil(N/%)	p valores*
OCUPACIONAIS				
Categoria de emprego				
Administração	14 (23,33)	21 (38,18)	16 (28,07)	
Educação	6 (10)	7 (12,73)	15 (26,32)	0,04
Saúde	40 (66,67)	27 (49,09)	26 (45,61)	
Trabalha em turnos noturnos				
Não	36 (60)	43 (78,18)	43 (75,44)	
Sim	24 (40)	12 (21,82)	14 (24,56)	0,07
Considera o trabalho estressante?				
Não	25 (41,67)	16 (29,09)	19 (33,33)	
Sim	35 (58,33)	39 (70,91)	38 (66,67)	0,35
Boa convivência com colegas/chefia?				
Não	11 (18,33)	20 (36,36)	16 (28,07)	0,09
Sim	49 (81,67)	35 (63,64)	41 (71,93)	
Gosta do que faz?				
Não	1 (1,67)	5 (9,09)	3 (5,26)	0,17
Sim	59 (98,33)	50 (10,91)	54 (94,74)	
Considera que tem autonomia para o trabalho?				
Sempre	0 (0)	6 (10,91)	16 (28,07)	0,00
Frequentemente	59 (98,33)	43 (78,18)	34 (59,65)	
Raramente	1 (1,67)	6 (10,91)	7 (12,28)	

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**

De acordo com os resultados expostos na Tabela 14, as variáveis que se associaram à funcionalidade foram categoria de cargo (p=0,04) e ter autonomia para o trabalho (p=0,00). Retomando a Tabela 12, o primeiro tercil é representado somente por trabalhadores ativos e o terceiro tercil é representado somente por inativos. Considerando estes dois extremos, em relação à categoria de cargo, o que se observa é que, entre os ativos, ocorre uma distribuição mais heterogênea entre as categorias e que, entre os inativos, há uma tendência à diminuição das diferenças entre elas. Isso nos leva a pensar que, quando há comprometimento funcional severo, este compromete um espectro mais amplo de habilidades.

Em relação à autonomia para o trabalho, observa-se fenômeno semelhante em que 98,3% dos trabalhadores ativos consideraram ter frequentemente autonomia para o trabalho, enquanto que, entre os inativos com comprometimento funcional severo, houve uma

tendência à diminuição das diferenças entre os grupos (terceiro tercil). Importante notar que, entre os inativos, 28,07% afirmaram ter autonomia sempre, o que nos leva a crer a esta caraterística está atrelada, neste contexto, à uma carga negativa.

Tabela 15: Características clínicas, segundo a funcionalidade geral por tercil, em trabalhadores com TDM (N=172).

Características	1° Tercil (N/%)	2° Tercil(N/%)	3° Tercil(N/%)	p valores*
		CLÍNICAS		
Gravidade do TDM				
Leve	22 (36,67)	1 (1,82)	0 (0)	
Moderada	36 (60)	26 (47,27)	70 (40,70)	**0,00**
Grave	2 (3,33)	8 (14,08)	49 (85,96)	
Codificação do TDM a partir da CID 10				
F32.X	35 (58,33)	28 (50,91)	22 (38,60)	0,09
F33.X	25 (41,67)	27 (49,09)	35 (61,40)	
Presença de comorbidade psiquiátrica				**0,00**
Não	58 (96,67)	44 (80)	46 (80,70)	
Sim	2 (3,33)	11 (20)	11 (19,30)	
Presença de comorbidade clínica				
Não	40 (66,67)	22 (40)	22 (38,60)	**0,00**
Sim	20 (33,33)	33 (60)	35 (61,40)	
Tabagismo				
Não	53 (88,33)	48 (87,27)	46 (80,70)	0,45
Sim	7 (11,67)	7 (12,73)	11 (19,30)	
Consumo de bebida alcoólica (em n° de doses por ocasião)				
Até 2 doses	52 (86,7)	50 (90,1)	49 (85,9)	0,08
3 ou mais	8 (13,3)	5 (9,9)	8 (14,1)	

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**

Os principais fatores clínicos associados à funcionalidade foram a gravidade do TDM segundo a HAM-D (p=0,000), a presença de comorbidades psiquiátrica (p=0,00) e clínicas (p=0,00), como pode ser observado na Tabela 15.

A tabela 16 a seguir apresenta a associação entre funcionalidade (geral e por domínios

individuais) segundo a FAST (média e desvio-padrão) e a gravidade da depressão a partir da HAM-D. Os resultados apontam que a severidade da depressão se associa a piores escores de funcionamento em todos os seus domínios (p<,0,01).

Tabela 16: Descrição da funcionalidade geral e por domínio da FAST segundo a gravidade da depressão (N=172).

FAST - DOMÍNIOS	**MEDIDA**	**CLASSE DE HAM D**				**p valores** interclasses[1]
		Leve	**Moderada**	**Grave**	**Total**	
Autonomia	Média	1,6	2,3	4	3	< 0,01
	Desvio Padrão	1,3	1,3	1,2	1,5	
Trabalho	Média	3,8	8	13,6	10	< 0,01
	Desvio Padrão	2,5	5,5	3,6	5,6	
Cognição	Média	3	4	5,2	4,4	< 0,01
	Desvio Padrão	0,8	0,9	1,3	1,4	
Finanças	Média	0	0,5	1,1	0,7	< 0,01
	Desvio Padrão	0	1	0,9	1	
Interpessoal	Média	4,4	5,3	7,8	6,3	< 0,01
	Desvio Padrão	0,9	1,9	2	2,3	
Lazer	Média	2,5	2,7	3,3	2,9	< 0,01
	Desvio Padrão	0,6	0,8	0,8	0,8	
Total	Média	15,4	22,7	34,8	27,3	< 0,01
	Desvio Padrão	4,3	8,3	6,7	10,3	
p valores entre domínios[2]					<0,01	

1. Teste de Kruskal-Wallis; 2 Teste de Friedman

5.2.3. Análises Multivariadas dos fatores associados à funcionalidade geral em trabalhadores com TDM

A tabela 17 a seguir apresenta separadamente os resultados da regressão logística multinomial para os tercis do desfecho funcionalidade em trabalhadores cm TDM. Serão apresentadas somente aquelas que obtiveram valor de p<0,05.

Tabela 17: Resultados da Regressão Logística Multinomial para as variáveis associadas à FUNCIONALIDADE (por tercil) em trabalhadores com TDM.

Número de observações = 172
LR chi2 (44) = 184.21
Prob>Chi2 = 0,000
PseudoR2 = 0,4877

FUNCIONALIDADE(TERCIL) Primeiro (base)	Razões de Risco	Desvio Padrão	z	p>|z|	IC (95%)
		Segundo tercil			
Faixa etária					
28 a 44 anos(base)					
45 a 49 anos	1,57	1,49	0,48	0,63	0,25 - 10,04
50 e 54 anos	**9,82**	**10,64**	**2,11**	**0,03**	**1,17 - 82,18**
55 e mais	6,29	7,14	1,62	0,68	0,68 - 58,24
Estado civil					
Casado (base)					
Solteiro/Divorciado/Viúvo	**12,73**	**11,29**	**2,87**	**0,00**	**2,24 - 72,44**
Gravidade do TDM					
Leve (base)					
Moderada	**13,12**	**16,65**	**2,03**	**0,04**	**1,09 - 157,87**
Grave	**934,55**	**1634,68**	**3,91**	**0,00**	**30,32 - 28806,49**
		Terceiro tercil			
Tabagismo					
Não (base)					
Sim	**17,53**	**21,39**	**2,35**	**0,02**	**1,60 - 191,65**
Gravidade do TDM*					
	---	---	---		
Categoria de cargo					
Administração (base)					
Educação	0,58	1,01	-0,31	0,75	0,02 - 17,30
Saúde	**14,58**	**15,85**	**2,47**	**0,01**	**1,73 - 122,77**

***Variável desconsiderada em virtude do valor do erro muito elevado.**

A partir da tabela acima, observa-se que faixa etária de 50-54 anos, viver sozinho e gravidade da depressão se associaram a prejuízos moderados da funcionalidade (segundo

tercil), todos como fatores de risco. Ser tabagista se associou a piores escores de funcionalidade (terceiro tercil), assim como ser trabalhador da área da saúde.

5.3. ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM SUJEITOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A seguir, serão apresentados os resultados referentes ao estudo dos fatores associados ao absenteísmo-doença em sujeitos com TDM. A tabela 18 apresenta as características descritivas da amostra, a partir dos escores brutos da escala total e seus domínios, segundo o status ocupacional. A Tabela 18 ilustra, em detalhes, a caracterização socioeconômica da amostra e as análises bivariadas com seus valores brutos e percentuais, conforme o status ocupacional.

Tabela 18: **Características socioeconômicas da amostra, segundo status ocupacional (n=172).**

Características	Ativos (N / %)	Inativos (N / %)	p valores
Gênero			
Feminino	56 (45,16)	68(54,16)	>0,05
Masculino	20 (41,67)	28 (58,33)	
Faixa etária			
28 a 44 anos	26 (34,21)	18 (18,76)	**0,01**
45 a 49 anos	24 (31,58)	22 (22,92)	
50 a 54 anos	15 (19,74)	36 (37,50)	
55 anos e mais	11 (14,47)	20 (20,83)	
Estado civil			
Casada/amasiada	58 (46,40)	67 (53,60)	>0,05
Divorciada	10 (41,67)	14 (58,33)	
Solteira	4 (23,53)	3 (76,47)	
Viúva	4 (66,67)	12 (33,33)	
Escolaridade			
Fundamental completo	4 (57,14)	3 (42,86)	>0,05
Médio completo	51 (46,79)	58 (53,21)	
Superior completo	21 (38,89)	33 (61,11)	
Superior incompleto	0 (0)	2 (100)	
Presença de filhos dependentes			
Não	32 (38,55)	51(42,86)	>0,05
Sim	44 (49,44)	45 (50,56)	

***Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**

Os dados apresentados na Tabela 18 mostram que se trata de uma população predominantemente feminina (72%), de casados ou amasiados (72,6%) e com ensino médio completo (63,3%).

Em relação à faixa etária, entre os ativos, houve predomínio de sujeitos até 49 anos, sendo a média de 47,4 anos [DP de 0,76 (IC95% 45,8-48,9)]. Entre os inativos, houve predomínio de sujeitos com 50 anos e mais, com média de 50,1 anos [DP 0,71 (IC95% 48,7-51,5)]. A amostra de ativos tem filhos dependentes em sua maioria (49,4%), o que não ocorre entre os inativos.

A partir da aplicação do teste exato de Fisher, observou-se que os grupos de ativos e inativos se distinguem apenas pela faixa etária ($p<0,01$), não apresentando diferenças estatisticamente significativas entre as demais variáveis.

5.3.1. Análise das características ocupacionais da amostra

O instrumento de pesquisa abordou variáveis ocupacionais da amostra como a organização do trabalho e os seus fatores psicossociais (conteúdo e exigência das tarefas, carga e ritmo de trabalho, jornada, relações interpessoais, participação e controle, entre outras), todas com reconhecida repercussão sobre a saúde do trabalhador. A tabela 19 ilustra, em detalhes, os resultados das análises bivariadas dessas características, com seus valores brutos e percentuais, segundo o status ocupacional ($p<0,05$).

Tabela 19: Características ocupacionais da amostra, segundo status ocupacional (n=172).

Características	Ativos (N/%) TOTAL=76	Inativos (N/%) TOTAL=96	p valores*
Categoria de cargo (grupamento das ocupações)			
Administração	22 (43,14)	29(56,86)	> 0,05
Educação	8(28,57)	20 (71,43)	
Saúde	46(49,46)	47(50,54)	
Insalubridade			
Não	27 (37,5)	45 (62,5)	
Sim	49 (49)	51 (51)	> 0,05
Bom relacionamento com colegas e chefia**			
Não	16 (34,04)	31 (65,96)	
Sim	60 (48)	65 (52)	> 0,05
Boas condições de trabalho**			
Não	27 (45,76)	32 (54,24)	
Sim	49 (43,36)	64 (56,64)	> 0,05
Você gosta do que faz?**			
Não	1 (1,32)	8 (8,33)	
Sim	75 (98,68)	88 (91,67)	**0,04**
Suas qualidades profissionais são bem aproveitadas?(trabalho não ocioso)**	4 (40)	6 (60)	**0.03**
Sempre	68 (50)	68 (50)	
Frequentemente	4 (15,38)	22 (84,62)	
Raramente			
Você se sente reconhecido (a) profissionalmente?**			
Sempre	3 (42,86)	4 (57,14)	
Frequentemente	68 (48,57)	72 (51,43)	**0,02**
Raramente	5 (20)	20 (80)	
Trabalha em turnos noturnos?			
Não	50 (65,798)	72 (75)	
Sim	26 (34,21)	24 (25)	> 0,05
Tem autonomia no trabalho?**			
Sempre	2 (9,09)	20 (90,91)	
Frequentemente	71 (52,20)	65 (47,80)	
Raramente	3 (23,08)	11 (76,92)	**0,00**
Nunca	0 (0)	0 (0)	
Você se sente pressionado no trabalho?**			
Sempre	0 (0)	2 (100)	
Frequentemente	42 (40)	63 (60)	
Raramente	33 (55,93)	26 (44,07)	**0,03**
Nunca	1 (16,67)	5 (83,33)	

Conclusão da Tabela 19: **Características ocupacionais da amostra, segundo status ocupacional (n=172).**

Você considera seu trabalho estressante?**			
Sempre/Frequentemente	44 (57,80)	68 (70,83)	
Raramente/Nunca	32 (42,11)	28 (29,17%)	>0,05
Costuma fazer hora extra?			
Sempre	0 (0)	0 (0)	
Frequentemente	25 (48,08)	28 (51,92)	
Raramente	46 (46,94)	52 (53,06)	> 0,05
Nunca	1 (14,29)	6 (85,71)	
Não se aplica (docentes sob dedicação exclusiva)	4 (28,57)	10 (71,43)	
Seu trabalho é adequado à escolaridade/capacitação?**			
Sempre	1 (7,14)	13 (92,86)	
Frequentemente	74 (49,66)	75 (50,34)	
Raramente	1 (11,11)	8 (88,89)	**0,01**
Nunca	0 (0)	0 (0)	
Considera seu trabalho interessante?**			
Sempre	0 (0)	9 (100)	
Frequentemente	75 (49,67)	76 (50,33)	**0,00**
Raramente	1 (8,33)	11(91,67)	
Nunca	0 (0)	0 (0)	

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%; ** Impressão pessoal do trabalhador**

A partir da Tabela 19 acima, observa-se que a amostra foi composta, predominantemente, por servidores da área da saúde (54%), que trabalham em condições insalubres (58%),com bom convívio com colegas e chefia (72,6%), que trabalham sob estresse (65,1%) e que consideram ter boas condições de trabalho (65,7%).

Em relação à jornada de trabalho, observa-se que a maioria não trabalha em turnos noturnos (70,9%) e, também, não costuma fazer horas-extras (69,7%). Nenhuma dessas variáveis ocupacionais se mostrou associada ao status ocupacional nas análises bivariadas (p>0,05).

As variáveis que se mostraram associadas ao status ocupacional nas análises bivariadas foram: “gostar do que faz” (98,6% dos ativos *versus* 91,6% dos inativos, p=0,04), “sentir-se pressionado no trabalho”(55,2% ativos *versus* 67,7% dos inativos; p=0,03), “ter autonomia sobre o processo de trabalho”(96% dos ativos *versus* 88,5% dos inativos, p=0,000), “sentir-se recompensado profissionalmente”(93,4% dos ativos *versus* 79,10% dos inativos, p=0,0023), “ter suas potencialidades profissionais aproveitadas (94,7% dos ativos *versus 77*% dos inativos, p =0,003), “considerar o trabalho adequado à sua capacitação” (98,6% dos ativos *versus* 91,6% dos inativos, p=0,01) e “considerar o trabalho interessante” (98,6% dos ativos

versus 88,55 dos inativos, p=0,00).

Esses resultados, reforçam, preliminarmente, a hipótese deste estudo de que a inatividade profissional está associada à presença de fatores psicossociais negativos no ambiente de trabalho.

5.3.2. Análise das características relacionadas ao estilo de vida, saúde física e traços de personalidade da amostra

A tabela 20 ilustra, em detalhes, essas características com seus valores brutos e percentuais, segundo o status ocupacional.

Tabela 20: Características relacionadas ao estilo de vida, saúde física e traços de personalidade dos trabalhadores, segundo o status ocupacional (n=172).

Características	Ativos (N%)	Inativos (N/%)	p valores*
Tabagismo			
Não	68 (46,26)	79 (53,74)	> 0,05
Sim	8 (32)	17 (68)	
Consumo de bebida alcoólica (em n° de doses por ocasião)			
Nenhuma	19 (32,76)	39 (67,24)	
1 a 2	10 (45,45)	12 (54,55)	0,04
3 a 4	47 (52,81)	42 (47,19)	
5 e mais	0 (0)	3 (100)	
Frequência de atividade física			
Menos que mensal	0 (0)	10 (100)	
Mensal	9 (31,03)	20 (68,97)	
Semanal	46 (48,42)	49 (51,58)	0,01
Diária	21 (55,26)	17 (44,74)	
Comorbidade clínica			
Não	47 (55,95)	37 (44,04)	0,01
Sim	29 (32,95)	59 (67,05)	
Como está sua situação financeira?			
Muito boa, com reserva	1 (33,33)	2 (66,67)	
Sob controle, sem reserva	75 (44,19)	83 (55,81)	
Regular	0 (0)	6 (100)	0,01
Ruim	0 (0)	5 (100)	
Convive com problemas familiares?			
Sempre	0 (0)	1 (100)	
Frequentemente	17 (25,76)	49 (74,24)	0,00
Raramente	59 (56,19)	46 (43,80)	

Conclusão Tabela 20: Características relacionadas ao estilo de vida, saúde física e traços de personalidade dos trabalhadores, segundo o status ocupacional (n=172).

Boa habilidade para lidar com adversidades (resiliência)			
Sempre	0(0)	0 (0)	
Frequentemente	60 (58,82)	42 (41,18)	0,00
Raramente	16 (22,76)	54 (77,14)	
Suas dificuldades pessoais/familiares interferem no trabalho?			
Sempre	0 (0)	0 (0)	
Frequentemente	20 (21,05)	75 (78,95)	0,00
Raramente	56 (72,72)	21 (27,27)	

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**

Observa-se que a amostra foi composta predominantemente por sujeitos não tabagistas (85,4%, p>0,05), com padrão de consumo de álcool não abstêmio (75% dos ativos *versus* 59,3% dos inativos, p=0,08).

Os sujeitos ativos profissionalmente realizam atividades físicas com mais frequência (88% versus 68,7%, p=0,01), têm menos comorbidades clínicas (38,1% *versus* 61,4%, p=0,003), têm melhor controle de sua situação financeira (100% ativos *versus* 88,5% dos inativos, p=0,01) e têm convívio familiar com poucos problemas (77% dos ativos *versus* 47,9% dos inativos, p=00) quando comparados aos sujeitos inativos profissionalmente.

Em relação às características de personalidade, os ativos são mais resilientes às adversidades (78,9% dos ativos *versus* 43,7% dos inativos, p=0,00) e suas dificuldades familiares repercutem menos sobre sua rotina de trabalho (26,3% dos ativos *versus* 78,1% dos inativos, p=0,00).

5.3.3. Análise das características clínicas relacionadas à Depressão Maior e às comorbidades psiquiátricas

A gravidade dos transtornos depressivos na amostra foi estimada a partir da aplicação da escala de Hamilton D. Entre os trabalhadores ativos, a média da escala foi de 14,96 (DP 3,06 – máximo de 25 e mínimo de 10) e entre os inativos, esse valor foi de 20,44 (DP 2,97 – máximo de 26 e mínimo de 13). O teste exato de Fisher aplicado para esta variável resultou um *p value* de 0,00, o que evidencia que a gravidade da depressão é estatisticamente diferente entre ativos e inativos.

A tabela 21 ilustra a caracterização clínica do TDM, em números absolutos e percentagens, segundo o status ocupacional.

Tabela 21: **Caracterização do TDM, segundo o status ocupacional (N=172).**

Características	Ativos (N%)	Inativos (N/%)	p valores*
Gravidade do TDM**			
Leve	22(28,95)	1 (1,04)	
Moderada	44 (57,89)	26 (27,08)	**0,00**
Grave	10 (13,16)	69 (71,88)	
Está em tratamento psiquiátrico regular?			
Não	9 (81,82)	2 (18,18)	**0,12**
Sim	67 (41,61)	94 (58,39)	
Tem antecedente de Transtorno Mental?			
Não	40 (57,97)	29 (42,03)	**0,00**
Sim	36 (34,95)	67 (65,05)	
Tem comorbidade psiquiátrica?			
Não	72 (97,7)	76 (90,7)	**0,02**
Sim	4 (2,3)	20 (9,3)	
Tem comorbidade clínica não psiquiátrica?			
Não	47 (55,42)	37 (44,58)	**0,00**
Sim	29 (32,95)	59 (67,05)	
Codificação a partir da CID 10			
F32.X	32 (46,37)	37 (53,62)	
F33.X	44 (42,71)	59 (57,28)	**0,07**

*** Teste exato de Fisher com nível de significância de 5%**
**** Segundo a HAM-D**

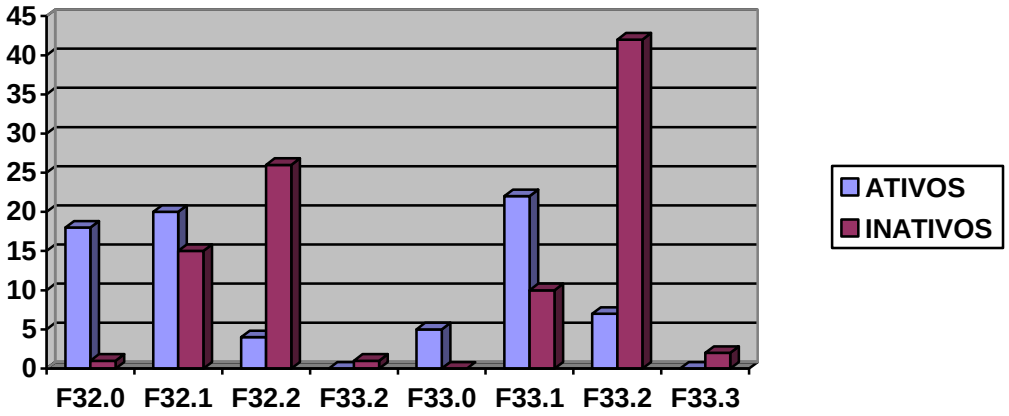


Gráfico 1: Distribuição das prevalências de Transtorno Depressivo Maior codificados conforme a CID 10, segundo o status ocupacional.

leradas

(CID 10 F32.0, F32.1, F33.0 e F33.1) são mais prevalentes entre os servidores ativos (0,86% *versus* 21,1%, p=0,00) enquanto que os subtipos graves, com ou sem sintomas psicóticos (CID 10 F32.2, F32.3, F33.2 e F33.3), são mais prevalentes entre os servidores inativos (13,16% *versus* 71,88%, p=0,00). Estes resultados confirmam a hipótese deste estudo de que a inatividade para o trabalho se associa a estados depressivos mais graves.

98% dos inativos estão sob tratamento regular para depressão enquanto que, entre os ativos, este percentual é de 88% (p=0,01). A maioria dos inativos tem antecedente de algum transtorno mental (69,79%) enquanto somente 47% dos ativos tem histórico de adoecimento mental (p=0,01).

12,8% da amostra total apresentou comorbidades psiquiátricas além do transtorno depressivo, sendo 2,3% (N=4) entre os ativos e 9,3% (N=20) entre os inativos. As comorbidades observadas foram a dependência de álcool (CID 10 F10.2), outros transtornos ansiosos (CID 10 F41.0), transtornos de ajustamento (CID 10 F43.1 e F43.2) e transtorno somatoforme (CID 10 F45.0).

A seguir, o gráfico 2 ilustra a distribuição destas comorbidades psiquiátricas conforme o status ocupacional da amostra.

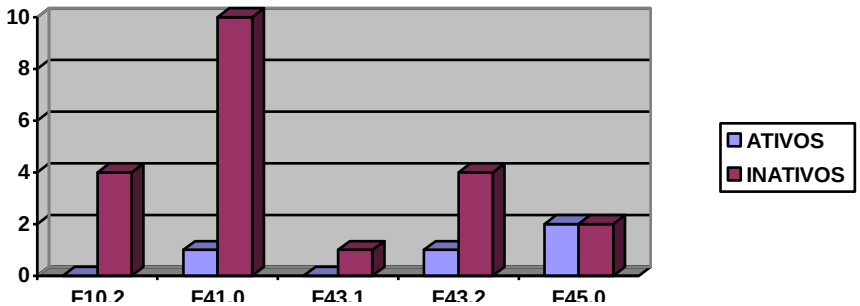


Gráfico 2: Distribuição das comorbidades psíquicas apresentadas pelos trabalhadores, segundo o status ocupacional.

A observação do gráfico acima evidencia que o transtorno ansioso (CID 10 F41.0) foi a comorbidade mais prevalente. Observa-se, também, que todas as comorbidades psiquiátricas são mais prevalentes entre os servidores inativos se comparados aos ativos (p<0,05), exceto o transtorno somatoforme que apresentou a mesma prevalência nos dois grupos.

Sobre o histórico de licenças-saúde em sujeitos com TDM nos últimos 120 dias

anteriores à entrevista, observou-se que os servidores ativos usufruíram períodos mais curtos com, no máximo, 30 dias de benefício. Entre os inativos, observou-se benefícios mais longos, sendo que 88,54% usufruíram períodos superiores a 31 dias (p=0,00). O gráfico 3 evidencia esta distribuição das licenças, segundo o status ocupacional.

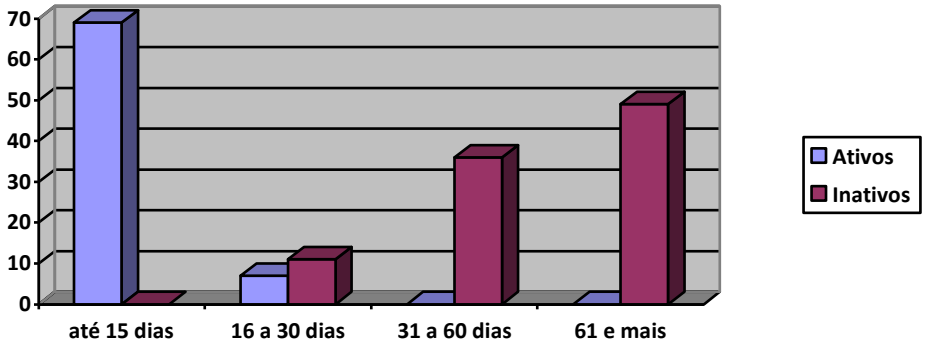


Gráfico 3: Histórico de licenças-saúde em sujeitos com TDM nos últimos 120 dias, segundo o status ocupacional.

5.3.4. Análises Multivariadas e Hierárquicas dos fatores associados à incapacidade para o trabalho em trabalhadores com TDM:

O modelo hierarquizado se propôs a discriminar os fatores de risco hierarquicamente superiores como exercendo sua ação através daqueles situados anteriormente, permitindo o ajuste para os fatores de confusão. A seguir, serão apresentadas somente aquelas que obtiveram valor de p<0,1 nos níveis mais distais (I e II) e p<0,05 no nível mais proximal (III).

Conforme a tabela 22 a seguir, fatores socioeconômicos como idade acima de 50 anos e escolaridade com nível superior completo ou incompleto se associaram ao desfecho estudado. A idade, exclusivamente, aumentou a chance de incapacidade para o trabalho em, ao menos 3 vezes, elevando-se para 5,46 ao se acrescentarem as variáveis ocupacionais e para 8,5 ou mais com a inclusão das variáveis clínicas. A escolaridade não permaneceu no modelo com a inclusão das variáveis intermediárias e distais. Ter autonomia para o trabalho isoladamente aumentou em 9,28 vezes a chance de incapacidade para o trabalho e para 16,88 vezes ao se acrescentarem as variáveis clínicas. Considerar o trabalho estressante, na presença das variáveis clínicas, aumentou para 6,76 vezes a chance de incapacidade, enquanto considerar o trabalho interessante foi fator protetor com redução da chance do desfecho para 3%. Conviver com problemas familiares isoladamente aumentou em 4,43 vezes a chance de incapacidade e regrediu para 3,09 na presença de variáveis clínicas. A gravidade da depressão aumentou em

86,32 vezes a chance de incapacidade e tabagismo aumentou em 9,61. Por outro lado, ter boa habilidade para lidar com adversidades se mostrou fator protetor reduzindo a chance do desfecho para 25%.

Tabela 22: Análise da Regressão Logística Multivariada e Hierarquizada dos fatores associados à incapacidade para o trabalho em trabalhadores com TDM (N=172).

Variável	Nível Distal OR* [IC 95%]	Nível Intermediário OR* [IC 95%]	Nível Proximal OR** [IC 95%]
Idade			
28 a 44 anos	**1,00**	**1,00**	**1,00**
50 a 54 anos	**4,60 [1,81 – 11,69]**	**5,46 [1,74 – 17,18]**	**9,10 [1,75 – 47,24]**
55 e mais anos	**3,40 [1,13 – 10,23]**	**2,85 [0,76 -10,64]**	**8,61 [1,33 – 55,77]**
Faixa salarial			
C	**1,00**	**1,00**	
D	**0,54 [0,26 – 1,12]**	**0,44 [0,17 – 1,15]**	
Escolaridade			
Fundamental/médio	**1,00**		
Superior Inc./Completo	**2,48 [1,12 -5,47]**		
Tem autonomia no trabalho?			
Frequentemente		**1,00**	**1,00**
Sempre		**9,28 [1,39 – 62,12]**	**16,88 [2,23 – 127,96]**
Considera seu trabalho estressante?			
Nunca/Raramente		**1,00**	**1,00**
Frequentemente		**2,47 [0,97 – 6,29]**	**6,76 [1,73 – 26,46]**
Considera seu trabalho interessante?			
Raramente		**1,00**	**1,00**
Frequentemente		**0,04 [0,00 – 1,11]**	**0,03 [0,00 – 0,51]**
Convive com problemas familiares?			
Nunca/raramente		**1,00**	**1,00**
Frequentemente/sempre		**4,43 [1,87 – 10,50]**	**3,09 [1,03 – 9,30]**
Gravidade da depressão			
Leve			**1,00**
Moderada/Grave			**86,32 [7,57 – 984,43]**
Tabagismo			
Não			**1,00**
Sim			**9,61 [1,62 – 57,06]**
Ter boa habilidade para lidar com adversidades			
Raramente			**1,00**
Frequentemente			**0,25 [0,08 – 0,78]**

***p<0,1 **p<0,05**

6. DISCUSSÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição de saúde muito prevalente e altamente incapacitante e tem sido associado a elevados ônus socioeconômicos, principalmente aqueles decorrentes da queda de produtividade e do absenteísmo no trabalho (ADLER et al., 2006; LERNER et al., 2010; WOO et al., 2011; OMS, 2017).

A funcionalidade é um bom indicador das consequências das doenças crônicas, dentre elas, o TDM. Este tem evolução crônica e recidivante e uma parcela considerável dos sujeitos depressivos persistem com prejuízos funcionais mesmo após a fase de remissão clínica. Esse dado é determinante para a reformulação das abordagens terapêuticas que gravitam em torno do TDM, prioritariamente a farmacoterapia e a psicoterapia. Com efeito, propostas baseadas em abordagens psicossociais com ênfase no processo de reabilitação desses sujeitos são muito importantes e, neste sentido, a aferição da variável funcionalidade é peça chave neste processo.

Diante do exposto, este estudo se propôs a validar um instrumento rápido, objetivo e multidimensional para aferição da funcionalidade em acometidos por TDM assim como caracterizar esta variável e seus fatores associados em amostra de trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Os resultados aqui encontrados apontaram que a funcionalidade é bastante impactada pelo episódio depressivo e está relacionada fatores pessoais, clínicos e psicossociais do trabalho.

Em relação ao absenteísmo-doença por depressão, este tem assumido uma posição de destaque na literatura científica em virtude de seu crescimento, ocupando as primeiras posições do ranking de todas as causas de afastamento do trabalho (STEWART et al., 2003; GREENBEERG et al., 2003) e com estimativas de que, em menos de uma década, ocupe o topo deste ranking (OMS, 2017).

O fenômeno absenteísmo-doença por depressão carrega consigo peculiaridades em virtude da própria natureza complexa da depressão e, também, por sofrer influências sociais e contextuais como as legislações trabalhistas vigentes, as características do trabalho e de como se estabelece a relação entre o sujeito e seu trabalho. Kristensen (1991) e Rael al. (1995) apontam que o afastamento do trabalho não é só determinado pela condição de saúde, mas, também, por fatores ambientais e suporte social. No caso específico da depressão, a melhora clínica não está necessariamente associada ao retorno ao trabalho e compreender os determinantes que modulam essa associação é muito importante para se pensar ações preventivas.

Nieuwenhuijsen et al. (2006) observaram que o retorno ao trabalho de sujeitos

diagnosticados com depressão a partir dos critérios da DSM IV, não se associou à melhora clínica (*Depression-Anxiety Stress Scale* - DASS -< 12), mas sim a uma supervisão positiva da chefia imediata (HR 3,5 de retorno ao trabalho) e ao tratamento especializado (HR 2,8 de retorno ao trabalho).

Assim, está se delineando um novo desafio aos profissionais de saúde e de gestão de pessoas, que é lidar com a elevada prevalência de absenteísmo-doença por depressão, com o grande número de determinantes deste desfecho e, também, de pensar estratégias para modificar esses determinantes num contexto histórico adverso, no qual as exigências psíquicas no trabalho têm sido muito valorizadas e, também, num cenário em que a doença depressiva ainda apresenta baixíssimos índices de tratamento (KESSLER et al., 1995; STEWART et al., 2003).

Esta tese se propôs a contribuir com esta temática bastante importante ao abordar os determinantes do absenteísmo-doença em amostra de trabalhadores formais com depressão a partir da caracterização objetiva da funcionalidade e da identificação dos determinantes pessoais, clínicos e ocupacionais do desfecho em questão.

Sobre o absenteísmo-doença, os resultados apontaram que o determinante mais incisivo foi a severidade da depressão (OR 86,3 [IC 95%: 7,57 – 984,4]), seguida, de maneira menos impactante, de determinantes ocupacionais, de estilo de vida e pessoais.

6.1. A FUNCIONALIDADE DOS SUJEITOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Os resultados mostraram a correlação entre alguns aspectos da morbidade depressiva e prejuízo da funcionalidade a partir da escala FAST. Primeiramente em relação às características socioeconômicas, observou-se que, em sujeitos depressivos, a faixa etária de 50 a 54 anos se comportou como fator de risco para prejuízos funcionais moderados (segundo tercil de pontuação da FAST) com Razão de Risco de 9,82 (IC95% 1,17-82,18; $p<0,05$).

Na literatura, Porter et al. (2003) e Nakano et al. (2008) observaram que o aumento da idade e seu declínio progressivo no funcionamento cerebral se associou à pior funcionalidade geral em sujeitos com depressão. Curiosamente nesta tese, a faixa etária acima de 55 anos não se associou à prejuízos funcionais, talvez pela sua baixa representatividade na amostra e consequente perda do poder estatístico.

O estado civil também se associou à prejuízos funcionais, com aumento significativo de solteiros/viúvos/divorciados entre os sujeitos com piores escores de funcionalidade (2° e 3° tercis) ($p<0,01$). Na análise multivariada, ser solteiro/viúvo/divorciado se manteve no modelo como fator de risco para prejuízos funcionais moderados com Razão de Risco de 12,73 (IC 95% 2,24-72,44, $p<0,05$), mas não para prejuízos severos, sugerindo que esta variável exerça influência negativa sobre a funcionalidade pela solidão e pelo menor suporte social.

Em relação às características clínicas e pessoais, o primeiro aspecto a ser apontado foi a associação positiva entre severidade do TDM (a partir da HAM-D) e piores escores de funcionalidade da escala geral e de todas as subescalas ($p<0,01$). As subescalas que apresentaram os maiores gradientes de impacto pela severidade da depressão foram a funcionalidade para o trabalho (média de pontuação de 3,8 nos casos leves *versus* 13,6 nos casos severos) e controle das finanças (média de pontuação de 0 nos casos leves *versus* 1,1 nos casos severos) e a menos impactada foi a subescala lazer (média de pontuação de 2,5 nos casos leves *versus* 3,3 nos casos severos).

Importante considerar que a análise da subescala funcionalidade para o trabalho sofreu viés de aferição uma vez que mais de 55% da amostra recebeu a pontuação máxima em virtude de estar afastada do trabalho, conforme recomendava o manual de aplicação da FAST (CACILHAS et al., 2009), superestimando a diferença entre os grupos. Por outro lado, os quesitos para pontuação da subescala lazer contemplavam aspectos bastante inespecíficos como rotina de atividades físicas e de entretenimento que podem perfeitamente estar reduzidas em pessoas mentalmente saudáveis. Já a subescala controle financeiro abordava habilidades muito simples como capacidade para fazer compras rotineiras no mercado ou pagar as contas da casa se mostrando sensível apenas para discriminar sujeitos não depressivos dos casos moderados e graves.

Na presença de todas as variáveis independentes, a severidade da depressão se manteve como um forte fator de risco para prejuízos funcionais moderados: severidade moderada apresentou Razão de Risco de 13,12 (IC95% 1,09-157,87; $p=0,043$) e a grave Razão de Risco de 934,55 (IC95% 30,32-28806, $p=0,00$), embora esta última associação tenha pouco impacto real em virtude da grande amplitude do intervalo de confiança. A associação da severidade da depressão com prejuízos funcionais severos não pode ser estatisticamente analisada na multivariada em virtude do erro elevado desta associação.

Na literatura, a associação entre severidade da depressão e prejuízos funcionais encontra uma variedade de conclusões, desde comprometimento não significativo (GRANT et

al., 2001) até comprometimento severo (PORTER et al., 2003), embora grande parte dos estudos se concentre em apenas um ou outro aspecto da funcionalidade, prioritariamente, os prejuízos cognitivos (ROCA, et al., 2014) e executivos (SNYDER, 2013).

Além disso, a diversidade metodológica e os diferentes critérios estabelecidos para se caracterizar a funcionalidade dificultam muito a comparação dos resultados. Para esta presente análise, será dada prioridade aos estudos que se valeram de instrumentos multidimensionais, a partir de uma perspectiva psicossocial da funcionalidade, características comuns à escala FAST. Berber et al. (2005), observaram que maiores escores de depressão a partir do *General Health Questionnaire* (GHQ) se associaram a piores índices de funcionalidades física, social e emocional da *Social Funcitioning* (SF-36). Ravindran et al. (2002), em estudo longitudinal, concluíram que depressão impactava negativamente o funcionamento social (a partir da WHOQOL-100) e que este impacto se associou à gravidade do transtorno.

Um estudo que também utilizou a SF-36 em pacientes depressivos, observou que estes diferiram do grupo não depressivo em todas as escalas do instrumento e que não houve diferença significativa entre os pacientes com diferentes graus de depressão (KASHIKAR-ZUCK et al., 2002). Sheehan et al. (2016), observaram que a maior gravidade da depressão a partir da HAM-D foi preditor de baixa melhora funcional a partir da *Sheehan Disability Scale* (SDS) no *folow up* de 8 e 12 semanas, em sujeitos tratados com antidepressivos ISRS.

Estudos longitudinais apontam para a persistência dos prejuízos funcionais mesmo após a melhora clínica (McCALL et al., 1999; GEISSER, 2000; SHEEHA et al., 2016). Neste presente estudo, não foi observada associação entre cronicidade do TDM e prejuízo da funcionalidade ($p>0,05$). Embora o delineamento transversal deste estudo não permita inferência sobre este desfecho a longo prazo, pode-se supor que, nesta amostra em particular, o sujeito que convive cronicamente com depressão desenvolva estratégias de enfrentamento mais adequadas. Além disso, pacientes com diagnóstico mais antigos podem estar passando por um período de sintomatologia menos intenso.

A depressão pode afetar a funcionalidade de diferentes maneiras. Sujeitos depressivos têm tendência ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração, o que dificulta o seu relacionamento com outros indivíduos e o perturba emocionalmente (PIZZORNO & MURRAY, 1999). Os fatores psicossociais são bastante relevantes na etiologia e evolução do transtorno depressivo. Estes incluem pouca habilidade para lidar com adversidades, assumir

comportamentos mal adaptativos, fatores cognitivos como vitimização e perda do autocontrole, distanciamento de amigos, perda do emprego, evitação de responsabilidades financeiras e até de atividades físicas. Essa cadeia de eventos culmina com a piora dos sintomas depressivos, gerando um círculo vicioso entre severidade, cronicidade e prejuízos funcionais (BERBER et al., 2005; PIZZORNO & MURRAY, 1999).

Além da severidade, este estudo encontrou, também, associação entre prejuízos funcionais e a presença de comorbidade psiquiátrica (p=0,00) e comorbidade clínica (p=0,00). De um modo geral, essas associações são bastante compreensíveis uma vez que os sintomas depressivos se sobrepõem aos de outras doenças clínicas e psiquiátricas intensificando o quadro clínico e suas consequências. Além disso, o humor depressivo é uma resposta humana bastante esperada diante de uma situação de adoecimento, incerteza e vulnerabilidade que pode acompanhar as doenças clínicas, principalmente as mais graves (FURLANETTO et al., 2000).

Estudos têm mostrado de forma consistente que sujeitos com doenças clínicas que estão deprimidos apresentam menor adesão aos tratamentos propostos (LUSTMAN & CLOUSE, 2005), menos comportamentos favoráveis de autocuidado (LIN et al., 2004), maior prejuízo funcional (SULLIVAN et al., 1997), diminuição da qualidade de vida (DE JONGE et al., 2006b) e maiores taxas de morbidade (LESPERANCE et al., 2000) e mortalidade (FURLANETTO et al., 2000; RUMSFELD et al., 2005). Segundo Jacobson & Jacobson (2001), pacientes com doenças crônicas que estão depressivos mostram maior incapacidade que aqueles não depressivos.

Os transtornos ansiosos foram as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes neste presente estudo, reproduzindo dados encontrados na literatura nacional (VIANA & ANDRADE, 2012) e internacional (WHO, 2017). Existem dados consistentes de que a comorbidade depressão-ansiedade está associada a piores prejuízos no funcionamento social e ocupacional (STEIN, 2001; ADLER et al., 2004; LERNER et al., 2004) e, também, à maior utilização de serviços de saúde (STEIN, 2001).

Na análise multivariada, a presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas não se manteve no modelo, mas o tabagismo se mostrou associado a prejuízos funcionais severos com Razão de Risco de 17,53 (IC95% 1,6-191,65; p=0,019). Há uma possibilidade muito grande de que, neste modelo, a variável tabagismo represente indiretamente as comorbidades clínicas e psiquiátricas uma vez que o consumo de tabaco está consistentemente associado a

transtorno mentais como depressão, esquizofrenia, transtornos ansiosos e dependência de álcool e outras drogas (RONDINA, GORAYEB & BOTELHO, 2004) e, também, a pior estado de saúde física, principalmente sedentarismo e doenças ateroscleróticas (SAMELLI et al., 2017).

Sobre as variáveis ocupacionais, a categoria de emprego se mostrou associada à funcionalidade (p=0,04): dentre os depressivos com funcionalidade mais preservada (1° tercil de pontuação da FAST), houve uma maior concentração entre os profissionais de saúde (66%, versus 10% de profissionais da educação e 23,33% de profissionais da área administrativa). Já entre os depressivos com prejuízos funcionais moderados (2° tercil de pontuação da FAST), houve uma menor concentração de profissionais de saúde e aumento da representação das demais categorias (49,1% saúde, 38,18% administração e 12,74% educação).

Finalmente, entre aqueles com prejuízos funcionais mais intensos (3° tercil de pontuação da FAST), 45,6% eram profissionais da saúde, 28,07% da administração e 26,32% da educação. Este comportamento dos dados sugere que o comprometimento funcional mais severo acomete uma diversidade maior de habilidades tendendo a uma homogeneidade entre as diferentes categorias de emprego. Além disso, é interessante mencionar que a amostra deste estudo foi recrutada em serviço de saúde do trabalhador ou serviço assistencial especializado, o que nos leva a inferir que os profissionais de saúde procuram cuidados assistenciais logo que apresentam prejuízos funcionais leves, enquanto profissionais de outras categorias, especialmente os da educação, retardam a procura por serviços de saúde e o fazem quando os prejuízos funcionais estão acentuados. Apesar deste comportamento nas análises bivariadas, na presença de todas as variáveis, somente profissional da saúde se mostrou fator de risco para prejuízos funcionais severos com Razão de Risco de 14,58 (IC95% 1,73-122,77; p=0,014).

A natureza das tarefas e a organização do trabalho são fatores psicossociais que podem explicar, em parte, esta associação entre categoria de emprego e prejuízos funcionais. Os profissionais da saúde costumam lidar com o adoecimento e sofrimento alheio, além de rotinas permeadas por estresse, escalas de plantão noturno e, via de regra, acúmulo de outro emprego e, nestes contextos, é compreensível que a funcionalidade seja agravada pelo cansaço físico das noites irregulares de sono e longas jornadas de trabalho.

Já os profissionais da educação, representados nesta amostra em sua quase totalidade por professores de magistério superior, embora convivam com rotina de diversidade de

atribuições e pressão por produtividade, têm jornada de trabalho mais flexível e maior controle sobre o processo de trabalho, e, deste modo, têm maior complacência para acomodar os prejuízos funcionais.

Ter boa autonomia sobre o processo de trabalho também se associou a funcionalidade: sujeitos com piores escores de funcionalidade (3° tercil de pontuação na FAST) apresentaram menores índices de autonomia (1,67% no 1° tercil da FAST versus 12,3% no 3° tercil da FAST, p=0,00). Esta variável não se manteve no modelo multivariado, mas é perfeitamente possível que esteja sendo representada pela categoria de emprego, uma vez que a autonomia é uma característica que se distingue nas diferentes organizações do trabalho.

A associação entre características do trabalho e carga psíquica foi representada, nesta tese, pelo modelo Demanda-controle-apoio social (KARAZEK & THEORELL, 1990). Esse modelo incorpora as dimensões macrossociais e organizacionais como instâncias determinantes do grau de demanda psicológica e de saúde do trabalhador de modo que deter autonomia e bom controle sobre o processo de trabalho seriam, em tese, protetivos enquanto ter pouca autonomia e falta de controle sobre o processo de trabalho seriam, em tese, agravantes da saúde mental. A partir deste repertório teórico, compreende-se que a organização do trabalho dos profissionais da saúde se caracteriza por elevadas exigências. Em relação aos níveis de controle sobre o processo de trabalho, embora se considere que o profissional de saúde tenha certa autonomia para realizar suas atribuições, a realidade atual é que, nos serviços públicos de saúde, tem sido bastante comum encontrar precariedade de estrutura física, de recursos humanos e de material, o que leva o profissional a fazer “o que consegue” e não “o que deseja como ideal”, despertando sentimentos de impotência e diminuição da autonomia. Por outro lado, deter autonomia e alta responsabilidade em situações adversas ou em serviços de emergência, por exemplo, pode contribuir para elevar as exigências mentais e emocionais no trabalho, e funcionar como agravante da saúde e da funcionalidade, principalmente em sujeitos depressivos que contam com menor habilidade para lidar com adversidades.

A literatura é bastante escassa em estudos que utilizaram metodologias comparáveis a esta tese: Brenninkmejer et al. (2008), em estudo longitudinal, observaram que trabalhos que se caracterizavam por alta demanda por produção, baixa autonomia e instabilidade ou ameaça da perda do emprego foram fatores psicossociais que se associaram a maior duração dos sintomas depressivos a partir da *General Health Questionnaire* (GHQ). Neste mesmo estudo,

ter baixa escolaridade e ser o único provedor do lar também se associaram ao mesmo desfecho. Lerner et al. (2004) apontaram que assumir cargo de gerente ou chefia se associou a maior tempo de retorno ao trabalho após período de licença-saúde por transtornos mentais, concluindo que a alta responsabilização pode ser fator agravante da funcionalidade.

Observa-se, assim, que funcionalidade é uma variável bastante complexa e influenciada por fatores pessoais, clínicos e psicossociais do trabalho. Em sujeitos com depressão, essa complexidade é ainda maior uma vez que as próprias características clínicas desta condição podem modular a influência das demais variáveis.

Estudo de Farias & Buchalla (2005) apontou para a importância, para profissionais de saúde, de estudos sistemáticos sobre a funcionalidade e o reconhecimento dos fatores que a caracterizam. O uso de medidas objetivas para identificação dos prejuízos funcionais, como a escala FAST, é muito bem-vindo, favorecendo avaliações sistematizadas, planejamento e intervenções de práticas de saúde mais efetivas.

6.2. A FUNCIONALIDADE E ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM SUJEITOS COM TRASNTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Os resultados encontrados neste estudo observaram que a funcionalidade se comportou de maneira distinta entre depressivos ativos e inativos no trabalho, sendo que os inativos apresentaram as maiores médias de pontuação na escala FAST geral e em todas as subescalas ($p<0,05$) e que estas diferenças foram mais acentuadas na escala geral (17,16 nos ativos *versus* 35,4 nos inativos) e nas subescalas trabalho (3,71 nos ativos *versus* 15 nos inativos) e finanças (0,13 nos ativos *versus* 1,15 nos inativos). Ao se analisar a diferença entre os grupos a partir da mediana (p50), temos que as diferenças foram menos acentuadas nas subescalas lazer (ambas com mediana 3), finanças (0 nos ativos *versus* 1 nos inativos) e cognição (4 nos ativos *versus* 5 nos inativos).

As subescalas finanças e lazer foram as que apresentaram quesitos menos específicos para discriminação dos prejuízos funcionais enquanto a subescala trabalho foi contemplada com um parâmetro bastante objetivo que era receber pontuação máxima ao se encontrar afastado do trabalho, o que justifica a grande amplitude de pontuação entre os dois grupos.

Em relação à subescala cognição, a pequena diferença registrada entre os dois grupos pode ser, em parte, justificada pela complexidade desta variável e pela dificuldade em realizar

sua aferição a partir de apenas cinco quesitos no instrumento. Outro ponto que merece ser apontado é que as habilidades cognitivas permeiam uma diversidade de aspectos do funcionamento como os relacionamentos interpessoais, participação social, assumir as responsabilidades domésticas e o desempenho no trabalho, de modo que, mesmo que não se tenha observado diferença significativa na subescala de função cognitiva entre os grupos, ela pode estar sendo representada pelas outras subescalas como relações interpessoais e a subescala de trabalho, por exemplo. Os depressivos costumam assumir comportamentos de isolamento e evitação de participação social, com prejuízos no trabalho e nas relações interpessoais mesmo com déficits cognitivos mínimos.

Os déficits cognitivos são muito difundidos e apontados, inclusive, como critérios diagnósticos pelo DSM. A despeito disso, pouco se sabe sobre a especificidade destes déficits uma vez que são bastante comuns a outras condições clínicas e, também, apresentam diferentes manifestações clínicas como desatenção, esquecimento, dificuldade em aprender uma informação nova, lentificação psíquica e queda do desempenho de tarefas rotineiras.

Ainda sobre os déficits funcionais na depressão, De Battista (2005) e Maalouf (2010) apontam que o achado mais consistente não é o da disfunção cognitiva, mas sim o da disfunção executiva, que pode ser definida como “um processamento cognitivo mais complexo” que permite ao indivíduo planejar, iniciar e prever meios de solucionar problemas de forma flexível (LESAC & LOREN, 2004).

Ao observar a associação entre status ocupacional e intensidade de prejuízos funcionais (por tercil de pontuação da FAST) também foram observadas diferenças significativas entre os grupos (p=0,00), predominando prejuízos funcionais mais leves entre os ativos e prejuízos funcionais mais severos entre os inativos. Curioso observar que não houve registro de prejuízos severos no grupo de ativos, assim como não houve registro de prejuízos leves no grupo de inativos, o que evidencia coerência nos critérios adotados para se caracterizar incapacidade para o trabalho.

Estudos observaram associação entre prejuízos funcionais e depressão em amostra clínica ou população geral, mas são escassos os estudos observando esta associação em amostra de trabalhadores formais. Woo et al. (2010), em amostra clínica de trabalhadores formais, observaram que sujeitos com diagnóstico de TDM a partir dos critérios do DSM-IV, tiveram piores escores de funcionalidade em todas as subescalas do instrumento *WHO Health and Work Performance* (saúde, trabalho e participação social) se comparadas a trabalhadores saudáveis e, no *follow up* de 8 semanas, os depressivos apresentaram maiores índices de

absenteísmo do trabalho (0,94 *versus* 0,1 para os saudáveis, p<0,01).

Romera et al. (2010) caracterizaram a funcionalidade a partir do instrumento *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) em amostra de sujeitos com diagnóstico de depressão e observaram que aqueles com maiores prejuízos funcionais tinham maiores médias de absenteísmo-doença nos últimos 12 meses (62,8 dias *versus* 20 dias para depressivos com melhor funcionalidade).

A incapacidade para o trabalho é uma variável que sofre influência de diversos determinantes, sobretudo das características clínicas e psicossociais do trabalho. A despeito das características ocupacionais, que não foram abordadas nesta seção, o que se observou foi que a incapacidade para o trabalho se mostrou associada a prejuízos funcionais moderados e severos e que nenhum sujeito com prejuízos funcionais leves foi caracterizado como incapaz para o trabalho. Assim como outros estudos com metodologia comparável (WOO et al., 2010; ROMERA et al, 2010), este estudo apontou que, embora a caracterização da incapacidade para o trabalho seja uma tarefa complicada, lançar mão de instrumentos objetivos para aferição da funcionalidade, como a escala FAST, pode contribuir muito para esta definição.

6.3. FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM SUJEITOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A depressão está entre os problemas de saúde mais incapacitantes e associada com elevado ônus socioeconômico (KESSLER et al., 1999; MURRAY & LOPES, 1996). No contexto do trabalho, é consenso que pessoas com depressão apresentam piores desfechos como elevadas taxas de desemprego, presenteísmo e absenteísmo, além de alta rotatividade no trabalho (LERNER et al., 2003, 2004; ROST et al., 2004; WANG et al., 2004).

Sobre os prejuízos funcionais associados à depressão, os diferentes delineamentos metodológicos, tamanho da amostra, instrumentos e técnica para coleta dos dados e aferição dos desfechos dificultam a comparação entre os estudos e a generalização dos resultados encontrados. Especificamente em relação ao absenteísmo-doença, não há, no cenário brasileiro, registro de estudos que se propuseram a observar os fatores associados a este desfecho em amostra de sujeitos com TDM.

O TDM coloca os sujeitos acometidos em situação de desvantagem em relação à performance para o trabalho em virtude de sintomas típicos como falta de energia, prejuízos na qualidade do sono, desatenção e, também, pela diminuição das habilidades cognitivas e

afetivas para lidar com as adversidades do dia a dia. Segundo Ferreira et al. (2012), além das características clínicas, aspectos contextuais e psicossociais no trabalho precisam ser analisados e ponderados adequadamente para se compreender este fenômeno da incapacidade para o trabalho de modo a permitir melhor definição das estratégias de ação para minimizá-lo. Embora se saiba que o afastamento do trabalho não é só determinado pelas condições de saúde, pouco se sabe sobre os outros determinantes.

Os resultados encontrados neste estudo confirmam que há diferenças significativas entre sujeitos com depressão ativos e inativos para o trabalho. Os grupos se equipararam nos seguintes índices: gênero, estado civil, escolaridade e família com filhos dependentes (Tabela 9). Porém, houve diferença significativa na faixa etária, com predomínio de trabalhadores com idade menor que 50 anos entre os ativos (65,79% dos ativos versus 42,78% dos inativos, p=0,014), enquanto que, entre os inativos, predominaram as faixas etárias a partir dos 50 anos. Esta variável se manteve no modelo hierarquizado e as faixas etárias de 50 a 54 anos e 55 e mais se comportaram como determinantes mais incisivos do desfecho na presença das variáveis intermediárias e distais com *Odds Ratio* de 9,10 (IC 95%: 1,75-47,24, p<0,05) para 50 a 54 anos e *Odds Ratio* de 8,61 (IC 95%: 1,22-55,77, p<0,05) para maiores que 55 anos.

Estes resultados conferem à idade um papel determinante como fator de risco para absenteísmo-doença ao atuar sobre o desfecho tanto diretamente como indiretamente a partir da interferência sobre as demais variáveis, dialogando com os achados da literatura sobre a associação entre faixa etária e incapacidade para o trabalho. Cabe apontar que, embora a longa experiência possa ser um fator que facilite a permanência no trabalho, é bastante compreensível que trabalhadores com idades mais avançadas tenham menor flexibilidade para lidar com as constantes mudanças tecnológicas e de organização no ambiente de trabalho.

Revisão da literatura sobre fatores predisponentes para a manutenção da incapacidade para o trabalho por transtornos mentais indica que idade acima de 50 anos está fortemente associada a este desfecho (CORNELIUS et al., 2011). Patten et al. (2009) observaram que sujeitos com depressão (CIDI-*Short Form*) na faixa etária de 46 a 65 anos, apresentaram Razão de Risco de 3,3 (IC 95% 2,9-3,9) de ficarem afastados do trabalho ou desempregados no *follow up* de 12 meses, se comparados a sujeitos saudáveis. Ahola et al. (2011) observaram ao longo de sete anos uma amostra de 3160 sujeitos e observaram que, aqueles que apresentaram TDM na database (CIDI) tiveram *Odds Ratio* de 2,67 (IC 95%: 1,58-4,52, p<0,05) de se encontrarem afastados do trabalho e a faixa etária acima de 45 anos apresentou

Odds Ratio de 5,34 (IC 95%: 3,13-9,08, p<0,05) para o mesmo desfecho. Em outro estudo longitudinal de 5 anos com 269 sujeitos com TDM (SCID-I), Holma et al. (2012) encontraram que idade acima de 50 anos se mostrou fator de risco para receber benefício previdenciário no *follow up* [Razão de Risco de 3,9 (IC95%: 2,02-7, p<0,05].

As variáveis relacionadas ao ambiente de trabalho têm assumido papel de destaque no estudo dos fatores associados ao absenteísmo-doença. Esta relevância se deve, em grande medida, ao fato de serem os fatores mais passíveis de intervenção e modificação, ao contrário dos fatores clínicos e socioeconômicos (BONDE, 2008). Outro ponto a se ponderar é o fato de que a melhora clínica dos sujeitos depressivos não está necessariamente associada ao retorno ao trabalho, indicando que os fatores ocupacionais exercem influência impactante sobre este desfecho.

Neste estudo, o grupo de inativos se diferenciou significativamente do grupo de ativos em termos das seguintes variáveis ocupacionais: gostar do que faz, trabalho não ocioso, sentir-se recompensado profissionalmente, considerar o trabalho estressante, ter autonomia para o trabalho, sentir-se pressionado no trabalho, considerar que o trabalho é adequado à capacitação do trabalhador e considerar o trabalho interessante (Tabela 10). As variáveis "sentir-se pressionado no trabalho" e "ter boa autonomia" apresentaram maiores taxas de respostas afirmativas no grupo dos inativos, o que confere a elas uma conotação negativa sobre a capacidade para o trabalho.

Na análise multivariada, que melhor quantifica a associação entre variáveis dependentes e independentes, a autonomia se mantive como fator de risco para incapacidade para o trabalho com *Odds Ratio* de 16,88 (IC 95%: 2,23-127,96, P<0,01) e a variável "trabalho estressante" entrou no modelo no nível intermediário, mas com determinação mais incisiva sobre o desfecho ao se acrescentar as características clínicas com *Odds Ratio* de 6,76 (IC95%: 1,73-26,46, p<0,05). Curioso observar que a autonomia se associou ao desfecho uma vez que é considerada um fator psicossocial protetor da saúde mental e da funcionalidade por favorecer o controle sobre o processo de trabalho (KARASEK & THEORELL, 1990).

Porém, é preciso olhar para esta associação com alguma cautela em virtude da multiplicidade de situações de trabalho que envolvem autonomia. Primeiramente, cabe apontar que é bem possível que autonomia e estresse se sobreponham, já que aquela é uma condição que pode carregar consigo alta responsabilização individual. Segundo Laurell & Noriega (1989), a autonomia pode ser considerada uma carga de trabalho psíquica que se

caracteriza por exposição a situações de tensão prolongada como necessidade de atenção permanente, alta responsabilização individual e ritmos de trabalho intenso, sendo, portanto, um fator de risco para desgaste mental.

Em segundo lugar, a autonomia também pode estar representando a individualização do processo de trabalho ou o distanciamento entre trabalho prescrito e trabalho real, tão típicos das organizações contemporâneas de trabalho e que acabam delegando ao trabalhador a responsabilidade de resolver as demandas individualmente a despeito das condições de trabalho e da colaboração da equipe.

Por sua vez, o estresse no trabalho pode representar diversas situações desde exposição à violência como assédio e cobranças excessivas por produtividade até excesso de comprometimento e competitividade, todas elas podendo levar ao esgotamento mental. Seligmann-Silva (2011) afirma que o processo de trabalho acelerado ou com alta cadência por produção é considerado um dos principais fatores na produção de cansaço e nervosismo.

Lerner et al. (2004) apontaram que assumir cargo de gerente ou chefia se associou a maior tempo de retorno ao trabalho após período de licença-saúde por transtornos mentais, concluindo que a alta responsabilização pode ser fator agravante da funcionalidade. Ahola et al. (2011) observaram que trabalho com “alto nível de estresse” foi considerado fator de risco para afastamento do trabalho em sujeitos com TDM com *Odds Ratio* de 2,64 (IC 95% 1,65-4,24, $p<0,05$). Já Plaisier et al. (2012) encontraram que “deter autonomia sobre o processo de trabalho” foi fator protetor para absenteísmo por TDM com *Odds Ratio* de 0,35 (IC 95%:0,18-0,6).

As demais variável ocupacionais (gostar do que faz, trabalho adequado à capacitação, sentir-se reconhecido profissionalmente, trabalho não ocioso) apresentaram as maiores taxas de resposta afirmativas no grupo dos ativos, atribuindo a elas uma conotação positiva sobre a funcionalidade. Na presença das demais variáveis independentes, somente a variável “considerar o trabalho interessante” se manteve no modelo como fator protetor de incapacidade para o trabalho com *Odds Ratio* de 0,03 (IC 95%: 0,00-0,51, $p<0,05$), embora seja compreensível que as demais estejam sendo representadas por ela.

Segundo Levi (1998) e atualizado por Leka (2004), tarefas que despertam interesse e/ou façam sentido para o trabalhador se associam a bem-estar e equilíbrio no trabalho. GHASSEMI et al. (2009), em estudo longitudinal com trabalhadores depressivos, observou

que considerar o trabalho como “desafiador e interessante”, a partir da subescala trabalho do instrumento *Social Adjustment Scale* (SAS), predominou entre os trabalhadores capazes para o trabalho.

Em relação às características clínicas, ativos e inativos se diferenciaram nas seguintes variáveis: gravidade da depressão, ter antecedente de transtorno mental, presença de comorbidade psiquiátrica e presença de comorbidade clínica (Tabela 12). Os grupos não se diferenciaram em relação ao tratamento psiquiátrico/uso de psicotrópicos e à cronicidade do transtorno. Ormel et al. (2004) atribuíram a incapacidade em sujeitos com depressão à ausência de tratamento e sintomas residuais e às comorbidades psiquiátricas, principalmente com transtornos ansiosos. Este presente estudo apontou para a associação entre antecedentes clínicos e psiquiátricos e a severidade da depressão com absenteísmo-doença, embora, na regressão logística, somente a variável severidade tenha se mantido no modelo como fator de risco com *Odds Ratio* de 86,32 (IC 95% 7,57-984,43, $p<0,05$), com grande chance deste índice estar superestimado em virtude do grande intervalo de confiança.

Ainda na análise multivariada, a presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas não se manteve no modelo, mas o tabagismo se mostrou associado ao desfecho com *Odds Ratio* de 9,61 (IC 95%:1,62-57,06, $p<0,05$). Há uma possibilidade muito grande de que, neste modelo, a variável tabagismo represente indiretamente as comorbidades clínicas e psiquiátricas uma vez que o consumo de tabaco está consistentemente associado a transtorno mentais como depressão, esquizofrenia, transtornos ansiosos e dependência de álcool e outras drogas (RONDINA, GORAYEB & BOTELHO, 2004) e, também, a pior estado de saúde física, principalmente sedentarismo e doenças ateroscleróticas (SAMELLI et al., 2017). Estudo de Ferreira et al. (2012) apontam que a autopercepção de baixa condição de saúde esteve associada ao absenteísmo-doença de longa duração.

A severidade da depressão se mostrou diretamente relacionada à intensidade dos prejuízos funcionais, dialogando com a literatura que aponta ser a severidade o fator de risco mais incisivo para os prejuízos funcionais (LERNER et al., 2010; GHASSEMI et al., 2009; LAMBERG et al., 2010; LERNER et al., 2010). SNYDER et al. (2013), em metanálise mais recente, encontrou dados consistentes de que a maior severidade da depressão se associou a déficits crescentes em diferentes aspectos da funcionalidade como cognição, autonomia e desempenho no trabalho.

Neste sentido, é importante apontar que o TDM é uma condição de saúde

subdiagnosticada e frequentemente tratada com subdoses de antidepressivos, o que corrobora com o mau prognóstico dos casos (ANDRADE et al., 2012) e que ações que modifiquem esta associam de severidade da depressão com incapacidade para o trabalho passam, necessariamente, pela maior identificação dos casos pelos serviços de saúde do trabalhador e oferta de tratamentos mais efetivos.

Neste estudo, conviver com problemas familiares também se mostrou fator de risco para incapacidade para o trabalho com *Odds Ratio* de 3,09 (IC 95%:1,03-9,30, $p<0,05$). Em uma amostra com predomínio de mulheres, que, culturalmente acumulam dupla jornada com trabalho doméstico, o convívio com problemas familiares se comporta como agravante do desgaste mental. Em sentido oposto, ter boa habilidade para lidar com adversidades (resiliência) foi um fator protetor para incapacidade para o trabalho com *Odds Ratio* de 0,25 (IC 95%: 0,08-0,78, $p<0,05$). Essa associação foi um dos achados mais relevantes desta tese uma vez que traz à tona que, para sujeitos depressivos, a exposição a fatores de risco tem maiores chances de levar à incapacidade em pessoas vulneráveis e com menos habilidade para lidar com problemas e adversidades.

Não foi encontrado registro na revisão bibliográfica realizada neste estudo, de associação entre incapacidade para o trabalho e pouca resiliência pessoal do trabalhador a adversidades, e este achado evidencia a complexidade desta associação apontando para a ampliação das estratégias de intervenção para, pelo menos, três vertentes: maior acesso a tratamento de qualidade, modificação dos fatores psicossociais e alocação dos trabalhadores de acordo com seu perfil de habilidades.

Segundo Judd et al. (2000), a amplitude dos prejuízos funcionais ocorre em função da intensidade dos sintomas depressivos e é esta que modula os determinantes não clínicos. É fácil compreender esta modulação: sujeitos depressivos severos têm menos recurso afetivo e menor habilidade para lidar com adversidades no trabalho, perpetuando dificuldades ou não resolvendo conflitos, reforçando o mal estar, reforçando o sentimento de incompetência, aumentando a chance de se afastar do trabalho e assim por diante.

De forma conclusiva, os resultados deste estudo vêm confirmar as hipóteses de que sujeitos com TDM inativos para o trabalho têm piores condições clínicas, de funcionalidade e convivem com situações de trabalho mais adversas que os ativos. Adicionalmente, os resultados trouxeram à tona que estas relações são bastante complexas e requerem interpretações cautelosas e que, portanto, as estratégias eficientes de intervenção no campo da

saúde do trabalhador pedem por esforços multidisciplinares e intersetoriais.

6.4. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO

O delineamento transversal, apesar de apresentar vantagens quanto à velocidade e custo, apresenta poder limitado para estabelecer relações casuais, pois a exposição e os desfechos são observados simultaneamente. Assim, neste estudo, em que a variável dependente é a incapacidade para o trabalho e as variáveis independentes são as características socioeconômicas, clínicas e ocupacionais, embora não seja possível estabelecer relações de casualidade, a hierarquização das variáveis independentes auxiliou no estabelecimento da história natural do desfecho estudado.

Os achados em questão são restritos a uma população urbana de trabalhadores autárquicos de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Esta amostra apresenta um nível de escolaridade e média de idade acima da população trabalhadora do estado de São Paulo. Além disso, a amostra é segurada por instituto de previdência próprio e conta com estabilidade no emprego, o que diverge da grande maioria dos trabalhadores segurados pelo Instituto de Previdência Social.

Entende-se que a estabilidade confere ao trabalhador uma certa segurança para buscar atendimento médico e se afastar do trabalho, o que difere de outros vínculos empregatícios no setor privado no qual as ausências por motivo de doença podem ser mal interpretadas pelo empregador com risco de demissão após retorno ao trabalho. Lu et al. (2010) descrevem a insegurança no trabalho como fator associado a um menor grau de absenteísmo doença, uma vez que o trabalhador tem receio de se afastar e perder o emprego.

A amostra por conveniência pode conduzir a algum viés de seleção, mas se mostrou necessária para garantir o acesso e o número de sujeitos em decorrência da logística da coleta de dados e de ser a autora desta tese a única entrevistadora. Importante salientar que, como a amostra foi composta integralmente por sujeitos com diagnóstico de TDM e não houve grupo controle sem este diagnóstico, os resultados só poderão ser associados a aspectos específicos da depressão. As perdas amostrais resultaram em número de sujeitos abaixo do idealizado previamente (N=192) para os dois grupos, tendo se conseguido 96 inativos, (portanto, sem perdas neste grupo) e 76 ativos (perda de 20 indivíduos).

O tamanho amostral garante ainda parâmetros satisfatórios: por exemplo nas estimativas de proporções, mesmo sob máxima variabilidade, com significância de 5% como

inicialmente estipulado, os desvios máximos entre as estimativas e os verdadeiros valores das proporções serão de 11.2% no grupo de ativos, 10% no grupo de inativos e 7,5% no conjunto dos dois grupos. Tentou-se atenuar o viés de seleção com uma coleta padronizada com recrutamento de sujeitos a partir de aplicação de instrumento diagnóstico consagrado para esta finalidade (M.I.N.I.).

Quanto ao viés de aferição, pode-se apontar que toda a coleta de dados foi conduzida pela autora do estudo, que estabeleceu um roteiro a ser seguido, ou seja, utilizou o mesmo procedimento e a mesma sequência de coleta em todos os casos, embora a sua impressão não tenha sido confrontada. O instrumento de pesquisa desenvolvido para este estudo foi formulado predominantemente por questões fechadas e aquelas relativas às características clínicas e da funcionalidade eram derivadas de instrumentos objetivos e validados para as condições específicas (Exemplo: padrão de consumo de álcool a partir do AUDIT, padrão de consumo de tabaco a partir da Fagerström, diagnóstico de depressão a partir da M.I.N.I., escala heteroaplicada FAST). Contudo, as características ocupacionais foram aferidas a partir da impressão subjetiva do entrevistado e, por isso, passível de viés de interpretação pelos sintomas depressivos.

Tentou-se minimizar o viés de lembrança ao se estabelecer um período máximo de afastamento do trabalho (120 dias). Segundo Foss et al. (2010), sujeitos acometidos por doenças mentais apresentam dificuldade em interpretar o impacto dos fatores de exposição, o que poderia atribuir ao trabalho um papel mais negativo ao longo do tempo. Esse fenômeno foi batizado de "*gloomy perception*". Por outro lado, sujeitos com boa sanidade mental tendem a reinterpretar as condições de trabalho como favoráveis ao longo do tempo ("*rosy perception*").

Todavia, como todos os sujeitos deste estudo são acometidos por TDM, espera-se que, em algum grau, o humor deprimido possa ter influenciado nas repostas.

Importante salientar que grande parte das entrevistas foi realizada em contexto de perícia médica o que também pode ser considerado um viés de aferição uma vez que os sujeitos costumam supervalorizar suas queixas e dificuldades para a obtenção do benefício da licença-saúde. Neste sentido, as questões não objetivas e que demandaram auto-percepção do entrevistado como, por exemplo, "considerar ter boa habilidade para lidar com adversidades", "bom relacionamento com colegas e chefia", "considerar trabalho estressante", "ter autonomia no trabalho" estão sujeitas ao viés de aferição.

Nesta amostra, os grupos de trabalhadores ativos e inativos não se distinguiram em relação ao tratamento psiquiátrico e uso de psicofármacos, uma vez que a totalidade da amostra estava sob supervisão médica para a depressão. Assim, não foi possível observar a associação desta variável com o desfecho, tampouco o impacto do uso de medicamentos psicotrópicos sobre a funcionalidade. Como a severidade da depressão se mostrou fator de risco bastante incisivo de incapacidade para o trabalho, ações que possam modificar esta variável passam, necessariamente, pelo diagnóstico correto e maior acesso ao tratamento adequado desta condição e, portanto, entende-se que estudos com delineamento longitudinal e grupo controle sejam mais adequados para abordar o impacto do tratamento sobre o desfecho.

6.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu com informações relevantes sobre a temática depressão e absenteísmo-doença em cenário brasileiro. Primeiramente, a validação de um instrumento objetivo para caracterização de funcionalidade em sujeitos acometidos por TDM é de grande relevância tanto para a prática clínica supervisionar a evolução dos casos, sua remissão clínica e recuperação funcional, como, também, para prática pericial na qual as avaliações psiquiátricas para concessão de benefícios são consideradas as mais difíceis.

Sobre o absenteísmo-doença em sujeitos com TDM, este estudo contribuiu ao apontar os fatores que se associaram a este desfecho em uma amostra de trabalhadores públicos do Estado de São Paulo de modo a embasar estratégias de intervenção adequadas para este contexto.

Em primeiro lugar, a associação com a severidade do TDM aponta que as intervenções devem passar necessariamente pela melhor identificação dos casos de TDM pelos serviços de saúde do trabalhador e pela oferta de tratamentos mais adequados. Esta iniciativa pode ser assumida, sempre que possível, pelo próprio empregador uma vez que os custos decorrentes do absenteísmo-doença e prejuízos da produtividade são superiores aos custos com oferta de tratamentos.

Em segundo lugar, os fatores psicossociais que se associaram a absenteísmo-doença (estresse e autonomia como fatores de risco e trabalho interessante como fator protetor) indicam que a relação entre eles é complexa e merece interpretação cautelosa. Os fatores

psicossociais não são universalmente bons ou ruins, mas o modo como se estabelece a relação entre fator psicossocial, trabalhador e contexto de trabalho é que vai determinar a ocorrência de mais ou menos desgaste mental. Neste sentido, pensar intervenções que modifiquem os fatores psicossociais torna-se tarefa necessária, embora bastante árdua, ainda mais no serviço público, onde as estruturas organizacionais e de gestão são bastante rígidas.

E, finalmente, o achado de que ter boa habilidade para lidar com adversidades (resiliência) é fator protetor para absenteísmo-doença abre uma grande perspectiva de ação para os departamentos de recursos humanos que, ao alocarem adequadamente os trabalhadores, podem diminuir tanto a incidência de TDM quanto de absenteísmo-doença.

Ao fazerem as alocações ou realocações dos trabalhadores levando em consideração as habilidades individuais, preserva-se a saúde do trabalhador ao aumentar a probabilidade de que ocorra maior satisfação e interesse pelo trabalho e, também, menor desgaste mental. De todas as ações apontadas aqui para evitar o absenteísmo-doença, esta é a mais factível e deve ser valorizada como uma das estratégias prioritárias para se preservar a saúde mental e a capacidade para o trabalho dos sujeitos com TDM.

E, finalmente, diante da relevância e complexidade do tema e das associações observadas, recomenda-se que, no futuro, sejam realizados estudos longitudinais com o objetivo de se estudar relação de causa-efeito entre os determinantes e o desfecho absenteísmo-doença, assim como para observar a efetividade das ações sugeridas sobre os índices de absenteísmo-doença por depressão.

7.REFERÊNCIAS

AAS I.M. Global Assesment Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. **Ann Gen Psychiatry**;9(20), pp 243-255, 2010.

ADLER D. et al. Job performance deficits due to depression. **American Journal of Psychiatry**. 163 (9), p. 1569-1576, 2006.

AFIFI A., CLARKV.A., MAY S. Computer-aided multivariate analysis. (4 th ed.) Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2004.

AHOLA K. et al. Common mental disorders and subsequent work disability: a population-based Health 2000 study. **Journal of Affective Disorders**, 34, pp 365-372, november 2011.

ALEXOPOULOS G.S., KIOSSES D.N., CHOI S.J., MURPHY C.F., LIM K.O. Frontal white matter microstructure and treatment response of late-life depression: a preliminary study. **Am J Psychiatry**;159, pp 1929-32, 2002.

ALLEBECK P, MASTEKAASA A. Risk factors for sick leave – general studies**. Scand J Publ Health**. 32 (63 sup), pp 49-108, 2004.

ALMEIDA-FILHO N., MARI J., COUTINHO E., FRANÇA J.F., FERNANDES J.G., ANDREOLI S.B., BUSNELLO E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Revista ABP-APAL, v.** 14, pp 93-104, 1992.

ALMEIDA-FILHO N. O conceito de saúde: o ponto cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.** (4) Vol. 3, Nº 1-3, 2000.

ALTSHULER L., MINSTZ J., LEIGHT K. The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender –neutral escale assessment functioning outcome. **Psychiatry Res,** 112, pp 161-82, 2002.

ALVAREZ J.A., EMORY E. Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. **Neuropsychology Review**. 16, pp 17–42, 2006. doi:10.1007/s11065-006-9002-x.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text-review – DSM IV TR** , Washington DC, 2000.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM V).** Arlington, VA, 2013**.**

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, n. 3, p. 106-115, Sept. 2000.

ANDRADE L.H. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatr Epidemiol.** Jul, 37(7), pp 316-25, 2002.

_____. The epidemiology of major depression episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Psychiatr Res**., 12(1), pp 3-21, 2003.

_____. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.,** São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANDRADE T.B., SOUZA M.G., SIMÕES M.P, ANDRADE, F.B.. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Médica** (Porto Alegre) out./dez 18 (4), pp 166-171, 2008.

ANGST J. et al. - The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. **Acta Psychiatr Scan,** 104, pp 110-16, 2001.

ANTUNES R. Trabalho, reestruturação produtiva e algumas repercussões no sindicalismo brasileiro. In R. Antunes (Ed.), **Neoliberalismo, trabalho e sindicato: Reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil** (pp.71-84). São Paulo, SP: Boitempo, 1997.

_____. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, SP: Boitempo, 2009.

ARAUJO T.M., GRAÇA C.C., ARAUJO E. Estresse ocupacional e saúde:contribuições do modelo demanda-controle. **Cien Saude Colet**. 8(4), pp 991-1003, 2003b.

AUSTIN M.P., MITCHELL P., GOODWIN G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. **British Journal of Psychiatry,** 178, pp 200–206, 2001.

BAGBY R.M., RYDER A.G., SCHULLER D.R., MARSHALL M.B. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? **Am J Psychiatry**. 161, pp 2163-77, 2004.

BANERJEE et al. Identifying the mechanism for workplace burden of psychiatric illness. **Medical care**. 52-2, pp 112-120, 2014.

BANICH M.T. Executive Function: The search for an integrated account. **Current Directions in Psychological Science**. 2009.

BARBOSA-BRANCO A., SOUZA W.R., STEENSTRA I,A. Incidente of work and non-work related disability claims in Brazil. **Am J Ind. Med**. 54, pp 858-871, 2011.

BARBOSA J.C., RAMOS Jr A.N., ALENCAR M.J.F., CASTRO C.G.J. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev Bras Enferm**. 61, pp 727-33, 2008. PMid:19009115. http://dx.doi. org/10.1590/S0034-71672008000700012.

BARNES C., MERCER G., SHAKESPEARE T. Exploring disability:a sociological introduction. **Cambridge:Polity Press**; 1999.

BARRON B.A. Disability certifications in adult workers: a practical approach. **Am Fam Physician,** 64(9), pp 1579-86, 2004.

BASSO M.R., BORNSTEIN R.A. Neuropsychological deficits in psychotic versus nonpsychotic unipolar depression**. Neuropsychology**, 13, pp 69-75, 1999.

BERBER J.S.S., KUPEK E; BERBER SC. Prevalência de depressão e sua relação com qualidade de vida em pacientes com síndrome fibromiálgica. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 2, pp. 47-54, mar./abr., 2005.

BONADIMAN C.S.C. et al. The Burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015.**Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.20, supl.1, p.191-204, maio 2017.

BONDE J.P. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Occup Environ Med**. 65(7), pp 438–445, 2008.

BONICATTO S.C. et al. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. **Soc Sci Med**. 52(6), pp 911-19, 2001.

BRASIL. Decreto n 357 da Lei n° 8.212, de 24 de julho de 1991, aprovou regulamento dos benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 JAN, 1991. Seção 1, p.51.

BRAZIER J.E. et al. Validation the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. B M J. Jul 18, 305 (6846), pp 160-164, 1992.

BRENNINKMEIJER V, HOUTMAN I, BLONK R. Depressed and absent from work: predicting prolonged depressive symptomatology among employees. Occup Med. 58 (4), pp 295-301, 2008.

BROMET E., ANDRADE L.H., WANG I., SAMPSOM N., ALONSO J., de GIROLAMO G. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, 9 (1):90, 2011.

BULTMANN U., CHRISTENSEN K.B., BURR H., LUND T., RUGULIES R. Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year follow-up study in Denmark. **Eur J Public Health**. 18, pp 232–234, 2008.

BURTON R. The Anatomy of melancholy. 3 vols. Ed. Thomas C.Faulker, Nicolas K. Kiessling e Rhonda L. Blair. Oxford: Clarendon Press. 1997.

CACILHAS A.A., MAGALHÃES P.V., CERESER K.M., WALS J.C., WEYNE F., ROSA A.R., VIETA E., KAPCZINSK F. Validity of a short a functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. **Value Health** (12), 624-627, 2009.

CALLAHAN D. The WHO definition of health. Stud Hastings Center 1 (3), 1973.

CASTANEDA A.N., YUULIO-HENRIKSSON A., MARTTUNEN M., SUVISAARI J., LÖNNQUIST J. A. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. **Journal Affective Disorders**, 106, pp 1-27, 2008.

CAVALHEIRO G., TOLFO S.R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v. 16, n. 2, ago. 2011.

CHANNON S. Executive dysfunction in depression: the Wisconsin Card Sorting Test. Journal of Affective Disorders, 39, pp 107-114, 1996.

CHONG et al. Mental disorders: employment and work productivity in Singapore. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 48, pp117-123, 2013.

COHEN JA. Coefficient of agreement for nominal scales. **Educ Psychol Meas**, 20, pp 37-46, 1968.

COLEN S., DEVERTS, D.J., MILLER, G. Psychological stress and disease. **JAMA**. 298 (14), pp 1685-1687, 2007.

COLLINS P.Y., PATEL V., JOESTL S.S. Grand challenges in global mental health. **Nature** 475 (7354),pp 27.30, 2011.

CORNELIUS L.R., van der KLINK J.J.L., GROOTHOFF J.W., BROUWER S. Prognostic Factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. **J Occup Rehabi**l. 21, pp 259-274, 2011.

COSTA J.L.A. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios – PNAD, Brasil, 2003. **Cienc. Saúde Coletiva** 11, pp 927-40, 2006.

CUNHA J.B, BLANK V.L.G., BOING A.F. Tendência temporal de afastamento do Trabalho in Servidores Públicos (1995- 2005). **Rev. Bras. Epidemiol**., São Paulo, v. 12, n. 2, jun. 2009.

CUNHA R.V., BASTOS G.A.N., DUCA G.F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, jun. 2012.

DAHLBERG L.L.; KRUG E.G. Violência como problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 277-292, 2006.

DeBATTISTA C. Executive dysfunction in major depressive disorder. **Expert Review Neurotherapeutics**, *5*(1), pp 79-83, 2005.

DAVIDSON R.J., PIZZAGALLI D., NITSCHKE J.B., PUTNAM K. Depression: perspectives from affective neuroscience. **Annu Rev Psychol**. 53, pp 545-74, 2002.

DEJOUR.S, C.; estudo A loucura do trabalho de psicopatologia do trabalho. 3° edição, S.P., Cortez/Oboré, 1988.

_____. Conjurer la violence-travail, violence et santé.Paris: Payot, 2007.

_____. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2° edição, Rio de Janeiro, Paralelo 15, 2008.

DREVETS W.C., BOGERTS W., RAICHE M.E. Functional anatomical correlates of atidepressant drug treatment assessed using PET measures of regional glucose metabolism. **Eur Neuropsychopharmachol**, 12, pp 527-44, 2002.

DOSHI J.A., CEN L., POLSKY D. Depression end retirement in late middle-aged u.s. workers. Health Serv Res. Apr 43 (2), pp 693-713, 2008.

DUIJTS S.F.A., KANT I., SWAEN G.M.H., VAN DEN BRANDT P.A., ZEEGERS M.P.A. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. **Journal of Clinical Epidemiology,** v. 60, p. 1105-1115, 2007.

ENGELHARDT E., ROZENTHAL M., LAKS J. Neuropsicologia VIII – Atenção. Aspectos neuropsicológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, 32, pp 101–106, 1996.

ERIKSSON H.G., VON CELSING A.S., WAHLSTRÖM R., JANSON,L., ZANDERV., WALLMAN T. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. **BMC Public Health**, v. 8, n. 426, 2008.

ESPITIZER R.L. et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. **JAMA**. 274(19), pp 1511-7, 1995.

FAGERLAND M.W., SANDVIK L The Wilcoxon-Mann-Whitney test under scrutiny. Statistics in Medicine 28, pp 1487-1497, 2009.

FARIA NMX, FACCHINI LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaucha (Brasil). **Rev Saude Publica**. 33(4), pp 391-400, 1999.

FARIAS N, BUCHALLA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol,** 8, pp 187-93, 2005.

FAVA M. et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. **Am J Psychiatry**.165(3):342–351, 2008. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06111868.

FAUSTMAN W.O., AULL K.F., WHITEFORD H.A. CSF 5 HIAA, serum cortisone and age differentially predict vegetative and cognitive symptoms in depression. **Biol Psychiatry** 27, pp 311-18, 1990.

FERRIER JE, editor. Work, Stress and Health: The Whitehall II study 2004.

FERREIRA R.C.; GRIEP R.H.; FONSECA M.J.M.; ROTEMBERG L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev Saude Publica,** 46(2): 259-268, 2012.

FISHER F.M. Relevância dos fatores psicossociais no trabalho na saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. 46 (3), pp 402-6, 2012.

FLECK M.P.A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, Aug. 2002.

FOSS L., GRAVSETH H.M., KRISTENSEN P., CLAUSSEN B., MEHLUM I.S., SKYBERG K. Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo Health Study. **JOEM,** 52(7), pp 698-705, 2010.

FRIED E.I., NESSE R.M. The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. Gong Q, ed. *PloS One*. 9(2), 2014. e90311. doi:10.1371/journal.pone.0090311 PubMed.

FURLANETTO L.M., VON AMMON C.S., BUENO J.R., CRECH S.D., POWELL L.H. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. **Psychosomatics,** 41, pp 426-32, 2000.

GALLUCCI NETO J., CAMPOS JUNIOR M.S., HÜBNER C.K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização**. Rev Fac Ciênc Méd**. 3(1), pp 10-4, 2001.

GARCIA M.A.A., RODRIGUES M.G., BOREGA R.S. O envelhecimento e a saúde. **Revista de Ciências Médicas**, 11(3), pp 221-231, 2002.

GHASSEMI G.R. et al. What are the predictors of work impairment in iranian patients with depressive disorders? **Community Mental Health Journal**. 45(6), pp. 453-462, 2009.

GEERLINGS S.W. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. **Social Psychiatry and Epidemiology** 37, pp 23-30, 2002.

GEISSER M.E. Negative affect, self-report of depressive symptoms and clinical depression: relation to the experience of chronic pain**. Clinical Journal of Pain**, 31, pp 110-20, 2000.

GILMOUR H., PATTEN S.B. Depression and work impairment. **Health Rep**. 18(1), pp 9–22, 2007.

GLINA D.M.R., ROCHA L.E. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um banco em São Paulo. **Rev Bras Med Trab**. 1(1), pp 31- 39, 2003.

GLINA D.M.R. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D.M.R., ROCHA, L.E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, p. 3-30, 2010.

GOLDBERG R.J., STEURY S. Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. **Psychiatr Serv** 52(12): 1639-43, 2001.

GOUNET T. Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel. Ed. Boitempo; São Paulo, 1999.

GRANT M.M., THASE M.E., SWEENEY J.A. Cognitive disturbance in outpatient depressed younger adults:Evidence of modest impairment. **Biological Psychiatry**. 50, pp 35–43, 2001.

GREENBERG P.E., KESSLER R.C., BIRNBAUM H.G. The economic burden of depression in the Unites States: how did it change between 1990 and 2000? **Journal of Clinical Psychiatry.** 64, pp 1465-1475, 2003.

GRIEP R.H., ROTENBERG L., CHOR D.,TOIVANEN S., LANDSBERGIS P. Beyond simple approaches to studying the association between work characteristics and absenteeism: combining DCS and ERI models. **Work Stress**. 24(2), pp 179-95, 2010.

GUELERBERG A.J., FREEMAN M.P., MARKOWITZ J.C. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3rd Ed. Arlington, VA: **American Psychiatric Association**; 2010;

HALTY LS, HUTTNER MD, OLIVEIRA NETTO IC, SANTOS VA. MARTINS G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J Pneumologia**. 28(4), pp 180-186, 2002.

HAMMAR A., GURO A. Cognitive functioning in major depression – a summary. Front **Hum Neurosci**. 3: 26, 2009.

HAMILTON M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psych**. 23(1), pp 56-62, 1960.

HEAD J. et al. Effort-imbalance and relational injustice at work predict sickness absence. **J Psychosom Res.** 63(4), pp 433-40, 2007.

HEES et al. Longitudinal relationship between depressive symptoms and work outcomes in clinically 20 patients with long-term sickness absence related to major depressive disorder. **Journal Affective Disorders**. 148, pp 272-277, 2013.

HELEERSTEIN D.J., AGOSTI V., BOSI M., LACK S.R. Impairment of psychosocial functioning associated with dystimic disorder in the NESARC study. **Journal of Affective Disorders**. 127, pp. 84-88, 2010.

HOLMA I.A.K. et al. A 5-years prospective study of predictors for disability pension among patients with major depressive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 125, pp 325-334, 2012.

HORSTMANSHOFF, M. Hippocrates and Medical Education: Selected Papers Presented at the XIIth International Hippocrates Colloquium, Universiteit Leiden, 24-26 August 2005.

HORTON, R. GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. **Lancet**, v. 380, n. 15/22/29, p. 2053-2054, Dec. 2012.

H.-U. WITTCHE, F. Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies Eur. Neuropsychopharmacol., 15 (4), pp. 357–376, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ sinteseindicsociais 2000.

INTERNATIONAL LABOUR ORAGANISATION. Psychosocial Factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24, 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl_pdf.

JACOBSON J.L., JACOBSON A.M. Psychiatric Secrets. Hanley e Belfus, Philadelphia, 2° ed., 2001.

JAEGER J., BERNS S., CZOBOR P. The Multidimensional Scale of Independent Functioning: a new instrument for measuring functional disability in psychiatric populations. **Schizophr Bull**. 39(1), pp 153–168, 2003.

JONHSON J., HALL E.M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population**. Am J Public Health**. 78, pp 1336-1342, 1988.

JOHNSON J., WEISSMAN M.M., KLERMAN G.L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. **JAMA**. 267(11), pp 1478-83, 1992.

KALIMO R., LAPPANEN A. Feedback from video display terminals, performance control and stress in text preparation in printing industry**. J. Occupat. Psych**., 1984.

KALIMO R., El-BATAWI, M. A., COOPER, C.L. (Orgs.). **Psychosocial factors at work and their relation to health**. Genebra: World Health Organization, 1987.

KARASEK R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q.24, pp 285-307, 1980.

KARASEK R.A, BRISSON C., KAWAKAMI N., HOUTMAN I, BONGERS P, AMICK B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J Occup Health Psychol.** 3, pp 322-55, 1998.

KARASEK R. A., THEORELL T. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, New York: Basic Books, 1990.

KASHIKAR-ZUCK S., VAUGHT M., GOLDSCHNEIDER K.R., GRAHAM T.B. Depression, Coping and Functional Disability in Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. **The Journal of Pain** 3, pp 412-19, 2002.

KERR, N., SCOTT, J. & PHILLIPS, M. Patterns of attentional deficits and emotional bias in bipolar and major depressive disorder. **The British Journal of Clinical Psychology**, 44(3), pp 343-356, 2005.

KESSLER R.C. et al. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. **Am J Psychiatry.** 152(7), pp 1026-32, 1995.

_____. Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. **Am J Psychiatry.** 154(10), pp 1405-11, 1997.

_____. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, 289(23), pp 3095–3105, 2003. doi:10.1001/jama.289.23.3095 PubMed.

_____. Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Depress Anxiety.** 27(4), 531-64, 2010.

KESSLER R.C., MERIKANGAS K.R, WANG P.S. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. **Annu Rev Clin Psychol**. 3:137–158, 2007.

KRAUSE N., LYNCH J., KAPLAN G.A., COHEN R.D., GOLDBERG D.E., SALONEN J.T. Predictors of disability retirement. **Scand J Work Environ Health**. 23(6), pp 403-413, 1997a.

KRISTENSEN T.S. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behavioral. Soc Sci Med, 31, pp 15-27, 1991.

KUDSEN A.N. et al. Common mental disorders and disability pension award: seven year follow up of the HUSK study. **Journal of Psychosomatic Research**. 69, pp. 59-67, 2010.

KYTE Z.A., GOODYEAR I.M., SAHAKIAN B.J. Selected executive skills in adolescents with recent first major episode depression. **Journal of Child Psychology and Psychiatry.** 46, pp 995–1005, 2005.

LABRIOLA M., FEVEILE H., CHRISTENSEN K.B., BÜLTMANN U., LUND T. The impact of job satisfaction on the risk of disability pension: A 15-year prospective study. **Scand J Public Health**., 37, pp 778-780, 2009.

LAKS, J.; Marinho, V. M; Rozenthal, M. e Engelhardt, E. Neuropsicologia da Depressão. **Revista Brasileira de Neurologia**.,*35*, pp 97-102, 1999.

LAM R.W., MICHAKAK E.E., BONDO D.J. Which depressive symptoms and medication side effects are perceived by patients as interfering most with occupational functioning? **Depress Res Treat.** 2012, pp 630-650, 2012.

LAMBERG T, et al. Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. Soc Psychiatr Epidemiol, 45, pp 259-264, 2010.

LANCMAN S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.).*Christophe Dejours*: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-36, 2008.

LANDIS J.R., KOCK G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics,** 33, pp 159-74, 1977.

LAURELL, A.C., NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAWRENCE R.E., RASINSKI K.A. Primary care physicians' and psychiatrists' approaches to treating mild depression. **Acta Psychiatr Scand**. 126(5), pp 385–392, 2012.
LEGARVELD S.E. et al. Factors associated with work participation and work performance functioning in depressed workers: a systematic review. **J Occup Rehabil**, 20, pp 275-292, 2010.

LEKA S, GRIFFITHS A, COX T. Work Organization & Stress. Geneva: WHO, 2004.

LEKA S., COX, T. *PRIM- EF.* Guidance on the European Framewoek for Psychossocial Risk Management: a resource for employers and worker representatives. WHO Protecting workers health series, n.9. Geneva: WHO, 2008.

LEPENIES W. Melancholy and Society. Trad para o ingles, Jeremy Gaines e Doris Jones. Cambridge: Harvard University Press.1992.

LERNER D., ADLER DSAS, CHANG H. The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. **Journal of Occupational and Environmental Medicine,** 46, pp 46–55, 2004.

LERNER D., HENKE R.M. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? **J Occup Environ Med**. 50(4), pp 401–410, 2008.

LERNER et al. Work performance of employees with MDD: The impact of workers stressors. **American Journal of Heath Promotion**. 24, pp 205-214, 2010.

LESPERANCE F., FRAUSE-SMITH N., JUNEAU M., THEOROUX P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. **Arch Intern Med**, 160, pp 1354-60, 2000.

LESSA S., TONET I. Introdução à filosofia de Marx. Ed. Expressão Popular, São Paulo, 2011.

LEVI L. Adaptación del trabajo a las capacidades y necessidades humanas: mejoras del contenido y la organization del trabajo. In: Kalimo, R.; El-Batawi, M.A.; Cooper, C.L. (eds).Los Factores Psicosociales em el Trabajo y su Relación con la Salud. Ginebra, Organization Mundial de la Salud, p.166-182, 1988.

_____. Factores psicosociales, estres y salud. In: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, p. 34.3-34.6, 1998.

LEZAC M.D., LOREN D.W. Neuropsychological assessement. 4th ed.. Oxford University Press; New York: 2004.

LIMA, C., FREIRE, A.C.C., SILVA, A.P.B., TEIXEIRA, R.M., FARRELL, M. AND PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. Alcohol Alcohol. 40: 584- 589, 2005.

LIMA S, CARVALHO LM, VASCONCELOS AAG. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cad Saude Publica**. 24 (8), pp 1910-1916, 2008.

LIN E.H., KATON W., Von KORFF M. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care**. Diabetes Care**, 27, pp 2154-60, 2004.

LIPP M.N. (org.) –O estresse do professor. Campinas, SP: Papirus, 2002.

LOPES C.S., HELLWIG N., SILVA G.A., MENEZES P.R. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **Int J for Equity Health,** 15, pp 154-150, 2016.

LOPEZ AD, MURRAY CC. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat Med,** 4(11): pp 1241-3, 1998.

LOPEZ AD et al. Global burden of disease and risk factors. New York, Oxford University Press, pp 1-13, 2006.

LU X., LAAKSONEN M., AITTOMÄKI A., LEINO-ARIAS P., RAHKONEN O., SAATAMOINEN P. Sickness absence, employment history, and high-risk employees: a 10-year longitudinal study. **JOEM**. 52(9), pp 913-919, 2010.

LUND T., LABRIOLA, M. Sicness absence in Denmark- research, results and reflections. Scand Journ Work, Envir & Health. 7, pp 5-14, 2009.

LUSTMAN P.J., CLOUSE R.E. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. **J Diabetes Complications**, 19: 113-22, 2005.

MAALOUF F.; KLEIN C., CLARCK L., SAHAKIAN B., LABARBARA E., VERSACE A., PHILLIPS M. Impaired sustained attention and executive dysfunction: bipolar disorder versus depression-specific markers of affective disorders. **Neuropsychologia**, *48*(6), pp 1862-1868, 2010.

McCAL W.V., COHEN W., REBOUSIN B., LAWTON P. Effects of mood and age on quality of life in depressive patients. **Journal of affective disorders** 55: 107-14, 1999.

McDERMOTT L.M., EBMEIER K.P. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. **Journal of Affective Disorders,** 119, pp 1–8, 2009.

McINTYRE R.S. et al. The impact of cognitive impairment on perceived workforce performance: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. **Compr Psychiatry.** 56, pp 279–282, 2015. doi:10.1016/j.comppsych.2014.08.051 PubMed.

McLENNAN S., & MATHIAS J. The depression-executive dysfunction (DED) syndrome and response to antidepressants: a meta-analytic review. **International Journal of Geriatric Psychiatry,** *25*(10), pp 933-944, 2010.

MacQUEEN G.M., YOUNG L.T., ROBB J.C., MARRIOTT M., COOKE R.G., JOFFE R.T. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. **Acta Psychiatr Scand**, 101, pp 374-381, 2000.

MARKUSSEN et al. The anatomy of absenteeism. **J Health Econ**. 30, pp 277-292, 2011.

MARMOT M.G., FEENEY A., SHIPLEY M. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehal II study. **J Epidemiol Community Health**. 49, pp 24-30, 1995.

MEERDING W.J., BONNEUX L., POLDER J.J. Demographic and epidemiological determinants oh healthcare in Netherlands: cost of illness study. **British Medical Journal.** July 11, 317 (7151), pp 111-115, 1998.

MELCHIOR M., NIEDHAMMER I., BERKMAN L.F., GOLDBERG M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. **J Epidemiol Community Health**. 57, pp 285-293, 2003.

MENEZES A.K.P.M., MACEDO G., MATTOS P., SÁ JUNIOR A.R., LOUZÃ M.R. Personal and Social Performance scale for patients with schizophrenia: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation and interrater reliability. **J Bras Psiquiatr**. 61(3), pp 176-80, 2012.

MERLO A.R.C., MENDES A.M.B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.

MÉSZÁROS I. Produção destrutiva e estado capitalista: Vol. 5. Ensaio. São Paulo, SP: Ensaio, 1989.

MIDDAUGH,D. J. Presenteeism: Sick and tired at work. **Dermatology nursing**. v.19, n.2, p.172-185. April, 2007.

MINAYO-GOMES C., THEDIM-COSTA S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador. Cad. Saúde Públ. 13, Sulp. 2, pp 21-32, 1997.

MINISTERIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (BR). Anuário Estatístico da Previdência Social [serial online] 2005. Disponível em http://www.mpas.gov.br/aeps2005/14_01_02_01. asp [Acessado em 22 de maio de 2016].http://www3.dataprev.gov.br/infologo (ACESSADO EM 08/06/2016).

_____.DATAPREV- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social: 2010. Brasília: MPS/DATAPREV; 2011.19v. Disponível em HTTP://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1144. Acesso em 25 jun 2012.

_____.Anuário Estatístico da Previdência Social [serial online] 1998-2001. Disponível em http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-1998-2001-anuario-estatistico-da-previdencia-social-1998-2001. [Acessado em 22 de maio de 2016].

_____.Anuário Estatístico da Previdência Social [serial online] 2007. Disponível em http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2007-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2007 [Acessado em 26 de maio de 2016].

_____.Anuário Estatístico da Previdência Social [serial online] 2009-2011. Disponível em http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2009-2011-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2009-2011. [Acessado em 26 de maio de 2016].

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho; manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001.

_____. MS. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasilia: MS; 2006.

MOND J, RODGERS B, HAY P, KORTE A, OWEN C, BEUMONT P. Disability associated with community cases of commonly occuring eating disorders. **Aust N Z J Public Health,** 28, pp 246-251, 2004.

MONDAL S., SHARMA V., DAS S., GOSWANI U., GANDHI, A. Neurocognitive functions in patients of major depression. **Indian Journal of Physiology and Pharmacology**, *51*(1), pp 69-75, 2007.

MONROY M. La violence de l'excellence. **Revigny-surrnam**, Martin Media, 2000.

MORENO R.A., MORENO D.H. Hamilton (HAM-D) and Montgomery & Asberg (MADRS) rating scales. **Rev Psiq Clín**. 25(5), pp 262-72, 1998.

MORENO D.H. et al. Recuperação em depressão. São Paulo: Livre, 2003. 113p.

MOUSSAVI S., CHATTERJI S., VERDES E., TANDON A., PATERL V., USTUN B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **Lancet** (370) 9590, pp. 851-858, 2007.

MUNCH-HANSEN T.; WIECLAW J.; AGERBO E.; WESTERGAARD-NIELSE N.; BONDE J. P. Global measure of satisfaction with psychosocial work conditions versus measures of specific aspects of psychosocial work conditions in explaining sickness absence. **BMC Public Health**, v. 8, n. 270, 2008;

MUNDT J.C. et al. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. **Br J Psychiatry**. 180(5), pp 461–464, 2002. doi:10.1192/bjp.180.5.461 PubMed

MURRAY C.J.L., FRENK J. Health metrics and evaluation: strengthening the science. **Lancet**, 371, pp 1191-99, 2008.

MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D., orgs. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 an projected to 2020. Cambridge, M. A.; Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I), 1996a.

_____. Global health statistics.Cambridge, MA, Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II), 1996b.

_____. Evidence-based health policy — lessons from the Global Burden of Disease. **Study Science**, 274, pp. 740–743, 1996.

_____. Progress and direction in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. **Health Economics**, 9, pp 69-82, 2000.

NAKANO Y., BABA H., MAESHIMA H., KITAJIMA A., SAKAI Y., BABA K., ARAI H. Executive dysfunction in medicated, remitted state of major depression. **Journal of Affective Disorders.** 111, pp 46–51, 2008.

NARDI H.; TITTONI, J.; BERNARDES, J. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, A. (Org.) **Trabalho e tecnologia; dicionário crítico**. 2.ed., Petrópolis: Vozes, pp. 240-6, 1997.

NASCIMENTO SOBRINHO C.L., CARVALHO F.M., BONFIM T.A.S., CIRINO C.A.S., FERREIRA I.S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. 22(1), pp 131-140, 2006.

NAVARRO V..L., PADILHA V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 19, n. spe, p. 14-20, 2007.

NIEUWENHUIJSEN K., et al. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. **Scand J Work Environ Health**. 32(1), pp 67–74, 2006.

NUNES D.P., NAKATANI A.Y.K., SILVEIRA E.A., BACHION M.M., SOUZA M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia, GO, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, 5(6), pp 2887-98, 2010.

NUNNALLY J.C., BERNESTEIN I.H. **Psychometric Theory** (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1994.

OLIVER M. The politics of disablements. Basingstoke:MacMillan, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (CID 10). 10ª revisão. São Paulo, 1997, vol 1.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (CID 10). 10ª revisão. São Paulo, 1997, vol 2.

_____. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Washington, D.C., 2001.

ORMEL J., OODEHINKEL A.J., NOLEN W.A., VOLLEBERGH W. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects. **Archives of General Psychiatry**. 61(4), pp 387–392, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Treatment gap in the Americas, technical document**. Washington, D.C.: PAHO, 2013.

PARADISO S; LAMBERTY G.J.; GARVEY E.J. Cognitive impairment in the euthymic phase of unipolar depression. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 185, pp 748-754, 1997.

PATTEN S. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression in Community and Clinical Samples, Chronic Disease in Canada. 1997; vol 18(3).

PATTEN et al. Prospective evaluation of the effect of Major Depression on Working Status in a Population Sample. **The Canadian Journal of Psychiatry**, Vol 54, No 12, 2009.

PERES M.A.C. Do Taylorismo/Fordismo à acumulação fl exível Toyotista: Novos paradigmas e velhos dilemas. **Faculdades Unopec,** SP, 2000. Disponível em: <www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/_Arquivos/Jan_Jul_04/PDF/Artigo_Marcos.pdf> Acesso em: 25/01/2014.

PEZÉ M.Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frapés. Paris: Pearson, 2008.

PILETTE P.C. Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity**. J Nurs Adm**., v. 35, n.6, p. 300-3, Jun, 2005.

PINHO O.S, ARAUJO T.M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **R Enferm UERJ**. 5(3), pp 329-36, 2007.

PIZZORNO J.E., MURRAY M.T. Textbook of Natural Medicine. Churchil Livingsotne: Orlando, 1999, 2 ed.

PLAISIER I. et al. Depressive and anxiety disorders on the job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. **Psychiatry Research**; 200, pp 382-388, 2012.

PORTER R.J., GALLAGHER P., THOMPSON J., YOUNG A. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. **The British Journal of Psychiatry**, 182, pp 214–220, 2003.

PORTO P., HERMOLIN, M., VENTURA, P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 4, n. 1, p. 63-70, jun. 2002.

PRADO J.A. et al . Relations between Depression, Alcohol and Gender in the Metropolitan Region of São Paulo, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2425-2434, set. 2012.

PURCELL R., MARUFF P., KYRIOS M., PANTELIS C. Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. **Psychol Med,** 27, pp 1277-85, 1997.

RAEL E.G., STANSFELD S.A., SHIPLEY M. Sickness absence in the Whitehall IIstudy, London: the role of social support and material problems. **J EpidemiolCommunity Health,** 49, pp 474–81, 1995.

RAVINDRAN A.V., MATHESON K., GRIFFITHS J., MERALI Z., ANISMAN H. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. **Journal of Affective Disorders**, 71, pp 121-30, 2002.

REGIER D.A., FARMER M.E., RAE D.S., LOCKE B.Z., KEITH S.J., GOODWIN F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA,** 264(19), pp 2511–2518, 1990.

REIS R.J. dos, La ROCCA P.F., SILVEIRA A.M., LOPEZ B.I.M., NAVARRO i GINÉ A., MARTÍN M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saude Publica**. 37(5), pp 616-623, 2003.

REIS E.J.F.B., CARVALHO F.M., ARAÚJO T.M., PORTO L.A., SILVANY NETO A.M. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. 21(5), pp 1480-1490, 2005.

RICE S.A., DONALDSON C. MITTON C., CURRIE G. Health Economic Evaluation**. J Epidemiol Community health** 56, pp 85-88, 1990.

ROCA P.L., ROISER J.P., RIEDEL W.J. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Med**. 44(10), pp 2029–2040, 2014.

RODRIGUES C.S., FREITAS, M.F., MEDEIROS, A.M. Absenteísmo-doença segundo auto-relato dos servidores municipais de Belo Horizonte. **R. bras. Est. Pop**., Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S135-S154, 2013.

ROELEN C.A.M., KOOPMANS, P.C., ANEMA, J.R., VAN DER BEEK, A.J. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 20, n. 1, p. 113-121, 2010.

ROMERA I. et al. Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six month prospective epidemiological study. European Psychiatry. 25, pp 58-65, 2010.

RONDINA R.C., GORAYEB R., BOTELHO C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clín**. 30 (6): pp 221-228, 2003.

ROSA AR, et al. Validity and reliability of the Functioning Assesment Short Test (FAST) in bipolar disorder. **Clin Pract Epidemiol Ment Health** 3:5, pp 121-130, 2007.

ROST K.M., DUAN N., RUBENSTEIN L.V., FORD D.E. The Quality Improvement for Depression Collaboration: General Analytic Strategies for a Coordinated Study of Quality Improvement in Depression Care. **General Hospital Psychiatry**, 23, pp 239–53, 2001.

ROST K., SMITH J.L., DICKINSON M. The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee Absenteeism and Productivity A Randomized Trial. ***Medical care***. 42(12), pp 1202-1210, 2004.

RUMSFELD J.S., JONES P.G., WHOOLEY M.A. Depression predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infarction complicated by heart failure. **Am Heart J**, 150, pp 961-7, 2005.

SALA A., CARRO A.R.L., CORREA A.N., SEIXAS P.H.A. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 10, p. 2168-2178, 2009.

SAMELLI A.G. et al. Diabetes mellitus and sensorineural hearing loss: is there an association? Baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Clinics**, São Paulo , v. 72, n. 1, p. 5-10, jan. 2017.

SAMPAIO R.F., LUZ M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da OMS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009.

SALOMON J., WANG H. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 15/22/29, p. 2144-2162, Dec. 2012.

SALTER S.L., HURREL J.J., MURPHY L.R., LEVI L. Psychosocial and Organizational factors. In: Salter et al (eds.). Psychosocial and Organizational Factors. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Geneva: International Labour Organization, 2003. V.2.

SELIGMANN-SILVA E. Desgaste mental no trabalho dominado. São Paulo, SP: Cortez, 1994.

_____. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (Org.) Patologia do trabalho. S.P.: Atheneu, 1995.

_____. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo -Ed. Cortes, 2011.

SANTOS É.G.; SIQUEIRA M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** vol.59, n.3, pp. 238-246, 2010.

SENNET R. A corrosão do caráter: As conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro, RJ: Record, 1999.

SHEEHAN D.V., MANCINI M., WANG J. et al. **Assessment of functional outcomes by Sheehan Disability Scale in patients with major depressive disorder treated with duloxetine versus selective serotonin reuptake inhibitors**. Human Psychopharmacology. 31(1), 53-63, 2016.

SIEGEL S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975.

SIEGRIST J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol., 1:27-41, 1998.

SIEGRIST J., RÖDEL A. Work stress and health risk behavior. **Scand J Work Environ Health**. 32(6 Sup):473–481, 2006.

SILBERNAN E.K., WEINGARTER H., TERGUN S.D., BYRNES S. Cognitive functioning in biological subtypes of depression. Biol Psychiatry, 20, pp 654-61, 1995.

SILVA D.M.P.P., MARZIALE M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

_____. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SILVA JUNIOR J.S., FISCHER F.M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 186-190, fev. 2014.

SIMON GE, CHISHOLM D, TREGLIA M. Course of depression, heatlh services costs and work productivity in a international primary care study. **Gen Hosp Psychiatry** 24(5), pp 328-32, 2002.

SINOPSE EUROPEIA DE INVESTIGAÇÃO. A Prevenção do absenteísmo no Trabalho. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades europeias. Luxemburgo, 1997.

SNYDER H. et al. Major Depressive Disorder is Associated with Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and ReviewPsychol Bull.; 139(1), pp 81–132, 2013.

SOUZA L.F.Q. Absenteísmo no serviço público. **Jus Navigandi** (Teresina), ano 11 (n° 1243), nov 2006.

SOUZA M.F.M., SILVA G.R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev Saude Publica**.32(1), pp 50-8, 1998.

SPITZER R.L., KROENKE K., LINZER M., HAHN S.R., WILLIAMS .J.B, de GRUY F.V.. Health related quality of life in primary care patients with mental disorders. JAMA.274 Suppl 19, pp 1511-7, 1995.

STEIN M.B. et al. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. **Arch Gen Psychiatry**, 58, pp 251-256, 2001.

STANSFELD S, CANDY B. Psychosicual work environment and mental health – a meta-analytic review. **Scand J Work Environ Health**. 32 (6), pp 443-62, 2006.

STANSFELD SA, FUHRER R, HEAD J. Workplace:Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. **Occup Environ Med**. 68(6), pp 408-413, 2011.

STEWART W.F., RICCI J.A., CHEE E. Cost of lost of productive work time among US workers with depression. **JAMA**. 289, pp 3135-3144, 2003.

SULLIVAN M.D., La CROIX A.Z., BAUM C., GROTHAUS L.C., KATON W.J. Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression. **Am J Med**, 103, pp 348-56, 1997.

TENG C.T, HUMES E.C., DEMETRIO F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 149-159, jun. 2005.

THASE M.E. Mood disorders: neurobiology. In: Sadock BJ, Sadock VP, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilking, pp. 1285-98, 1999.

THIELEN K., NEEGARD E, ANDERSEN I, DIDERICHSEN F. Employment consequences of depressive symptoms and work demands individually and combined. **The European Journal of Public Health**. V 1, pp 2-6, 2013.

TOOMINGAS A., THEORELL T., MICHELSEN H., NORDEMAR R., STOCKHOLM. MUSICI Study Group. Associations between self rated psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs**. Scand J Work Environ Health**. 23(2), pp 130-9, 1997.

VAHTERA J., KIVIMÄKI M., PENTTI J. The role of extended weekends in sickness absenteeism. **Occup Environ Med**. 58, pp 818-22, 2001.

VARGAS D., DIAS A.P.V. Prevalência de depressão entre trabalhadores de enfermagem de UTI: estudo em hospitais de uma cidade do interior do noroeste de SP. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**. 19(5), Set/out 2011.

VEGGI AB, LOPES C.S., FAESTEIN E, SICHIERI R. Índice de massa corporal, percepção de peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr,** 26(4), 242-7, 2004.

VIANA M.C.; TEIXEIRA, M.G.; BERALDI, F., BASSANI, I.S.; ANDRADE, L.H. São Paulo Megacity Mental Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation. **Rev Bras Psiquiatr**. São Paulo, 31(4), 375-86, 2009.

VIANA M.C., ANDRADE L.H. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-260, out. 2012.

VICTORA C.G., HUTTLY S.T., FUCHS S.C., OLINTO M.T.A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analyses: a hierarchical approach**. In J Epidemiol**. 26, pp 224-227, 1997.

VIGO D., THORNICROFT G., ATUN R. Estimating the true global burden of mental illness. **Lancet Psychiatry,** 3, pp 171-8, 2016.

WAGNER S; DOERING B; HELMREICH I; LIEB K; TADIC A. A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depression disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. **Acta Psychiatr Scand**. 125(4), pp 281-92, 2012. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01762.x. Epub 2011 Oct 18.

WANG P., BECK A., BERGLUND P., McKENAS D., PRONK N., SIMON G., KESSLER R. Effects of major depression on moment-in-time work performance**. Am J Psychiatry** 161, pp 1885–1891, 2004.

WARE J.E., SHERBOURNE C.D. The MOS 36-itens short form health survey (SF 36). I Conceptual framework and item selection. **Med Care**, 30, pp 473-483, 1992.

WARNER-SCHIDT J.L., DUMAN R.S. Hippocampal neurogenesis: opposing effects of stress and antidepressant treatment. **Hippocampus**. 16, pp 239–249, 2006.

WEISSMAN M.M., KLERMAN G.L. Sex differences and the epidemiology of depression. **Archives of GeneraI Psychiatry.** Jan; 34(1), pp 98-111, (1977).

WHITEFORD H.A., DEGENHARDT L., REHM J., BAXTER A.J., FERRARI A.J., ERSKINE H.E. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet** , 382, pp 1575-86, 2013.

WOO J.M. et al. Impact of depression on work productivity an its improvement after outpatient treatment with antidepressants. Value in Health. 14, pp 475-482, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bulletin WHO.** 78(4):413-26, 2000.

_____.WHO DAS II. Disability Assesment Schedule: Training Manual: a guide to administration: Classification, Assesmente and Terminology Team (CAT); in Department for Measuremet and Heatlh Information Systems., (ed): 2004.

_____.World Health Organization. Revised global burden of disease (GBD) 2002 estimates. Geneva: World Health Organization; 2005.

_____.SUICIDE PREVENTION (SUPRE) 2007. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/;

_____. World Health Organization Statistical Information System – WHOSIS, 2009. Available on:http://www3.who.int/whosis/menu.cfm.

_____.Global burden of disease estimate, 2015. Available from: http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.htm.

_____. Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2016. Avaliable: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/. Accesso 10 setembro 2017.

_____.Depression: Fact Sheet. WHO. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/. Published February 2017. Accessed November 7, 2017.

_____. Depression: mhGAP training of Health-care providers: supporting material, 2017. Avaliable: http://www.who.int/mental_health/mhgap/dep_supporting_material.pdf. Acesso 05 fevereiro 2018.

_____ 2017. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, Switzerland. Recuperado em 20 de dezembro de 2017, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf.

WILSON K.G. Major depression and insomnia in chronic pain**. Clinical Journal of Pain** 18: 77-83, 2002.

YANO, S.R.T., SANTANA, V.S. Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, p. 945-954, May 2012 .

ZARATE C.A. Jr., TOHEN M., LAND M., CAVANAGH S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. **Psychiatr Q** 71, pp 309-329, 2000.

ZIMMERMAN M, et al. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. **Am J Psychiatry**.163(1), pp 148–150, 2006.

_____. Why do some depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale not consider themselves to be in remission? **J Clin Psychiatry.** 73(6), pp 790–795, 2012.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **"Depressão e incapacidade para o trabalho: associações entre os fatores psicopatológicos, socioeconômicos e ocupacionais",** que tem por objetivos conhecer a população de trabalhadores em licença-saúde por transtornos depressivos quanto à idade, escolaridade, estado civil, situação da doença e do tratamento médico, e algumas características do trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, e as informações serão coletadas a partir de uma entrevista face a face para preenchimento do questionário formulado especialmente para este estudo. A entrevista deverá durar cerca de 20 minutos para ser completada.

A pesquisa terá duração de 36 meses com término previsto para meados de 2016.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. As **informações coletadas** serão utilizadas apenas **nesta pesquisa** e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária,** isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar o seu consentimento**. Sua recusa não trará qualquer prejuízo em sua relação com a universidade assim como no processo de sua licença saúde. O (a) senhor (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Sua participação nesta pesquisa consistirá basicamente em responder às perguntas a serem realizadas pelo entrevistador sob a forma de entrevista face a face e os riscos apresentados por este procedimento são mínimos, ou seja, apenas os provenientes de eventuais desconfortos ou constrangimentos ao responder algumas perguntas presentes no questionário. O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico na área da saúde do trabalhador.

O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o email e os telefones de contato do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Orientador
Professor Titular Jair Lício Ferreira Santos
Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP)
Telefone: 16 36022536
Email: jalifesa@usp.br

Pesquisadora Responsável
Dra. Juliana de Almeida Prado
Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental (UNESP)
Telefones: 16 981232996/ 16 34162714
Email: jjbrprado@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem qualquer punição ou constrangimento.

Local de data: Nome legível e assinatura:

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTAS

Número do participante: **Data da entrevista:**

NAME: Nome do participante: S**atus ocupacional**: Ativo ( ) Inativo ( )

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS:

GENDER: Gênero: A. Masculino ( ) B. Feminino ( )

DNASC. Data de Nascimento:
ESCOL. Escolaridade (formal):
A. ensino fundamental incompleto ( )
B. ensino fundamental completo ( )
C. ensino médio incompleto ( )
D. ensino médio completo ( )
E. ensino superior incompleto ( )
F. ensino superior 9completo ( )

ESTACIVIL. Estado civil: A. solteiro ( ) B. casado/amasiado ( )
C. divorciado/separado ( ) D. Viúvo ( )
FILHOSDEP: Tem filhos dependentes: A. Não ( ) B. Sim ( )

RESIDECOM. Com quem reside?
A. Sozinho ( )
B. Cônjuge ( )
C. Filhos ( )
D. Cônjuge e filhos ( )
E. Outros familiares ( )
F. Amigos ( )
G. Outros ( )

FAIXASAL: Faixa salarial (em reais):
A. Até R$ 700,00
B. De R$ 701,00 a R$1500,00
C. DeR$ 1501,00 a R$ 3000,00
D. R$ 3001,00 ou mais.

Seção B: INFORMAÇÕES E FATORES DE RISCO OCUPACIONAIS

DATA_ADMIN: Data de admissão na UNESP:

OCUP_AT: Ocupação atual: (a partir do registro do RH UNESP)
Cargo:

CAT_OCUP_ATUAL: Categoria de cargo:.....(docente, trabalhadores administração, trabalhadores da educação, trabalhadores da saúde)

LOT_AT: Lotação atual

TEMPO_LOT: Há quanto tempo está atuando neste local/setor?

LOT_PREV: Antes de trabalhar neste local, em que setor atuava?

INS: Recebe adicional de insalubridade?
0 = não
1= sim
9= indefinido

CONV_COLEG: Tem bom convívio com colegas de trabalho e/ou chefia?
0=não
1=sim
9=indefinido

AT: Acidente de trabalho?
0=não
1= sim
9=indefinido

COND_TRAB: Na sua opinião, as condições de trabalho são adequadas? (equipamentos, instalações físicas, número de funcionários)
0=não
1=sim
9=indefinido

GOST: Você gosta do que faz?
0=não
1=sim
9=indefinido

APROV_QUALI: Em sua opinião, suas qualidades profissionais são utilizadas e valorizadas?
0=nunca
1=raramente
2=frequentemente
3=sempre

TRAB_RECOMPENSA: No trabalho, levando em consideração todo o seu esforço e conquistas, você recebe o respeito e o reconhecimento que merece?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre

CAR_HOR: Qual a sua carga horária semanal?
A=20h
B=30h
C=40h
D=Dedicação exclusiva

TURNOS: Trabalha em turnos noturnos?
0=não
1=sim
9=indefinido

FLEX_JORN: Na sua opinião, sua jornada de trabalho é:
A=flexível

B=muito flexível
C=rígida
D=muito rígida

AUTON: Na sua opinião, você tem autonomia para decidir como desempenhar as suas atribuições?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre

PRESS_TRAB: Na sua opinião, você se sente muito pressionado no trabalho?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre

ESTRES-TRAB: Você considera o seu trabalho estressante?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre
HOR_EXT: Você costuma trabalhar em horas extras?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre

ADEQ_TRAB: Você considera o seu trabalho adequado às suas capacidades e potencialidades?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre

INTER-TRAB: Você considera o seu trabalho interessante?
A=Nunca
B=Raramente
C=Frequentemente
D=Sempre

Seção C: HÁBITOS/ESTILO DE VIDA E SAÚDE:

TABAGISMO: VOCÊ É FUMANTE ATUALMENTE?
0: NÃO
1: SIM

DEP1: Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

0: Após 60 minutos
1: Entre 31 min e 60min
2:Entre 60 min e 30 minutos
3:Em 5 minutos
99: Não se aplica

DEP2:Você acha proibido não fumar em lugares proibidos (restaurantes, por exemplo)?
0:Não
1:Sim
99: Não se aplica

DEP3: Qual cigarro do dia lhe traz maior satisfação?
0: Outro

1: Primeiro do dia
99: Não se aplica

DEP4: Quantos cigarros fuma por dia?
0: Menos de 10
1:De 11 a 20
2:De 21 a 30
3: Mais de 31
4: Indefinido

DEP5: Você fuma mais frequentemente pela manhã:
0: Não
1: Sim

DEP6: Você fuma mesmo estando doente (precisar ficar de cama)?
0: Não
1: Sim

SDEP: Somatório das DEPs ao fumo :
DEPT: Grau de Dependencia ao fumo:
0:Não tabagista
1:Muito Baixo
2:Baixo
3:Médio
4:Alto
5: Muito alto

ÁLCOOL:

AUDIT1: Qual a sua frequência de consumo de bebida alcoólica?
0: Nenhuma
1:De 1 ou menos por mês
2: De 2 a 4 por mês
3: De 2 a 3 por semana
4:4 ou mais por semana
9: Indefinido

AUDIT2: Quantas doses de bebida alcoólica você consome num dia típico quando está bebendo?
0:Nenhuma
1:De 1 a 2
2:De 3 a 4
3: De 5 a 6
4: De 7 a 9
5:10 ou mais
9: Indefinido

AUDIT3: Com que frequência você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente
4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

AUDIT4:Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente

4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

AUDIT5: Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente
4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

AUDIT6: Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente
4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

AUDIT7: Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente
4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

AUDIT8: Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar o que ocorreu na noite anterior por causa da bebida?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente
4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

AUDIT9: Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou ou se prejudicou por causa de você ter bebido?
0: Não
1: Sim, mas não no último ano
4:Sim, durante o último ano

AUDIT10: Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com você por causa da bebida ou disse para você parar de beber?
0: Não
1: Sim, mas não no último ano
4:Sim, durante o último ano

ATIV_FISICA: Com que frequência costuma praticar atividades físicas?
0: Nunca
1: Menos que mensal
2:Mensalmente
3:Semanalmente
4:Diariamente ou quase
9: Indefinido

SEÇÃO D: INFORMAÇÕES CLÍNICAS

CLIN1: Diagnóstico psiquiátrico a partir da aplicação da MINI
A:.....
B:.....
C:.....

CLIN2: Há comorbidades clínicas?
0= Não
1=Sim ( ) .....

LS_TM: Você já gozou período maior que 15 dias de licença saúde por transtornos mentais? (anterior a atual)
0=não
1=sim
9=indefinido

READAP_TM: Já foi readaptado por transtornos mentais?
0=não
1=sim
9=indefinido

HIST_LS: Histórico dos afastamentos por TM nos últimos 4 meses (pesquisador preenche a partir do SOC).

Mês/Ano	Número de dias	CID 10

HIST_DIAG: No último ano, você teve diagnóstico e/ou acompanhamento médico por:

0: Não 1: Sim	
MORB1: Problemas do coração	MORB8: AVE/derrame
MORB2: Diabetes	MORB9:Pressão alta
MORB3: Bronquite ou asma	MORB10: HIV/Tuberculose
MORB4:Dores na coluna	MORB11: Tendinite
MORB5:Gastrite ou úlcera	MORB12: Artrite ou reumatismo
MORB6: Câncer	MORB13:Problemas de pele
MORB7: Problemas emocionais	MORB14: Cirurgias

TRAT_TM: Está em tratamento médico especializado para o transtorno mental?
0=não
1=sim

REG_TRAT_TM Se estiver em tratamento médico, este é regular?
0=não
1=sim

USA_PSICO: Está em uso de psicotrópicos?
0=não
1=sim

Especifique qual (is):
ATUAL_PSICOTERAPIA: Está em psicoterapia atual?

0=não
1=sim

ANTEC_TM: Tem antecedente pessoal de transtornos mentais?
0=não
1=sim

TRAT_ANTEC_TM: Caso tenha antecedente, foi submetido à tratamento?
0=não
1=sim

HAM D: Escore:

HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1.Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.

2.Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.

3.Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.

2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.

3. A doença atual é um castigo.

4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.

2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.

3. Idéias ou gestos suicidas.

4.Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.

2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.

2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir

2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista (

2. Retardo óbvio à entrevista.

3. Entrevista difícil.

4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.

1. Inquietude.

2. Brinca com as mãos, com os cabelos,etc.

3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.

4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0.Sem dificuldade.

1. Tensão e irritabilidade subjetivas.

2. Preocupação com trivialidades.

3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.

4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11.ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indisgestão, diarréia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

0. Ausente :

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes

1. Leves

2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2. Preocupação com a saúde

3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda,etc.

4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.

2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente) x 5kg em 3 meses.

3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana (x).

1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.

2. Mais de 1 Kg de perda por semana.

3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no ítem 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O ítem 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas..

3. Graves.

4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.

1. Desconfiança.

2. Idéias de referência.

3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum

1. Leves.

2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: ____(0-62)

Seção F: Informações da vida pessoal

CONVI_FAM: Você tem um bom convívio familiar?
A. Nunca ( ) B. Raramente ( ) C. Frequentemente ( ) D. Sempre ( )

AMP_FAM: Você se sente amparada pela família ou amigos?
A. Nunca ( ) B. Raramente ( ) C. Frequentemente ( ) D. Sempre ( )

SIT_FINANÇAS: Como anda a sua situação financeira nos últimos meses?
A. Ruim ( ) B. Regular ( ) C. Sob controle, sem reserva( ) D. Muito boa, com reserva ( )

PROB_FAM: Está enfrentando problemas familiares?
A. Nunca ( ) B. Raramente ( ) C. Frequentemente ( ) D. Sempre ( )

RESILIENCIA: Na sua opinião, considera que tem boa habilidade para lidar com problemas do dia a dia?
A. Nunca ( ) B. Raramente ( ) C. Frequentemente ( ) D. Sempre ( )

REPERC_VIDA_TRAB: Na sua opinião, os problemas pessoais atrapalham seu desempenho no trabalho?
A. Nunca ( ) B. Raramente ( ) C. Frequentemente ( ) D. Sempre ( )

9. ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UPC HCFMRP - USP

www.hcrp.fmrp.usp.br

HC USP - RIBEIRÃO assistência - ensino - pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Ribeirão Preto, 30 de OUTUBRO 2012.

Sistema UPC nº 6638

Ilustríssima Senhora
Dr.ª Marcia Guimarães Villanova
MD. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Senhora Coordenadora,
Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado
DESGASTE E INAPTIDÃO PARA O TRABALHO: ASSOCIAÇÕES ENTRE OS FATORES PSICOPATOLÓGICOS, SOCIOECONÔMICOS E OCUPACIONAIS

juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.
O projeto acima mencionado será desenvolvido no (a) junto ao grupo de Saúde do Trabalhador e Perícias Médicas da UNESP - vinculado à Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental (COSTSA/UNESP).
Informo também que o pesquisador responsável e o orientador possuem currículo Lattes.
O orçamento do presente projeto foi analisado pela equipe técnica da UPC antes da submissão ao Comitê e foi APROVADO.

Equipe Técnica UPC
André Oliveira
Auxiliar de Trabalho Científico
Matrícula 5148

Atenciosamente,

Juliana de Almeida P. JULIANA de ALMEIDA PRADO
Pesquisador Principal ou Aluno (nome completo e assinatura)

Jair Licio Ferreira Santos
Pesquisador Principal ou Orientador (nome completo e assinatura)

De acordo:

Walnei Fernandes Barbosa
Coordenador da COSTSA
Médico Perito - CRM 67375-SP

Chefe de Departamento (assinatura e carimbo)

Silvia C. C. Pinceli
Responsável
Grupo de Saúde do Trabalhador e Perícia Médica

Chefe do Ambulatório/ Laboratório (assinatura e carimbo)

Obs.: Caso algum chefe possua vinculo com a pesquisa, deverá ser solicitada assinatura do suplente.
Após assinatura em todos os campos, digitalizar toda a documentação do check list e encaminhar ao CEP via Plataforma Brasil.

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA
Fone: (16) 3602-2956 FAX: 3602-2956

ANEXO B

1. MÓDULO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR DA VERSÃO BRASILEIRA DO M.I.N.I. 5* (DSM IV)

A: EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1 Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido (a) durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	**Não**	**Sim**	**1**
A2 Nas duas últimas semanas, teve, quase todo o tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	**Não** ↓	**Sim**	**2**
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM?	**Não**	**Sim**	
A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a)/sem interesse pela maioria das coisas?			
a O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de +/-3,5Kg ao longo do mês em sujeito de 65Kg) **Cotar SIM, se resposta SIM num caso ou no OUTRO**	**Não**	**Sim**	**3**
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais?)	**Não**	**Sim**	**4**
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou, pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto quase todos os dias?	**Não**	**Sim**	**5**
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	**Não**	**Sim**	**6**
e Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias?	**Não**	**Sim**	**7**
f Teve dificuldades para concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias?	**Não**	**Sim**	**8**

g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	**Não**	**Sim**	**9**
A4 HÁ, PELO MENOS, 3 RESPOSTAS SIM EM A3? (ou 4, se A1 ou A2= "NÃO")	**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL**		
	NÃO	**SIM**	
Se o entrevistado (a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual:	↓		
A5 a Ao longo de sua vida, teve outros períodos de duas semanas ou mais, em que se sentiu deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante as quais teve os problemas dos quais falamos? [Sintomas explorados em A3a a A3g]?	**Não**	**Sim**	**10**
b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	**Não**	**Sim**	**11**
A5b é cotada como "SIM"?	**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO**		
	NÃO	**SIM**	

***AMORIM, P (2000)**

ANEXO C

1. ESCALA *FUNCTIONAL ASSESSMENT SHORT TEST* (FAST):

Autonomia				
1. Ser responsável pelas tarefas da casa	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
2. Morar sozinho	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
3. Fazer as compras da casa	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Trabalho				
5. Realizar um trabalho remunerado	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto necessário	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
9.Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Cognição				
10. Concentrar-se em uma leitura, um filme	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
11. Fazer cálculos mentais	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
12. Resolver adequadamente os problemas	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
13. Lembrar o nome de pessoas novas	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
14. Aprender uma nova informação	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Finanças				
15. Administrar seu próprio dinheiro	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
16. Fazer compras equilibradas	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Relações interpessoais				
17. Manter uma amizade	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
18.Participar de atividades sociais	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
19.Dar-se bem com pessoas a sua volta	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
20.Convivência familiar	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
21. Relações sexuais satisfatórias	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
22.Capaz de defender os próprios interesses	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Lazer				
23. Praticar esportes ou exercícios	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
24. Ter atividades de lazer	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**

ANEXO D

SEÇÃO E: ESCALA FAST

Qual o grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?

Por favor, pergunte ao entrevistado as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade. Para responder, utilize a seguinte escala de dificuldade: (0): nenhuma; (1): leve; (2): moderada; (3): severa.

Considere os últimos 15 dias;

Autonomia				
1. Ser responsável pelas tarefas da casa	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
2. Morar sozinho	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
3. Fazer as compras da casa	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Trabalho				
5. Realizar um trabalho remunerado	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto necessário	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
9.Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Cognição				
10. Concentrar-se em uma leitura, um filme	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
11. Fazer cálculos mentais	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
12. Resolver adequadamente os problemas	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
13. Lembrar o nome de pessoas novas	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
14. Aprender uma nova informação	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Finanças				
15. Administrar seu próprio dinheiro	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
16. Fazer compras equilibradas	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Relações interpessoais				
17. Manter uma amizade	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
18.Participar de atividades sociais	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
19.Dar-se bem com pessoas a sua volta	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
20.Convivência familiar	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
21. Relações sexuais satisfatórias	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
22.Capaz de defender os próprios interesses	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
Lazer				
23. Praticar esportes ou exercícios	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**
24. Ter atividades de lazer	**(0)**	**(1)**	**(2)**	**(3)**

Classif_AGF:

Obrigada por participar!