



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Brant, Luiz Carlos; Minayo Gomez, Carlos

O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 4, outubro/dezembro, 2005, pp. 939-952

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010417>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho

Suffering and its destines in working management

Luiz Carlos Brant ¹
 Carlos Minayo Gomez ¹

Abstract This study tries to define suffering, drawing on Freud's perspectives, and to circumscribe its destines after its manifestation in work. Open interviews were made with workers, managers, health professionals, and also with their families, all of them from a big public company in the services sector, which is in restructuration process, in the metropolitan area of Belo Horizonte. To underpin the data analysis the Hermeneutic-Dialectical Method were used. As a result this study shows the existence of a transformation process of suffering into illness in working management. The somatization, psychiatrization, medicalization, medical license, hospital internment, and the invalidity retirement constitute some of the suffering destines. Considering that suffering involves an interlocution with the other, we conclude that this transformation is a political process of braking resistance.

Key words Psychic suffering, Worker's health, Work management, Organizational psychology

Resumo No presente estudo, buscamos definir o sofrimento a partir da perspectiva freudiana e circunscrever os seus destinos, quando manifestado no trabalho. Foram realizadas entrevistas abertas com trabalhadores, gestores e profissionais da saúde de uma emprea pública de grande porte, do setor de serviços, em processo de reestruturação, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, bem como com familiares dos trabalhadores. Para a análise dos relatos, recorremos ao método hermenêutico-dialético. Constatamos a existência, na gestão do trabalho, de um processo de transformação do sofrimento em adoecimento. A somatização, psiquiatrização, medicalização, licença médica, internação hospitalar e a aposentadoria por invalidez figuram como alguns dos destinos do sofrimento nesse processo. Partindo do pressuposto de que o sofrimento é uma reação do sujeito diante da diversidade da vida, transformá-lo em adoecimento parece constituir, portanto, uma estratégia de quebra da resistência na gestão do trabalho.

Palavras-chave Sofrimento psíquico, Saúde do trabalhador, Psicologia organizacional, Gestão do trabalho

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
 Rua Leopoldo Bulhões 1480,
 Manguinhos, 21041-210,
 Rio de Janeiro RJ.
 interfaz@interfaz.com.br

Introdução

Com o avanço da técnica, cuja função é proporcionar maior conforto ao homem, o trabalho, na contemporaneidade, do ponto de vista físico, tornou-se mais leve, mas, em termos psicológicos, vem se configurando como algo árduo, pesado e, ainda, como fonte de competição. A busca pela sobrevivência vem fazendo de algumas empresas palco de disputas, onde o tamanho já não oferece garantia de permanência num mercado de trabalho forte em termos competitivos. Logo, a reestruturação tecnológica e gerencial vem se apresentando como uma estratégia vital para várias empresas, na era pós-industrial. Grandes transformações organizacionais são vivenciadas como perigo para o conjunto dos trabalhadores, remetendo-os a freqüentes, múltiplos e inevitáveis sofrimentos, podendo levá-los ao enfrentamento ou à fuga. *Para o indivíduo cujo trabalho é subitamente modificado, a revolução técnica manifesta-se como um outro ameaçador* (Levy, 1997). Mas, como fugir quando a empresa é, simultaneamente, fonte de perigo e de sobrevivência? A ansiedade, tão comum diante das elevadas exigências por produtividade e qualidade, a ponta para a possibilidade de uma organização que envolve tempo e espaço. Ameaçado em sua integridade, o sujeito pode experimentar desde um simples mal-estar até o pânico. Para muitos, trabalhar e viver tornou-se um perigo, o que vem fazendo dos locais de trabalho uma rede de intrigas particulares e coletivas. No entanto, para o sujeito que tem por râneo, esses locais constituem, também, pontos de encontro consigo e com o outro, onde permanecerão indícios, rastros, recordações, marcas de uma falta, sentimento de nostalgia, de um passado, no passado (Valadares, 2000).

Pensar o sofrimento e suas vicissitudes como tema de investigação pareceu-nos, inicialmente, algo fora de moda, nesses tempos em que a tônica nas empresas gira em torno “da qualidade de vida”. Ocorreu-nos substituir o termo sofrimento por mal-estar, mas isso remeteria à conotação de uma leve indisposição, o que difere do sentido do que estamos atribuindo ao termo. Também seria inadequado falar em sofrimento psíquico, como tem sido feito em alguns estudos. Consideramos que o adjetivo “psíquico” permitiria sugerir a existência de outros tipos de sofrimento. Qualificar o sofrimento abriria possibilidades de fragmentá-lo em físico, moral, espiritual, entre outros, de acordo com a ideologia e com o limite do olhar

de cada um. Psíquico, assim como mente, é *algo misterioso, incapaz de ser descripto nos mesmos termos que nós descrevemos mesas, árvores e átomos* (Rorty, 1999).

No estágio atual do trabalho, o rápido come o pequeno. Não é o grande que come o pequeno. O depoimento desse gestor de uma empresa pública do setor de serviços, em processo de reestruturação – que implicava a passagem da condição de pública para a de economia mista –, situada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, ajuda a ilustrar as condições dos trabalhadores nesse processo. Os imperativos de mudança organizacional dessa empresa exigiam constantes e abruptas substituições nos cargos de comando, provocando: estranhamento e falta de ação gerencial nos recém-empossados; perplexidade e sentimento de abandono nos substituídos; e desorientação nos trabalhadores quanto ao exercício de suas funções. Sem autoridade, mas com poderes de chefia, alguns desses gestores, diante da falta de experiência no manejo dos conflitos e das novas tecnologias, tinham dificuldades em tomar decisões administrativas e de oferecer orientação operacional a seus subordinados. Nesse cenário de grandes mudanças, muitos trabalhadores estavam submetidos a um ritmo de trabalho contínuo – sem pausas ou com pausas inadequadas – e viam-se expostos às más condições ergonômicas e ambientais. Os profissionais das unidades automatizadas foram avaliados de acordo com o perfil exigido para as novas funções e receberam treinamento adequado. Mas, para que se possa ter uma idéia da dimensão das mudanças implementadas na empresa, em março de 1999, quando teve início o processo de reestruturação operacional, em uma “filial”, no Nordeste do país, o sistema automático processava 10.201 serviços. Em julho, já atingia a marca de 141.744. Muitos trabalhadores estavam sujeitos a uma sobrecarga de trabalho advinda da escalação para fazer horas extras ou mesmo para adiar suas férias como forma de cobrir as ausências de um colega, licenças médicas, aposentadorias e demissões. O encaminhamento dos não adaptados às mudanças para o setor de saúde era uma das estratégias encontradas para o enfrentamento das dificuldades (Brant, 2001).

Articulando dados de questionários socioeconômicos e do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20), aplicados em 72 gestores dessa empresa, Brant e Dias (2004) constataram que ansiedade, tensão e preocupação constituíram as manifestações mais freqüentes do sofrimento

(73,2%). Tristeza foi a segunda maior manifestação do sofrimento entre os gestores (43,7%). De forma semelhante, o “cansar-se com facilidade” (35,2%) e o “sentir-se cansado o tempo todo” (23,9%) foram associados à fadiga. A dificuldade de realizar, com satisfação, as atividades da vida diária (39,0%) e a perda de interesse pelas coisas (19,8%) expressaram uma situação de desprazer e mostraram o sofrimento tanto quanto o cotidiano marcado por atividades sem significação. O sofrimento, que aparece na forma de dores de cabeça (26,8%), do dormir mal (26,8%), de sensações desagradáveis no estômago (25,4%), má-digestão (19,8%), tremores nas mãos (9,9%) e falta de apetite (5,7%), foi identificado como somatização. Esses autores observaram, ainda, a existência de uma associação significativa ($p < 0,05$) entre gênero e sofrimento; e que a presença de trabalhadores do sexo feminino com sofrimento (53,3%) foi significativamente superior a dos trabalhadores do sexo masculino (16,1%), o que sugere que os trabalhadores do sexo feminino têm 6 vezes mais chance de apresentar sofrimento que os do sexo masculino.

Para este estudo, buscamos definir o sofrimento a partir da perspectiva freudiana e circunscrever os seus destinos, quando manifestado no âmbito da gestão do trabalho, numa organização em processo de reestruturação. Sob essa perspectiva, realizamos uma investigação na empresa, anteriormente citada, limitando-nos à regional de Belo Horizonte. Transformada em empresa pública em 1969, ela conta, na atualidade, com 81.995 trabalhadores diretos e outros 20 mil indiretos, no país. Em Minas Gerais, são 7.622 efetivos e, na Grande Belo Horizonte, 3.326. Seus trabalhadores são admitidos por meio de concurso público para cargos pré-determinados, no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para a pesquisa, recorremos a entrevistas abertas com 13 trabalhadores; 8 familiares de trabalhadores; 13 gestores e 8 profissionais da saúde, de ambos os sexos. Para a análise dos relatos obtidos, empregamos a metodologia hermenêutica-dialética (Minayo, 1996; Minayo e Deslandes, 2002).

Medo, ansiedade e angústia: definindo o sofrimento

Identificar as vicissitudes do sofrimento manifestado exigiu uma clara compreensão do que está vindo a ser denominado como sofrimento pa-

ra, em seguida, verificar seus destinos. Para Freud (1920), o sofrimento estava relacionado com o perigo. Assim, a ansiedade (*angst*) descreve um estado particular de espera ou preparação para o perigo, ainda que desconhecido. O temor (*furcht*) exige um objeto definido do qual se tenha receio (*fürchtet*). O susto ocorre quando o sujeito se depara com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Portanto, o sofrimento se configura como uma reação, uma manifestação da insistência em viver sob circunstâncias que, na maioria das vezes, não são favoráveis. A vida, nesse sentido, é árdua e proporciona sofrimentos diversos, decepções e tarefas impossíveis.

As palavras alemãs *angst*, *furcht* e *lust*, comuns na obra de Freud, figuram em algumas traduções para o português como ansiedade, medo e disposição, em geral, de forma imprecisa e indevida. Em alemão, o termo *angst* significa “medo” e liga-se a uma pronostida reativa ante o perigo. Em português, essa palavra foi traduzida como “ansiedade”, seguindo a vertente da tradução inglesa, ou como “angústia”, conforme a tendência francesa. Já o vocábulo *furcht* (receio, temor) não abarca o pânico ou pavor imediato, estando mais associado à preocupação. A *angst* é mais visceral, imediata, e indica uma reação intensa perante a ameaça de aniquilamento ou dano (seja ela real ou imaginária, específica ou genérica).

Quanto ao termo *lust*, ele nos ajudou a pensar as relações entre sofrimento e prazer. Para Hanns (1996), não há, nessa palavra, do ponto de vista lingüístico, nada que se relacione com a sensação de alívio pela cessação do desprazer ou devido à descarga de pressão. Pelo contrário, *lust* está relacionado, irredutivelmente, com sensações prazerosas e a uma animada disposição para certas ações. O autor conclui afirmado a existência de um hiato entre aquilo que o termo designa como prazeroso e a concepção de *lust* como “descarga” que traz alívio para um desconforto (*unlust*, desprazer). Estabelecendo uma relação essencialmente quantitativa e de caráter fisiológico, Freud partia do princípio de que o prazer/disposição (*lust*) se caracteriza por ser uma sensação de alívio pela descarga da tensão, e o desprazer (*unlust*) por ser um acúmulo de tensão devido a um excesso de estimulação. É a partir da elaboração da pulsão de morte, da questão do masoquismo e da compulsão à repetição que Freud começa a relativizar a sua concepção mais estritamente quantitativa de *lust*, passan-

do a abordar os aspectos qualitativos, reconciiliando, assim, o seu significado lingüístico: *Não se pode duvidar que há tensões pra zeroas e relações desprazerosas. Prazer (lust) e desprazer (unlust), portanto, não podem ser referidos a um aumento ou diminuição de uma quantidade de tensão*, em bora muito tenham a ver com esse fator (Freud, 1924).

Se existe tensão pra zeroa e pra zer no sofrimento, qual a razão de se representar determinada experiência como sofrimento e não como prazer? Em Freud, temos duas possíveis respostas. Primeiro, haveria uma disposição do sujeito produzindo, simultaneamente, satisfação (*befriedigung*) e vontade/necessidade (*drang*). *Lust* produziria sensações reñentes ao corpo, mesclando-se com vontade e disposição; ou seja, aquilo que, na língua portuguesa vulgar, ficou denominado como “tesão” (Hanns, 1996). Segundo, *lust* estaria relacionado com a alternância entre tensão e prazer, em que o sujeito busca satisfação nas situações de contraste e não em um determinado estado de coisas: *Quando qualquer situação desejada pelo princípio do prazer se prolonga, ela produz tão-somente um sentimento de contentamento muito tenué* (Freud, 1930), ou seja, inicia-se, nessas circunstâncias, o percurso do sofrimento.

No que diz respeito às fontes do sofrimento, temos: o próprio corpo – condenado à decadência e à dissolução; o mundo externo – que pode voltar-se contra comunidades inteiras, com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, por fim, os relacionamentos com os outros homens. O sofrimento originário do conjunto das relações entre os sujeitos “talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro” (Freud, 1930). No entanto, a partir da psicanálise, o perigo não pode ser considerado apenas algo externo. Com a descoberta do inconsciente, desfez-se a fronteira entre interior e exterior, abrindo caminho para situações que ameaçam o ser humano a partir de sua própria interioridade, fato que instaura novas dimensões do sofrimento, onde o homem constata que não é, inteiramente, senhor de seus atos, e que a consciência não abrange a totalidade da sua existência. Logo, o destino dado às manifestações do sofrimento pode levar a uma intensificação ou conservação, ao aumento ou diminuição da vontade de viver, mas sempre portando as marcas tanto do próprio inconsciente quanto dos dispositivos do mundo institucional ao qual se está ligado – entendendo-se por dispositivos o conjunto de mecanismos

institucionais para alcançar uma nova ordem, aliados à disposição do sujeito para atingir um fim (Brant, 2004).

Para Freud, a civilização se constrói sob a égide do sacrifício. Os prazeres da vida civilizada são acompanhados de sofrimento e a satisfação surge concomitantemente ao mal-estar. Compulsão, regulação, recalcamento ou renúncia forçada são mal-estares da modernidade, resultantes do “excesso de ordem” e de sua inseparável companheira, a “escassez de liberdade”. Em sua leitura de *O mal-estar na civilização*, de Freud, Bauman (1998) conclui que os sofrimentos advindos do frágil e sempre decadente corpo, do cruel e impiedoso mundo, e dos agressivos seres humanos têm sua origem no cerceamento à liberdade em busca do prazer. No entanto, nossas observações empíricas indicaram a existência não apenas de um movimento dos trabalhadores pela liberdade, mas, também, de uma busca por proteção contra as ameaças que colorem a vida em risco. Algumas vezes, a árdua tarefa de sustentar-se colocava a luta pela liberdade em segundo plano, principalmente, entre aqueles que viviam do trabalho. No caso dos assalariados, o sofrimento surgia como elemento central de uma relação marcada pelo conflito entre submissão e resistência. No entanto, parecia não haver espaço, nas empresas, para a manifestação desse sofrimento, geralmente representado como fraqueza. Trabalhadores e gestores eram capazes de admitir uma doença, mas não o sofrimento (Brant, 2001). Constatações como essas levaram-nos a postular a existência de um processo de transformação de sofrimento em adoecimento, na gestão do trabalho. Partindo do princípio de que o sofrimento constitui-se como uma dimensão alteritária, encarregada a um interlocutor, levantamos a hipótese de que essa transformação constituiria um processo político quebra da resistência dos trabalhadores, pois “é no interior do espaço da fábrica pós-classe que uma nova figura do trabalhador encontra seus limites, suas marcas e o seu modo prático de expressão e de ação” (Lazarus, 2001).

A definição de Freud para sofrimento e a sua noção de inconsciente – um verdadeiro bastidor onde ocorre invenção de metáforas, deslizes e censura da memória, delineamento de sonhos e de desejos – pareceram-nos adequadas, mas insuficientes para os nossos objetivos. Caso nos restringíssemos à perspectiva freudiana para compreender e circunscrever o sofrimento e seus destinos, na gestão do tra-

lho, correríamos o risco de ficar limitados aos mediadores lingüísticos, pois Freud conserva ainda uma tradição platônica, em que a linguagem é tratada de forma abstrata, transcendental e interna à própria linguagem, não contemplando, devidamente, os mediadores sociofuncionais que ocorrem no interior das instituições. Consideramos a linguagem dos trabalhadores também instrumento, e não, unicamente, um conjunto de representações – mecanismo que modifica os seus usuários e os produtos de seus usos. Portanto, a trama de crenças dos entrevistados, expressa em seus depoimentos, é abordada não apenas como lugar de elementos lingüísticos auto-reformuladores, mas também de elementos de reconstrutualização do sofrimento, implicando o sujeito no seu destino (Rorty, 1999; 2002). Buscamos estabelecer uma articulação entre os dispositivos de gestão e a linguagem, ou seja, identificar os destinos do sofrimento em termos do sofrimento também a partir da dimensão ético-política. Seguindo a orientação foucaultiana, conduzimos uma investigação dos modos concretos com que o poder penetra no corpo, no comportamento e nas formas de vida dos trabalhadores. Tratamos, a seguir, de alguns dos destinos do sofrimento constatados em nosso estudo, evidenciando como a expressa assume e integra em sua esfera a “atenção à saúde do trabalhador”.

Somatização: uma tentativa de localização do sofrimento no corpo

Para alguns médicos entrevistados, os primeiros “surtos de dor”, entre os trabalhadores, reconhecidos por eles como reais, coincidiram com o início do processo de reestruturação da empresa e estavam concentrados na área operacional. O ambiente onde exerciam suas repetitivas atividades raramente era mencionado. Cumpre observar, no entanto, que havia situações em que o trabalhador realizava, com o braço, dois mil movimentos por hora, cumprindo a meta estabelecida para uma determinada tarefa. Os imensos galpões permitiam ampla visibilidade. Havia dezenas de homens trabalhando em pé, diante de grandes armários de madeira. A maioria, em silêncio, olhava fixamente vários objetos contidos em uma das mãos, enquanto o braço levantava e abaixava, sincronizadamente, colocando-os em 40 pequenos escaninhos. Enquanto isso, um supervisor, com relógio em punho, prancheta nas

mãos, e o olhar concentrado no trabalhador, cronometrava. Para efeito de avaliação de desempenho, a margem de erro tolerada era de 3%. Rapidez e agilidade eram os quesitos mais valorizados, pois todas as comendas recebidas deveriam ser enviadas aos seus destinos no mesmo dia, independentemente do número de homens e de objetos.

Em 95, quando iniciou a reestruturação, as dores surgiram, realmente. Elas não existiam antes, entendeu? A maior queixa era ortopédica, lá do centro operacional, onde a pessoa triava muito (C. O., profissional da saúde, 32 anos). Esses profissionais da saúde reconheciam que as mudanças nos processos de trabalho, juntamente com a introdução de novas tecnologias, impunham profundas alterações na forma de trabalhar. Sabiam que a aceleração do ritmo de trabalho e a imposição de maior responsabilidade sobre o produto final constituíam as maiores pressões e consideravam que as transformações – verdadeiras conquistas administrativas – não eram acompanhadas de melhorias nas condições de trabalho, pelo menos numa proporção equivalente. Para Coelho e Reis (1998), profundas mudanças organizacionais na área operacional, que não contemplam, da mesma forma, as condições de trabalho, produzem impactos sobre a saúde, com predominante, principalmente, o sistema músculo-esquelético de um grande número de trabalhadores.

Em alguns setores operacionais da empresa pesquisada, a estrutura real não correspondia à planejada, como aquele em que atuava I. E., 47 anos, cujo efetivo era de 36 trabalhadores, tendo sido projetado para 60 homens. Esse trabalhador afirmava: *Minha tarefa está muito pesada. Estamos com nosso efetivo reduzido, tenho que desdobrar. Procuro fazer o melhor que posso. Minha LER (Lesão por Esforços Repetitivos) está aumentando a cada dia. Marquei um médico para a próxima semana.* Queixas como essa eram escutadas com desconfiança, principalmente quando a palavra LER era mencionada. O depoimento seguinte confirma essa percepção: *Dor real é o seguinte a pessoa chega lá e fala, “eu estou com LER”. A LER não existe. Você tem que ter a lesão gerada por um trauma no trabalho, ela acomete um seguimento, ela não acomete o corpo inteiro* (C. O., profissional da saúde, 32 anos). A partir daí, a atenção médica se fazia por meio de procedimentos investigativos, na tentativa de localizar a origem dessa dor na disfunção de alguma parte do corpo. Esse era o pressuposto que norteava os cuidados.

Além da definição diagnóstica, buscava-se também averiguar a veracidade ou falsidade da queixa. Se as “lesões por esforços repetitivos” constituem ou não um genérico diagnóstico sindrômico é uma questão polêmica, que não cabe aqui discutir. Segundo essa concepção, a dor só pode ser fruto de uma lesão. Portanto, a queixa que é chamado de dor, sem comprometimento de alguma estrutura física, constituiria uma falsa dor. Seguindo essa lógica, não é apenas a “LER” que não é reconhecida, mas a diferença entre dor e essa outra dor, que denominamos sofrimento.

Diferente da dor, o sofrimento possui uma dimensão política, uma vez que envolve a presença “do outro” (o “tu”) no campo da existência do sujeito. Portanto, a redução do sofrimento apenas à dimensão da dor constitui um obstáculo ao caminho alteritário. E, assim, pode dificultar a indagação pelas implicações da organização do trabalho nas queixas de dor. O não reconhecimento do sofrimento favorece a regressão do alteritário a um certo solipsismo. A queixa, como ato de reclamar a outrem que, supostamente, tem autoridade para modificar procedimentos indevidos de um terceiro não era levada em consideração. Auscultavam-se os sons do corpo – batimento cardíaco, ritmo respiratório e pulsação –, mas não se escutava o trabalhador, que, em sua linguagem, se referia ao sofrimento como “LER”. Ao ser escutado como algo desabitado da linguagem, a manifestação do sofrimento perdia a sua condição alteritária. Sendo abordado em termos médicos apenas na dimensão da dor, o sofrimento era visto, assim, como mais um elemento que compõe a dimensão somática. *Aí fui ao médico, nunca tinha sentido aquela dor antes de ir para aquele setor, eu queria saber o que era. Mandou tirar a blusa, escutou o coração, a perturou meu corpo aqui, ali, olhou minha pressão. Disse que, no princípio, todo mundo reclama a mesma coisa. Mas, depois passa* (R. M., atendente comercial, 42 anos).

O desejo dessa trabalhadora de compreender algo a respeito de si mesma, em sua nova função – que poderia estar se manifestando através da dor – não era escutado como parte do sofrimento. Em seu lugar, apenas o corpo era examinado. “Vale dizer, o poder se materializa e se exerceia sempre sobre o corpo, sendo este o lugar, por excelência, para a dominação do poder” (Birman, 2000). Negligenciado em sua dimensão de sujeito, o trabalhador era visto apenas como paciente; era submetido ao

exame físico e a exames laboratoriais. Quando os resultados eram negativos, portanto, incompatíveis com a queixa, procediam-se a novas investigações. Nos casos, que não eram raros, em que nada se detectava, as queixas eram analisadas como fingimento para se esquivar de um trabalho desagradável, preservar o emprego ou mudar de cargo. *Julgaram que era uma simples coisa, mau jeito. Eu dizia que era como dor de doente. Falaram para fazer Raio X e chapas. Não constatou nada. Pedi afastamento, não estava aguentando a furadeira. Depois, foi mesmo o chefe que pediu o tratamento. A área da saúde duvidava da minha dor, achavam que eu queria mudar de setor. Por muito tempo, eu nada podia fazer para provar minha dor; comecei a beber mais, ajuda a aliviar a dor* (I. E., 47 anos, trabalhador do setor operacional).

Como uma espécie de jogo, de prova, desafio lançado por um adversário ao outro, o trabalhador não tinha outra escolha senão submeter-se, pois renunciar equivaleria a declarar-se farsante. A verdade era a verdade médica. Com esses pressupostos, a recia não existir lugar para o trabalhador e seu sofrimento, apenas para o paciente e sua dor. Isso significa dizer que a queixa de um trabalhador não se resume à queixa de um paciente, e que sofrimento e dor se diferenciam.

Portanto, designamos por somatização o processo de investigação do sofrimento, a partir de recursos instrumentais, com o objetivo de localizá-lo apenas na dimensão corporal. Constatamos que as abordagens que iam da simples apalpação às mais sofisticadas tecnologias médicas tentavam detectar estruturas orgânicas danificadas para justificar a dor. Nesses casos, tanto o exame físico quanto os achados de exames laboratoriais eram notórios pela ausência de elementos capazes de dar sustentação às queixas. O resultado era sempre a inexistência de um diagnóstico conclusivo. A lógica subjacente era que toda dor tinha, obrigatoriamente, uma inscrição no corpo, sendo o bastante mapeá-la, procedimento que remetia o profissional à inevitável pergunta, “onde dói?” Nada sendo detectado, o diagnóstico mais comum era o de “problemas emocionais”.

Concluímos que a queixa de dor, em geral, interpretada como sinal de doença, desequilíbrio emocional ou má-fé, dificilmente era percebida, pelos médicos, como sofrimento, no sentido freudiano do termo; ou seja, a presença de um perigo quanto à permanência na empresa. No entanto, alguns trabalhadores reconhe-

ciam seu sofrimento, recusavam o diagnóstico de simples doença e buscavam articulá-lo ao cargo, exercido com temor (*furcht*). *Eu chego chorando, com raiva, isso acontece comigo, mas acontece com o gerente também. Isso passa a ser visto como parte da minha fragilidade e não do processo da organização* (F. R., profissional da saúde, 34 anos). Esses trabalhadores tinham dureza do receio e o relacionavam à estruturação do trabalho. Mas sabiam, também, que a sua manifestação era vista como desequilíbrio emocional, tornando-se alvos daquilo que é comumente chamado de “culpabilização da vítima”. No entanto, esse saber era insuficiente para escaparem ao destino dado ao conjunto dos trabalhadores, nessas circunstâncias. Devi do a uma conjugação de interesses, algumas manifestações do sofrimento tinham grande visibilidade, situação que contribuía para a consolidação da imagem de profissional problemático. Algumas dessas manifestações eram interpretadas como depressão e recebiam encaminhamento psiquiátrico.

A psiquiatrização

As exigências convencionais de um processo de reestruturação tecnológica e gerencial, somadas ao aumento do número de assaltos na empresa, criavam um ambiente propício ao cansaço, à tristeza e ao medo. A psiquiatrização é o processo pelo qual o sofrimento relacionado a essas situações era diagnosticado como transtorno mental, recebendo indicação para tratamentos psicoterápicos e/ou psiquiátricos.

Ser uma profissional do campo da saúde possibilitava a F. R. uma leitura apurada da psiquiatrização do sofrimento, mas esse conhecimento não era capaz de impedir que ela mesma fosse envolvida nesse processo. Em sua entrevista, que ocorreu durante o período em que estava de licença médica, e fazendo uso de antidepressivos, afirmou: *As pessoas vão chegando a um esgotamento. Aí entra a psiquiatrização. É mais fácil admitir que estou deprimida do que ver que minha relação profissional está me esgotando. Aí eu me transformo num paciente psiquiátrico, aí eu vou tomar medicação para eu dar conta de trabalhar* (F. R., profissional da saúde, 34 anos).

Durante a reestruturação, a demanda no setor de saúde aumentou, sobrecarregando a entrevistada. Para F. R., o cansaço estava relacionado às transformações da empresa, que,

por sua vez, estavam *vinculadas a um governo federal em processo de mudança. Você não tem clareza do processo, tudo pode mudar, de repente, aí dá muito medo*. A com preensão das questões institucionais não impedia o deslocamento das dificuldades relacionadas ao processo de trabalho para si mesma, culpabilizando-se. “Até já disseram que é histeria minha”, afirma a entrevistada. No entanto, o sofrimento mais difícil era admitir que a sua vida profissional estava à mercê de uma transformação sem rumo definido, o que lhe dava medo. Abandonada às incertezas de um contexto em que tudo poderia mudar de repente, a identidade de deprimida parecia oferecer segurança maior que a de funcionária, pois, como “doente”, o emprego lhe era assegurado. O uso de psicotrópicos possibilitava “condições de trabalho”, sem dar tanta atenção às questões pessoais e institucionais, mas às custas de afastamentos cada vez mais constantes, ou seja, por meio da transformação do sofrimento em adoecimento. Esses dispositivos médicos e organizacionais incidiam, particularmente, sobre o corpo feminino, histericizado e patologizado, com o objetivo de afastá-lo do espaço público, buscando no discurso psiquiátrico do século 19 o delineamento de duas patologias: a histeria e o masoquismo (Foucault, 1976).

Apixonado pelo teatro e falando de sua tristeza por ter deixado a carreira artística e o curso de Belas Artes para se casar, J. F., do setor administrativo, 28 anos, afirmava: *A gente vai ficando triste, problema com a mulher, a dificuldade do serviço, a falta de dinheiro. Achei relaxamento na bebida. Eu quero crescer na empresa. Mas disseram que tenho depressão por causa de uma substância que está baixa, que é hereditário, lembrei da minha mãe. A vida dá medo na gente*. Com os atrasos, faltas e uso de bebida, esse entrevistado foi encaminhado ao setor de saúde e, em seguida, para tratamento psiquiátrico. Diagnosticado como depressivo, passou a fazer uso de medicação.

A psiquiatrização de situações próprias da vida humana, como tristeza e medo, sinalizava o deslocamento de manifestações típicas da intersubjetividade para o domínio pessoal. Os níveis neuropsiquiátricos e a sua transmissão hereditária costumavam ser as explicações para a disposição ou cansaço, alegria ou tristeza, medo ou alívio. Com essas determinações biológicas, não se perguntava pelas implicações das condições de vida e de trabalho no sofrimento. Assim, a clínica contemporânea, ao esquecer a

paixão triste e substituí-la pelas “depressões” e “distúrbios do humor”, separava-se de toda uma tradição que, de Aristóteles a Descartes, passando por Tomás de Aquino, considerava a tristeza não um estado anímico, nem de humor, mas uma paixão da alma (Andre, 1995).

Afastado da agência devido à síndrome de estresse pós-traumático e depressão, B. V., gestor, 43 anos, relata: *Transportando dinheiro, fui assaltado, com revólver na cabeça. Houve insinuações que eu poderia estar conivente. Eu passava noites sem dormir. Só vendo assaltante na minha cabeça. A assistente social falou: vou te internar num hospital psiquiátrico. Eu vejo vulto, alguém vai me pegar, aí eu acredito doido de medo. Olho dentro de casa, no quintal, no armário. Então, são heranças, são coisas que ficaram ali do passado, presentes, que eu espero que apague, logo.* Embora tenha sofrido acidente de trabalho, esse gestor expressava sua mágoa pela empresa ter duvidado de sua honestidade, após 23 anos de dedicação. Viu-se violentado; era como se a empresa também o tivesse assaltado. Antes do evento traumático, os assaltantes eram reais e estavam do lado de fora. “Confiava na empresa como lugar adequado a quem entregava seus direitos para guarda” (Bauman, 2001); após o trauma, em seu imaginário, havia lugar para assaltantes que poderiam estar na rua ou nos sonhos. Havia perdido a referência que o trabalho proporcionava. Heranças de um passado que se presentificaram, também, quando a assistente social o indicou para internação. *Para o corpo, ou a sua afecção, a imagem da coisa é a mesma, quer seja de uma coisa passada, futura ou presente* (Spinoza, 1983). Após se deparar com o perigo, para o qual não estava preparado, quando buscou apoio, esse trabalhador defrontou-se com a angústia e com o desamparo, diante dos quais, a busca desesperada de um outro a quem oferecer seu corpo e sua alma é uma das saídas possíveis. O indivíduo, ao colar-se no outro, estabelece uma relação de servidão como forma de tentar evitar a dor do desamparo e afastar-se da angústia (Freud, 1937).

Cansaço, incerteza e decepção, manifestações do sofrimento, presentes nesses três casos, possuíam origens diferentes, mas obtiveram destinos semelhantes. Embora houvesse dúvidas quanto à realização dos projetos profissionais, durante a reestruturação, existia também a esperança do sucesso. Entre medos e esperanças, alguns perdiam o limite da dedicação ao cargo, trabalhando obsessivamente ou às custas de medicação. Si tuação usada, muitas vezes,

como exemplo pela empresa. *Há 7 meses, B. V. [gestor, anteriormente citado] consegui reverter o mau desempenho da agência com boas idéias. Aos sábados e domingos, costuma pegar a máquina autenticadora e percorrer a área rural e os cinco distritos recorrendo pagamento das contas...* (boletim interno da empresa). *Mas qual é o ponto em que a servidão voluntária dos indivíduos se comunica com o poder objetivo?*, pergunta o filósofo italiano Agamben (2002). A reestruturação organizacional ameaçava a carreira profissional de alguns, suscitando uma diversidade de manifestações de sofrimento que não eram percebidas como reações diante de um perigo iminente, no sentido freudiano do termo. Essas reações eram, então, diagnosticadas como depressão, estresse, fadiga, transtornos obsessivos compulsivos e esgotamento, recebendo tratamento psiquiátrico, produzindo uma interrupção na história de vida e de trabalho. Dependendo da etiologia das questões, os diagnósticos eram desvinculados do processo de trabalho e as prescrições medicamentosas, geralmente, tinham a mesma base farmacológica. Foi possível observar um processo de subjetivação que conduz o sujeito a vincular a identidade e a própria consciência a um poder de controle externo. Portanto, diagnosticar algumas das reações dos trabalhadores como transtornos psiquiátricos implicava desconsiderar o momento institucional de reestruturação, o processo de trabalho nesse contexto e existência de um sujeito portador de uma história de vida. Com esses procedimentos, ocultava-se a existência, na gestão do trabalho, de técnicas de individualização subjetivas e procedimentos de totalização objetivos, configurando um verdadeiro “duplo vínculo político, constituído pela individuação e pela simultânea totalização das estruturas do poder moderno” (Foucault, 1994).

Se, para Freud (1930), a ansiedade, o medo e o susto relacionam-se com o perigo, para Spinoza, no livro III da *Ethica*, o medo está articulado com o desejo, a dúvida e a esperança, concluindo que “não há esperança sem medo, nem medo sem esperança” (Spinoza, 1983). O medo constitui um bem do sujeito e, portanto, a medicalização do medo é um perigo. Ao proporcionar uma segurança (*securitas*) ilusória, eliminando o medo, suprime-se também a dúvida e, com ela, a esperança. O diagnóstico de fobia para o medo impede a incômoda pergunta: “o que está acontecendo comigo?” – em seu lugar, fica a explicação médica mais comum, a

de um transtorno neuropsiquiátrico. Ao anestesiar o medo, apagam-se, também, o desejo e a possibilidade de ação transformadora: *Quanto maior é a tristeza tanto maior é a capacidade de agir com a qual o homem se esforça para afastar a tristeza* (Spinoza, 1983).

Medicalização

A prescrição medicamentosa não se fazia apenas através dos médicos. Entre os trabalhadores, circulavam diagnósticos e indicações, frutos da experiência empírica: *A maioria tem tendinite no ombro. Muita gente fala que tem bico-de-papagaio. A gente vai ao farmacêutico, e o mais comum é comprar Voltaren. Aprendemos isso com os colegas* (H. D., trabalhador do setor operacional, 30 anos). Outras vezes, não era necessário ir à farmácia. Cada setor dispunha de uma “pequena farmácia”. A cultura da medicalização parecia estar vinculada às representações essencialmente funcionalistas do corpo, articulando-se com os destinos da somatização e da psiquiatrização. Como uma espécie de ferramenta, o remédio estava sempre disponível e ajustado para o cumprimento da tarefa, o que o transformava em um verdadeiro elemento “reparador”: *Tendinite, ai você não funciona direito, trava. Dói como clavícula quebrada. Lá, na seção, temos remédios numa caixa de papelão, tem remédio para dor, mas também tem bicarbonato, água oxigenada, band-aid* (G. C., trabalhador do setor operacional, 34 anos). Disponibilizar a medicação no local de trabalho pareceu-nos uma forma de garantir aditivos capazes de favorecer o cumprimento de funções, como se o corpo tivesse de ser periodicamente retificado. Algumas vezes, o medicamento no setor não era suficiente, era preciso portá-lo, em caso de situações inesperadas: *Trabalhando na rua, desarranjo intestinal é o pior que pode acontecer. Nós usamos muito Imosec, quando tamos com piriri, e Buscopan para dor forte. É comum também ter na saleta hidróxido de alumínio para queimação no estômago* (L. G., trabalhador do setor operacional, 26 anos). Esses trabalhadores entendiam que substâncias químicas poderiam “proteger” o corpo de situações adversas.

Representada como algo mágico, a medicação parecia constituir uma ferramenta de trabalho para um bom desempenho, em especial, perante os hierarquicamente superiores: *Ansiedade não me deixa trabalhar. Tenho ansiolítico na pasta. Só uso no trabalho; é um recurso*.

Quando vou apresentar algo ou quando o dia está tenso, eu tomo (S. E., gestor, 38 anos). Como um instrumento sempre disponível, os psicofármacos eram utilizados como se fossem equipamentos de proteção individual. Nesses casos, eles estavam sempre junto do corpo, uma maneira comum, entre os trabalhadores, para lidar com a ansiedade (*angst*), no sentido freudiano do termo, situação que evidenciava um estado particular de espera ou preparação para o perigo, ainda que desconhecido. Alguns haviam sido orientados por médicos para usá-los quando sentissem tensão, tristeza, apatia e cansaço. Os psicofármacos, como estandarte de uma espécie de imperialismo, *permitem que todos os médicos – em especial os clínicos gerais – abordem da mesma maneira todo tipo de afecções, sem que jamais se saiba de que tratamento elas dependem...* (Roudinesco, 2000). Portanto, os mesmos medicamentos – principalmente anti-depressivos e ansiolíticos – eram prescritos tanto para trabalhadores que se apresentavam simplesmente cansados, tristes e desiludidos, e cuja ansiedade levava a dificuldades para dormir, quanto para aqueles portadores de uma estrutura psíquica depressiva ou melancólica.

O mecanismo *mais interessante de evitar o sofrimento é aquele que influencia diretamente o organismo, a intoxicação química* (Freud, 1930). O uso abusivo de substâncias químicas, tanto as lícitas quanto as ilícitas, e os períodos de abstinência, entendidos como expressões do sofrimento transformado em ato, frutos da proibição da manifestação pela palavra, na empresa, aliados à subjetividade, com a alternância entre prazer (*lust*) e desprazer (*unlust*), em que o trabalhador buscava satisfação nas situações de contraste, mostraram-se exemplares para esta situação. Os vários casos de medicalização abusiva, entre os entrevistados, demonstra que o sofrimento é apresentado como algo vivenciado, solitariamente, no próprio corpo, uma característica de nossa época. Para esses indivíduos, o outro está sempre distante, fazendo com que a dimensão ética da manifestação do sofrimento perca o sentido sob o aspecto de pedido de ajuda endereçado a este outro. Esse “amortecedor de sofrimento” proporcionaria não apenas um prazer imediato, mas, também, um grau de sentido de independência do mundo, permitindo ao sujeito afastar-se da pressão externa e refugiar-se em si mesmo. Trata-se de uma tentativa de integrar de encontro uma unidade imaginária que teria por objetivo cimentar uma realidade apreendida como fragmentada. Havia a crença

de que, uma vez medicados, seu sofrimento estaria dominado. Essa busca por alívio dava ensejo ao desespero que, por seu turno, abria as comportas da dependência. A ingestão de pilulas parecia fagocitar, conjuntamente, a angustiante situação de deparar-se consigo mesmo. Fechada a questão, sepultavam a possibilidade de expressar o sofrimento em palavras e, portanto, a compreensão de sua origem.

Licença médica: cuidado e fonte de sofrimento

A licença médica cumpria a função de afastamento temporário da atividade para fins de tratamento. Terminado esse período, com a saúde restabelecida, o sujeito retornava. No entanto, as licenças prolongadas tinham um percurso diferente, como nos mostra P. K., trabalhador do setor operacional, 41 anos: *Eu não sabia o dia da semana, não fazia diferença. Ficava atento ao oitavo dia útil, para receber, e à data da perícia. Essas datas me ajudavam a saber que dia era. As consultas também ajudavam a marcar o tempo.* Em geral, o afastamento tornava-se recorrente e tinha diagnóstico psiquiátrico. Obrigados a permanecerem em casa, sob a vigilância da família, perdiam a noção do tempo, que somente fazia sentido nos momentos da medicação. Alguns localizavam o dia da semana através das consultas médicas agendadas; em outros casos, as datas das perícias do INSS ajudavam-nos a situarem-se ao longo dos meses.

A esposa de I. E., 47 anos, trabalhador do setor operacional, afastado devido a transtornos osteomusculares, ajudava com a preparação um pouco mais o universo doméstico da licença médica: *A cada perícia, voltava decepcionado; queria voltar a trabalhar e o médico falava não. Então, começava a fazer bicos, para ficar fora de casa. Tinha vergonha. Toda vez que bebia era a mesma reclamação: não presta nem para trabalhar, não sirvo para nada. Aí, ele ia para o boteço beber.* Acostumado a organizar a vida ocupacional em função do tempo regulado pelo trabalho, I. E. se deparou com o curto prazo das licenças. A cada três ou quatro meses, não sabia se seria aposentado; não tinha como estabelecer um projeto de vida. O desejo de retornar à função não era suficiente, uma vez que os exames clínicos e laboratoriais não o permitiam. A ordem estabelecida pela rotina do serviço tornou-se desordenada. “A rotina pode degradar, mas também proteger; pode decompor o trabalho, mas tam-

bém compor uma vida”, nos diz Sennett (2000). Ficar em casa tornara-se, então, sinônimo de inutilidade, e suscitava antagonismos conflitantes, em cobertos pela permanência cotidiana na em presa, longe do ambiente doméstico. Na tentativa de encontrar uma rotina, o “fazer bicos” também remeteu I. E. à incerteza. Após cada “encomenda”, não sabia se haveria uma próxima. A licença médica era também licença da vida. No bar, estabeleceu, gradativamente, uma rotina. *Ele ficou, ansioso, muito abalado. No final de cinco anos de afastamento, já não estava mais aguentando, ele bebeu mais, ficou triste. Aí, já no final, começou a fazer tratamento psiquiátrico, chegou ao ponto de ser internado. Então, essa licença não foi boa para ele*, relata a esposa de I. E., que, como paciente psiquiátrico, foi aconselhado a retornar ao trabalho, como medida terapêutica. Ainda quando sua esposa, voltar foi ótimo, mesmo com dor. Chega, me conta sobre o trabalho. Eu aprendi a me envolver no serviço dele. O que o chefe imedia pode fazer, ele faz. Ele teve apoio do pessoal da seção.

Se o afastamento era essencial para o tratamento, sua prolongação tinha efeitos adversos, principalmente entre os trabalhadores do sexo masculino, lotados no setor operacional. A licença médica implicava não apenas deixar de exercer uma atividade dura e pesada, mas também se distanciar do espaço público como parte de uma cultura essencialmente masculina (Bourdieu, 1994). Ficar em casa significava fazer parte de um ambiente fechado, visto como próprio das mulheres, crianças e doentes, enquanto a rua abria-se como possibilidade de resgate da identidade ameaçada. Diferente da casa, o bar possibilitava instalar-se, novamente, na posição de homem e de trabalhador. Além dos antigos colegas, encontrava também informações sobre a em presa. Entre um trago e outro, era capaz de passar horas a fio falando dos “puxa-sacos”, das façanhas sexuais e do futebol. O que constituiu importante estratégia contra o adoecimento era violentamente repudiado pelas esposas. O bar oferecia satisfação maior que a própria casa. A bebida nem sempre era sintoma de dependência cílica, mas desculpa para o encontro.

A hospitalização

Algumas vezes, terminada a licença médica, poucos dias após ter retornado ao serviço, ocorria a hospitalização do trabalhador: *Eu ti-*

nha voltado, estava alegre; mas o supervisor achou que eu estava agitado, que era perigoso continuar. Eu não tinha usado droga. Ele ligou para o setor médico. Acharam que eu não tinha melhorado, aí eles e minha mãe acharam melhor me internar. Ele disse que tinha medo de acidente; na verdade, ele não engolia o que eu reclamava (G. C., trabalhador do setor operacional, 34 anos). A reinserção era sempre complexa; envolvia o desejo do sujeito, o diagnóstico e o vínculo com o supervisor. Evidenciava, ainda, a ruptura com os mecanismos defensivos dos trabalhadores (Dejours, 1992). Sob o olhar inquisidor dos colegas e da chefia, qualquer movimento que fugia aos padrões estabelecidos era decodificado como “manifestação da doença” que o afastou. Para a chefia, o tratamento não havia sido completo, o que provava a gravidade do quadro clínico e uma hospitalização se fazia necessária. Para tanto, o setor médico e a família eram acionados.

A hospitalização como um dos destinos do sofrimento tinha uma de suas raízes na relação com o gestor. O pertencimento ao “nós” ou ao “eles”, partes constitutivas da cultura do chão-de-fábrica, segundo Willis (1991), era elemento importante nessa sina. Na cultura do “eles”, o gosto pela bebida, o propósito de “fazer corpo mole” e o confronto com a autoridade imperavam como comportamentos não tolerados pelos gestores. A indicação de internação não só constituía forma de proteção à saúde, mas também uma estratégia administrativa. Não se trata, porém, de uma decisão planejada, tampouco destruída da intenção de cuidados.

Nesse contexto, alguns enclausuramentos disciplinares começavam primeiro no seio da própria família e, posteriormente, no hospital, no intento de melhorar, corrigir os excessos e fazer retornar os bons modos da vida regrada. Paralelamente ao cuidado com a saúde, tentava-se enquadrar o trabalhador segundo as expectativas; ou seja, transformá-lo em um sujeito comedido. Aquelas que insistiam em resistir, sustentando o próprio sintoma, tornavam-se objeto de cuidados especiais. Como uma espécie de reeducação disciplinar, começava-se, desse modo, a fustigar a opotência e a altivez daqueles que ousaram transgredir, deslocando o sujeito do domínio da fábrica ou do lar (em licença médica) para o hospital. O que transformava a internação hospitalar também em espaço da biopolítica, ou seja, a crescente implantação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos do poder (Foucault, 1979,

1997; Agamben, 2002). Operava-se um enclausuramento tão íntimo entre política, vida privada e cuidados médicos que a investigação era dificultada. Portanto, se a transformação do sofrimento em adoecimento representava a quebra da resistência dos trabalhadores, a hospitalização psiquiátrica era o cenário da vitória do poder institucional, num jogo em que se preparava a abertura do último e derradeiro ato, o da aposentadoria por invalidez.

Reinserção profissional e aposentadoria por invalidez

Após liberação médica para retorno ao trabalho, principalmente os psicóticos, mesmo esforçando-se para se readaptarem ao cargo, deparavam-se com enaves familiares que interferiam na sua reinserção, como no caso em que a esposa desejava que o marido se aposentasse. *Ela está achando ótimo eu estar afastado. O grande sonho dela é que eu me aposentasse, agora, e fôssemos para o interior, onde os pais dela moram. Ela disse que faço coisas e depois não lembro, disse isso ao perito* (P. K., trabalhador do setor operacional, 41 anos). Com o prolongamento da licença médica, a aspiração pela aposentadoria crescia em algumas mulheres, enquanto a auto-estima de seus maridos diminuía. Como estratégia para alcançarem seus objetivos, algumas acompanhavam os maridos à perícia médica, relatando situações que imaginavam provar a necessidade da aposentadoria: *Eu não podia deixar que, depois de 18 anos de serviço, ele fosse mandado embora. Só aposentando. Quando ele entrou, era bom da cabeça, ficou assim de tanto fazer hora-extra e quando ouviu falar das novas máquinas que iam fazer o trabalho dele e que a empresa ia ser privatizada* (esposa de P. K.). Na reinserção, os trabalhadores com diagnóstico de psicose enfrentavam dois grandes preconceitos: eram incapacitados para o trabalho e agressivos. Com diagnóstico F.29, CID-10 (psicose), o referido empregado sempre apresentou excelente desempenho, como pode ser constatado no depoimento de seu supervisor. Os três anos de afastamento (após o surto), o estigma de doença mental, entre os colegas, e os medos da esposa exigiram uma intervenção do serviço social, readaptação funcional e orientação aos supervisores nos moldes de “trabalho protegido”. Foram, assim, elaborados os medos e preconceitos dos colegas, dos gestores e da esposa que, em seu depoimento, afirmou: *Agora, ele está ou-*

tra pessoa, o serviço faz bem para ele, está mais calmo, sente-se útil, a nossa relação melhorou bastante, já sinto mais confiança nele. Seria uma loucura se ele aposentasse. Imagine, o dia inteiro, ele em casa, sem o que fazer.

Nas famílias de trabalhadores jovens, a aposentadoria parecia constituir “um mal necessário”. Para a mãe de M. H., 27 anos, atendente comercial, afastado com diagnóstico de dependência química, a aposentadoria não seria um prêmio, seria uma taxação de incapacidade. Uma pessoa que se torna incapaz com 27 anos pode ser uma tarja que ele venha carregar, né? Porque não pode ser benéfica. Ele vai ficar pior. Por outro lado, se ele não se curar e perder o emprego? Como vai se manter e se tratar? Essa mãe imaginava que o filho, uma vez demitido, dificilmente obteria um novo emprego. A aposentadoria era a garantia do rendimento mensal e do tratamento através da empresa. Entretanto, percebia também que a aposentadoria precoce o estigmatizaria, desobrigando da responsabilidade quanto à própria subsistência e da possibilidade de investir num processo de reabilitação profissional. Portanto, as famílias conheciam os desgastes sofridos pelas numerosas tentativas de readaptação. Em geral, os lugares oferecidos para “reabilitação”, a pesar dos esforços dos profissionais, eram limitados. Era comum o sujeito oferecer novo afastamento antes que o programa de reinserção se completasse. Para alguns gestores, aceitar o reabilitando significava ter “meio trabalhador no setor”. Sem uma perspectiva de “reacomodação” mais consistente, essas pessoas tornavam-se desacomodados crônicos, recebendo sucessivos afastamentos.

A aposentadoria por invalidez era, habitualmente, representada para as famílias como um bem. Muitos planos se faziam. Entre os mais velhos, era vista como uma recom pensa pelos anos de dedicação e uma libertação do compromisso cotidiano. Acreditava-se que o equilíbrio familiar e a segurança financeira seriam garantidos, haveria satisfação de todas as necessidades, tudo seria recolocado em seus devidos lugares. Então, imaginava-se um domínio sobre o futuro, enquanto a incerteza da permanência na empresa estava completamente dissipada. E, com ela, o fantasma do desemprego estava exorcizado: “Eles ficaram eufóricos com a notícia da aposentadoria, fomos festejar numa pizzaria” (W. A., gestor aposentado, 46 anos). Passada a fase de eu foria pela conquista do benefício previdenciário, alguns entravam num quadro depressivo. Havia se tornado inválido não ape-

nas para o trabalho, mas também para as funções de maridos, pais e cidadãos. Perdiam a identidade de trabalhador para assumir a de invalidos, chegando ao clímax do processo de transformação do sofrimento em adoecimento. A trajetória de W. A. é ilustrativa desse processo. Após 25 anos de serviço, começou a trabalhar alcoolizado: *eu não gostava de bebida, eu bebia para aguentar toda aquela pressão, era também para aliviar a culpa, tudo virou um círculo vicioso.* As primeiras licenças médicas, a partir do diagnóstico de alcoolismo e depressão, seguidas da perda do cargo, agravaram o sofrimento desse gerente administrativo. Como relata sua esposa, a aposentadoria foi a melhor opção: *ele não podia nem passar na rua da empresa. Foi o maior alívio ter aposentado, se ele retornasse, seria mandado embora. Ele ficou sob o uso de medicamentos e isto causava bloqueio. Ele não falava coisa com coisa. Deus providenciou esta aposentadoria. Isto trouxe tranquilidade* (esposa de W. A.).

No entanto, esse apaziguamento inicial assumiu um rumo inteiramente diferente do sonhado, como revela a esposa: *ele achou que, aposentando, ia viajar, ser livre para fazer o que quisesse. Mas, em seguida, ele entrou em depressão. Só ficava deitado.* Retirar-se do trabalho e refugiar-se nos próprios aposentos, na condição de inválido, sob efeito de anti-depressivos e ansiolíticos, constituíam formas de não se deparar com antigos conflitos que o “passar na rua da empresa” despertava. A noção freudiana de sujeito do inconsciente, no caso desse gestor, atormentado pela culpa e pela pressão do trabalho – dimensões subjetiva e institucional, respectivamente –, foi substituída pela concepção psicológica de indivíduo depressivo. O crescente sucesso do diagnóstico de depressão *deixa claro que as sociedades do fim do século 20 deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva* (Roudinesco, 2000).

Considerações finais

O sofrimento, em sua ampla diversidade de sentidos e expressões, não pode equiparar-se, unicamente, ao sofrimento psíquico. Algumas de suas manifestações se assemelham, enquanto outras possuem aspectos específicos. A acepção ampla do sofrimento como um bem do sujeito tem sido negligenciada, na atualidade, dificultando impulsionar o sujeito a uma ação transformadora, bem como a atuação da saúde

coletiva, inclui e em termos interdisciplinares. Na gestão do trabalho, a ausência de reconhecimento dessa peculiaridade do sofrimento gera agravos, dificilmente identificados, à saúde dos trabalhadores. Essa lacuna evidenciou-se, em nosso estudo, ao constatarmos os diversos destinos dados às manifestações de sofrimento no trabalho: a somatização, a psiquiatrização, a medicalização, a licença médica, a hospitalização, a re inserção profissional e a aposentadoria por invalidez. Esse movimento pode ser compreendido como uma das estratégias típicas da transição da sociedade disciplinar para a de controle, na perspectiva de Deleuze (1992). A flexibilidade com que o trabalhador transitava de um destino ao outro – e sem pra zo definido – revela, porém, as constantes reinvocações do sistema disciplinar. Essa elasticidade, facilmente confundida com liberdade, dificulta a percepção desses destinos como estratégias de controle, remetendo o trabalhador a situações de maior ou menor sujeição. Se o tratamento medicamentoso domiciliar oferece, de início, novas liberdades, comparado com a internação hospitalar, torna-se, posteriormente, uma forma de confinamento.

Personalizando e direcionando cada um desses destinos, constatamos a influência marcante da figura feminina, a partir da posição de mãe ou de esposa, e de acordo com o seu desejo e a sua história. Na medicalização e na hospitaliza-

ção, a intervenção tinha uma visibilidade maior, deixando transparecer um misto entre atos que reforçavam o “fracasso do marido” e cuidados extremos com ele. Já em relação ao retorno ao cargo, uma vez elaborados os medos acerca da demissão, a participação da esposa demonstrou ser um recurso para uma reinserção profissional bem-sucedida. Em todos os depoimentos das mulheres, a aposentadoria por invalidez apareceu como a melhor solução para a família, mas por curto período de tempo. Essas constatações sugerem a necessidade de um novo estudo, investigando a influência feminina no processo de transformação do sofrimento em adoecimento, na gestão do trabalho.

Em síntese, quebrar as lógicas e práticas que configuram uma dada compreensão do sofrimento que o transforma em adoecimento envolve a ampliação de um debate na busca de alternativas que possam propiciar enfoques diferenciados e espaços adequados para oferecer cuidados específicos às manifestações do sofrimento. Alternativas que não conduzam aos destinos detectados no presente estudo, mas a novos percursos, com diferentes itinerários. Acreditamos que o sofrimento manifestado no trabalho possa ser descontinuado, escutado e acolhido na dimensão em que ele vem tentando resistir, particularmente diante das exigências decorrentes das mudanças atuais nos processos produtivos e na organização do trabalho.

Colaboradores

LC Brant & C Minayo Gomez participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências bibliográficas

- André S 1995. *A impo stura perversa*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro.
- Agamben G 2002. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Ed. UFMG, Belo Horizonte.
- Bauman Z 1998. *O mal-estar na pós-modernidade*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro.
- Bauman Z 2001. *A modernidade líquida*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro.
- Birman J 2000. *Mal-estar na atualidade*. Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- Bourdieu P 1994. No uvelles réflexions sur la domination masculine. *Cahiers du Gédisit* 11:91-104. Automne, Paris.
- Brant L 2001. *Sujeito e sofrimento entre trabalhadores que ocupam cargo gerencial*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Brant L 2004. *Processo de transformação do sofrimento em adoecimento na gestão do trabalho*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Brant L & Dias E 2004. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cadernos de Saúde Pública* 20(4):942-949.
- Coelho M & Reis R 1998. *Doenças músculo-esqueléticas de origem ocupacional dos membros superiores*. Ed. Health, Belo Horizonte.
- Dejours C 1992. *A loucura do trabalho*. Ed. Cortez, São Paulo.
- Deleuze G 1992. *Conversações*. Ed. 34, Rio de Janeiro.
- Foucault M 1976 *Histoire de la sexualité: la volonté du savoir*. Gallimard, Paris.
- Foucault M 1979. *Microfísica do poder*. Ed. Graal, Rio de Janeiro.
- Foucault M 1994. *Dits et écrits*. v. IV, Paris.
- Foucault M 1997. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro.
- Freud S 1920. Obras completas, v. 18. *Além do princípio do prazer*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1924. Obras completas, v. 19. *O problema econômico do masoquismo*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1930. Obras completas, v. 21. *O mal-estar na civilização*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Freud S 1937. Obras completas, v. 23. *Analise terminável e interminável*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Hanns L 1996. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- Lazarus S 2001. Anthropologie ouvrière et enquêtes d'usine: état des lieux et problématique. *Etymologie française* 3(31):389-400.
- Levy P 1997. O inexistente impacto da tecnologia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 17 ago. 1997. Caderno Mais, Autores, p. 3.
- Minayo M 1996. *O desafio do conhecimento: pesquisa. Hucitec-Abrasco*, São Paulo.
- Minayo M & Deslandes (orgs.) 2002. *Caminhos do pensamento*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Rorty R 1999. *Ensaios sobre Heidegger e outros*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Rorty R 2002. *Objetivismo, relativismo e verdade*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Roudinesco E 2000. *Por que a psicanálise?* Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Senett R 2000. *A corrosão do caráter*. Ed. Record, Rio de Janeiro.
- Spinoza B 1983. Da origem e da natureza das afecções, pp. 175-221. In *Ospensadores*. Ed. Abril Cultural, São Paulo.
- Valadares J 2000. Qualidade do espaço e habitação humana. *Ciência & Saúde Coletiva* 1(5):83-98.
- Willis P 1991. *Aprendendo a ser trabalhador*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.

Artigo apresentado em 4/10/2004

Aprovado em 25/02/2005

Versão final apresentada em 10/03/2005