

CAPÍTULO 3

PSICOPATOLOGIA DA VIOLÊNCIA
E SUAS EXPRESSÕES CLÍNICAS1. VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E VIOLÊNCIA NO
TRABALHO CONTEMPORÂNEO

Neste capítulo deveremos focalizar sinteticamente as principais formas de adoecimento mental associadas à violência que incide no âmbito dos locais e situações de trabalho. Antes, porém, é necessário realizar algumas considerações sobre a violência social, que já foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como problema de saúde pública. Possivelmente existem relações importantes entre a violência exterior ao trabalho e a violência que cresce nos ambientes laborais. Ou melhor, a psicopatologia da violência, que vem merecendo tantos estudos epidemiológicos em Saúde Pública, precisa aprofundar o enfoque voltado à violência laboral e seu significado no quadro geral da violência que se alastra. A princípio pode ser assinalado que condições indutoras da violência atualmente podem ser encontradas nos dois espaços — trabalho e sociedade —, assim como a inversão de valores éticos e morais: o individualismo, o acirramento de competitividade e o apagamento da confiança e da sensibilidade.

1.1 A Violência Definida como Problema de Saúde Pública

Na definição feita pela OMS, violência consiste no “uso intencional da força física ou do poder, mediante ameaça ou de forma efetiva, contra alguém” (DAHLENBERG; KRUG, 2006). Quanto à natureza dos atos violentos, esta pode ser: 1) física; 2) sexual; 3) psicológica; 4) envolvendo privação ou negligência (p. 280). Segundo o mesmo texto, “violência, deveria ser entendida como inclusão da negligência e de todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, tanto como suicídio e outros” (p. 279, tradução livre do inglês). Esta interpretação corresponde totalmente às situações de trabalho que expõem os trabalhadores a fatores de risco de natureza física, biológica e química, fatores estes que originam acidentes de trabalho, intoxicações e outros danos que atingem o organismo e que terão, necessariamente, repercussões psíquicas. Na Parte IV, já vimos os danos psíquicos — indiretos ou diretos — decorrentes de acidentes de trabalho. A exposição dos empregados a riscos químicos que levam a danos do sistema nervoso e agravos mentais, evidencia muitas vezes a negligência patronal. As substâncias neurotóxicas são causa de transtornos mentais oficialmente reconhecidos no Brasil quanto a sua relação com o trabalho (Portaria 1.339/1999 do Ministério da Saúde e Decreto 3.048/1999 do Ministério da Previdência e Assistência Social). Todas as formas de *desgaste mental literal* — em que as estruturas do sistema nervoso são afetadas — têm tido constatação bastante ampla. Devem ser acrescidas, ainda, as alterações estruturais do sistema nervoso advindas de exposição laboral a agentes físicos, como vibrações e radiações. Não trataremos aqui destas patologias orgânicas, embora deva ser assinalado que sua importância no Brasil levanta preocupações e exige maior atenção para a prevenção (CAMARGO et al., 2004).

Afirmamos, portanto, que em sua maioria, todos estes agravos podem ser caracterizados como resultantes de violência. Uma violência consubstanciada na *negligência* dos responsáveis pela ausência das necessárias condições de Saúde e Segurança no Trabalho, inclusive as imposições organizacionais que favorecem acidentes, intoxicações e outros danos ao sistema nervoso (vide Parte IV).

Já vimos que, para estudar o *desgaste psíquico* relacionado ao trabalho, é indispensável focalizar as relações de poder e a organização do trabalho

em cada contexto analisado. Na clínica do trabalho torna-se esclarecedora uma ótica capaz de identificar as perdas, impedimentos e deformações que atingem e perturbam a vida mental e relacional, empobrecendo a vida afetiva, a perspectiva existencial e a vitalidade. Trata-se, portanto, de identificar o *desgaste psíquico* no qual também o sentido do trabalho é perdido para quem o realiza, conforme vimos na primeira parte deste livro.

A violência física em geral é indissociável da psicológica. Procuraremos caracterizar a seguir, de modo resumido, alguns dos principais aspectos que caracterizam a emergência da violência psicológica no trabalho contemporâneo.

2. A NOVA VIOLÊNCIA DA EXCELÊNCIA E SUA SUBJETIVAÇÃO

2.1 Excelência como Ideologia e como Cultura

A retórica empresarial direcionada à *excelência* assumiu tanta ênfase que passou a ter um caráter ideológico e corresponder a uma cultura que se espalhou pelas grandes e médias empresas. Assim, é possível afirmar que

A ideologia da excelência tem veiculado uma *absolutização* na qual o significado da palavra excelência foi impregnado pela ideia de *perfeição* e também de *superioridade*. Excelência entendida como perfeição passou então a ser referência para tudo — materiais, processos, métodos e pessoas. Emergiu, assim, uma espécie de *coerção à perfeição humana*, algo que se transformou em invectiva onipotente e onipresente nas empresas. Esta invectiva se evidencia como profundamente perversa, na medida em que ignora os limites e a variabilidade dos processos fisiológicos e mentais dos seres humanos... (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 237)

Monroy (2000), psiquiatra francês autor de um livro sobre a violência da excelência,¹ realizou um notável estudo crítico sobre a forma como

1. O nome do livro expressa o conteúdo do mesmo: *La violence de l'excellence*, que em português corresponde a "A violência da excelência".

essa "doutrina" produziu agravos à saúde geral e mental de trabalhadores que ele observou em grandes empresas da França. O autor identificou a maneira pela qual essa cultura dá oportunidade ao assédio e pode ser indutora deste: por um lado, criando o *consentimento* ao assédio e, por outro, estimulando a competição interna ao ponto de transformá-la em uma *guerra* na qual, para vencer, "vale tudo" — isto é, tudo pode ser atropelado, inclusive a dignidade dos subordinados ou colegas cuja capacidade e dedicação possam ser percebidas como ameaça à posição ocupada ou às ambições daquele que se torna assediador.

Doray (1981) havia identificado os primórdios dessa ideologia e dessa cultura, bem como suas repercussões humanas, ao detectar os rumos que a taylorização e a automatização já assumiam na década de 1970.

A imposição da cultura da excelência é perpetrada de modo a envolver, de modo suave, desde o treinamento, os novos *colaboradores* — eufemismo adotado para ocultar a relação de subordinação. As exigências de dedicação total são assim disfarçadas, mas, gradualmente, a empresa e suas metas passam a ocupar o lugar dos próprios desejos ao se apossarem da vida mental e do tempo do novo empregado. A absorção do colaborador pela empresa o sequestra de outros espaços — a vida familiar, o círculo de amizades, as práticas de lazer e outras formas de participação social. Ocorre o sacrifício do repouso e mesmo do horário antes dedicado ao sono. Quando a empresa se torna a *dona* e o centro de sua vida, a percepção da fadiga e o temor de não conseguir manter a própria *excelência* significam horror e podem ser a véspera de um horror maior — perda de prestígio, *ser barrado* na competição interna ou até ser despedido. É também o momento em que deixa de receber estímulos sedutores para tornar-se alvo de ironias e de pressões portadoras de ameaças inicialmente veladas, mas que, em pouco tempo, se transformam em manifestações de uma violência psicológica mais explícita: zombaria, humilhação ou ameaça — de rebaixamento funcional ou de demissão. Depressões, esgotamento profissional (*burnout*) e outros agravos psíquicos e psicossomáticos têm emergido nesses percursos. Essa trajetória se dá em vários níveis hierárquicos das organizações que adotaram a cultura da excelência, conforme análises realizadas fora e dentro do Brasil, onde Lima (1996) e Bernardo (2009) puderam evidenciá-la em pesquisas de campo efetivadas em indústrias, respectivamente nos Estados de Minas Gerais e São Paulo.

A questão da falsa liberdade foi muito bem identificada e analisada por outra socióloga francesa, Beatrice Appay (2005). A autora usou a expressão *autonomia controlada* para falar dessa aparente liberdade que encobre uma forma sofisticada de violência psicológica. Nesse enfoque, Appay mostra que existe realmente uma autonomia *concedida* aos empregados e estimulada pelas gerências. Trata-se, porém, de uma autonomia sumamente limitada, já que *autorizada* apenas dentro dos limites estritos que correspondem ao interesse e às metas da empresa. No clima de pseudoliberdade existe, entretanto, uma cota de *liberdade real para afrouxamento de princípios éticos ou morais*, que possam estar inibindo o alcance das metas. Assim, comportamentos e práticas de gestão que utilizem sedução, falsidade, intimidação, humilhação ou chantagem emocional passaram também a *valer*, de modo implícito, a serviço da produtividade, da competitividade e, em especial, do cumprimento de metas. Pois estas últimas devem ser cumpridas a *qualquer custo, em nome da excelência*.

Para Sennett (2006) existe uma ética que assume valor norteador das condutas e relacionamentos de cada indivíduo. Essa ética ocupa o centro da noção de caráter e se desestabiliza quando o sujeito é submetido à instabilidade e insegurança de modo continuado. Em reação à incerteza e à impossibilidade de controlar a instabilidade externa, o indivíduo pode se tornar extremamente onipotente. A *onipotência*, segundo o autor, vem se estendendo na sociedade, no contexto geral do "novo capitalismo" (SENNETT, 2006). O mesmo acontece na cultura organizacional predominante, num direcionamento que cria *individualismo* e reforça o *narcisismo*, gerando indiferença e mesmo menosprezo pelos demais. O indivíduo é levado a acreditar que possui potenciais inesgotáveis, crê na própria superioridade e, na medida em que percebe os subordinados unicamente como *instrumentos*, ao mesmo tempo os colegas são vistos como concorrentes ou como estorvos, de modo que o indivíduo torna-se insensível ao sofrimento de qualquer um dos demais. O *narcisismo*, por outro lado, gera a cegueira para os limites do *eu* e para todos os riscos do próprio desgaste. Podemos verificar que essa visão de Sennett se aproxima bastante daquela que mencionamos ao falar das ideias e observações feitas pelos psicanalistas ingleses Armstrong, Lawrence e Young (1997) apresentadas na Parte I deste livro, a respeito da dinâmica psíquica e da onipotência de alguns dirigentes de grandes organizações.

2.2 Os Paradigmas da Excelência

Entre os principais *paradigmas da excelência*, além da flexibilidade permanente, estão a mudança continuada, a *polivalência*, a *agilidade enxuta* (os eufemismos *enxuto* e *enxugar* significam cortes de pessoal e diminuição de despesas), a rapidez e a inovação constante (SELIGMANN-SILVA, 1991). A ideia muito repetida pelo receituário da excelência é o de *empresas ágeis e enxutas*.

Flexibilidade: a *exacerbação da competitividade* está na raiz do individualismo e, muitas vezes, da própria violência. A supervalorização da *flexibilidade* é certamente o aspecto que tem sido alvo do maior número de estudos críticos, como vimos no capítulo anterior. Além do papel que assume na precarização do trabalho, a flexibilidade contribui para incrementar a tensão e a fadiga dos trabalhadores, por causa dos esforços de adaptação continuada às sucessivas mudanças de todo tipo. Além de prejudicar os empregados, um acurado estudo constatou que a mudança continuada acaba prejudicando, no médio ou longo prazo, a própria empresa e as suas ambições de competitividade (GREY, 2004).

2.3 Expropriação da Subjetividade e Subjetivação dos Paradigmas Organizacionais

As práticas de treinamento adotadas veiculam a *sedução para adesão incondicional* a uma *nova escala de valores* correspondentes aos paradigmas já mencionados.

Mudança permanente e rapidez

Nessa escala, recebem prioridade: *flexibilidade, mudança permanente, rapidez e competitividade*. A *missão* dos gestores, nas organizações voltadas à excelência, é de cultivar, cuidadosamente, a *aparência* de portar todos esses valores, constituindo-se assim em imagem ideal — líder e modelo para todos os demais. O mesmo vigor, a mesma disposição incansável para o desempenho rápido e perfeito é o que a empresa espera de cada um dos seus *colaboradores*.

A velocidade é altamente desejável e corresponde às ideias de *energização* e eficiência. Ao mesmo tempo, a *velocidade da própria mudança* é preconizada. Assim, o paradigma da rapidez também mantém proximidade com a ideia de flexibilidade. Essa injunção à velocidade condena ao menosprezo todos os que demonstram cansaço e torna descartáveis os atingidos pelo envelhecimento. Portanto, a maximização da intensificação do trabalho exige um superatleta, rompendo também, nesse aspecto, as barreiras de sua fisiologia, ou melhor, de sua dimensão psico-orgânica. Na atualidade, em muitas organizações, *a impaciência é institucionalizada*, em detrimento do trabalho bem-feito e do tempo para escutar, pensar e tratar subordinados, colegas e clientes com atenção e respeito às dificuldades que possam apresentar. Estamos, assim, diante das pessoas aceleradas que atuam em *organizações velozes*, onde as também rápidas mudanças sequer permitem o aprendizado correto do trabalho que se modifica a cada passo, o que se torna fonte de frustração e angústia, quando não de erros e acidentes (SENNETT, 2006). O paradigma da rapidez também se impõe às mudanças de estruturas e de processos produtivos, tempos, organização, fluxos de informação e formas de avaliação. A mudança deve ser permanente, portanto, precisa ser feita velozmente, qualquer que seja a natureza e complexidade da atividade.

Quanto à rapidez, o exigido pela *excelência* é o alcance da velocidade prevista para alcançar a meta de produção. Mesmo que, ao tratar-se de um trabalho que envolve ou é direcionado a pessoas, possam ocorrer imprevistos próprios da natureza humana — como, por exemplo, no caso do trabalho de professores e profissionais de saúde. Ou que seja passível de enfrentar imprevistos do meio ambiente, como quando se trata de atividade na área de transporte ou exposta a intempéries, por exemplo, na lavoura.

Em entrevista que antecedeu por pouco tempo sua morte trágica em uma corrida de automóveis, o corredor Ayrton Senna mencionou que, ao correr, quando a velocidade chegava ao máximo, sentia uma espécie de embriaguez na qual a consciência se apagava. Esse enevoamento da consciência também se verifica na intensificação do trabalho — ocorre certa *obnubilação da consciência* na qual o *pensamento desaparece*.

O aumento geral da insegurança e da incerteza advém de cada um dos paradigmas e, ao mesmo tempo, da convergência na qual se poten-

cializam (reforçam) mutuamente. Do mesmo modo, cada um de per si e o conjunto desses paradigmas exercem repercussões negativas para a saúde mental.

Em síntese: a imposição de *culturas artificiais*, estranhas aos valores internalizados ao longo da constituição da identidade pessoal e social de cada pessoa, é instrumento poderoso direcionado ao *controle total* que visa à submissão absoluta aos atuais paradigmas organizacionais. Portanto, onde reina a ideologia da excelência e uma cultura norteada por seus paradigmas, estes se tornam determinantes de peso no direcionamento dos processos que conduzem ao adoecimento mental e ao desequilíbrio psicossomático, entre outras formas de patologias relacionadas ao trabalho contemporâneo.

A participação como injunção retórica e como falsidade

Ao mesmo tempo que a cultura da excelência incrementa o individualismo, de modo contraditório, nas empresas, o discurso da excelência apregoa a *convergência* de todos os esforços, a *participação* de todos para o alcance das metas.

Entretanto, não pode ser afirmado que a participação funcione efetivamente como um paradigma. Pois o que tem dominado é uma *falsa participação* que vem sendo instaurada sob muitas formas. Formas essas que possuem em comum o seguinte: escondem a dominação ao mesmo tempo que a fortalecem. Essa falsidade e suas decorrências já haviam sido apontadas *em sua falsidade* e por isso designadas como *participacionismo* (TRAGTENBERG, 1980). As ilusões do participacionismo desmobilizaram de forma importante os trabalhadores quanto ao enfrentamento das situações de trabalho extenuantes ou que de outras formas eram potencialmente adoecedoras. Mais recentemente, Heloani (2003) dissecou a manipulação psicológica embutida e ocultada em métodos e técnicas administrativos que ocuparam o cenário das organizações ao longo das últimas três décadas — como a verdadeira *doutrina da qualidade total*; a prática de *círculos de qualidade* para colher sugestões dos trabalhadores “para melhoras do trabalho” —, mas em geral acolhidos só no caso de contribuírem para aumento da lucratividade.

Podemos localizar duas *origens* de surgimento da falsidade: a que é usada no arsenal da manipulação psicológica instrumentada pelo *management* e a que emerge, *defensivamente*, nos assalariados, acionada pelo medo. A falsidade tem arruinado a confiança, deteriorado as relações interpessoais e contribuído para aumentar o individualismo insensível e uma competição que pode se tornar feroz.

A dominação interiorizada

Como já foi visto na Parte II, a adoção do toyotismo caracterizou o que foi chamado por sociólogos críticos de *modernização conservadora* e se estendeu visivelmente ao longo da reestruturação produtiva. O processo de produção toyotista combina totalmente com o modelo administrativo que exalta a excelência: ambos prometem uma superação do taylorismo e uma liberdade que não se concretizam. Ao mesmo tempo, ambos se potencializam reciprocamente na ocultação das relações de poder — escondendo, portanto, a submissão forçada do trabalhador ao dono do capital. Na verdade, o controle se tornou ainda mais rigoroso e continuado — apenas passou a ser invisível, embutido na cultura da excelência, na organização do trabalho e em equipamentos sofisticados que muitas vezes captam as imagens do trabalhador inclusive nos banheiros. Mas o poder maior desse controle se dá pela sua *interiorização* na mente do assalariado. Essa *internalização* da dominação — que pode ser explicada a partir dos conhecimentos existentes sobre a dinâmica psicossocial e também pela psicanálise² — se torna forte obstáculo à percepção da exploração sofrida e, por conseguinte, também, a qualquer iniciativa de resistência que se oponha à situação desgastante. Em outras palavras, o que sucede é que o controle intenso e permanente é como que absorvido, interiorizado na subjetividade do trabalhador que passa a ser *o controlador de si mesmo*. Um controlador que atua em tempo integral, garantindo a

2. *Introjeção* é o termo utilizado em psicanálise e designa, para Melanie Klein, o processo pelo qual a criança internaliza os valores dos pais e da sociedade, transformando-os em seus. Klein identificou a importância que essa introjeção assume na constituição do superego — isto é, da instância psíquica pela qual o indivíduo realizará sua autocensura. O conceito foi criado em 1909 por Ferenczi, que o identificou em analisandos adultos, durante o processo de transferência.

submissão à dominação instituída da qual passa a ser, agora, agente e, de fato, *colaborador*. Em suma, o assalariado passa a garantir a própria *servidão voluntária*.

As abordagens de Marx sobre a *alienação* assumem evidente aproximação da reflexão voltada a explicar o processo psicodinâmico que conduz a essa servidão que é reconhecida por diferentes estudiosos do tema. Pois a respeito da *interiorização* como aspecto simultaneamente micropolítico e psicodinâmico que envolve a subjetividade nas situações de trabalho, diversas análises e constatações levaram a novas elaborações teóricas.

O fenômeno da expropriação da subjetividade foi identificado por Doray (1981) em estudos realizados nos anos 1970, quando analisou os impactos sociais e psíquicos derivados do taylorismo.

Nessa expropriação, *o sujeito não tem mais posse efetiva de sentimentos nem de valores*. Isto é, o conjunto de imposições organizacionais vem *sufocar a vida afetiva e o pensamento crítico*. Assim, são desmobilizados os valores centrais da *ética* que antes faziam parte do sujeito.

Doray, já em 1981, previu que a evolução da tecnologia poderia ser utilizada pelo capital para intensificar a dominação e expandir a outros tipos de assalariados a mesma expropriação da subjetividade que ele havia detectado em trabalhadores de linhas de montagem. Na atualidade, pode ser percebido que em muito avançou a técnica de efetivar esse fenômeno que também podemos denominar *sequestro da subjetividade*. Ao longo das mudanças, sucedem-se variações do acoplamento de técnicas administrativas a dispositivos *hightec*, fortalecendo o controle externo e o *internalizado pelos assalariados*. *Esvaziado* dos próprios valores e desejos, o espaço subjetivo é por assim dizer *preenchido* pelos desígnios e (des) valores enaltecidos na cultura imposta pela empresa. Assim, o aprofundamento da dominação, ao que tudo indica, prossegue em marcha, cada vez mais fortalecido pela precarização social e do trabalho.

Doray, em estudos mais recentes que realizou em diferentes continentes, verificou o quanto o ataque à *dignidade* permeia os processos em que se constituem, entrelaçadamente, *submissão* e *adoecimento*. Pois os trabalhadores perdem, simultaneamente, os suportes materiais, institucionais e simbólicos que poderiam ter valioso papel na resistência à dominação e na prevenção da escalada do desgaste (DORAY, 2006).

Dominique Lhuilier (2007) afirma que no trabalho que prevalece nas empresas contemporâneas, em vez da prescrição de gestos e movimentos — própria do taylorismo —, temos a *prescrição da subjetividade*. A autora se aproxima da descoberta de Doray e mostra bem o aprofundamento e o poder da nova dominação. É também Lhuilier quem assinala, com grande clareza, a aniquilação dos desejos e impulsos que possam levar a criar, inovar ou mudar algo do que está rigidamente estabelecido. No caso do Serviço Social, em serviços de saúde e em agências da Previdência Social, os *enquadramentos* rígidos, padronização de procedimentos e frases prescritas convergem para formalizar e esfriar as comunicações interpessoais, prejudicando assim a qualidade dos relacionamentos — fundamental nessas atividades (LHUILIER, 2007).

3. FORMAS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NO TRABALHO: O ASSÉDIO

As formas de violência psicológica são diversas. Além do assédio moral, do qual falaremos a seguir, e também do assédio sexual, do qual não será possível tratar aqui, a violência psicológica poderá ser exercida através de muitas outras maneiras nos contextos de trabalho.

A violência psicológica pode ser desencadeada ocasionalmente, em momentos de ansiedade aguda, situações extenuantes que deixam todos com “os nervos à flor da pele”, e sempre que surjam conflitos e descontrole emocional momentâneo. Embora grande mal-estar, ressentimento e mesmo adoecimento possam ser desencadeados nesses momentos de agressividade explosiva, esses conflitos não podem servir para caracterizar assédio moral (HIRIGOYEN, 1998 e 2001). A violência de algumas práticas demissionais, como foi visto no capítulo sobre desemprego, também se tornar traumáticas e desencadear sofrimento psíquico e desgaste que dá lugar a quadros clínicos de transtorno mental.

3.1 Modalidades de Assédio

O *assédio moral* só se configura quando a dignidade de alguém é atacada de modo repetitivo, sistemático e deliberado durante um período prolongado, geralmente de vários meses. Liderada, explícita ou velada-

mente, por quem a perpetra, a prática desmoralizante recebe adesões dos demais e se propaga de modo a isolar cada vez mais a pessoa visada. O objetivo é excluir, desqualificar profissionalmente e desestabilizar emocionalmente alguém que, por motivos os mais diversos, tenha se tornado indesejável para o/a perpetrador/a do assédio. Glina (2010) verificou uma outra motivação: o interesse de excluir alguém que descobriu uma fraude e que não compactua com esta. Nesse caso, o assédio é perpetrado com o intuito de desprestigiar, desacreditar ou provocar a demissão de quem discorda da quebra ética.

É mais comum que o assédio seja desencadeado por uma pessoa em cargo de chefia e dirigido contra um subordinado competente e dedicado que, justamente por suas qualidades, possa ser percebido pela direção como mais apto a assumir a posição de chefe. Mas o assédio também pode ser desfechado pelos subordinados contra um chefe, pelos mais variados motivos.

Existe ainda a forma horizontal de assédio — na qual os ataques são direcionados a um colega do mesmo nível hierárquico.

Além do assédio individual — voltado a uma única pessoa —, é constatado o assédio coletivo, destinado a atingir um grupo de empregados.

Sadismo individual e perversidade organizacional

Pezé (2002 e 2008) e Soboll (2008) distinguem o assédio individual do *assédio organizacional*, que se tornou o tipo de assédio preponderante na atualidade e que é resultante de estratégia organizacional para obter a *submissão* às imposições de sobrecarga de trabalho voltada à maximização da produtividade. A dificuldade em fazer a distinção entre essas duas modalidades de assédio decorre de que os gerentes são os agentes visíveis da intimidação, mesmo sendo apenas os intermediadores, os que transmitem as pressões, sendo também *responsabilizados* pelo alcance de metas e igualmente intimidados a partir dos escalões superiores. Dessa forma, é estabelecido um *assédio encadeado* em que as pessoas são colocadas em concorrência umas com as outras e cada um se percebe exposto às sanções, isolado e forçado a tentar ultrapassar os próprios limites — para “dar conta” de todas as exigências. As metas impostas pela empresa aos ge-

rentes podem resultar em pressões suficientemente fortes, em alguns casos, para que alguns desses executivos liberem um sadismo antes contido, de modo a agravar a perversidade das exigências organizacionais, ao impô-las, reiteradamente, de forma ameaçadora ou humilhante a seus subordinados.

Não obstante, foi disseminada uma concepção equivocada: a que vê o assédio, invariavelmente, como uma perseguição cruel realizada por um chefe perverso. Essa ideia se propagou na opinião pública através da mídia e tem servido para *individualizar* sempre um problema que é de ordem política — isto é, deriva da escolha, pela direção da empresa, de uma determinada forma de política repressiva, destinada a viabilizar suas metas de lucratividade. Não obstante, o consenso que se generalizou sobre a existência, em todos os casos, de um culpado individual prejudica não só o entendimento de que, na maioria das vezes, se trata de um modo planejado de dominação, como também impede a denúncia da superexploração e a constituição de resistências coletivas para enfrentamento e superação da situação desgastante. Por causa desse consenso equivocado e de certa generalização na aplicação da palavra assédio, a própria Marie France Hirigoyen, autora do livro que havia divulgado amplamente o assunto na França desde 1991, sentiu necessidade de, em uma nova obra, tornar mais clara a conceituação e a diferenciação de outras formas de violência psicológica (HIRIGOYEN, 1998 e 2001).

A questão da vitimização: a dominância do *assédio organizacional*, entretanto, tende nitidamente a prevalecer. Uma interpretação menos individualizadora do assédio também pode contribuir para modificar o foco de atenção, deixando de restringi-lo à “busca e culpabilização do algoz” para perceber o contexto e a responsabilidade da organização pelo assédio sofrido.

A interpretação do assédio como *vitimização* — focada na culpabilização de um indivíduo que elegeu uma vítima para sua perversidade — é criticada por Davezies (2004), Pezé (2002 e 2008) e outros pelos motivos que apontamos acima e também porque foram observados sérios prejuízos ao tratamento dos trabalhadores psiquicamente desestabilizados pelo assédio, quando, de certa forma, o terapeuta é envolvido pelo empenho do paciente na denúncia e na exigência de uma vingança personalizada. Pois, concentrados na posição de vítima e na ideia de terem sido

definitivamente destruídos e reduzidos à *inutilidade* por seus perseguidores, esses trabalhadores tinham dificuldade de se desligar da evocação dolorosa das humilhações sofridas e dos sentimentos mobilizados pela lembrança do algoz. Dessa forma, a vitimização criava obstáculo a que se voltassem para a percepção de seus potenciais e do empreendimento de uma reconstrução subjetiva capaz de revalorizar a autoimagem e devolver a confiança em si mesmos (PEZÉ, 2008). Ao mesmo tempo, para superar o sofrimento, se torna indispensável atingir uma visão objetiva do contexto e dos conflitos de poder que se travam no interior deste. Pois só assim a pessoa poderá perceber que seu drama pessoal está inserido em uma problemática que é de ordem coletiva e que deriva das relações de poder reinantes no contexto de trabalho. Descobrirá, então, que se trata de uma situação onde outros trabalhadores estão expostos à mesma violência, que não está sozinho. E que, assim, cabe uma mobilização coletiva voltada à transformação da situação que ameaça a integridade de todos. Pois perceberá também que nada mudará se os atingidos se mantiverem como vítimas separadas entre si.

Vale lembrar que, na prática clínica, o êxito terapêutico é favorecido quando o processo de recuperação se nutre da abertura da perspectiva de que a reconstrução pessoal possa tornar-se parte de uma outra *construção* — a de um contexto de trabalho onde a dignidade e a saúde de todos sejam respeitadas.

Fadiga, humilhação e assédio

Graus de *fadiga extrema* podem ser atingidos nos dois tipos de assédio — individual e organizacional —, tornando mínima a disposição para a sociabilidade e acionando desestabilização psicossomática e desgaste psíquico.

No assédio individual, o ataque à dignidade ocupa o centro do processo desde o início. As múltiplas formas de ataque à identidade encontradas na literatura e observadas no Brasil são apresentadas em excelente sistematização por Heloani e Barreto (2010).

A fadiga desempenha muitas vezes papel importante no aprofundamento do isolamento social e da desestabilização psíquica. O crescimento

dessa fadiga pode culminar em exaustão emocional, caracterizando o esgotamento profissional (*burn-out*). Já em muitas situações de *assédio pessoal*, este traduz-se justamente em despojar o trabalhador de um trabalho qualificado, de ferir seu amor-próprio através de uma humilhação que consiste em deixá-lo sem função definida, destinando-o a tarefas irrelevantes. Em suma, fazendo-o sentir-se insignificante, inútil e descartável.

Perdas: a *perda de suportes sociais e afetivos* marca a fragilização dos que são adoecidos sob as pressões do assédio. Os processos que produzem tais perdas são complexos e envolvem vários aspectos que precisam ser compreendidos a partir da esfera microssocial — na qual se situam as relações interpessoais. A separação que se desenvolve entre o assediado e os demais é parte importante no processo de deterioração da saúde mental. Essa separação não raro culmina em profundo isolamento físico que quase sempre é imposto a partir da própria chefia, *deslocando* o posto de trabalho do assediado.

A vivência da humilhação e da injustiça é expressa frequentemente como *uma mistura de dor e raiva*. Raiva silenciada pelo medo de sanções ou mesmo da demissão. O esforço para conter a dor psíquica e a revolta pode tornar-se extenuante. Pois, à medida que o desgaste psíquico avança, cresce também a irritabilidade. Como o medo de demissão paira sobre essas situações, *surge o temor de explodir de forma agressiva e assim perder o emprego*. O que faz com que o retraimento se acentue.

Entre os sentimentos que levam ao isolamento, destacam-se, além da raiva impotente, também o medo de novas humilhações e a vergonha perante os demais (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

3.2 A Dinâmica do Isolamento Social no Assédio e a Produção do Desgaste

Isolamento

A produção do isolamento: os processos que conduzem ao *isolamento* da pessoa assediada resultam da conjunção de diferentes fenômenos. Ao mesmo tempo que o isolamento é imposto de forma explícita ou sutil, ocorre o gradual *retraimento* de quem é objeto do assédio. A deterioração da comunicação e dos vínculos de confiança é um aspecto central. A con-

tinuidade dos *despojamentos* infligidos pelos detentores de poder desempenha papel decisivo. As respostas emocionais e comportamentais às humilhações explicam o retraimento crescente. Assim como o aumento do conjunto dos medos — em especial dos medos de *não aguentar, explodir, adoecer* e, mais forte que todos, o *medo da demissão*. Existem autores que identificam uma espécie de *medo de contaminação* no distanciamento assumido pelos colegas de trabalho, como se o assediado pudesse *transmitir* algum estranho *mal*. O mais comum, nos casos em que a rejeição se generaliza em relação a alguém que demonstrou espírito crítico em relação aos ditames organizacionais, é que os demais temam que, se mantiverem proximidade do assediado, possam vir a ser confundidos com este e considerados, igualmente, como potenciais perturbadores da ordem instaurada. E, portanto, igualmente discriminados.

A *progressiva* separação que se instala entre o assediado e os demais culmina, não raro, em profundo isolamento. Isolamento que se inicia no trabalho, mas pode se transferir à vida familiar e limitar gravemente todas as esferas da participação social do/a trabalhador/a. O isolamento é resultante de uma somatória de imposições e respostas emocionais às vivências de humilhação e — principalmente, no assédio organizacional — é também produto da fadiga acumulada que gera indisponibilidade para diálogos e participação social.

A irritabilidade crescente que por vezes chega à perda de autocontrole emocional também assume papel importante na produção do mal-estar e de rupturas nos relacionamentos. Esse papel não tem sido suficientemente compreendido nas práticas de prevenção e ainda é pouco focalizado pelos que estudam a dinâmica psicossocial. Mas o que temos observado na clínica do trabalho é que muitas pressões organizacionais originam uma intensa irritabilidade que prejudica as relações interpessoais. Não apenas nas situações de assédio, mas também em todas aquelas do trabalho precarizado em que a fadiga se avoluma, como acontece com trabalhadores que vivem jornadas prolongadas e os que trabalham à noite ou no regime de turnos alternados — alguns dos quais frequentemente acometidos pelo transtorno do ciclo vigília-sono (F 51.2). Também nas síndromes paranoides, no *burn-out* e no TEPT, a irritabilidade — designada pelos trabalhadores, geralmente, como *impaciência, nervosismo* ou *pavio curto* — ocupa lugar importante no quadro clínico e nos processos

que deterioram a sociabilidade, indo atingir a vida afetiva extratrabalho. Essa digressão é feita porque *o assédio pode ser deflagrado a partir de manifestações dessa irritabilidade*, isto é, a irritação ou mesmo certa agressividade do empregado podem fazer com que o chefe se sinta, por sua vez, irritado ou colegas se sintam incomodados e se afastem da pessoa. Em históricos de alguns pacientes que passaram por assédio, é possível constatar esses aspectos.

Em suma, o papel da irritabilidade na geração do isolamento deveria merecer maior atenção, tanto na esfera administrativa quanto na clínica — onde poderia fundamentar ações importantes na abordagem compreensiva do paciente e na orientação familiar.

As perdas sofridas no assédio pertencem a diferentes âmbitos e incluem: 1) plano social e das relações profissionais: perda de prestígio, isto é, de *status*, uma vez que a pessoa passa a *ser ignorada e ostensivamente desvalorizada*; 2) perdas no plano afetivo, levando à destruição de confiança nos demais, retraimento e rupturas dos relacionamentos constituídos no ambiente de trabalho; 3) extensão ao plano familiar, para onde às vezes são deslocadas a irritação, a raiva, a mágoa, ao mesmo tempo que o assalariado mantém silêncio e se isola por ter vergonha de expor as humilhações sofridas ao cônjuge ou a outros parentes.

No assédio *organizacional*, pela sobrecarga de trabalho imposta, a *fadiga* também pode se tornar inconciliável com a sociabilidade. Assim, a fadiga desempenha muitas vezes papel importante no aprofundamento do isolamento social e da desestabilização psíquica. O crescimento dessa fadiga pode culminar em exaustão emocional, caracterizando o esgotamento profissional (*burn-out*).

O processo que vai da fadiga ao isolamento pode ser resumido do seguinte modo:

a) Fadiga geral → necessidade de repousar, “ficar quieto/a” + perda de disposição para relacionamento interpessoal → busca de isolamento pessoal.

b) Fadiga geral e fadiga predominantemente mental → irritabilidade → temor de perder autocontrole, *explodir* → retraimento como forma de cautela e *prevenção* contra o risco de provocar — pela crescente irritabilidade —, *explodir* e entrar em conflito no trabalho, em casa ou em outros ambientes.

c) Fadiga preponderantemente mental → vivência de saturação mental, *cabeça cheia*, sem espaço para mobilizar e expressar sentimentos ou ideias → isolamento.

A fadiga + dissolução da confiança + medo são ingredientes importantes no processo de isolamento que se instala.

A evitação dos contatos interpessoais afeta, mais adiante, a vida familiar. Desse modo, fragilizam-se mais ainda os suportes afetivos e sociais do assediado.

Aos poucos, o indivíduo vivencia um processo de esvaziamento afetivo em que surgem o desânimo e o bloqueio para expressar suas ideias, podendo sobrevir outras manifestações típicas dos estados depressivos: dificuldade de concentrar a atenção, lentificação do pensamento, dificuldade de desenvolver raciocínio, enfim, um conjunto de alterações psicológicas que conduz a quedas de desempenho. Erros, então, se tornam às vezes inevitáveis e desencadeiam novas críticas e humilhações. Um sentimento crescente de impotência se instala. Os *mecanismos* pelos quais se produz o conjunto de perdas que repercutem psiquicamente são diversos. Podem diferir, comparativamente, em alguns aspectos quanto às fases que precedem o aumento do desgaste. No *assédio organizacional*, o ponto de partida do processo deriva da ansiedade e da fadiga resultantes da multiplicação das atribuições (polivalência), da intensificação do trabalho acompanhada por aumento das *cobranças* sob exacerbação do controle.

No assédio individual, o ataque à dignidade desde o início ocupa o centro do processo. Graus de *fadiga extrema* podem ser atingidos nos dois tipos de assédio, tornando mínima a disposição para a sociabilidade e acionando desestabilização psicossomática e desgaste psíquico. Nas duas formas, a *evolução* do assédio diminui a comunicação significativa e afrouxa os laços afetivos, produzindo o isolamento.

Nas formas de assédio direcionadas a *desqualificar e humilhar individualmente* alguém, são os *sentimentos* que têm papel fundamental na “produção” do isolamento e da vivência de uma fragilidade que irá concorrer para que surjam distúrbios psicossomáticos e mentais. E os sentimentos mais ativos nesse processo de desgaste psíquico são a raiva, a impotência, a vergonha e, principalmente, o medo de perder o próprio controle emocional e tudo o que possa precipitar a demissão.

O prolongamento da situação do assédio, em todas as modalidades, ocasiona desgaste psíquico cujos desdobramentos poderão evoluir para quadros clínicos de transtorno mental. Distúrbios psicofisiológicos, isto é, do funcionamento do organismo, podem levar à hipertensão arterial ou a outras doenças em cujo desencadeamento os processos psicossomáticos assumem papel relevante.

Algumas das patologias relacionadas à violência laboral, entre outras origens, podem ter como ponto de partida o sofrimento e o desgaste produzidos no assédio moral.

Os quadros depressivos vêm sendo identificados com frequência a partir do prolongamento do desgaste infligido pelo assédio individual. Mas podem também ser desencadeados nas situações de assédio organizacional.

O esgotamento profissional (*burn-out*) incide amplamente em empresas onde o assédio organizacional tem sido, bem caracterizado. A trajetória de alguém submetido a assédio organizacional pode, entretanto, derivar para um assédio pessoal se o desgaste afetar de forma visível o desempenho individual ou mesmo os resultados alcançados pelo grupo de trabalho. Pois, uma vez percebido como um *estorvo*, pode surgir o interesse do chefe em forçar um pedido de demissão do trabalhador *improdutivo* através de constrangimentos especificamente a ele direcionados. Mas é possível também que os colegas se sintam ainda mais sobrecarregados por terem que compensar o baixo desempenho do empregado desgastado. Este talvez se torne alvo, então, de um assédio horizontal.

Em suma, no assédio individual, os motivos mais frequentes são de provocar demissão ou ocasionar uma instabilidade emocional que, tornada visível, leve a uma perda de prestígio e mesmo à desmoralização. O intuito é, justamente, provocar exclusão de alguém "bom demais" — por inveja e/ou concorrência. Tratando-se de alguém já fragilizado pela fadiga ou outro motivo, o assédio pode configurar-se pela intenção de descartar quem ponha em risco o alcance das metas, o sucesso do chefe ou da equipe. Isto é, o objetivo é tornar insuportável a esse empregado a permanência no trabalho.

A busca de anestesia e fuga do mal-estar através do recurso às bebidas alcoólicas ou drogas ilegais é outro desdobramento, que com frequência culmina em quadros clínicos de dependência.

4. VULNERABILIDADE E VULNERABILIZAÇÃO

Contextos de pobreza

Ainda temos poucos estudos com enfoque mais direcionado aos contextos de pobreza, no estudo da psicopatogênese dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Embora um estudo clássico tenha evidenciado a relação entre prevalência de distúrbios mentais e classe social, relação na qual os pobres apresentam maior exposição aos fatores de risco e maior vulnerabilidade, o que se reflete nos estudos epidemiológicos (HOLLINGSHEAD; REDLICH, 1967).

No trabalho precarizado, em *contextos* em que predominam trabalhadores pobres e de pouca escolaridade, estas duas condições — pobreza e pouca instrução — estabelecem uma *vulnerabilidade* maior ao adoecimento, tanto do ponto de vista orgânico (pela deficiência nutricional, por exemplo) quanto pela falta de acesso ao conhecimento e/ou a instâncias que ofereçam suporte social. Assim, os contextos de pobreza favorecem simultaneamente a *intensificação da dominação* em que há uso de violência e o *aumento da vulnerabilidade ao adoecimento*. Pois a falta de alternativas, nesses casos, costuma condicionar uma *submissão* que prolonga a situação desgastante até o esgotamento (na *fadiga patológica* ou no *burn-out*), a depressão ou outros adoecimentos. O estreitamento do mercado de trabalho e o desmonte das alternativas institucionais de proteção social alimentam esse processo. No caso de trabalhadores migrantes que vivem sozinhos, também faltam geralmente os suportes afetivos, o que favorece a desestabilização psíquica, especialmente para aqueles que estão submetidos à discriminação e isolamento social nos locais de trabalho ou na situação de desemprego. Certamente ocorrem diferenças entre vulnerabilidade e vulnerabilização entre áreas urbanas e rurais, homens e mulheres, grupos étnicos e mesmo grupos étnicos. Deve ser considerado, também, o valor — na proteção contra a desestabilização da saúde mental — dos apoios sociais e afetivos providos pelas famílias e, no caso brasileiro, muitas vezes pelas *comunidades de conterrâneos* — que oferecem casa e auxílio alimentar aos desempregados.

Na constituição dos agravos aqui considerados, antes do desencadeamento e surgimento de quadros clínicos caracterizados, existe quase sempre uma fase de vulnerabilização. O TEPT é o único dos transtornos

mencionados no qual nem sempre é possível detectar essa vulnerabilização antes do evento traumático. Evento esse que tem sido sempre considerado essencial ao diagnóstico. Embora, como veremos, nem sempre seja um evento único.

Essa fase de *vulnerabilização* é marcada por *perdas* e *impedimentos*:

- *Perda de suportes sociais e afetivos.* Marca importante na gênese de vários agravos. Observada na fase que precede eclosão do *burn-out* e de quadros depressivos. Relevante no adoecimento dos que vivenciam as pressões do assédio moral.
- A perda de *confiança* é fortemente acionada, em primeiro lugar, pela percepção da onipresença da *falsidade*. Por exemplo, na *falsidade advinda do participacionismo e de outras formas de manipulação psicológica* (TRAGTENBERG, 1980; HELOANI, 2003), que ocuparam o cenário de *receitas infalíveis* para ganhos de competitividade ao longo das últimas três décadas.
- *Impedimento do repouso e da recuperação do cansaço, como já foi explicitado.* Os aumentos do medo, da fadiga acumulada e das perturbações do sono convergem para criar ansiedade e irritabilidade, amalgamadas em um mal-estar que cresce à medida que o indivíduo percebe a própria queda de desempenho. É quando muitas vezes emergem a autoacusação, autodesvalorização e vivências de fracasso que configuram caminho para as depressões e outros transtornos psíquicos e psicossomáticos.
- *Atividade impedida:* no caso, a *atividade impedida* no trabalho dominado é a que diz respeito à atividade em que o *ser* do trabalhador possa estar presente, de forma plena, sem constrangimentos. Trata-se do trabalho *saudável, vitalizador*, no qual o *ser* do trabalhador está engajado usando livremente a própria experiência, inteligência e criatividade, ao mesmo tempo que mobiliza desejos e fantasia para realizar um trabalho bem-feito. Um trabalho no qual *possa ser reconhecido e reconhecer-se* (SPINOZA, 2007; SAINSAULIEU, 1988; CLOT, 2008). No trabalho intensivo, não há tempo para pensar nem para entrar em contato com os próprios sentimentos e fantasias. O medo de divergir e receber sanções acrescenta-se, no trabalho precarizado, a esses bloqueios já antes impostos ao pensar. Dessa forma é potencializado o impedimento a reflexões

de ordem crítica e questionamentos suscitados pela ética. A dominação violenta a vida mental e, impondo a priorização da meta empresarial, impõe ao mesmo tempo ao trabalhador que este sacrifique sua ética pessoal e profissional. *Na atividade impedida*, em suma, estão boicotados, conjuntamente, iniciativa ao agir a partir do próprio *ser*, o *pensamento*, a *formação de juízos críticos e a mobilização dos afetos vitais* (CLOT, 2008).

- *Perdas relacionais ao longo do processo de isolamento dos demais*, no ambiente de trabalho. Ocorre em várias situações: a) no assédio moral; b) em situações de trabalho intensivo nas quais a fadiga e, mais adiante, a irritabilidade prejudicam o diálogo e o convívio social; c) por injunção organizacional que estimula a competição e o individualismo.
- O isolamento social é parte importante no processo em que se deterioram, simultaneamente, a saúde mental e a sociabilidade, prejudicando as relações interpessoais e mesmo a vida afetiva extratrabalho.
- *Silenciamento: expresso no impedimento de manifestar-se, exercer crítica, fazer sugestões.* Bloqueio que diz respeito tanto a expressar-se sobre o próprio trabalho e formas de aprimorá-lo, quanto sobre dificuldades e/ou mal-estar vivenciados para atender às exigências e metas. O que se conecta ao temor de sanções, inclusive de demissão. Relacionado a um outro medo: o de aguentar, cometer erros ou adoecer. É o que acontece quando o trabalhador, sem ter possibilidade de contestação, percebe a própria desvitalização e lentificação do desempenho. No caso de quem é assediado, soma-se o medo de novas humilhações mesclado ao ressentimento e à vergonha perante os demais.
- *Perda da possibilidade de autenticidade.* Além do silenciamento, sentir-se ou ser explicitamente coagido à falsidade e à mentira.
- *Perda do respeito*, ser desconsiderado e ferido em sua dignidade. Dignidade é um aspecto central quando se trata do significado de trabalho. Impossível ser significativo um trabalho no qual o indivíduo é desrespeitado em sua dignidade humana. A preservação da dignidade também é essencial à estabilidade psíquica (DORAY, 2006).

- *Impedimento a ser reconhecido.* Entre outras determinantes, esse impedimento pode ser o de receber uma avaliação justa de seus esforços e de seu desempenho: estar submetido a critérios de avaliação que ferem o sentido do trabalho. O reconhecimento é feito mais em função da adesão às injunções organizacionais (obediência estrita e incondicional), às diretrizes do que ao trabalho realizado e ao *empenho* de realizar o *trabalho bem-feito e fiel aos princípios éticos*.
- *Impedimento de ser:* o fenômeno de *expropriação da subjetividade* havia sido identificado por Doray (1981) em trabalhadores de linha de montagem. E o agravamento da dominação faz com que esse autor assinala, nos anos 2000, a forma pela qual o desrespeito à dignidade³ acentua a expansão daquilo que também Guillaume Le Blanc tem analisado como *desposseção de si mesmo*. Uma desposseção que os dois autores associam com a precarização social (DORAY, 1981 e 2006; LE BLANC, 2007).

5. EXPRESSÕES CLÍNICAS DA VIOLÊNCIA SOCIOLABORAL

Na lista de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, de acordo com a Portaria 1.339/1999 do Ministério da Saúde, identificamos um grupo de transtornos que podemos reconhecer em sua vinculação atual à precarização e à violência laboral. Embora a precarização do trabalho possa ser considerada, em si mesma, uma violência contra a saúde dos trabalhadores.

Assim, deveremos examinar aqui cinco transtornos em que reconhecemos mais fortemente essa caracterização, quatro dos mesmos figuram entre os doze transtornos que fazem parte da lista oficial brasileira.⁴ Decidimos elencar aqui os transtornos nos quais se expressam processos que também vêm recebendo maior atenção pela magnitude com que se apre-

3. Bernard Doray, em seu livro *La Dignité* (2006), expõe o resultado de pesquisas e observações realizadas em seu percurso através de vários continentes: a constatação da disseminação do desrespeito à dignidade em múltiplos espaços das sociedades contemporâneas, inclusive nas situações de trabalho.

4. A lista consta como Anexo neste livro.

sentam atualmente — o que os torna problemas de Saúde Pública. Outro critério de nossa escolha é pela relação desses distúrbios psíquicos com transformações organizacionais cuja nocividade vem se agravando de modo a suscitar urgência para uma conscientização mais ampla a respeito. A escolha desse conjunto de transtornos procede ainda do fato de que o seu estudo vem trazendo descobertas importantes e da necessidade de vencer o desconhecimento que em parte é responsável pelos obstáculos frequentemente colocados ao reconhecimento do nexo causal com o trabalho nos casos de trabalhadores atingidos por tais transtornos. Como veremos, existe também o interesse de apontar algumas especificidades que a gênese desses transtornos tem apresentado dentro do contexto brasileiro. Ressaltamos, entretanto, que os demais transtornos mentais apresentados pela lista brasileira configuram em geral outras formas de violência — em sua maioria referentes à negligência das empresas ao expor seus empregados a condições de trabalho potencialmente danosas ao sistema nervoso e à saúde mental.

O quinto transtorno que iremos abordar — a *paranoia situacional* — não consta na lista nem na CID-10, mas é um grave transtorno psíquico relacionado ao trabalho reconhecido pelas observações e estudos realizados na área da SMRT, como será esclarecido (PEZÉ, 2008).

O grupo de distúrbios psíquicos que será examinado a seguir, além de conter patologias que correspondem também a outras situações de violência explícita existentes na sociedade, inclui processos que se desenvolvem a partir do desgaste mental relacionado ao trabalho — portanto, resultam de uma violência contida no próprio trabalho e mediada, na atualidade, pela precarização e, como veremos, às vezes também pela exposição dos trabalhadores, de modo direto, à violência social externa e à precarização que atinge o meio ambiente — nos casos em que os trabalhadores, cada vez mais, em muitos países, se tornam vítimas de catástrofes ambientais. Nesses quadros clínicos, encontraremos também a expressão da *violência da excelência* — isto é, conforme foi explicitado, a violência contida sob a face oculta da *excelência falaciosa* de muitas organizações.

Procuraremos esclarecer de que forma as marcas da precarização podem ser reconhecidas, atualmente, na gênese de todos estes transtornos. Pois a precarização afeta laços contratuais, institui formas perversas de

gerenciamento, estende jornadas e impõe ritmos extenuantes, além de degradar muitas vezes o próprio meio ambiente de trabalho e assim prejudicar as condições ergonômicas e de segurança.

Destacaremos nesse grupo os seguintes transtornos:

- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
- Síndrome do esgotamento profissional ou *burn-out*;
- Quadros depressivos — incluindo os episódios depressivos que constam na lista brasileira;
- Dependência de bebidas alcoólicas;
- Paranoia situacional.

5.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Os traumas

Na gênese de transtornos psíquicos que se desenvolvem na precarização social e do trabalho, não pode deixar de ser mencionada a importância de uma fonte de distúrbio psíquico: o trauma sofrido em situação de trabalho. Devem ser considerados aqui, especialmente, os eventos traumáticos em que a violência toma a forma de ameaça iminente à vida — como sofrer assalto no trabalho; presenciar ou sofrer um acidente grave. Tais eventos podem levar ao desencadeamento de quadros de estresse pós-traumático (TEPT), mas também de outros transtornos — depressões e mesmo quadros de psicose. Doray (2006) aponta ainda que traumas éticos ocorridos no passado, inclusive na vida laboral passada — como, por exemplo, no assédio moral —, têm sido revelados no histórico de trabalhadores atendidos com diferentes formas de transtorno pós-traumático.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi a designação atribuída pelos autores da classificação oficial de doenças — a atual CID-10 — às neuroses pós-traumáticas ou traumáticas, como eram anteriormente designadas por psiquiatras e psicólogos voltados à compreensão da dinâmica dos afetos — sentimentos, paixões e emoções — fundamentados no estudo da dinâmica subjetiva.

O TEPT corresponde ao código 43.1 da CID-10 e integra a lista de doze distúrbios psíquicos reconhecidos como relacionados ao trabalho pela Portaria do Ministério da Saúde 1.339 de 1999. Recentemente, passou a ser o único transtorno mental especificado na lista das patologias ocupacionais numa classificação feita pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Conforme explicitado na caracterização feita pela Classificação oficial (CID-10), no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) “a pessoa experimentou, testemunhou ou foi confrontada com um evento ou eventos que implicaram morte ou ameaça de morte ou de lesão grave, ou ameaça da integridade física do paciente ou de outros” (WHO, 1992). Portanto, a violência pode ter atingido diretamente a pessoa ou ela pode ter sido apenas testemunha de um evento violento em que outros tenham sido as vítimas.

Existe uma ampla literatura sobre TEPT desencadeado por situações traumáticas que se verificaram no trabalho. A causalidade laboral envolve tanto a violência social difusa na sociedade quanto formas de violência engendradas dentro do ambiente de trabalho. Doray (2006) aprofundou a elucidação dos *traumas éticos* na origem desse tipo de adoecimento e examinou casos surgidos em contextos de trabalho.

A *caracterização clínica* desse transtorno é bastante complexa. Resumiremos esclarecendo que os critérios para diagnósticos exigem a presença de um evento traumático como antecedente das manifestações clínicas — sendo esse evento condição necessária mas não suficiente para o diagnóstico, para o qual devem ser identificados também sintomas categorizados em três diferentes grupos:

1) Sintomas de rememoração involuntária, que incluem desde a recordação reiterada do evento que se impõe à mente até a revivescência, isto é, “reviver” o evento, ou, ainda, vivenciar a eminência inevitável de repetição do fato traumático. Esses fenômenos são provocados por qualquer estímulo que recorde o acontecimento. Podem ocorrer ainda, nesse primeiro grupo de sintomas, fenômenos de *flashback* e pesadelos em que ressurgem a cena ou fatos similares;

2) Fenômenos de evitação (*esquiva*), que consistem na compulsão a evitar ambientes, pessoas e tudo o mais que possa lembrar o evento e despertar as revivescências;

3) *Hipervigilância e hiperexcitabilidade*, marcadas por estado de alerta, insônia ou sono entrecortado, em que muitas vezes a pessoa desperta várias vezes sentindo a ameaça de que um ataque à sua vida é iminente — o que pode ser acompanhado de distúrbios de percepção, que vão de ilusões a ideias de perseguição e alucinações (escutar vozes ou ter visões dos perseguidores). Neste terceiro grupo figuram ainda uma forte irritabilidade e uma diversidade de distúrbios psicofisiológicos que eclodem, geralmente, quando o trabalhador entra em contato com lembranças ou situações que exacerbam a ansiedade e o medo de repetição da violência que desencadeou o transtorno.

Os desafios ao diagnóstico do TEPT são múltiplos, mas as duas principais dificuldades são:

a) *A evitação* do trabalhador à abordagem do evento traumático. Pois evocar o evento e falar deste acarreta profundo e às vezes insuportável mal-estar. Isso faz com que muitos pacientes tragam à consulta apenas as queixas sobre os sintomas físicos (tremores, palpitações etc.), a insônia e as manifestações depressivas (desânimo, tristeza, dificuldade de concentração da atenção e a irritabilidade), que são, frequentemente, causa de conflitos no trabalho. Não é raro que os serviços de saúde atendam trabalhadores que foram demitidos “por justa causa” devido a esses conflitos, sem ter havido reconhecimento de que apresentavam um grave problema de saúde mental.

b) A segunda dificuldade principal se refere à *memória*. É ocasionada pelas dificuldades de evocar e localizar temporalmente o evento traumático e a sequência da história clínica entrelaçada à de trabalho.

Para o diagnóstico torna-se essencial uma *escuta* atenta e suficientemente prolongada para o paciente ganhar confiança, evocar e relatar. Em nossa experiência, às vezes, apenas em uma segunda consulta de um paciente, que se apresentou inicialmente com demanda de medicação para “nervosismo e insônia”, se torna possível um relato capaz de encaminhar para o diagnóstico.

Categorias/ocupações em que há maior exposição aos riscos traumáticos: classicamente, trabalhadores expostos ao TEPT eram aqueles que, pela natureza de sua ocupação, tinham maior exposição a eventos violentos e catástrofes naturais. Os eventos mais citados na relação com o TEPT, portanto, são os grandes acidentes, especialmente os acidentes ferroviários;

também incêndios; enchentes; desabamentos de edifícios; entre outros. As neuroses de guerra, estudadas por Freud, também estão nessa categoria. Após a guerra do Vietnã, o problema foi reconhecido em milhares de militares americanos. E, mais recentemente, ao longo das guerras do Iraque e do Afeganistão, foram criados centros especiais para tratamento dos combatentes atingidos por esse distúrbio. No pós-11 de Setembro de 2001, especialmente em Nova York, milhares de pessoas apresentaram esse quadro clínico. Mas, na atualidade, a violência urbana veio acrescentar outros tipos de trabalhadores às categorias profissionais expostas: condutores de transportes urbanos — especialmente motoristas de ônibus e também cobradores, nas grandes cidades, estão entre eles. Assim como pessoas encarregadas de transportar valores bancários, trabalhadores do comércio, vigilantes e muitos outros (SELIGMANN-SILVA, 2010).

Eventos múltiplos

Foi constatado, tanto nos estudos sobre TEPT originado em eventos de guerra quanto nos que analisaram ex-prisioneiros dos campos de concentração nazistas, que várias pessoas haviam passado por episódios sucessivos de ameaça à vida antes que um novo evento desencadeasse o transtorno pós-traumático. Também em nossa prática clínica, constatamos que motoristas e cobradores de ônibus urbanos haviam sofrido assaltos sucessivos no trabalho, às vezes ao longo de vários anos, até que a eclosão do quadro típico de TEPT ocorresse após um novo evento violento. Em um caso, ocorrências sucessivas, com pequeno intervalo no mesmo dia de trabalho, de um assalto e uma colisão com vítimas fatais caracterizou um duplo trauma: o motorista do ônibus apresentava revivências e visão das duas cenas traumáticas — que eram conteúdo das lembranças, dos *flashbacks* e dos pesadelos.

O TEPT evolui, geralmente, em decurso longo e pode apresentar transformações e desdobramentos clínicos. Surgem, com frequência, associações a outras patologias (comorbidade) sendo mais frequente a associação com quadros depressivos. Agorafobia também é morbidade frequente, além de agravos psicossomáticos também importantes. Desdobramentos da psicopatologia podem resultar em quadros de psicose e de dependência de bebidas alcoólicas e mesmo drogas ilegais, e a depen-

dência de medicamentos psicotrópicos é bastante encontrada e decorre geralmente do uso mal orientado de tranquilizantes, soníferos e antidepressivos.

Um aspecto que tem sido enfatizado é o da comorbidade entre TEPT e transtorno bipolar (VIEIRA; GAUER, 2003). Tem crescido o número de casos de transtorno bipolar cujo estudo retrospectivo revelou que o desencadeamento ocorreu a partir de um evento traumático seguido por TEPT.

O risco de suicídio no TEPT vem sendo enfatizado a partir de vários autores, com destaque para a experiência escandinava de Floen e Elkit (2007).

Assédio moral e TEPT

Estudos recentes evidenciam casos nos quais repetições de agressões deliberadas, ao longo de muito tempo, caracterizando assédio moral, precedem o desencadeamento do quadro clínico de TEPT (SOBOLL, 2008; PEZÉ, 2008).

5.1.1 Estresse pós-traumático secundário — a doença dos cuidadores (*compassion fatigue*)

Uma forma especial de TEPT tem sido descrita nos últimos anos nos Estados Unidos e em alguns outros países. Trata-se do *trauma secundário* dos profissionais que *prestam assistência* a pessoas vitimadas por grandes catástrofes (terremotos, furacões, enchentes) ou pelas guerras.

Profissionais que prestam assistência a sobreviventes de catástrofes naturais ou de outros eventos traumáticos apresentam manifestações agudas de intenso mal-estar e um quadro clínico idêntico ao do TEPT. Esse quadro foi caracterizado como configurando o *estresse traumático secundário*. Tem sido descrito em pessoas que realizam todo tipo de trabalho social, prestação de cuidados de saúde e atenção psicológica a essas vítimas. Os cuidadores passam a vivenciar intensamente o medo daquilo que se constituiu o evento traumático das pessoas atendidas.

Um estudo realizado nos Estados Unidos reuniu diferentes casos de advogadas que haviam desenvolvido esse quadro clínico e nas quais o surgimento do distúrbio teve relação com a prestação de assistência jurídica a mulheres vitimadas por violência doméstica.

A questão de planejar a prevenção desses traumas na preparação de equipes destinadas à atuação em catástrofes tem sido enfatizada nos Estados Unidos e no Canadá. Além de seleção e treinamentos adequados, entre as medidas preventivas estão, também, apoio e supervisão psicológica. E ainda, organização que permita sono suficiente e fixação de horários para descanso — o que na prática, nas ações de socorro em grandes catástrofes (terremotos; enchentes; grandes deslizamento de terra, entre outros), se revela em geral difícil (BOSCARINO, FIGLEY e ADAMS, 2004; STAMM et al., 2002; FIGLEY, FIGLEY e NORMAN, 2001).

Por ocasião do atentado de 11 de Setembro de 2001 em Nova York, um grande número de casos de TEPT foi verificado e, subsequentemente, muitos dos que prestaram assistência apresentaram trauma secundário. A ampla experiência ocasionada por esse evento trágico fortaleceu também a convicção da importância da disponibilização de psicoterapia tanto para as vítimas quanto para os cuidadores (YODER, 2006).

Na sequência do terremoto que arrasou o Haiti em 2010, grande número de pessoas que havia prestado socorro às vítimas imediatamente após a catástrofe apresentou essa manifestação. No Brasil, após as calamitosas enchentes e deslizamentos de encostas nas cidades serranas do estado do Rio de Janeiro, no início de 2011, ocorreu o mesmo com inúmeras pessoas que haviam auxiliado a resgatar vítimas vivas e a retirar mortos dos escombros.

Diante da perspectiva fixada pelos especialistas quanto à escalada de catástrofes ambientais nos próximos anos, torna-se urgente que o poder público e as empresas responsáveis prevejam que a prevenção seja estendida aos profissionais envolvidos na prestação de assistência médica, social e psicológica. O dimensionamento adequado do número de profissionais que possam ter garantidos revezamento e períodos suficientes de sono e distensão torna-se essencial nessa proteção (FIGLEY, 2002).

A expressão inglesa *compassion fatigue* tem sido utilizada em vários dos textos e relatos sobre esses distúrbios.

Vale ainda chamar a atenção para a associação que pode haver entre *burn-out* e o TEPT secundário. Pois tem sido observado que, quando as atividades de prestação de assistência se prolongam por dias ou semanas, a exaustão física e emocional dos cuidadores pode atingir o esgotamento, caracterizando o *burn-out*, que se tornará, assim, um aspecto vulnerabilizador que irá facilitar a eclosão posterior do TEPT.

Desafios terapêuticos e a reabilitação profissional

Psicoterapia é essencial para recuperações que minimizem o risco de recidivas para todos os que são atingidos por esse transtorno pós-traumático.

A) Psicoterapias voltadas a atuar na esfera psicoafetiva, isto é, na dinâmica intrapsíquica, buscando entendimento dos sentimentos e fantasias mobilizados. Um objetivo central na terapia de enfoque psicodinâmico é o de integrar as lembranças dissociadas da esfera consciente e conseguir integrá-las na memória consciente para construir e consolidar uma *narrativa* do evento traumático e sua sequência. Ao mesmo tempo, o terapeuta buscará ajudar o paciente a identificar seus mecanismos psicológicos de defesa — como negação, deslocamento, autorrepressão. Existem também experiências positivas no uso de abordagens terapêuticas de *psicoterapia breve*, que utilizam ferramentas do referencial psicanalítico. É a experiência, por exemplo, da área de psicologia do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas de São Paulo, supervisionado pela psicanalista Carla Faymann.⁵

B) Psicoterapias comportamentais, direcionadas à esfera cognitiva, têm sido utilizadas em diferentes modalidades e inclusive em formas especialmente destinadas ao TEPT (BARLOW, 2009).

Para Doray (2006), a ressimbolização é um ponto essencial no processo terapêutico, e a recuperação da dignidade está no centro das terapias ativas de ressimbolização que podem se tornar eficazes no tratamento desse distúrbio tão refratário às terapias (p. 337 e ss.). Pezé (2008) também explicita os passos e os desafios do trabalho terapêutico.

5. Comunicação pessoal (2009). A autora também acompanhou, em atendimento psiquiátrico, trabalhadores com diagnóstico de TEPT que tiveram evolução favorável na terapia breve de base analítica, no mesmo Serviço.

A persistência das vivências e sintomas depressivos é, com frequência, o maior desses desafios — mesmo quando ultrapassada a fase de medo e evitação intensos, das memórias intoleráveis, dos pesadelos e das revivências.

Invisibilidade do TEPT nos registros previdenciários do Brasil

Os dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) sobre causas médicas dos benefícios em auxílio-doença e auxílio-acidentário não incluem avaliação específica do código F43. 1, que é o referente ao TEPT. Os registros de todos os tipos de diagnóstico do grupo F43 são feitos de modo consolidado, reunindo as três subcategorias: Reação aguda ao estresse; Transtorno de estresse pós-traumático; Distúrbios da adaptação. Constata-se, assim, a invisibilidade dos casos de TEPT relacionados ao trabalho nas estatísticas brasileiras da Previdência Social. Do que se infere a existência de um imenso prejuízo para a análise dos impactos da violência sobre a saúde mental dos trabalhadores brasileiros.

5.2 Esgotamento Profissional (*Burn-out*)

A expressão inglesa *burn-out* corresponde a “queimado até o final” e foi traduzida para o português como “estar acabado”, na versão brasileira da CID-10. Esta é a denominação de um quadro clínico que também foi chamado Síndrome do Esgotamento Profissional e que recebe o código Z73-0 na Classificação oficial. Consideramos pejorativa a designação “estar acabado”, por isso utilizaremos aqui as denominações “síndrome de esgotamento profissional” e — por já haver se tornado corrente na área “psi” — o termo *burn-out*.

Herbert Freudenberger publicou, nos anos 1970, um texto em que falava de um tipo peculiar de exaustão em uma equipe que atendia pacientes psiquiátricos (Freudenberger, 1974). Posteriormente, em seu livro *Burn-out*, publicado em 1980, associa a síndrome à seguinte representação: *um incêndio devastador, um “incêndio interno” (subjetivo) que reduz a cinzas a energia, as expectativas e a autoimagem de alguém que antes estava profundamente envolvido em seu trabalho*. Baseando-se em um grande número de estudos de caso, Freudenberger identificou que especialmente

dois tipos de pessoas estão expostos ao “apagão interno” consubstanciado no “*burn-out*”: 1) indivíduos particularmente dinâmicos e propensos a assumir papéis de liderança ou de grande responsabilidade; 2) idealistas que colocam grande empenho em alcançar metas frequentemente impossíveis de serem atingidas.

Foram já realizados numerosos estudos sobre *burn-out*, tanto em abordagens epidemiológicas — na Europa, nos Estados Unidos, no Canadá e mais recentemente na América Latina —, quanto em pesquisas qualitativas. Esses estudos têm analisado principalmente profissionais dos setores de educação e saúde. Os profissionais que desenvolvem o *burn-out* são, em sua maioria, aqueles que prestam serviços a outras pessoas, especialmente os denominados *cuidadores*, isto é, aqueles que cuidam de outras pessoas. Têm sido constatadas altas frequências da síndrome em professores/as, enfermeiras/os, médicos/as e assistentes sociais em diferentes países. Freudenberger também estudou casos de executivos.

Ao longo dos últimos vinte anos e da incrementação das grandes mudanças organizacionais que acompanham a reestruturação produtiva, esses quadros vêm se tornando extremamente frequentes. Não são apenas os *cuidadores* estudados por Freudenberger que apresentam a síndrome. Ela tem incidido em gerentes de vários níveis da administração e em outros executivos. Nessas mudanças, as pressões sofridas continuamente para que os indivíduos atinjam metas cada vez mais avançadas adquirem caráter *extenuante*, podendo levar ao esgotamento profissional (NARDI, 2006; JARDIM; GLINA, 2000). Verifica-se nesses casos de reestruturação, tanto nas áreas administrativas quanto na de produção, a importância assumida pelo *sentimento de perda* de algo que o indivíduo se sente impossibilitado de reconstituir. No contexto contemporâneo, as perdas tornam-se especialmente impactantes quando remetem para a dificuldade de encontrar alternativas, seja dentro do contexto de trabalho que foi transformado de modo a não haver retorno a uma situação anterior (“minha função desapareceu”, “meu antigo setor foi extinto”, “desfizeram a minha equipe”), seja fora da organização, pelo estreitamento do mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo, à medida que as formas de gerenciamento e controle incidem em serviços de saúde e nas instituições de ensino de todos os níveis, aumentam as incidências da síndrome entre profissionais de

saúde e professores. O impedimento de realizar o trabalho social, na saúde e na educação, em acordo aos princípios e valores éticos vinculados à formação e à ética própria dessas profissões é um impedimento que violenta o *sentido* dessas formas de trabalho e desqualifica aquilo que é obrigado a realizar aos olhos do próprio profissional. Pois é absurdo e violento avaliar quantitativamente o trabalho de quem atende pessoas doentes e sofridas, crianças com dificuldade de aprendizagem e pessoas em situações de desamparo profundo. Ainda mais quando os profissionais estão sobrecarregados de tarefas administrativas, além da prestação de serviços profissionais. A fadiga se instala, evidentemente, quando as cargas de trabalho “pesam”, mas — como bem explica Yves Clot (2008) — o que mais faz mal é a *diminuição forçada* do trabalho significativo. Na origem do *burn-out*, bem como na de muitas depressões, os *impedimentos* ao trabalho significativo constituem a questão central.

Já falamos a respeito das perdas no tópico referente aos episódios depressivos. No caso do *burn-out*, o que se torna característico é a *perda da perspectiva de concretizar algo que tinha se configurado como missão*.

O quadro clínico da síndrome de esgotamento profissional apresenta como manifestação *central* uma *exaustão* que eclode de modo aparentemente brusco, sob forma de uma crise. Freudenberger descreve uma fase prévia à irrupção do “incêndio aniquilador”, na qual se instala uma sensação de tédio que substitui o habitual entusiasmo pelo trabalho, aparecendo também irritabilidade e mau humor. O fenômeno central da vivência de esgotamento e exaustão é acompanhado por uma *segunda* manifestação, característica dessa síndrome: uma *aguda reação emocional negativa, de rejeição*, ao que antes, no trabalho, era objeto de dedicação e cuidado. Professoras não suportam mais ver os alunos diante de si; enfermeiras referem não aguentar mais a proximidade dos doentes de quem cuidavam, médicos sentem igualmente essa súbita rejeição pelos clientes, da mesma forma que assistentes sociais sentem necessidade de se afastar das pessoas que esperam atendimento. Instala-se o desinteresse pelo trabalho, tudo o que anteriormente “movia a alma” passa a ser indiferente ou irritante, sobrevém dificuldade de concentração nas atividades e *queda do desempenho* — sendo esta a *terceira* manifestação característica. O indivíduo percebe com inquietação e desânimo essa queda, ao mesmo tempo que diminui seu envolvimento pessoal no

trabalho. Uma tonalidade *depressiva* caracteriza o humor, há perda de disposição, dificuldade para levantar, alterações do sono, num conjunto de manifestações que costuma exigir um diagnóstico diferencial das depressões. Em alguns casos, a ansiedade pode ser mais evidente que a depressão — que se mantém submersa (FREUDENBERGER, 1980). A *insensibilidade*, que emerge no que foi identificado como um fenômeno de despersonalização por Maslach (1982), transforma e endurece o relacionamento dos *cuidadores* com as pessoas que recebem seus serviços (Maslach tem desenvolvido muitas pesquisas sobre *burn-out* adotando como referencial a teoria do estresse, ao passo que Freudenberger é médico psicanalista). Em nossa prática clínica, tivemos oportunidade de verificar um forte sentimento de culpa em professoras, ao perceberem os próprios impulsos agressivos e rejeição voltados aos alunos.

Freudenberger (1980) constatou que o esgotamento profissional atinge pessoas que se dedicavam intensamente a seu trabalho. Nas atividades voltadas para formação e desenvolvimento humano (educadores), bem como na prestação de cuidados de saúde e proteção social em geral, essas pessoas tinham muitas vezes uma história pessoal que evidenciava que se atribuíam uma verdadeira missão e que mantinham expectativas grandiosas quanto ao que almejavam realizar e ao reconhecimento que esperavam merecer. Devemos acrescentar que nessas profissões sempre existiu, em geral, uma consciência sobre o *sentido social e humano de suas atividades*, sentido este que é de natureza *ética*. *Saúde e educação* constituíam valores intrínsecos que davam sentido a seu trabalho, respectivamente, para profissionais de saúde e para professores. Assistentes sociais formaram sua identidade profissional fundamentados na concepção de que proteção social era um direito vinculado à ideia de justiça social e profundamente integrado à própria ideia da *justiça* como valor maior, ao qual deveria estar direcionado seu trabalho. Dentro dessa perspectiva, podemos entender o esvaziamento subjetivo vivenciado no *burn-out* que agora se dissemina no interior das redes institucionais em que atuam esses profissionais, considerando que surgiram ameaças e ataques à preservação do *sentido de seu trabalho*. Esses constrangimentos estão embutidos em reformulações organizacionais acopladas ou não à introdução de novos recursos técnicos. Cabe, entretanto, um alerta: não culpemos as novas tecnologias, o que importa são as *decisões* quanto aos *modos* como elas são inseridas no processo de trabalho.

Esse ataque ao *sentido do trabalho* se deu também pela imposição de métodos e metas que se opõem ou são estranhos à dimensão ética que era inerente a esses tipos de trabalho e explica, assim, a disseminação atual do esgotamento profissional nas categorias mencionadas. A imposição de pressões de tempo e exigências de produtividade prejudica a qualidade do contato interpessoal com os pacientes, na área de saúde e a própria realização dos procedimentos diagnósticos de uma consulta médica. A burocratização do trabalho das enfermeiras e o volume de registros computadorizados que têm que operacionalizar, impedem que desenvolvam aspectos essenciais de sua profissão, na prestação de atenção direta ao pacientes.

Divisamos, assim, a questão da agressão ao *sentido do trabalho*, no cerne da diferença entre o que foi encontrado por Freudenberger nos anos 1970 e o que se verifica na atualidade, quanto ao que desencadeia o processo subjetivo do *burn-out* em professores e cuidadores. O esvaziamento que foi descrito por Freudenberger é preponderantemente o do profissional que se dedicava ao trabalho como a uma causa, encontra incompreensão ou outras dificuldades, continua a esforçar-se, até que advenha, dolorosamente, a percepção de que está “dando murro em ponta de faca” — momento em que ocorre a exaustão e sobrevém a sensação de saturação e fracasso, abrindo dolorosa ferida no amor-próprio (ferida narcísica). A crise ocorre, na atualidade, diante do *desmoronamento* não apenas de uma visão idealizada de si mesmo e de uma *missão* (como dizia Freudenberger), mas agora, também diante da percepção de que *foi abalado o caráter ético que dava sentido às atividades de educação, saúde e assistência social*. Uma observação relevante que tem sido feita é a de que o *burn-out* ocorre principalmente quando o profissional não encontra *apoio social* para resistir contra pressões que burocratizam, tecnicizam artificialmente e esvaziam o *sentido* de suas atividades. O apoio preventivamente valioso pode ser o constituído no ambiente de trabalho, mas também são significativos os espaços exteriores nos quais o trabalho e o sofrimento possam ser discutidos e repensados, desenvolvendo-se ações solidárias.

Existem diversas pesquisas sobre saúde mental dos professores no Brasil. Desejamos destacar dois estudos qualitativos, um realizado na rede escolar pública da cidade de Vitória e o outro na de João Pessoa. No primeiro, foi realizada uma acurada análise de repercussões na saúde rela-

cionadas a uma reforma administrativa que impôs diretrizes neoliberais à organização do trabalho e aos conteúdos do ensino. Esse estudo foi realizado por Maria Elizabeth Barros (2001) e, entre outras expressões de sofrimento mental, a autora encontrou nos depoimentos desses professores a percepção de um “esgotamento físico e mental” que eles relacionavam às mudanças administrativas que haviam sido implantadas. Tal “esgotamento”, ao lado de outros sintomas, havia feito com que vários professores tivessem se afastado da atividade docente em licença médica (BARROS, 2001). As manifestações de desgaste mental que Mary Yale Neves identificou em professoras da cidade de João Pessoa assumiram configurações “que as aproximavam da síndrome patológica do *burn-out*” (NEVES, 2000, p. 159).

É interessante salientar que tanto Barros como Neves constataram a importância que a sublimação e a criação de um espaço coletivo de discussão assumiram entre as professoras da rede pública de ambas as cidades, na resistência e superação do caráter patogênico do sofrimento mental.

Finalizando este tópico, para aplicação à questão do “*burn-out*” entre executivos, desejamos salientar ainda um aspecto: Freudenberger (1980) via uma outra característica psicológica articulada ao elevado nível de autoexigência de desempenho. É algo que também vale a pena comentar no seu aspecto contemporâneo. Trata-se do esforço dessas pessoas em *identificar-se a um modelo ideal* de profissional do campo a que pertencem. Sabemos que, correspondendo a esse anseio por um modelo, mitos foram construídos em muitas organizações. Estímulos evidentes ou subliminares são direcionados para acender a identificação com um modelo que não raro é uma figura mítica no histórico da própria empresa, não raro seu próprio fundador.

Na cena contemporânea, o discurso empresarial, em consonância com os meios de comunicação, veicula, colado ao ideal e à meta de excelência, a imagem de um colaborador autônomo, hiper-responsável e perfeito. O ideal de perfeição é o novo modelo e traz em si a visão de uma saúde e de uma disposição inesgotáveis. A imagem é impregnada de onipotência. O empregado — ou *colaborador*, no discurso empresarial — recebe a imposição — feita com sutileza — de uma imagem que extrapola os limites humanos e a identidade pessoal que constituiu ao longo da

vida. Fabricada e projetada “de fora”, a imagem ideal é interiorizada e vira autoimagem. Nela, é *abstraído* o ser humano que tem um corpo e uma fisiologia, afetos e vínculos sociais, limites e necessidades próprios. Existe apenas a imagem ideal do “produtor incansável”. No ideal de perfeição fica implícita a ideia de saúde perfeita (SFEZ, 1996; SELIGMANN-SILVA, 2001). A persistência continuada em corresponder ao modelo assim interiorizado, negando o próprio desgaste, encontra após certo tempo seu limite, desembocando na crise de *burn-out*.

O grande número de estudos existentes a respeito do *burn-out* parece evidenciar a magnitude que o problema vem assumindo. Não poderíamos, portanto, esgotar aqui o tema.

O Manual de Serviços para Doenças Relacionadas ao Trabalho, do Ministério da Saúde (2001), oferece diretrizes para o diagnóstico clínico, a prevenção e o tratamento da síndrome de esgotamento profissional, assim como para os demais.

5.3 Quadros Depressivos

Assinalamentos epidemiológicos

O predomínio do conjunto de diagnósticos referentes a quadros depressivos, constatado no Brasil, corresponde ao que acontece no plano mundial, conforme os dados reconhecidos pela OMS no campo da Saúde Mental. Também em outros países, a identificação da relação entre trabalho e depressão levanta enorme perplexidade e o desafio de aprofundar investigações que possam definir *qual* a relação existente entre a “epidemia” de depressões vinculadas causalmente ao trabalho e à preocupante escalada mundial desses agravos mentais — objeto de muitos estudos contemporâneos do campo clínico e epidemiológico relacionado à Psicopatologia geral.

Spinoza já havia mencionado que tristeza é *perda de potência*. Depressão não é equivalente à tristeza, mas também está marcada pela vivência de perda *do poder ter posse de si mesmo*, impedimento a *ser integralmente*. O filósofo explicou também: “por tristeza compreendemos o que diminui ou refreia a potência de pensar” (p. 135). Esta é também

uma característica da depressão — lentificação e às vezes bloqueio do fluxo do pensamento.

Mas de que modo o trabalho poderia produzir depressão?

Necessariamente devemos destacar, de início, todos os processos que suscitam *frustração*, perdas de sentido do trabalho, vivências de fracasso e autodesvalorização profissional. A falta de reconhecimento percebida pelo assalariado é uma das principais fontes de frustração.

Na reestruturação produtiva, como foi visto, a perda da perspectiva de carreira se estendeu a grande parte dos assalariados e em especial a todos os que possuem vínculos precários e vivenciam de modo permanente a insegurança e o impedimento de construir planos para o futuro. Em suma, além das perdas já consumadas — da estabilidade no emprego; da carreira ou do próprio emprego —, sobrevém para muitos a vivência da imprevisibilidade, que pode se tornar mais aguda à medida que avança a idade. A pessoa percebe ameaça à continuidade da vida profissional e à própria sobrevivência social. Ao mesmo tempo, as perdas ou ameaças frequentemente obscurecem o projeto de vida pessoal e familiar (casamento, educação dos filhos etc.).

Cabe assinalar as relações que estudos clínicos têm demonstrado existir entre *depressão* e *trabalho precarizado*. Assim, os seguintes aspectos da situação de trabalho têm sido associados à constituição de quadros depressivos: humilhação no trabalho; vínculos de trabalho precários; desemprego prolongado e desemprego intermitente. Articulados a algo que marca o plano existencial e ocupa o pano de fundo de todos esses aspectos: *o esvaziamento pelo empobrecimento do significado do trabalho* (CLOT, 2008).

Ainda, a *vivência de injustiças* e ao mesmo tempo da *impotência de confrontar essa injustiça* tem sido revelada em vários estudos de caso. A dimensão ética assume importância fundamental na origem da depressão em casos nos quais o empregado percebe que está sendo pressionado a violentar princípios até então considerados sagrados em sua profissão ou profundamente conectados à sua formação e identidade. O impasse se configura quando, ao mesmo tempo, o indivíduo se sente impotente para protestar ou recusar diante da pressão do(s) que detém(êm) o poder —

sabendo que o protesto ou recusa conduzirão, de imediato ou pouco adiante, à demissão. A violação dos próprios valores é encontrada na raiz de muitos processos de adoecimento vinculado ao trabalho e, nesses casos, a depressão se constitui um dos agravos mentais mais encontrados na clínica, ao lado dos frequentes distúrbios psicossomáticos desencadeados pelo trabalho — entre os quais a hipertensão arterial e a doença coronariana têm recebido maior atenção. Lembramos aqui o que foi antes exposto sobre o *sofrimento ético* e os mecanismos de defesa suscitados por esse tipo de sofrimento a partir dos estudos de Dejours (1999).

Um aspecto interessante e pouco citado na psicopatogênese é a influência da própria *fadiga* mental no advento da depressão, na medida em que provoca limitações — não só ao trabalho bem-feito, mas, inclusive, confusão ao pensamento, impedindo pensamento crítico e pleno entendimento das quebras de ética. Essa fadiga, ao dar lugar à percepção do próprio desgaste, gera desânimo e, ao mesmo tempo, faz com que cresçam o temor à demissão e o desgaste da esperança. Esta última torna-se extremamente preocupante, na medida em que é bem sabido que está profundamente associada ao risco de suicídio — tema que vem ocupando recentemente maior espaço nos estudos de SMRT e correlatos.

Portanto, diferentes modalidades de depressão podem ter sua patogenia, desencadeamento e evolução nitidamente associados às vivências do trabalho. Observações longitudinais permitem constatar o peso da dimensão “trabalho” na patogenia de quadros depressivos.

Quadros típicos e atípicos

A depressão pode se manifestar em quadros típicos, agudos ou crônicos.

Os quadros que podem ser caracterizados como *episódios depressivos*, de acordo com os critérios especificados pela CID-10 para o diagnóstico codificado como F-32, consideram indicações numéricas apostas ao código para indicar diferentes graus de gravidade — que vão do leve aos graves com presença de sintomas psicóticos. Mas outras formas de depressão podem ser desencadeadas no trabalho. A lista brasileira de distúrbios mentais relacionados ao trabalho incluiu apenas os episódios depressivos, mas o estudo detalhado revela que o nexo causal com o trabalho também pode ser caracterizado em outras formas de depressão.

Nos quadros depressivos típicos surgem claramente as manifestações de desânimo, tristeza, autodesvalorização; os pensamentos mórbidos, as vivências de perda ou fracasso e mesmo ideias de total e irremediável ruína de si mesmo. A insônia ocorre geralmente e concorre para agravar a fadiga. A percepção da lentificação do pensamento desperta angústia, assim como todas as outras inibições e bloqueios percebidos pelo trabalhador em si mesmo. As dificuldades em manter comunicação com os demais, participar nas atividades sociais, juntamente com a percepção da impossibilidade de manter o ritmo de trabalho, constituem, em geral, uma característica bem evidente nesses casos. Um componente frequente da dinâmica psíquica é, nesse caso, a autculpabilização pelos insucessos percebidos.

Mas os quadros depressivos associados ao trabalho muitas vezes não são típicos e se revelam com maior sutileza. A postura de desânimo diante da vida e do futuro aparece como sua principal marca. Esse desânimo pode ser expresso com amargura ou revestido por conformismo fatalista.

O mais frequente é que a depressão oculta transpareça assumindo outras formas: expressões somáticas de mal-estar ou doenças; acidentes de trabalho; alcoolismo; absenteísmo. Pode ser notado, em alguns casos, que comportamentos de aparente euforia e/ou hiperatividade representam em verdade reação contra a depressão. A depressão também está relacionada com as alterações da personalidade que se constituem na dinâmica psicossocial, fazendo o indivíduo se isolar dos seus próprios sentimentos depressivos, sob um manto de comportamento bem adaptado, caracterizando quadros clínicos que foram designados como normopatias ou alexitimias por pesquisadores de vários países que têm estudado a questão. Em uma revisão do assunto, denominamos esses quadros como *síndromes da insensibilidade* — pois a indiferença e o distanciamento afetivo são suas características mais marcantes (SELIGMANN-SILVA, 1995 e 2004).

A *interface família-trabalho*, da qual já tratamos na Parte V, também é em geral afetada. Não é possível isolar a dimensão “trabalho” de uma dinâmica em que geralmente o relacionamento familiar e todos os demais níveis da vida e participação social são atingidos. Em um primeiro momento, esses outros espaços e relacionamentos são afetados a partir do

próprio trabalho, por exemplo, por horários que diminuem o convívio, pelo cansaço e pela irritabilidade que também prejudica as inter-relações.

Instalada a depressão, esta pode às vezes ser interpretada pela família como demonstração de indiferença ou de menosprezo, uma vez que a pessoa deprimida geralmente se retrai, fala menos e não sente disposição para participar de passeios ou outros programas de lazer sugeridos pela família. Na dinâmica assim instaurada, o aborrecimento manifestado pelos familiares poderá agravar mais ainda os sentimentos de culpa do trabalhador e, portanto, sua depressão.

Portanto, diferentes modalidades de depressão podem ter sua patogenia, desencadeamento e evolução nitidamente associados às vivências do trabalho. Observações longitudinais permitem constatar o peso da dimensão *trabalho* na patogenia de quadros depressivos.

A depressão, como já foi dito, pode se manifestar em forma aguda ou desenvolver-se insidiosamente caracterizando cronicidade. Mas o que marca todas as formas de depressão é o conjunto em que se destacam as manifestações de desânimo, tristeza, autodesvalorização; os pensamentos mórbidos, as vivências de perda ou fracasso e mesmo ideias de total e irremediável ruína de si mesmo. A percepção da lentificação do pensamento desperta angústia, assim como todas as outras inibições e bloqueios percebidos em si mesmo. As dificuldades em manter comunicação com os demais, participar nas atividades sociais juntamente com a percepção da impossibilidade de manter o ritmo de trabalho constituem, em geral, uma característica bem evidente nesses casos. Um componente frequente da dinâmica psíquica é, nesse caso, a autculpabilização pelos insucessos percebidos.

Mas os quadros depressivos associados ao trabalho muitas vezes não são típicos e se revelam com maior sutileza. A postura de desânimo diante da vida e do futuro aparece como sua principal marca. Esse desânimo pode ser expresso com amargura ou revestido por conformismo fatalista.

O mais frequente é que a depressão oculta transpareça assumindo outras formas: expressões somáticas de mal-estar ou doenças; acidentes de trabalho; alcoolismo; absenteísmo. Pode ser notado, em alguns casos, que comportamentos de aparente euforia e/ou hiperatividade representam em verdade reação contra a depressão. Como veremos adiante, a depressão também está relacionada com as alterações da personalidade

que se constroem na dinâmica psicossocial, fazendo o indivíduo se isolar dos próprios sentimentos depressivos sob um manto de “comportamento bem adaptado”.

Ansiedade nas depressões: é importante lembrar que, em muitos casos, o que se revela de imediato aos demais — e ao próprio clínico — é a ansiedade e não a depressão. Essa ansiedade pode encobrir as manifestações mais típicas da depressão e induz, não raro, a erros de diagnóstico. A ansiedade é frequentemente de caráter reativo à própria percepção das manifestações depressivas que prejudicam o desempenho. Decorre quase sempre do temor de que os demais notem essas dificuldades e que, nos ambientes competitivos e voltados às exigências da excelência, essa revelação seja causa de prejuízo funcional ou mesmo de demissão.

Mas, como já vimos, novas fontes de ansiedade também se instauram no trabalho precarizado. Várias formas de ansiedade emergem antecedendo ou associadamente ao desenvolvimento da depressão. Assinalaremos alguns exemplos para depois examinar a questão da ansiedade que se manifesta em reação à percepção das manifestações depressivas.

Situações de trabalho potencialmente ansiogênicas

Para exemplificar situações de trabalho que geram ansiedade, vale focalizar a *ansiedade gerada nas missões impossíveis*.

A exigência de cumprir metas impossíveis já foi mencionada e é certamente um dos maiores fatores ansiogênicos em muitas empresas. Nos estabelecimentos bancários, essas exigências têm ocasionado exaurimento, conflitos e adoecimentos — aumento dos casos de LER/DORT e distúrbios psíquicos (JINKINGS, 2000). A gravidade da situação tem mobilizado a categoria dos bancários. Em São Paulo, por exemplo, no ano de 2010, teve ampla repercussão a campanha desencadeada pelo Sindicato dos Bancários cujo lema foi *Menos metas e mais saúde*. O assédio moral também proliferou em várias dessas organizações do ramo financeiro, levando o mesmo sindicato a criar um grupo de acolhimento aos funcionários atingidos.

De modo mais generalizado, tornou-se habitual, em muitas empresas, a *responsabilização* de um funcionário por realizações que não tem condi-

ções de cumprir, em face de diferentes fatores e imprevistos relacionados com o cumprimento de suas “obrigações”. Nessas situações, uma forte ansiedade pode se desenvolver se o trabalhador estiver constrangido por um sistema autoritário que impede e sanciona questionamentos e sugestões quanto à reformulação dos modos, recursos e tempos, inclusive do tempo para realizar as atividades e alcançar as metas.

Um bom exemplo de *missão impossível* é o caso dos *cobradores de ônibus da cidade de São Paulo*: eles recebem determinação de que devem evitar acúmulo de dinheiro nas gavetas de seu posto de trabalho. Existe um cofre próximo ao assento do cobrador, no qual, de forma espaçada, o dinheiro deve ser transferido. Acontece que os cobradores que trabalham nas chamadas “linhas pesadas” (perigosas) relatam forte medo de deixar visível o dinheiro ao fazer essa operação. Assim, acabam acumulando dinheiro nas gavetas por um tempo maior que o determinado. Quando ocorre um assalto, são responsabilizados pela quantia furtada se esta ultrapassar o valor de um determinado número de passagens, e o cobrador é obrigado a ressarcir a empresa.⁶ A vivência do assalariado, nesses casos, é de sofrer profunda injustiça — além de atingido pelo evento potencialmente traumatizante que é o assalto, ainda é obrigado a sacrificar o salário para ressarcir a empresa.

A continuidade e o progressivo agravamento de depressões construídas ao longo de trajetórias de vida e trabalho que são marcadas pela falta de reconhecimento indica muitas vezes existência de situações frustrantes de trabalho. A multiplicação dessas situações no cenário brasileiro é um assunto que deve exigir atenção não apenas dos profissionais de saúde, mas também, e muito especialmente, dos tomadores das decisões das esferas administrativas — aqueles que decidem e gerenciam e assim assumem o controle da organização do trabalho — isto é, dos seres humanos que realizam esse trabalho.

O agravamento das depressões, como se sabe, exige cuidados especiais da atenção terapêutica e social também em razão do aumento do risco de suicídio.

6. Estas informações foram obtidas pela autora em entrevistas realizadas com esses trabalhadores em um serviço de saúde ocupacional na cidade de São Paulo.

5.4 Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho

(F 10 -2)⁷

O alcoolismo, durante o século XX, constituiu, mundialmente, o problema de saúde mental que acarretou maiores custos a países e empresas. Por isso, foram bastante numerosos os estudos epidemiológicos realizados sobre o assunto, bem como as tentativas de estabelecer políticas preventivas. A maioria destes estudos oferece uma visão da *incidência* do alcoolismo — isto é, o número de novos casos em determinado período — e poucos estudos referem a *prevalência* — número de casos existentes, cuja aferição é bastante problemática na população geral. Além dos dados demográficos, alguns estudos trazem registros referentes a ramos de atividades e profissões. Apesar do grande interesse que apresentam para uma visão panorâmica da dependência alcoólica em uma cidade, região ou país, esses estudos não permitem a análise e a identificação da relação existente entre o alcoolismo e as características das situações de trabalho. Acreditamos que sem conhecer esses aspectos e suas interfaces torna-se difícil uma análise conclusiva sobre a produção do alcoolismo em diferentes realidades laborais.

No Brasil, entre os estudos epidemiológicos que procuraram estabelecer as relações entre alcoolismo e trabalho, destacamos o detalhamento da análise realizada por Vaissman (1998 e 2004).

Quanto à dinâmica psicoafetiva envolvida na etiologia e patogenia do alcoolismo, apenas os estudos qualitativos têm possibilidade de examinar a questão para analisar a correlação com as situações de trabalho. No México, Miguel Matrajt realizou estudos nessa perspectiva (MATRAJT, 1994), assim como Heliete Karam no Brasil, com diferentes publicações a respeito.

O problema constituído pelo alcoolismo no México foi estudado por Matrajt (1994), que, após delinear um quadro epidemiológico no qual a magnitude da questão foi revelada, desenvolveu uma abordagem que integrou a perspectiva social com a psicanalítica. Referindo-se às vivências de frustração, o autor enfatiza que, no caso da causalidade da adição,

7. Código da CID -10 (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial de Saúde, atualmente em vigência. Designa alcoolismo crônico.

“não é qualquer frustração que possui uma força capaz de criar adição e sim apenas aquela frustração que se revela como afronta ao narcisismo, como ataque à autoestima” (p. 153). Em seus estudos, realizou comparações minuciosas entre trabalhadores de diferentes estratos socioeconômicos. Uma de suas conclusões foi de que são as situações de trabalho nas quais ocorre desqualificação associada à humilhação as que favorecem a gênese da adição. No estudo que fez sobre pessoas desempregadas, constatou que, quando o trabalhador considerava a situação de desemprego temporária, havia prevalência significativamente menor do alcoolismo do que entre os cronicamente desempregados. Nestes últimos, Matrajt evidenciou relação entre a dependência e as vivências de desvalorização profunda, inutilidade e perda de perspectiva de um trabalho decente. Ao longo de sua análise, Matrajt permite o entendimento do papel que a violência incrustada na estrutura social desempenhou na origem do alcoolismo que atinge os trabalhadores por ele estudados. Pois essa violência se expressou na discriminação dos empregados menos escolarizados e dos desempregados mais destituídos, bem como nas relações de poder marcadas pelo autoritarismo que engendraram a humilhação e as vivências de impotência dos trabalhadores analisados pela pesquisa (Matrajt, 1994).

Heliete Karam (2001), que realizou estudos teóricos e empíricos sobre a relação entre trabalho e alcoolismo, dentro de uma perspectiva contextualizadora e ao mesmo tempo psicodinâmica, aponta a conexão entre o alcoolismo e a violência:

Há uma *violência estrutural* na base deste consumo (de bebida, capaz de gerar a *violência quotidiana*,⁸ na medida em que os conflitos próprios às relações de poder não se solucionam, mas se cristalizam, metamorfoseando-se em queixas, adoecimentos, acidentes ou quase acidentes, criminalidade e tantas outras formas de sintomas sociais. (p. 6)

Karam relaciona o alcoolismo com o silêncio imposto nas situações de trabalho que obstaculizam a livre expressão do pensamento crítico e,

8. Expressões de Alexandre Dorna, cf. resumo de: Los Aportes de la Psicología Política al Debate sobre la Ausencia de Proyectos Políticos y la Crisis de las Ciencias Sociales. Texto apresentado no Congresso Mundial de Psicología Política. México, jul./ago. 2001.

assim, impedem os debates construtivos e o exercício da cidadania pelo trabalhador — especialmente no que se refere à dimensão política desta cidadania. Pois a autora afirmou, no mesmo texto: “A questão de fundo é a da liberdade, contrapondo *sofrimento e cidadania*” (p. 5).

No caso de trabalhadores que migraram de outras regiões ou países e que vivem muitas vezes longe dos familiares em situação de desenraizamento cultural, a participação na “roda do bar” passa a ser uma forma de voltar a pertencer a um grupo, ter companhia, evitar a vivência penosa do isolamento e do sentir-se um estranho num mundo desconhecido. Foi o que se observou, por exemplo, pesquisando trabalhadores industriais nas cidades de São Paulo e de Cubatão (SELIGMANN-SILVA, 1994a).

Os psiquiatras, em diferentes países, têm observado maior concentração de casos de alcoolismo em determinadas atividades de trabalho e ramos da produção. Entretanto, apenas a análise das situações de trabalho concretas permite, de modo geral, identificar e compreender os aspectos e as interações que explicam tais verificações. Mencionaremos algumas dessas situações, porém convém assinalar que todas elas se apresentam potenciais importantes quanto à produção de desgaste mental, caracterizando-se como situações propícias a tornar os trabalhadores mais vulneráveis aos transtornos psíquicos. Mesmo não sendo possível delimitar ou quantificar um potencial de desgaste específico considerando a dependência de bebidas alcoólicas, algumas das *situações de trabalho*, que apontaremos a seguir, apresentam em geral fatores e processos psicossociais que, segundo as observações, *favorecem* o surgimento dessa dependência. E mesmo que essas situações representem fontes de outros agravos mentais, a incidência da dependência alcoólica se destaca nelas. Existem diferentes estudos epidemiológicos que, voltados apenas aos ramos da economia ou às ocupações, parecem confirmar essa afirmação. O mesmo foi também constatado em pesquisas qualitativas que captaram a dinâmica social e psicológica relacionada à constituição da dependência alcoólica.

Pontuaremos a seguir algumas situações nas quais, nas pesquisas por nós realizadas no Brasil, foi possível traçar, a partir do discurso livre dos trabalhadores entrevistados em profundidade, aspectos do trabalho que puderam ser correlacionados, nos históricos desses pacientes, com a dependência alcoólica.

Atividades socialmente desprestigiadas por envolverem atos ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes. Exemplos: trabalho em que haja contato com cadáveres, esgotos, lixo ou dejetos em geral; apreensão e sacrifício de cães. A rejeição é experiência vivenciada frequentemente por esses trabalhadores. Em pesquisas realizadas na cidade São Paulo, André (1994) e Santos (1999) constataram a importância deste e de outros aspectos psicossociais para entendimento da elevada frequência de casos de alcoolismo no chamado “trabalho sujo”. Nessas ocupações, o risco de alcoolismo costuma ser tanto maior quanto menor a expectativa de qualificação futura e de progressão em uma carreira.

Assumem alto valor preventivo as práticas de supervisão e chefia direta em que a dignidade e a valorização do trabalhador são consideradas com especial atenção. Fornecimento de equipamentos adequados, disponibilidade de chuveiros e material para a higiene pessoal, inclusive trocas suficientes de roupa, são essenciais para prevenir a autodesvalorização que pode ser a etapa inicial de uma depressão ou da dependência alcoólica. Em resumo: torna-se importante evitar que esses trabalhadores venham a se identificar com os materiais “sujos” ou “mortos” com que entram em contato ao longo de suas jornadas. Pois é dessa identificação e/ou dessas humilhações vivenciadas no trabalho que nascem a autoagressão ou a raiva canalizadas através do uso das bebidas.

2. *Atividades em que a tensão gerada é constante e elevada, especialmente quando não ocorrem apoio social e reconhecimento.* São numerosas as situações em que isto ocorre. Destacamos:

- *Trabalho perigoso:* o perigo pode estar associado a condições inseguras, ritmos excessivos ou outros aspectos organizacionais caracterizadores de risco, em fábricas, na mineração ou na construção civil. A vivência de ameaça é particularmente aguda e potencialmente geradora de ansiedade quando o perigo é de confronto violento, como, por exemplo, agressão armada ou ira popular. Tais situações podem existir em diferentes ocupações, nos setores de segurança pública e privada, estabelecimentos bancários e transportes coletivos;
- *Alta exigência cognitiva.* *Atividades que exigem grande densidade da atividade mental* associada a altas exigências cognitivas — situação que por si repercute em geral na área emocional pela tensão devi-

da ao esforço de concentração e de isolar da consciência a esfera emocional. Essa tensão se exacerba quando são acrescentadas exigências significativas de ordem psicoafetiva, como seja uma elevada *responsabilidade* com vidas humanas — caso do trabalho de anestesistas, cirurgiões, outras atividades em Saúde, condução de trens e outros transportes coletivos; no controle do tráfego aéreo; no trabalho dos técnicos em segurança do trabalho e em outras ocupações industriais que envolvem altos riscos da própria vida ou de vidas alheias (vide exemplo do operador de ponte rolante, no capítulo 1 da Parte IV). Outros tipos de responsabilidade também aumentam a carga psíquica — por exemplo, manutenção de equipamentos caros ou a guarda/transporte de grandes valores (valores em moeda, minerais valiosos; joias ou outros);

- *Trabalho monótono* e todo trabalho que gera *tédio* e no qual o indivíduo não tem oportunidade de aplicar seus potenciais de criatividade também têm sido estudados em associação com o uso de bebidas alcoólicas. Estas são procuradas basicamente por seu efeito euforizante, como meio de proporcionar um prazer, compensando assim o tédio e a insatisfação;
- *Situação de isolamento*: quando o trabalhador fica afastado do convívio humano durante a jornada. O risco, nesses casos, é especialmente agravado quando o trabalho também é desinteressante ou monótono e quando não há possibilidade de comunicações através de telefone ou outro meio. Nessas situações pode ocorrer que a utilização de bebidas se faça inclusive durante o horário de serviço. É o que pode ocorrer na atividade dos *vigias*, por exemplo, e também na de maquinistas de trem que trabalham isolados nas locomotivas — conforme foi possível constatar no Brasil em pesquisas realizadas no setor ferroviário (SELIGMANN-SILVA, 1997a);
- *Atividades que envolvem afastamento prolongado do lar*, por exemplo, em viagens, plataformas marítimas ou, ainda, em zonas de mineração (SELIGMANN-SILVA, 2003).

As situações descritas não configuram risco apenas para o desenvolvimento de dependência alcoólica. O desgaste e o sofrimento mental que

nelas se originam podem também suscitar o surgimento de depressões e de diferentes processos mórbidos associados à tensão continuada (hipertensão arterial, úlcera péptica, gastrite nervosa). E como bem descreveu Freudenberger (1987), tanto a busca das bebidas alcoólicas, como a de diferentes drogas, podem em muitos casos representar tão somente a *forma* pela qual alguém está procurando fugir do contato com a própria angústia ou da percepção da própria frustração. Trata-se, frequentemente, como diz o mesmo autor, de um “tratamento equivocado”, adotado defensivamente contra a depressão. É o que pode acontecer no esgotamento profissional, mas também em outras manifestações depressivas.

Os administradores precisam conhecer esses fatos para dimensionar adequadamente os tempos — jornadas, pausas para descanso, folgas — e a expectativa quanto à produção/ volume de trabalho a ser executado.

Beber em grupo com companheiros de trabalho. Prática defensiva? Forma de substituir o pensamento e a palavra? Ou apenas meio de garantir pertencimento a uma equipe?

Existe uma constatação corriqueira no cotidiano das áreas industriais: e do comércio urbano: a prática de beber conjuntamente em certos locais e ocasiões — depois do final da jornada de trabalho, final do último dia trabalhado na semana em determinado bar das circunvizinhanças. A participação nesses encontros pode assumir um papel importante para a integração que faz cada um se sentir *fazendo parte* de determinado grupo, setor empresarial ou firma. Por outro lado, nas situações em que o trabalho é especialmente *perigoso*, *entediante* ou por outra forma *penoso*, beber conjuntamente torna-se um modo de tentar buscar *coragem*, *disposição*, *alegria* ou simplesmente *distensão* (*relaxar*), ao mesmo tempo que se torna uma tentativa de *esquecer* perigos incômodos, pressões, decepções ou mesmo humilhações vivenciadas no cotidiano do trabalho (DEJOURS, 1985a).

No trabalho de vigilância — no setor privado, referente a patrimônios; ou no setor público, nas corporações de vários tipos — ou nas atividades voltadas à segurança pública e repressão à violência (atividade policial, ou na segurança em prisões, por exemplo), a bebida alcoólica pode ser buscada para *anestesiá-lo*, *entorpecer* a si mesmo, a fim de *não se dar conta dos perigos que enfrenta durante a jornada*. O entorpecimento pode também ser buscado com a finalidade de *não tomar consciência de algo perturbador*, algo

que pode ser, inclusive, *uma* atividade que se sente obrigado/a a realizar mas que violenta seus próprios princípios morais e valores. Em suma, algo de que, normalmente, a pessoa se envergonharia em estar realizando, mas que, sendo pressionada, acede a realizar em determinada situação em que o uso de *repressão* ou mesmo de *violência* esteja institucionalizado.

A ideia de uma correlação entre consumo de bebida alcoólica e virilidade, presente em todo o Ocidente, se vincula às concepções referidas a outros atributos considerados como masculinos, alguns dos quais ligados ao trabalho. O trabalho que exige muito esforço físico, o trabalho realizado em más condições de ambiente físico — enfrentando ruído, gases, poeira, calor etc. — e o trabalho perigoso são vistos como *trabalho de homem*.

Assim, surge a associação entre “trabalhar como homem” e “beber como homem”, de modo a fazer com que a recusa à bebida possa parecer sinal de “fraqueza” para o trabalho e ao mesmo tempo para o desempenho sexual da masculinidade. Certamente, a pressão que isto representa não pode ser desprezada quando se estuda o alcoolismo em determinados grupos ocupacionais (RIQUELME, 1987 ; ALVIM, 1972).

O uso coletivo do álcool em locais de trabalho frios ou úmidos é associado, pelos próprios trabalhadores, à crença sobre o valor dessa bebida como produto capaz de “aquecer o corpo”, em parte fundamentada sobre a sua ação vasodilatadora. Tais crenças circulam nesses lugares, em geral juntamente com a ideia de que o álcool poderá proteger contra resfriados e doenças pulmonares. Como em outras situações nas quais existe uma justificativa consciente para uso da bebida alcoólica, o hábito frequente, também aqui, desemboca após algum tempo, para alguns trabalhadores, na dependência.

A noção corrente de que o álcool tem ação antisséptica também concorre para “justificar” seu uso em ambientes sabidamente contaminados, como o trabalho com lixo e dejetos em geral, em que a função real da bebida parece ser bem outra: entorpecer a percepção dos incômodos, do mau cheiro e até dos perigos, para poder *suportar* o prosseguimento das tarefas (ANDRÉ, 1994; SANTOS, 1999). Em nível mais profundo, a identificação com os materiais repugnantes, a rejeição social e a ausência de reconhecimento vivenciados pelo tipo de atividade conjugam-se para originar autodesvalorização e frustração. Na sequência, vivências depressivas e pensamentos mórbidos se instalam, e a bebida serve, para alguns,

como forma de entorpecimento da dor psíquica e, conjuntamente, como forma de autoagressão, pois existe o conhecimento sobre o poder destrutivo do uso abusivo de bebida alcoólica. E, como revelam estudos clínicos fundamentados na psicanálise, a bebida pode ser utilizada como o meio de consecução lenta de um suicídio.

Vaissman (2004), no Rio de Janeiro, identificou casos em que a própria natureza da função se constituiu a prova do nexo causal: a dependência alcoólica surgiu, após anos de desempenho da função de *provador de cerveja*, em dois empregados em uma grande indústria do ramo.

A comorbidade é muito comum. Assim, a associação com quadros de esgotamento profissional (*burn-out*), depressão e TEPT é bastante encontrada na prática clínica.

A negação e o ocultamento da dependência de bebidas é um dos mais sérios desafios no trato desse problema.

Dificuldades para o diagnóstico são colocadas pelo mecanismo de negação associado a esse ocultamento, que, evidentemente, representa o mecanismo de defesa mais fortemente presente no próprio alcoolismo: abafar e negar a penosidade, a humilhação, a falta de realização em um trabalho considerado sujo ou, por outras razões, jamais reconhecido como socialmente valioso. Falta de reconhecimento e até menosprezo, que não se refere apenas ao trabalho, mas atinge em cheio quem o executa.

Não desenvolveremos aqui maiores comentários sobre um tema correlato: a expansão do uso do *crack* em diferentes situações de trabalho, inclusive na área rural, onde um trabalho jornalístico destacado foi realizado sobre a relação entre as situações vivenciadas e o uso desse produto pelos trabalhadores do corte de cana-de-açúcar (MAGALHÃES; SILVA, 2008).

Os policiais civis e militares que têm como atividade a manutenção da segurança pública e a repressão ao crime vivem situações nas quais elevados níveis de tensão têm sido estudados, geralmente sob a perspectiva teórica de estresse. Uma dupla origem dessas tensões tem sido reconhecida: a) a representada pelos riscos presentes nas situações de violência cujo enfrentamento é atribuição dos policiais; e b) a tensão derivada da própria disciplina a que os policiais estão submetidos.

Em muitos países têm sido realizadas pesquisas suscitadas pela alta incidência de distúrbios psíquicos e suicídios nas corporações policiais. Quanto ao alcoolismo, no Brasil, apenas uma pequena parcela dos estudos

realizados sobre o assunto tem recebido divulgação, existindo muita reserva em relação ao assunto. A imprensa, entretanto, reporta esporadicamente o assunto. Por exemplo, na cidade de Recife, Cláudia Lucena escreveu, em um trabalho jornalístico:

O alcoolismo entre policiais militares e civis há muito já desperta a preocupação de integrantes dessas instituições. No caso da PM, o comando reconhece a existência do problema e oferece serviços de apoio a dependentes de álcool. (...) Soldados entrevistados garantem que a rígida disciplina é o principal motivo que os levou à dependência. Na Polícia Civil, sindicalistas admitem que o problema é preocupante e reclamam da falta de um departamento de recursos humanos para tratar adequadamente os policiais doentes. (LUCENA, 1998)

5.5 Paranoia Situacional

Adotamos aqui a denominação acima, utilizada por Marie Pezé (2008) para o diagnóstico de casos clínicos em que se estabelece um quadro bastante semelhante ao da paranoia associado a determinadas situações de trabalho: *paranoia situacional*.

Trata-se em verdade de quadros de tipo predominantemente neurótico em que se desenvolvem fortes sentimentos de insegurança e vivências de ameaça em situação na qual sejam identificáveis aspectos e pressões de tipo potencialmente persecutório. Distúrbios de percepção podem ocorrer, mas em geral não passam de ilusões — isto é, deformações da percepção —, sem chegar a configurar fenômenos alucinatorios (como ouvir vozes). Sempre que dispositivos rígidos de controle se articulam a práticas punitivas, crescem as probabilidades de que os empregados se sintam intranquilos e ameaçados. Nessas circunstâncias, existe a tendência a interpretar como perseguição atitudes e fatos que não o são. São expressas ideias e fantasias de conteúdo persecutório — em suma, ideias de perseguição que, às vezes, chegam a apresentar certa sistematização que lembra a existente nos delírios presentes nos quadros clínicos descritos classicamente como paranoias.

O que temos percebido a partir da experiência clínica é que, nos casos de *paranoia situacional*, existem flutuações na convicção sobre as

interpretações de perseguições e a identificação das pessoas tidas como perseguidores que em outros momentos são percebidas como tais pelo trabalhador. Outra diferença é que na paranoia situacional existe uma consciência do adoecimento e, assim, melhor perspectiva de um trabalho terapêutico que permita o entendimento do que está por trás das ideias de perseguição.

O processo de superação das vivências persecutórias ocorre à medida que o trabalhador consegue contextualizar o que o atinge: isto é, perceber que não existe uma perseguição do mundo contra ele, mas, sim, uma degradação das relações humanas dentro da organização — empresa, serviço público ou outra — na qual trabalha e onde são adotadas formas de controle autoritárias, constrangedoras e invasivas. Por outro lado, existe também a possibilidade de que o desencadeamento de uma paranoia verdadeira — isto é, o quadro de psicose classicamente designado e reconhecido por essa designação — possa ter seu desencadeamento efetivado pela situação de trabalho. Nesses casos será colocada a necessidade de uma observação mais prolongada, levando em consideração as discussões ainda em curso sobre a etiologia das psicoses, que têm evoluído de uma concepção anteriormente restrita à genética para uma perspectiva epidemiológica, na qual a importância do ambiente social passou a ser também considerada.

Têm sido feitas observações demonstrativas de que ocorre igualmente uma correspondência entre grau de *sofisticação* do controle instituído e o aparecimento desses sentimentos de insegurança. Quando existe um chefe ou supervisor visível, com o qual é possível falar e mesmo discutir, a situação é menos inquietante do que quando a vigilância se oculta, atuando através de mecanismos de controle desconhecidos para o empregado. Por exemplo, quando ele não é informado sobre os critérios adotados pela empresa para avaliar seu desempenho ou decidir sua demissão. O mal-estar também aumenta quando é o “olho” de um circuito fechado de transmissão de imagens que o submete a controle permanente. Ou quando o próprio *crachá* de identificação possui dispositivo que funciona para que saibam em que local da empresa se encontra, permitindo controlar seus contatos interpessoais e permanências nos banheiros.

As observações que extraímos do conjunto de nossas pesquisas de campo e atendimento clínico nos fazem constatar que, também no Brasil,

é possível evidenciar que, quanto maiores sejam as barreiras à comunicação e o isolamento do assalariado, maior a facilidade de que se desenvolvam essas manifestações que vão configurar a paranoia situacional, conforme verificado na França por Pezé (2008).

Atualmente, muitos dispositivos funcionam articuladamente em muitas empresas, exercendo de fato ações de vigilância continuada sobre os empregados, localizando, filmando, registrando os gestos, as atividades, os contatos interpessoais, os *e-mails* e às vezes mesmo as conversas telefônicas dos funcionários. Nos *call-centers*, tempos, tonalidades de voz e conteúdos das comunicações com os clientes são gravados, controlados e alvo de avaliação do funcionário ou da funcionária. A impossibilidade de qualquer privacidade funciona como pressão permanente para a vida mental e o conjunto psicossomático de cada empregado.

Evidentemente, certas modalidades de gestão, nas quais são estimuladas competições e rivalidades, do mesmo modo, contribuem para o desenvolvimento de desconfiança e de um isolamento cauteloso. Assim, tornam-se propícios ao surgimento de ideias de perseguição. Por outro lado, vêm sendo observadas novas modalidades de síndromes em que a vivência de perseguição ocupa o pensamento de modo constante e centraliza os processos psíquicos. Dessa forma, os que vivenciam tais processos mentais se colocam em alerta constante. Tais manifestações têm se apresentado em muitos assalariados como desdobramentos do mal-estar psíquico decorrente de algumas formas de assédio moral particularmente intensivas e ferinas.

A paranoia situacional pode se manifestar em situações de mudança organizacional. Assim, quando são anunciadas reestruturações de grande monta, como fusões ou incorporações de empresas, substituições nos escalões hierárquicos ou inovações tecnológicas poupadoras de mão de obra, a eclosão de tais quadros pode ser prevista. O mesmo ocorre nas privatizações e quando as empresas realizam mudanças em que terceirizam parte de suas atividades.

A partir dos anos 1990, algumas empresas brasileiras iniciaram a implantação do sistema denominado *Enterprise Resource Planning* (ERP), que controla de modo automatizado todos os processos de uma organização — financeiros, administração de pessoal, produção, estocagem, comercialização, transporte etc. Trata-se de um sistema de controle extre-

mamente poderoso e sofisticado que apresenta um duplo impacto para os empregados das empresas: a) um *temor continuado* derivado da exposição a uma vigilância permanente; b) o *medo de perder o emprego*, uma vez que tais sistemas já eram conhecidos como altamente *enxugadores* de mão de obra. A vigilância também cria inibição e mal-estar devidos à perda de liberdade para personalizar o próprio trabalho, isto é, torná-lo exequível de acordo com as próprias habilidades e experiência, o que cria *outro medo* — o de não conseguir realizar as atividades em conformidade aos procedimentos prescritos pela empresa, resultando em risco de demissão. O *clima de paranoia* que esses sistemas trouxeram às organizações fez com que a gestão desenvolvesse esforços para tranquilizar os empregados e neutralizar essa espiral de medos. A principal medida para mitigar a ansiedade persecutória e as resistências à implantação da ERP consistiu no desenvolvimento de uma metodologia de implantação gradual do sistema, ao longo de uma sequência de fases em que a direção objetiva persuasão e envolvimento dos empregados.

A paranoia situacional tem surgido cada vez mais frequentemente associada à implantação de novas formas de avaliação que intensificam insegurança, medo de retrocesso e perda de *status* funcional, julgamentos pejorativos, desmoralização ou mesmo “entrada na lista dos descartáveis” e demissão.

Nas mudanças organizacionais, os impactos negativos são tanto maiores quanto menor o grau de informação a respeito dos desígnios da empresa com relação ao destino dos empregados. Na ausência de esclarecimentos, os boatos costumam circular intensamente e aumentar o temor. O clima de desconfiança, ao instalar-se nessas circunstâncias, rompe laços de companheirismo muitas vezes antigos. A situação é diferente, quando são abertas oportunidades para (re)estabelecer confiança em organizações nas quais prevalece uma gestão participativa. Nesses casos, as informações corretas diminuem o medo e a insegurança.

6. SUICÍDIOS

Os estudos de tentativas de suicídio e suicídios relacionados ao trabalho tem sido menos publicados do que os relacionados ao desemprego (SELIGMANN-SILVA, 1994). Entretanto, nas situações em que se desenvol-

vem ameaças à continuidade do emprego, esses episódios têm se apresentado.

As depressões não são os únicos transtornos psíquicos relacionados ao trabalho que podem culminar no suicídio. Como já foi dito, o suicídio precisa ser considerado como um risco no TEPT. Casos de esgotamento profissional (*burn-out*) e de alcoolismo crônico evoluem muitas vezes concomitantemente com profundas vivências depressivas e também podem conduzir a tentativas de suicídio.

No Japão, é corrente o reconhecimento jurídico de suicídios associados a situações de trabalho que sejam caracterizadas por sobrecarga continuada, prolongamento das jornadas concomitante a ausência de folgas e exiguidade das horas destinadas ao sono. A problemática tem sido denominada *karojisatsu*. No Brasil, suicídios foram associados a mudanças organizacionais, em fases nas quais se desenvolviam programas de demissão voluntária.

A imprensa brasileira, nos últimos dois anos, deu frequente destaque a suicídios ocorridos em duas grandes empresas francesas. A socióloga Thébaud-Mony tem escrito a respeito, contextualizando esse aumento de suicídios no panorama político e econômico. Dejours, na perspectiva teórica da PDT, também examina a questão, centrando a visão no aguçamento de aspectos perversos que se *naturalizaram* e disseminaram na gestão para penetrar no cotidiano da organização do trabalho produzindo intimidação, rivalidades e isolamento entre as pessoas (THÉBAUD-MONY, 2008; DEJOURS, 2007 e 2008; DEJOURS; BÈGUE, 2010).

No Brasil, entretanto, pouco se divulga sobre a escalada de suicídios que ocorrem no país em algumas categorias de trabalhadores, nem tampouco sobre o desespero e desalento dos que se matam em situações de desemprego, embora na crise econômica dos anos 1980 tenham sido publicados trabalhos a respeito (ANGERAMI et al., 1986).

Existem, entretanto, categorias em que estudos mais recentes realizados no Brasil desvelaram cenários preocupantes. É o caso dos bancários, estudados na cidade de Brasília por Finazzi-Santos (2009), e o de trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos que cometem suicídio utilizando essas substâncias (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005).

Os resultados desses estudos conduzem ao desafio de que novas pesquisas sejam realizadas, mas já indicam a necessidade urgente de que

esforços de ordem preventiva sejam desenvolvidos para superar formas extremamente perversas de gestão caracterizando as situações e os processos de trabalho que essas investigações revelaram como responsáveis pelos eventos fatais. Lembrando que, além dos suicídios registrados, os autores que estudam a temática do suicídio relacionado ao trabalho constataam numerosas *tentativas* de autoeliminação não consumada.

7. REABILITAÇÃO E RETORNO AO TRABALHO

No caso brasileiro, as políticas públicas ainda não contemplaram a reabilitação dos trabalhadores atingidos por formas de adoecimento mental relacionadas ao trabalho. O próprio sistema geral de reabilitação da Previdência Social, que — bem antes de ter sido plenamente consolidado — foi desmontado nos anos 1990, ainda está longe de ter sido restabelecido, embora existam projetos governamentais em andamento com essa finalidade (TAKAHASHI; IGUTI, 2008; TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010).

No que diz respeito aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, entretanto, é possível afirmar que estamos ainda no início de um percurso que precisa receber atenção diante da impressionante escalada dos agravos psíquicos que vêm atingindo os trabalhadores brasileiros das mais diversas categorias profissionais, classes sociais e níveis de formação.

A distância existente entre a área de Saúde Mental e a de Saúde do Trabalhador atravessa todos os níveis do SUS — excetuando-se algumas poucas e arrojadas experiências em âmbito local onde a parceria entre as duas áreas e o diálogo entre seus profissionais têm se estabelecido.

Aspectos de ordem cultural e interesses cuja complexidade seria impossível analisar aqui têm colocado barreiras, simultaneamente, ao reconhecimento do nexos causal entre distúrbios mentais e situações de trabalho e ao estabelecimento de atividades intersetoriais voltadas à prevenção, tratamento e reabilitação desses assalariados.

As barreiras que têm dificultado o retorno do trabalhador à empresa envolvem obstáculos de toda ordem, alguns já examinados na Parte IV, quando apontamos as dificuldades de reinserção dos trabalhadores acidentados. Em suma, existem principalmente dificuldades à reinserção que são de ordem cultural, com destaque para a rejeição a quem passou

por distúrbio psíquico e, ainda, para a frequente má vontade das empresas em dar suporte à reabilitação, em geral sob alegação da impossibilidade de adequar a função e os horários de trabalho às recomendações médicas a eventuais limitações na reabilitação. As dificuldades decorrentes da forma atual de funcionamento da instituição previdenciária no Brasil, fizeram com que a reabilitação dos trabalhadores adoecidos — e de modo especial, a dos que desenvolveram transtornos psíquicos relacionados à situações de trabalho — tenha caído em um grande vazio — isto é, se deparado com a ausência de políticas públicas voltadas a atender essa imensa demanda social. Tal situação tem suscitado importantes análises críticas e propostas bem fundamentadas de instauração de uma real política pública voltada à reabilitação (MAENO, 2011).

Ao mesmo tempo que no plano institucional encontramos essa grande obstaculização, o conhecimento de que existem formas eficazes de tratamento e reabilitação, bem como as experiências exitosas desenvolvidas em outros países e que já começam a se fazer presentes em pontos isolados do Brasil, devem fortalecer as expectativas dos profissionais engajados na abertura de novos caminhos à reabilitação — que, nos casos de agravos psíquicos, além de psicossocial precisa ser muitas vezes também profissional. Da mesma forma, a sensibilização dos sindicatos, das CIPAs⁹ e dos próprios trabalhadores poderá proporcionar ações, debates e negociações a partir dos quais a prevenção e a reabilitação venham a ser integradas e verdadeiramente viabilizadas, de forma participativa, no mundo do trabalho.

Assim, acreditamos que a instauração de Clínicas do Trabalho integradas por profissionais capacitados para práticas contextualizadas e capacitados a compreender as dinâmicas envolvidas no adoecimento e na reabilitação deve ser mantida como objetivo valioso e necessário.

9. Comissões Internas de Prevenção de Acidentes, integradas pelos empregados eleitos por seus colegas e por membros que são representantes do empregador.

REFLEXÕES FINAIS

EM BUSCA DE CAMINHOS

Afinal, ao que conduziu a sequência de temas interarticulados que foram desdobrados ao longo desse livro? Para tentarmos uma elaboração sintética, um balanço final do que tentamos transmitir, convém primeiramente lembrar qual foi o objetivo que tivemos ao escrever o livro e, na sequência, pontuar algumas constatações e aspectos que possam ser significativos pra este balanço.

Este livro teve por *objetivo* reunir e dar continuidade a estudos anteriores na temática, a fim de apresentar um panorama atualizado do campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho e identificar alguns dos desafios contemporâneos nele colocados. O propósito era de, assim, poder fundamentar reflexões voltadas à busca de caminhos para enfrentar esses desafios e abrir novas perspectivas.

Quanto às *constatações*, desejamos chamar a atenção, de início, para a maneira pela qual se fez evidente a ideia de *metamorfose* — que percorreu o livro e se manifestou em vários temas, no percurso em que tentamos esclarecer *o que* sofreu metamorfose e *como* isso afetou a vida humana — e em especial, a daqueles que vivem do próprio trabalho em todo o mundo. Por outro lado, as *metamorfoses* corresponderam, muitas vezes, a ocultamentos que foram *deliberados*, como, por exemplo, no caso dos que vieram disfarçar a *intensificação da dominação* — em decorrência de estra-