

Depressão e trabalho: ruptura de laço social

Depression and work: breaking the social bond

Sílvia Jardim¹

¹ Doutora em Psiquiatria. Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Coordenadora do Programa de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores (PRASMET/IPUB/UFRJ).

Contato:

Avenida Érico Veríssimo, 389/202 –
Barra da Tijuca – Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

CEP: 22 621-180

E-mail:

silvia.jardim@gmail.com

Resumo

As depressões irrompem o século XXI como “mal do século” e o mal-estar no trabalho chega ao suicídio. São tempos em que as pessoas se queixam da falta de trabalho, da ameaça de perdê-lo ou das pressões a que se submetem para preservá-lo. O trabalho formal, uma profissão, uma carreira, por sua vez, também não são garantia de um presente estável ou um futuro promissor. A depressão é uma das reações a perdas e a ameaças de perda, seja de emprego ou de um contexto social estruturante, que podem induzir à fragmentação da identidade psíquica. Este ensaio discute o termo depressão dentro do contexto das peculiaridades do mal-estar contemporâneo no trabalho, utilizando dados de noticiários, da bibliografia especializada nacional e internacional e da prática clínica em psiquiatria e pesquisa em saúde mental do trabalhador.

Palavras-chave: depressão; trabalho; melancolia; laço social.

Abstract

Depression emerges in the XXI century as “the malady of the century” and distress at work can eventually result in suicide. People complain about unemployment, the threat of being unemployed, and to be under pressure in order to keep their jobs. On the other hand, neither a profession nor a career assure a stable present and a promising future. Depression is one of common reactions for loss. Either losing or being threatened to lose jobs or a structuring social context could lead to the fragmentation of psychic identity. This essay discusses the word “depression” within the singularities of contemporary occupational distress, based on current news, specialized national and international literature, as well as the author’s psychiatric clinical praxis and research on workers’ mental health.

Keywords: depression; work; melancholy; social bond.

Recebido: 18/02/2010

Revisado: 03/05/2011

Aprovado: 10/05/2011

Portanto, se tivesse que haver um corte – ainda que, sem dúvida, nunca haja corte absoluto em história –, situar-se-ia no momento em que, no cenário relativamente estável da assistência, evidencia-se a questão social do trabalho. Na verdade, a questão social propriamente dita.
(CASTEL, 1998, p. 62)

*Jamais se honrou tanto o trabalho, desde que a humanidade existe.
E mesmo, está fora de cogitação que não se trabalhe.*
(LACAN, 1992, p. 160)

That is, daily hassles may be the straw that breaks the camel's back.
(BLAZER, 2000, p. 1306)

Da melancolia às depressões

Há consenso em considerar que o termo depressão é sucedâneo do termo melancolia, tanto na história da Medicina e da Psiquiatria, quanto na Filosofia e nas Artes.

Em 2005, uma grande exposição intitulada *Melancolie, génie et folie en Occident* (Melancolia, gênio e loucura no Ocidente) ocupou o *Grand Palais* em Paris. Sucesso de crítica e de público, a exposição reuniu uma iconografia que explorou o termo melancolia em 2.500 anos de história da civilização ocidental, da Grécia Antiga à contemporaneidade. Segundo o curador, Jean Clair, que consagrou dez anos de trabalho a preparar a exposição, nenhuma disposição da alma tem ocupado a arte ocidental desde tão longo tempo quanto a melancolia (CLAIR, 2005).

A palavra melancolia aparece pela primeira vez no século IV a.C.: formada pela associação de dois termos, *kholê* (bile) e *melas* (negra), significa literalmente bile negra. No escrito *Da Natureza do Homem*, Hipócrates (460-357 a.C.) e seu genro Pólibo dizem:

O corpo humano tem nele o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra. Isso é o que constitui a natureza do corpo, e é por isso que o corpo sofre ou tem boa saúde. (HIPÓCRATES, apud PRINGENT, 2005, p. 14)

A saúde é, então, definida pelo equilíbrio dos quatro humores, entendendo-se que a doença provém da predominância de um humor sobre os outros. A bile negra ou melancolia vai designar assim, nesse momento, uma substância natural do corpo e a doença ligada ao excesso dessa substância. A descrição clínica da melancolia deixada por Hipócrates em seus *Aforismos*, “se medo e tristeza duram longo tempo, um tal estado é melancólico” (PRINGENT, 2005, p. 14), inaugura o diagnóstico tradicional cujos sintomas são definidos pela primeira vez, acrescidos ainda de aversão à comida, desesperança, insônia, irritação e inquietude (PRINGENT, 2005).

Se a tradição hipocrática que fundou a medicina ocidental ligou inarredavelmente a melancolia ao corpo, a tradição do pensamento ocidental com Aristóteles (384-322 a.C.), no famoso *Problema XXX*, ligou a melancolia ao espírito da própria filosofia, da ciência, da política, da poesia e das artes. A melancolia atravessou a Idade

Média como *acedia*, o mal dos monges que se retiravam para o deserto tomados por satanás, que lhes impedia o pensamento. A face de genialidade da melancolia voltou a imperar, durante o Renascimento, na Pintura, nas Letras, na Política e na Filosofia, tendo na famosa gravura de Albrecht Dürer (1471-1528), intitulada *Melencolia I*, poderoso testemunho histórico (PRINGENT, 2005).

Segundo Akiskal (2000), o início da Idade Moderna, no século XVII, é marcado pela publicação do livro *Anatomy of Melancholy*, em 1621. Nele, Robert Burton faz uma revisão de todo o pensamento médico e filosófico acumulado nos séculos anteriores e, ao endossar o conceito de doença afetiva, volta a dar uma conotação inteiramente médica à melancolia. O alienista francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) parece ter sido o primeiro médico da chamada era moderna a sugerir que um distúrbio primário do humor estaria subjacente a várias formas de depressão e psicoses paranoides associadas. Esquirol influenciou outros psiquiatras europeus ao propor a identificação de outros estados melancólicos mais brandos e sem delírios em que a tristeza predominava, os quais passaram a ser categorizados como melancolia simples e finalmente como depressões primárias. Tais descrições culminaram no termo psiquiátrico anglo-saxão *affective disorder* (doença afetiva), cunhado pelo renomado psiquiatra inglês Henry Maudsley (1835-1918) (AKISKAL, 2000).

O termo “humor” substituiu o termo “afetivo” sob a influência da psiquiatria norte-americana a partir da terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), por considerar-se que se trata de um estado emocional mantido, e não meramente a expressão externa, isto é, afetiva, do estado emocional atual. Os transtornos do humor são, então, definidos como síndromes, ao invés de doenças específicas, consistindo em conjuntos de sinais e sintomas mantidos por um período de semanas a meses que diferem marcadamente do funcionamento habitual da pessoa e tendem à recorrência de modo periódico ou cíclico. O DSM influenciou o capítulo V – Grupo dos Transtornos Mentais e do Comportamento, da décima edição da Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992) –, no qual as depressões estão também classificadas no âmbito dos chamados transtornos do humor (Grupo F30-F39).

A despeito de todas as denominações e classificações, os sintomas centrais da depressão continuam sendo: a tristeza sem motivo justificável, o desânimo, o desinteresse pela vida e pelo trabalho, a irritabilidade, a inapetência e a insônia. O sentimento de vazio, de falta de sentido na vida e de esgotamento caracterizam os casos mais graves, chegando às ideias e tentativas de suicídio. Outro aspecto importante da depressão é o silêncio, a dificuldade de falar que o deprimido apresenta.

A iconografia da melancolia se caracteriza por um personagem sentado, a cabeça apoiada na mão, numa atitude de meditação sobre a morte, conforme a famosa obra de Dürer referida anteriormente (PRIGENT, 2005). A melancolia atravessa 2.500 anos de história da civilização ocidental carregando essa ambiguidade e polissemia: um bem, um mal, uma doença. Um termo, uma palavra, um significante poderoso a respeito da humanidade.

Neste ensaio, busco articular o termo depressão com as peculiaridades do mal-estar contemporâneo no trabalho, utilizando dados de noticiários, bibliografia especializada, nacional e internacional, e da prática clínica em psiquiatria e pesquisa em saúde mental do trabalhador. A melancolia fica, então, neste ensaio, com sua dupla função histórica herdada da Antiguidade: o de doença que acomete o corpo e o de inspiração que reflete sobre a vida e a morte dos homens a partir de uma posição eminentemente subjetiva.

A depressão e a história

Se há consenso em considerar que o termo depressão é, historicamente, sucedâneo do termo melancolia, não podemos, entretanto, equivaler os dois termos do ponto de vista clínico-conceitual. Atualmente, o termo melancolia não habita mais as classificações psiquiátricas. As depressões são avaliadas em gradações que vão de leves a graves, passando pelas moderadas, com e sem sintomas psicóticos. Assim, não há epidemiologia da melancolia. Há epidemiologia dos transtornos do humor, e os dados referentes às depressões surpreendem tanto pelo aumento de sua incidência, quanto pelas mudanças no perfil da idade de acometimento e pela gravidade da evolução desses quadros nas últimas décadas no mundo, conforme veremos a seguir. Assim, para a finalidade deste ensaio, guardaremos da melancolia apenas a sua atitude reflexiva preservada na iconografia ocidental.

Segundo o capítulo sobre transtornos de humor do livro-texto de psiquiatria mais influente da atualidade – o *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, em sua sétima edição (2000) – cuja apresentação é assinada por Hagop Akiskal, psiquiatra norte-americano líder nas pesquisas sobre as chamadas *affective disorders*, entre as quais se incluem as depressões –, há unanimidade também em considerar a depressão como incapacitante. Os estudos epidemio-

lógicos mais rigorosos revistos nesse capítulo indicam que os transtornos depressivos afligem pelo menos 20% das mulheres e 12% dos homens em algum momento de suas vidas (AKISKAL, 2000). De acordo com a OMS², no ano 2000, a depressão foi a principal causa de incapacidade no mundo avaliada pelo índice de anos vividos com incapacidade (AVIs) e a quarta causa de perda de dias de produção. A OMS prevê que, em 2020, a depressão será a segunda causa de perda de dias de trabalho por doença no mundo.

Outro consenso é que, apesar da disponibilidade de tratamentos considerados eficazes, como antidepressivos, psicoterapias e até eletroconvulsoterapia, as pessoas com depressão ficam incapacitadas e as taxas de suicídio – o qual ocorre em 15% dos casos de transtornos depressivos – não se alteram, eventualmente aumentam, e são maiores em homens jovens e, especialmente, nos idosos. Apesar de os transtornos depressivos serem mais incidentes e prevalentes em mulheres, mais homens morrem por suicídio (AKISKAL, 2000).

Desde as últimas duas décadas do século XX, tanto nos Estados Unidos da América (EUA) como em volta do globo, estudos epidemiológicos de seguimento em comunidades de pesquisa demonstram um nível de cronicidade mais alto (15% a 20%) para os transtornos depressivos que o índice de 5% indicado por Emil Kraepelin no início do século XX na Alemanha. Entretanto, o dado mais impressionante é a tendência de aumento da prevalência de depressão em grupos mais jovens em comparação com os grupos mais velhos nas coortes nascidas depois da Segunda Guerra Mundial. Isto é, parece que aqueles nascidos depois de 1945 têm maior risco de desenvolver depressão mais cedo que os nascidos antes da guerra, tendência essa observada nos EUA, na Suécia, na Alemanha, no Canadá e na Nova Zelândia. Evidencia-se, então, nesses estudos, uma diminuição progressiva da idade de início dos transtornos depressivos. Os dados de suicídio acompanham as tendências dos transtornos do humor: as taxas de suicídio são maiores nos jovens hoje do que foram para os jovens de há trinta anos. As taxas de suicídio em adultos mais velhos aumentaram 25% desde 1980 (BLAZER, 2000).

Apesar de a virada do século XX para o XXI ter sido dedicada à pesquisa do cérebro e do genoma como fontes de explicação dos bens e dos males humanos, o fato de o risco para transtornos depressivos ter aumentado dramaticamente para todas as idades a partir de 1965-1975, estabilizando-se desde então em um nível alto de incidência, é explicado, pelos epidemiologistas mais exigentes, como um efeito do tempo histórico. A incerteza de emprego entre os jovens universitários norte-americanos e a tendência a retardar o casamento durante os anos 1990 são considerados possíveis fatores de determinação do risco maior de depressão e suicídio entre esses jovens (BLAZER, 2000).

² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en>. Acesso em: 08 jan. 2011.

O efeito de idade observado com mais consistência no que se refere aos transtornos do humor no século XX é a associação positiva entre idade jovem e suicídio em homens brancos nos EUA. Ou seja, os jovens estão mais vulneráveis ao tempo histórico e estão sofrendo mais o incêndio da depressão. Uma pessoa jovem que experimenta um episódio de depressão tem tendência a apresentar episódios depressivos graves sequenciais por muitos anos. Então, os epidemiologistas dizem que os clínicos podem esperar ver a coorte de jovens enfrentar o incêndio da depressão por um longo tempo. Concluem que, paradoxalmente, apesar de ser a geração mais afluyente do século XX, os adultos jovens parecem estar diante do maior risco de depressão devido a uma série de fatores que chamam de ambientais: crescente urbanização, isolamento social e anomia, mudanças nos lugares de trabalho, no emprego e na carreira profissional (tanto para os homens, como para as mulheres), crescentes laicização e mobilidade geográfica (BLAZER, 2000).

A maioria dos estudos epidemiológicos também revela uma relação entre os eventos de vida considerados estressantes, especialmente os negativos, o estresse crônico e o cotidiano com o início e a evolução dos transtornos depressivos. O acúmulo de eventos de vida estressantes, entre os quais se incluem, além de mortes, separações e doenças graves, início em um trabalho novo e mudanças nas condições de trabalho, parece predispor uma pessoa a episódios de depressão (BLAZER, 2000).

A partir de revisão sistemática da totalidade de estudos longitudinais na base *ISI Web of Science* e *PubMed*, Vieira (2009) encontrou o *burnout*, reconhecidamente uma medida de estresse crônico no trabalho, associado a maior risco prospectivo de doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas, hipercolesterolemia, diabetes e depressão clínica. *Burnout* está associado também a maior risco prospectivo de absenteísmo do trabalho por doença.

O desemprego, não há dúvidas, é fator de risco consolidado para depressão no mundo do trabalho. Blazer (2000) relata dois estudos epidemiológicos norte-americanos que encontraram associação entre depressão e (des)emprego:

- No *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) (1981), homens e mulheres desempregados por pelo menos seis meses nos cinco anos anteriores à participação no estudo apresentaram uma tendência três vezes maior de sintomas depressivos;
- No *National Comorbidity Survey* (NCS) (1991), o risco de depressão na população em idade ativa é três vezes maior em pessoas desempregadas do que entre as que estão trabalhando. Mas o tipo de ocupação também pode ser risco para depressão, com as donas de casa (*homemakers*) correndo um risco quase três vezes maior de sofrer depressão em relação aos demais trabalhadores ocupados.

No Brasil, Almeida Filho (1981), em estudo epidemiológico envolvendo amostra representativa de 1.549 adultos residentes em um bairro pobre da periferia da cidade de Salvador, Bahia, mostrou que, após o controle de variáveis como idade, sexo, estado civil, educação, *status* migratório e procedência, continuou existindo uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis desemprego e sofrimento mental patológico avaliada através de inquérito psiquiátrico estruturado e validado. Nem pobreza, nem migração, mas ser trabalhador desempregado está associado a adoecimento mental.

Ou seja, atualmente, mesmo sem recorrer às pesquisas e à literatura especializadas em Saúde Mental e Trabalho, podemos encontrar as condições de trabalho, incluindo a falta de emprego e a insegurança nele, como variáveis comprovadamente determinantes dos índices de depressões.

Transtornos mentais no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS): o lugar da depressão

Segundo os dados da Dataprev, em 2009 (BRASIL, 2011), acerca do acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários e acidentários, concedidos conforme códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), e segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os Transtornos Mentais e do Comportamento (F00-F99) ocupam o terceiro lugar em número de auxílios-doença concedidos, sendo o primeiro lugar ocupado pelas “Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas” (S00-T98) e o segundo lugar ocupado pelas “Doenças do sistema osteomuscular e outras conseqüências de causas externas” (M00-M99). Metade dos auxílios-doença previdenciários por transtornos mentais é devida a transtornos do humor (F30-F39), sendo que 80% destes são depressões (F32-F34). Ou seja, a tendência observada nos outros países em relação às depressões serem uma das principais causas de afastamento do trabalho é também observada no Brasil.

Quanto aos auxílios-doença acidentários por transtornos mentais e do comportamento concedidos em 2009, metade se deve a transtornos do humor (F30-F39), sendo que destes 90% são depressões (F32-F34). Ou seja, está acontecendo, por parte do setor de perícias médicas do INSS, o reconhecimento de algumas depressões como relacionadas ao trabalho. Se tomarmos como referência os dados referentes a benefícios acidentários de 2006, 2007 e 2008 divulgados nos anuários estatísticos de acidentes do trabalho dos respectivos anos (BRASIL, 2006, 2007, 2008), podemos verificar que, em 2006, constavam no total apenas 389 casos de episódios depressivos. Em 2007, com o advento do nexo técnico epidemiológico, foram registrados 3.601 casos de episódios depressivos e 291 casos de transtornos depressivos recorrentes. Em 2008, foram registra-

dos 5.208 casos de episódios depressivos e 981 casos de transtornos depressivos recorrentes. Não só esses números como os que se seguem nos anos subsequentes merecem uma análise mais aprofundada.

A edição inicial da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, instituída pela Portaria nº 1.339/GM, Ministério da Saúde, de 18 de novembro de 1999, na qual encontramos arrolados para os episódios depressivos apenas os agentes etiológicos e fatores de natureza ocupacional de características neurotóxicas, como solventes e metais pesados, é falha nesse ponto. A restrição da determinação ocupacional de quadros depressivos aos fatores de risco de ordem neurotóxicos não se justifica em nenhum nível de avaliação. A despeito da elaboração de hipótese de intoxicação ocupacional, em casos que inicialmente apresentam características clínicas de depressão e ansiedade, ser de extrema importância para o diagnóstico precoce e a prevenção de demências (RAMOS, 1998; RAMOS; JARDIM; SILVA-FILHO, 2004), a depressão tem suas determinações causais muito além das intoxicações, conforme vimos acima no que se refere à dimensão sócio-histórica e veremos mais à frente.

A depressão e o social: de novo o “mal do século”

“Suporte social” é um aspecto do entorno social que tem recebido atenção crescente nas pesquisas recentes, tanto na avaliação das doenças físicas, quanto mentais. Os epidemiologistas e sociólogos chamam “suporte social” ao aporte de retorno significativo, adequado e de proteção a partir do ambiente social que permite a uma pessoa negociar com os estressores do ambiente (BLAZER, 2000).

Os estudos já clássicos de Leighton (1959) e seus colaboradores na década de 60 do século passado comprovaram que, para todas as faixas etárias, as taxas de depressão e outros transtornos mentais foram maiores em comunidades socialmente desintegradas, correlacionando a qualidade do funcionamento geral da comunidade e o nível geral de psicopatologia.

Julia Kristeva, escritora e psicanalista, em entrevista a Dominique-Antoine Grisoni, em 1987, para a *Magazine Littéraire* (e republicada em novembro de 2005), se pergunta: “Se a melancolia é de novo o ‘mal do século’, se o número de depressões aumenta, isso não se passa em um contexto social onde os laços simbólicos estão rompidos?” (KRISTEVA, 2005, p. 26). Diz ainda:

Nós vivemos uma fragmentação do tecido social que não oferece qualquer segurança, mas ao contrário, uma incitação à fragmentação da identidade psíquica que vivencia o deprimido. (p. 26)

Christophe Dejours, que dirige o Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação do *Conservatoire National des Arts et Métiers* (Conservatório de Artes e

Ofícios), em Paris, França, onde estuda há mais de trinta anos a relação entre trabalho e doença mental, lançou seu mais recente livro intitulado *Suicide et travail: que faire?* (DEJOURS; BÈGUE, 2009), em que aborda a onda de suicídios no trabalho ocorrida recentemente na França e em outros países. Em entrevista recente, observa que o que é muito novo é a emergência de suicídios e de tentativas de suicídio no próprio local de trabalho, um fenômeno que começou a acontecer na França há apenas 12-13 anos e que atinge todos os países ocidentais. Considera, então, que essa é:

uma mensagem brutal, a pior que se possa imaginar – mas não é uma chantagem, porque essas pessoas não ganham nada com o suicídio. É dirigida à comunidade de trabalho, aos colegas, aos subalternos, à empresa. (DEJOURS, 2010)

Lembra que, no passado, os suicídios ligados ao trabalho ocorriam entre agricultores, assalariados e pequenos proprietários cuja atividade tinha sido destruída pela concorrência das grandes explorações. Esses casos não deixaram de ocorrer, mas a onda de suicídios na indústria se sobrepõe a esses. Para Dejours, o que mudou nas empresas foi a organização do trabalho, especialmente a introdução de novos métodos de avaliação individual do desempenho e de técnicas ligadas à chamada “qualidade total”: “o que mudou é que as solidariedades desapareceram” e sentencia, ainda, que “a destruição pelos gestores dos elos sociais no trabalho fragiliza a todos perante a doença mental” (DEJOURS, 2010). Chama também a atenção para o fato de que as pessoas que mais estão sofrendo a violência da nova organização do trabalho são as que estão mais envolvidas com o trabalho e que, quando são injustamente acusadas ou pressionadas por, por exemplo, não serem coniventes com uma atitude errada que vai contra o código do trabalho, passam então a sofrer rechaços e humilhações ou sucumbem psiquicamente. Salienta ainda que os métodos de dominação atual na organização do trabalho para a qualidade total tendem a destruir o mundo social e aponta para o absurdo de, hoje em dia, o envolvimento demorado com o trabalho representar um verdadeiro perigo.

Essa é também nossa experiência clínica no Programa de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores (PRASMET) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): são os trabalhadores mais dedicados e competentes no exercício de seu trabalho que adoecem gravemente diante de situações de impasses incontornáveis da organização do trabalho, tais como excesso de demanda e responsabilidade, desproteção e culpabilização em situações de violência, como assaltos no trabalho e acidentes, chantagens e ameaças por parte de superiores na hierarquia, humilhações e rechaços no ambiente de trabalho (BUCASIO et al., 2005; VIEIRA et al., 2006).

O sociólogo Richard Sennett também estudou as características da organização do trabalho no “novo capitalismo”. Para ele, “flexível” é a nova ordem do trabalho que opera através de três dispositivos principais: a reinvenção descontínua de instituições, a especializa-

ção flexível de produção e a concentração de poder sem centralização (SENNETT, 2000). A reinvenção descontínua de instituições – conhecida como reengenharia ou reestruturação produtiva – produz uma ruptura entre o presente e o passado por meio da mudança flexível que ataca a rotina burocrática. A hierarquia piramidal fordista é substituída por redes horizontais flexíveis, levando à desagregação vertical. A operação pode ser feita através de programas de computador que identificam rapidamente as células pouco produtivas ou ineficientes, orientando a remoção de camadas (*delayering*) e oferecendo a um número menor de administradores controle sobre um número maior de subordinados e ainda conferindo aos membros de uma ilha múltiplas tarefas a cumprir, sobrepondo-as. O fato mais destacado dessa estratégia é a redução de empregos. A especialização flexível enfatiza a inovação em resposta à demanda do mercado, mudando-se as tarefas que os operários têm que fazer semanal ou até diariamente. A terceira característica do regime flexível é a concentração sem centralização, que promete a descentralização do poder conferindo ao trabalhador das camadas mais baixas acesso ao controle do seu trabalho, mas, em contrapartida, todo o tempo do trabalhador passa para as mãos do administrador (o flexitempo). O trabalho é descentralizado, o poder sobre o trabalhador é mais direto. Trabalhar em casa é a última ilha do novo regime. A ilha (o local e as características) de produção também pode mudar de acordo com as necessidades e as decisões dos “andares de cima”, também bastante flexíveis. Essa é a organização do trabalho da “qualidade total”, em que se espera que o trabalhador ou “colaborador” não tenha qualidade especial alguma, que se adapte em qualquer posto a qualquer tempo: o homem sem qualidades (SENNETT, 2000).

Em abril de 1998, a frase “Aqui jaz a categoria” estava escrita a caneta esferográfica numa folha amarfanhada e espetada em uma cruz de gravetos, que por sua vez se equilibrava em uma montanha de papéis, caixas e pastas desalojadas de gavetas, arquivos e armários de vários departamentos administrativos, incluindo o Serviço de Psicologia, o Serviço Médico e o Serviço Social da Companhia do Metropolitano do Rio de Janeiro, o Metrô carioca. No chão, em volta, repousavam caídas e vazias algumas garrafas de vinho que denunciavam de modo ainda mais explícito o gosto de fim de festa. O Metrô havia sido concedido para exploração de suas linhas, por vinte anos, a uma empresa portenha que não precisava mais da “categoria” dos metroviários. Fui chamada ali como psiquiatra. Havia trabalhado no Metrô no período de 1990 a 1992. Em 1998, testemunhei, então, o avesso das marcas subjetivas da construção de uma categoria profissional que havia observado e descrito na minha tese de doutorado pelo IPUB/UFRJ (JARDIM, 1994). O Metrô carioca, que em 1982 havia começado a operar suas linhas, agonizava em crise no início da década de 1990 e, no final dessa mesma década, demitia a sua “categoria” e privatizava as linhas. Essa imagem de morte em vida, de vida subjetiva descartável, parece emblemática desse panorama epidemiológico da depressão na contemporaneidade.

À guisa de conclusão: mais além do emprego, o trabalho como lugar e valor simbólico

A chamada cultura ocidental moderna tem se organizado em torno do trabalho, ou seja, da produção de objetos como valor mediador das trocas sociais, a ponto de o trabalho se tornar um ideal, um gosto, uma vocação, uma nobreza, “ser trabalhador”, “ser profissional”. “Ser trabalhador” torna-se para nós uma marca, uma insígnia (JARDIM; SILVA FILHO, 1996).

Em seu Seminário nos anos de 1968 a 1969, intitulado *De um Outro ao Outro*, Jacques Lacan afirma que foi necessária a absolutização do mercado, chegando a englobar o próprio trabalho, para que a mais-valia aparecesse no discurso como esse trabalho não remunerado embora pago de acordo com a consistência do mercado (LACAN, 2008).

Recentemente, o psicanalista Charles Melman retomou esse ponto de articulação da economia política de Karl Marx com a psicanálise de Lacan para abordar o mal-estar na contemporaneidade, aproximando-se de nosso tema sobre as depressões e o trabalho:

O valor do escravo é efetivamente esse objeto que Marx pôde isolar como sendo o da mais-valia, objeto que é também o do saber, pois Lacan observa que o saber está do lado do escravo, é ele que sabe como transformar a matéria, é ele que sabe cultivar a terra, é ele que sabe construir. Assim, esse objeto é também o do saber, do qual o mestre quer se apropriar. (MELMAN, 2009, p. 361)

Entretanto, a acumulação desses objetos, na sua forma de capital ou de coleções milionárias ou descartáveis, prepondera em importância à própria troca social que a sustenta. Assim, os sujeitos motores da produção tornam-se absolutamente dispensáveis:

Mas se o valor está do lado do escravo, inclusive o saber, o mestre tem algum valor? Há vários tipos de mestre. [...] O mestre capitalista é muito diferente, ele zomba da dignidade humana, ele não precisa mais dela para ser um mestre, basta-lhe ter acumulado todos esses objetos que constituem o capital. Por que é que o escravo lhe obedece? Porque ele precisa viver! Eu insisto aí também, que escolha? O que é que ele pode inventar? (MELMAN, 2009, p. 361)

Os escravos têm escolhido a morte, abalando concepções e estatísticas de mortalidade referida ao trabalho em empresas ao redor do mundo, inclusive na França e no Brasil. Conforme Dejours e Bègue (2009, p. 7), “os suicídios e as tentativas de suicídio nos locais de trabalho aparecem na maioria dos países ocidentais ao longo dos anos 90”. Além dos suicídios, podemos destacar ainda a ocorrência do *karoshi*, literalmente, morte por excesso de trabalho, no Japão.

Melman (2009) lembra que o interesse das organizações é nos indivíduos e nas estatísticas correspondentes e não nos sujeitos, que são sujeitos de desejo

– e o desejo sempre desorganiza as coisas.³ O mesmo psicanalista diz ainda:

[...] partimos de uma comunidade com um bem comum e chegamos a essa estranha privatização, em que aqueles que estão na posição de mestres organizam agora uma sociedade à parte. É uma sociedade, a sociedade dos mestres, muito particular, à medida que ela não tem mais bem comum. Entre os mestres não há senão a concorrência, não há mais solidariedade, não há mais reconhecimento de outrem como um semelhante, e para essa sociedade de mestres não há mais lei. Do outro lado, há os excluídos, os excluídos da comunidade, os excluídos disso que era um bem público, ou seja, aqueles cuja humanidade é negada. (MELMAN, 2009, p. 357)

Negar o trabalho é negar a humanidade. Mas em que termos?

Toda organização do trabalho exclui o sujeito. Então, cabe a cada sujeito inventar um lugar na rede de relações sociais. O que é insuportável é não haver nenhuma possibilidade de lugar para sujeito do trabalho, para ação, para ato, criação, trabalho vivo, portanto, para o desejo. É inadmissível, pois aponta para o totalitarismo nas relações sociais, que o único lugar deixado para o sujeito seja o da passagem ao ato, no suicídio, a falácia da cooperação ou a exclusão pelo desemprego ou doença.

Será, então, mais uma vez, todo esse excesso de depressão, o anúncio desse grande mal-estar no social? De ruptura do laço social? Da ausência de valor para o trabalho real?

Sem pretender responder a essas questões tão amplas quanto candentes e na busca de sustentá-las, cabe-nos lembrar da iconografia da melancolia com seu olhar perdido no horizonte nos fazendo inquirir sobre nós mesmos, nossos ideais, nossos feitos, nossa vida e nossa morte.

Na cultura ocidental moderna que já há muito atingiu também o Oriente, o trabalho tem sido um bem simbólico que articula ordem individual e ordem coletiva em laço social. Quando esse laço é abalado, desamarrado por políticas e medidas econômicas nacionais, internacionais ou empresariais que rompem ou esgarçam esse contrato, o valor trabalho, enquanto bem simbólico, também entra em derrisão. O que não fica imediatamente aparente é que os sujeitos estão profundamente marcados por esse valor enquanto constitutivo de sua própria identidade. Esses efeitos subjetivos são difíceis de medir a curto prazo, mas parece que estão se revelando nos números epidêmicos presentes nas estatísticas das últimas décadas, descritas ao longo deste artigo, e que já preenchem páginas de livros especializados bem estabelecidos.

Mesmo assim ainda resta tentar articular melhor por que seria a depressão e não outra forma de adoecimento que vem tomando todo esse vulto nas grandes e pequenas estatísticas. Para isso, podemos recorrer ao famoso ensaio de Sigmund Freud, *Luto e Melancolia*. Nesse texto, Freud opta por correlacionar a melancolia, enquanto patologia, com o luto, enquanto uma experiência de vida normal e acessível a todos nós. Segundo suas próprias palavras:

O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal etc. Entretanto, em algumas pessoas – que por isso suspeitamos portadores de uma disposição patológica – sob as mesmas circunstâncias de perda, surge a melancolia, em vez de luto. (FREUD, 2006, p. 103)

Considerando que Freud chama de melancolia o que nos termos atuais chamamos de depressão grave, a melancolia e o luto compartilham também quase todos os traços clínicos, como o estado de ânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar e a inibição geral da capacidade de realizar tarefas. Excetua-se um traço, a autodepreciação de cunho delirante, que é exclusiva da melancolia. É essa depreciação do “sentimento-de-Si” que pode levar às ideias de autoextermínio e ao suicídio efetivamente. Já o trabalho do luto culmina liberando o sujeito para suas atividades normais (FREUD, 2006).

Tanto a melancolia, quanto o luto são reações a perdas. De acordo com a psicanálise, não faz diferença se o objeto amado e perdido em questão é uma pessoa ou um ideal, isto é, se é um objeto externo ou um objeto interno. Por isso, podemos articular a perda do emprego ou a ameaça de perdê-lo com o luto ou com a melancolia de acordo com cada caso. Conforme vimos acima, o luto e a melancolia compartilham as mesmas circunstâncias de perda. Por isso, também podemos articular os casos de suicídio no trabalho, referidos acima por Dejours (2010), com a dedicação exaustiva ao trabalho, caracterizando uma via melancólica de reação à perda do ideal internalizado.

Assim, sem pretender esgotar o tema e sim buscando trazê-lo mais para o foco da discussão, a articulação entre o que temos assistido nas estatísticas das depressões no mundo e a precarização das relações de trabalho quase se coloca por si. Se o trabalho não é o nosso único valor, ocupa sem dúvida certa centralidade tanto em relação à subsistência, quanto à inserção social e à constituição subjetiva, num mesmo laço.

Há, do ponto de vista da pesquisa, muitos meandros a serem explorados, e este ensaio pretende ser um estímulo a esses estudos. Entretanto, diante de

³ Como me disse outro dia uma paciente que é artista e trabalha em uma empresa: “A criação é uma zona de desconforto”. Ela falava da dificuldade de sustentar a direção de arte dentro da empresa em que trabalha, onde a produtividade é priorizada, ao mesmo tempo em que apontava o desconforto próprio à criação.

cada caso clínico que nos chega ou de suicídios que se concretizam, não há como esperar. O que fazer?

Essa é a pergunta que não pode calar e que alimenta a nossa prática clínica em cada dia de nossos ambulatorios, onde atendemos trabalhadores empre-

gados, desempregados, adoecidos, em auxílio-doença, aposentados por doença, com risco de perda de emprego, sem acesso à reabilitação profissional, ou seja, sujeitos marcados pelo ideal do trabalho, mas vivendo num mundo em que o estatuto social desse valor está em derrisão.

Referências

- AKISKAL, H. Mood disorders: introduction and overview. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1284-1298.
- ALMEIDA FILHO, N. Força de trabalho e saúde mental em um setor urbano de Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 463-470, 1981.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd. ed., Washington, DC, 1980.
- BLAZER, G. B. Mood disorders: epidemiology. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1298-1308.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília: MTE, MPS, 2006. Disponível em < http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_090519-153718-038.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2011.
- _____. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília: MTE, MPS, 2007. Disponível em < http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_090519-153719-033.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2011.
- _____. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília: MTE, MPS, 2008. Disponível em < http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_091125-174455-479.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2011.
- _____. Ministério da Previdência Social, 2011. *Auxílios-doença acidentários e previdenciários segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=502>>. Acesso em: 05 abr. 2011.
- BUCASIO, E. et al. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 86-89, jan./abr. 2005.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CLAIR, J. *L'art de la mélancolie*: depoimento. [out.-nov., 2005]. Entrevistador: Pierre Assouline. Paris: Le Magazine Litteraire.
- DEJOURS, C. Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal: depoimento. [01 de fevereiro, 2010]. Entrevistador: Ana Gerschenfeld. Lisboa: Público. Disponível em : <http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732>. Acesso em: 10 fev. 2010.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicide et travail: que faire?* Paris: PUF, 2009.
- FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. 2: 1915-1920. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 99-122.
- JARDIM, S. R. *Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos de metrô do Rio de Janeiro*. 1994. 314 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria)–Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.
- JARDIM, S.; SILVA FILHO, J. F. Profissão: identificação e projeto. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 101-109, 1996.
- KRISTEVA, J. Les abîmes de l'âme: depoimento. [out.-nov., 2005]. Entrevistador: Dominique-Antoine Grisoni. Paris: Le Magazine Littéraire.
- LACAN, J. (1968-69). *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LACAN, J. (1969-70). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LEIGHTON, A. *My name is legion*. New York: Basic Books, 1959.
- MELMAN, C. O público e o privado (Conferência proferida na Universidade de Bogotá, em 21 de fevereiro de 2002). In: _____. *Para introduzir à psicanálise nos dias de hoje*. Porto Alegre: CMC, 2009. p. 355-364.
- PRIGENT, H. *Mélancolie: les metamorphoses de la dépression*. Paris: Gallimard, 2005.
- RAMOS, A. Aspectos psiquiátricos da intoxicação ocupacional pelo mercúrio metálico: relato de um caso clínico. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 200-206, 1998.
- RAMOS, A.; JARDIM, S. R.; SILVA-FILHO, J. F. Solvent-related chronic toxic encephalopathy as a target in the

worker's mental research. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 4, p. 757-769, 2004.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

VIEIRA, I. *Utilidade clínica do conceito de burnout: revisão sistemática de estudos longitudinais*. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental)– Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 352-356, set./dez 2006.