

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI

**SAÚDE MENTAL NO TRABALHO – SUJEITO, SINTOMA E CLÍNICA:
POR UMA INCIDÊNCIA DO DISCURSO PSICANALÍTICO NO CAMPO DA SAÚDE
DO TRABALHADOR**

CURITIBA

2014

ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI

**SAÚDE MENTAL NO TRABALHO – SUJEITO, SINTOMA E CLÍNICA:
POR UMA INCIDÊNCIA DO DISCURSO PSICANALÍTICO NO CAMPO DA SAÚDE
DO TRABALHADOR**

**Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Educação, Setor de Educação, Universidade
Federal do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Educação.**

**Orientador: Prof. Dr. José Henrique de Faria
Coorientador: Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba**

CURITIBA

2014

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
BIBLIOTECA CENTRAL - UFPR

Ragnini, Elaine Cristina Schmitt.

Saúde mental no trabalho – sujeito, sintoma e clínica : por uma incidência do discurso psicanalítico no campo da saúde do trabalhador / Elaine Cristina Schmitt Ragnini. – Curitiba, 2014.
194f. : il.

Orientador: José Henrique de Faria

Coorientador: Vinícius Anciães Darriba

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação.
Inclui Bibliografia.

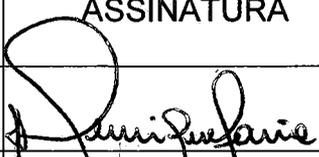
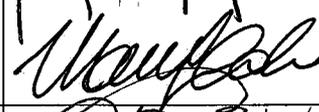
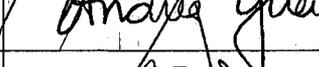
1. Saúde mental. 2. Trabalhadores – Saúde mental. 3. Psicanálise.
4. Medicina do trabalho. I. Faria, José Henrique de. II. Darriba, Vinícius Anciães. II. Título. III. Universidade Federal do Paraná. Setor de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação.

CDD 158.7

PARECER

Defesa de Tese de **ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI** para obtenção do Título de DOUTORA EM EDUCAÇÃO. Os abaixo assinados: DR. JOSÉ HENRIQUE DE FARIA (Presidente), DR. MAURÍCIO JOSÉ D'ESCRAGNOLLE CARDOSO, DR. RAFAEL RODRIGO MUELLER, DR^a ANDRÉA MÁRIS CAMPOS GUERRA e DR. FRANCISCO HASHIMOTO (Membros Titulares) arguíram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Tese: **"SAÚDE MENTAL NO TRABALHO – SUJEITO, SINTOMA E CLÍNICA: POR UMA INCIDÊNCIA DO DISCURSO PSICANALÍTICO NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR"**.

Procedida a arguição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de DOUTORA EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
DR. JOSÉ HENRIQUE DE FARIA		APROVADA
DR. MAURÍCIO JOSÉ D'ESCRAGNOLLE CARDOSO		APROVADA
DR. RAFAEL RODRIGO MUELLER		APROVADA
DR ^a ANDRÉA MÁRIS CAMPOS GUERRA		APROVADA
DR. FRANCISCO HASHIMOTO		APROVADA

Curitiba, 31 de março de 2014.



Prof.ª Dr.ª Monica Ribeiro da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação

Prof.ª. Dra. Monica Ribeiro da Silva
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Educação
Matrícula: 125750



Dedico este trabalho ao Lorenzo, pela alegria que confere à vida, pelo amor e pela forma como suportou os períodos de ausência da mãe nestes anos empenhados na elaboração da tese.

Ao Humberto, por sua companhia inestimável, por seu amor e pelo apoio aos meus projetos.

Aos meus pais, pelo amor que sempre tiveram pelos filhos. E também porque, sem saber, conduziram-me ao universo do trabalho e da clínica.

AGRADECIMENTOS

Escrever é colocar-se em ato. Um ato que pressupõe um desejo, que se desvela pela escrita, e a condição de suportar suas consequências. Trata-se de um processo exigente, que deixa marcas. E também que não se trilha sozinho. Pelo fato de tê-lo colocado a termo, cabem aqui alguns agradecimentos.

Agradeço ao Humberto e ao Lorenzo por todo amor, pela convivência feliz, por tudo que me proporcionam na vida e por sempre estarem ao meu lado nesse tempo dedicado à tese.

Agradeço aos meus pais pelo exemplo de pessoas que são, pelo amor e por terem nos recebido nos momentos cruciais de elaboração da tese.

Agradeço às minhas famílias Schmitt e Ragnini, por tudo o que fizeram por nós durante o processo de escrita da tese. Pelo apoio, ajuda e compreensão, muito obrigada. Quero agradecer especialmente aos meus sogros, minhas cunhadas, concunhados e sobrinhos por receberem "meus meninos" nos momentos em que tive que me ausentar para fazer a tese. E também à minha irmã e cunhado e à Tia Nadir, por cuidarem de mim nos dias em que passei na casa da minha infância para finalizar a tese.

Aos amigos que acompanharam, que sentiram a ausência e que sempre se importaram com a construção do trabalho, agradeço carinhosamente. Espero que a ausência nos encontros, nas festas e em alguns momentos especiais possa ser motivo de desejarmos muitos outros momentos em companhia dos amigos, agora para contar um pouco mais dessa trajetória e do que aprendi com ela.

Aos parceiros e colegas de trabalho que sustentaram meu afastamento da Universidade, que se interessaram pelos caminhos que eu trilhava, que me ajudaram com leituras de textos e debates. Agradeço especialmente ao Maurício, pela leitura do Seminário 16 de Lacan e pelas discussões sobre o tema da tese, e à Rosane, pelas trocas e debates.

Agradeço à UFPR e seu Departamento de Psicologia pela concessão do afastamento do trabalho para qualificar e escrever a tese. Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPR, lugar que me recebeu e deu condições institucionais para o desenvolvimento da tese. E à Secretaria do PPGE pela solicitude, especialmente à Sandra, Cinthia, Patrícia e Amanda.

Agradeço a todos os professores com os quais pude tecer trocas profícuas no percurso dos créditos. Agradeço especialmente aos professores José Henrique de Faria, Vinicius Darriba, Nadja Pinheiro, Mauricio D'Escragnolle, Acácia Kuenzer, Lígia Klein e Astrid Avila.

Agradeço aos meus colegas de doutorado, que sempre foram parceiros e gentis na convivência e nas trocas necessárias ao doutorado. Agradeço com carinho à Amanda, Inge, Walesca, Marcio e Céuli.

Agradeço à Antônia, à Léia e à Patricia pela revisão, editoração e tradução da tese e seu resumo. Como é importante contar com pessoas competentes e dedicadas.

Agradeço aos professores que fizeram parte da Banca de Qualificação de tese, pela leitura cuidadosa, pelas ricas sugestões bibliográficas e de encaminhamento para a tese. Andréa, Rafael e Mauricio, vocês foram preciosos para o processo. E ao professor Francisco, pela oportunidade da troca na Banca de Defesa e pelo pronto aceite ao convite.

Ao professor José Henrique de Faria, obrigada por ter me acolhido mais uma vez como orientanda e por ter concordado com meu projeto. Seus ensinamentos e sua dedicação à docência são sempre inspiração para o trabalho. Obrigada pelo afeto, pela exigência, pela crítica e por todo cuidado que sempre teve com seus orientandos.

Ao professor Vinicius Anciães Darriba, agradeço pela generosidade ao me acolher na coorientação, por me guiar pelas trilhas da psicanálise, pela dedicação ao indicar leituras, ao ler o texto, pela firmeza no encaminhamento da orientação, pelo rigor teórico e conceitual, pela gentileza ao escutar e pela amizade.

Sem dúvida, o trabalhador é o lugar sagrado desse elemento conflituoso que é a verdade do sistema, e que emerge quando um saber, sustentado de forma tão mais perfeita quanto mais é idêntico à sua própria percepção no ser, dilacera-se em algum ponto.

Jacques Lacan, *De um Outro ao outro.*

RESUMO

A depressão é atualmente a principal causa de incapacitação para o trabalho em professores de uma instituição de ensino superior pública federal. Esse quadro revela uma tendência universal prevista pela Organização Mundial da Saúde. As teorias e práticas constituídas no campo que faz a interface da saúde com o trabalho e se disponibiliza a tratar desses pacientes, atribuem a causa do adoecimento ou ao organismo/corpo ou aos processos sociais de trabalho. Diante disso, compreende-se que há uma insuficiência nas teorias e práticas concernentes ao campo, já que estas desconsideram o sujeito do inconsciente na compreensão do adoecimento psíquico. Parte-se do discurso psicanalítico para inferir que os quadros diagnósticos de depressão, em sua relação com o trabalho, são um sintoma social que sinaliza o mal-estar do sujeito com a civilização na atualidade. Para tal, resgata-se em Sigmund Freud o conceito de mal-estar em sua relação com a sexualidade humana e busca-se em Jacques Lacan a referência da teoria dos discursos para compreender que a depressão é uma doença do laço social. Portanto, a incidência do discurso psicanalítico neste campo da saúde e trabalho resgata e põe em cena o sujeito do inconsciente, e com isso questiona: a construção diagnóstica da depressão; as formas de tratamento para esse adoecimento psíquico; a medicalização do sofrimento e da tristeza; o ideal de saúde e bem-estar em vigor na sociedade; e a naturalização e a universalização da doença. Aposta-se no discurso psicanalítico e seus efeitos na civilização e no campo da saúde e trabalho, como forma de questionar a ordem social vigente em sintonia com o sistema de capital. Busca-se no sintoma a via para resgatar o sujeito do inconsciente, considerando a particularidade de cada caso. Assim, empreende-se um trabalho de tese ancorado no método psicanalítico, que tem como desfecho a proposta de que um trabalho clínico, afeito à política da psicanálise, possa recolocar o sujeito na cena dos processos de adoecimento no trabalho, abrindo a possibilidade de que este possa se responsabilizar por seu sintoma e se guiar mais em conformidade com seu desejo. Isso tem efeitos para o campo social na medida em que questiona e trata do mal-estar, subvertendo a ordem vigente.

Palavras-chave: Saúde Mental no Trabalho. Psicanálise. Saúde do Trabalhador. Medicina do Trabalho.

ABSTRACT

Depression is currently the leading cause of work disability in teachers of a public federal higher education. This table shows a universal trend foreseen by the World Health Organization. Theories and practices established in the field act as an interface between health and work; they offer to treat these patients, and attribute the cause of illness either to the organism/body or to social work processes. Therefore, we understand that there is a failure in the theories and practices pertaining to the field, since they ignore the subject of the unconscious in the understanding of mental illness. From the psychoanalytic discourse, we believe that the diagnosis of depression, in its relation to work, is a social symptom that signals the malaise of the subject with the civilization today. To this end, we turn to Sigmund Freud's concept of malaise in its relation to human sexuality and we use Jacques Lacan's reference on discourse theory to understand that depression is a disease of social bond. Therefore, the incidence of psychoanalytic discourse in this field of work and health rescues and brings into play the subject of the unconscious. Moreover, with that, it questions a diagnostic construction of depression; forms of treatment for this mental illness; medicalization of suffering and sorrow, the optimal health and well-being in force in society, and naturalization and universalization of the disease. We bet on the psychoanalytic discourse and its effects on civilization and in the field of work and health as a way of questioning the social order in line with the system of capital. We search on the symptoms the way to rescue the unconscious subject, considering the particularity of each case. Thus, one undertakes the thesis anchored in psychoanalytic method, which has as an outcome the proposal that a clinical work, used to psychoanalysis politics, can replace the subject in the scene of the processes of illness at work, opening the possibility that this may be responsible for your symptoms and guided more in accordance with your desire. This has effects on the social field in that it questions and treats malaise, subverting the existing order.

Keywords: Mental Health in the Workplace. Psychoanalysis. Worker Health. Work Medicine.

RÉSUMÉ

La dépression est actuellement la principale cause d'incapacité au travail pour les professeurs dans l'enseignement supérieur public fédéral. Ce fait révèle une tendance universelle prévue par l'Organisation Mondiale de la Santé. Les théories et pratiques établies dans le domaine de la santé au travail qui traitent de ces patients attribuent la cause de la maladie aux processus sociaux du travail. Par conséquent, on comprend qu'il y a une insuffisance dans les théories et les pratiques relatives au domaine, car elles ignorent le sujet de l'inconscient dans la compréhension de la maladie psychique. On partira du discours psychanalytique pour déduire que les cadres diagnostique de dépression, dans la relation au travail, sont un symptôme social qui signalent le malaise du sujet avec la civilisation actuelle. À cette fin, on reprendra de Sigmund Freud le concept de "malaise" dans sa relation avec la sexualité humaine et on recherchera chez Jacques Lacan la référence de la théorie des discours pour comprendre que la dépression est une maladie du lien social. Ainsi l'incidence du discours psychanalytique dans ce domaine de la santé et du travail reprend le sujet de l'inconscient, et avec cela, questionne la construction diagnostique de la dépression, les formes de traitement pour cette maladie psychique, la médicalisation de la souffrance et de la tristesse, l'idéal de santé et de bien-être en vigueur dans la société, la nature et l'universalisation de la maladie. On utilise le discours psychanalytique et ses effets sur la civilisation dans le domaine du travail et de la santé, comme un moyen de questionner l'ordre social en vigueur en syntonie avec le système du capital. On cherche dans le symptôme la voie pour sauver le sujet de l'inconscient, tenant compte de la particularité de chaque cas. Ainsi, on entreprendra un travail de thèse basé sur la méthode psychanalytique, qui a comme objectif de dénouer une proposition de travail clinique, habitué à la politique de la psychanalyse, qui puisse replacer le sujet dans la scène des processus de maladie au travail, ouvrant la possibilité pour le sujet de se responsabiliser au sujet de son symptôme et de se guider en conformité avec son désir. Cela a des effets sur le plan social dans la mesure où l'on questionne et traite le malaise en renversant l'ordre existant.

Mots-clés: Santé mentale au travail. Psychanalyse. Santé du travailleur. Médecine du travail.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - OS ELEMENTOS DOS DISCURSOS, SEGUNDO LACAN (1969-1970/1992).....	142
FIGURA 2 - OS QUATRO <i>DISCURSOS RADICAIS</i> DE LACAN.....	143
FIGURA 3 - O DISCURSO CAPITALISTA.....	145

LISTA DE SIGLAS

CID	- Classificação Internacional de Doenças
DA	- Discurso do Analista
DC	- Discurso Capitalista
DH	- Discurso da Histórica
DM	- Discurso do Mestre
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DU	- Discurso do Universitário
IES	- Instituição de Ensino Superior
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
NTEP	- Nexo Técnico-Epidemiológico
OCT	- Organização Científica do Trabalho
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OT	- Organização do Trabalho
PCMSO	- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDT	- Psicodinâmica do Trabalho
PPT	- Psicopatologia do Trabalho
SMT	- Saúde Mental no Trabalho
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS	20
2	MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: A CONSTITUIÇÃO DE UM CONJUNTO DE SABERES E PRÁTICAS E SUAS ABORDAGENS SOBRE A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA-TRABALHO	28
2.1	DAS ORIGENS DA MEDICINA DO TRABALHO.....	29
2.2	DE BERNARDINO RAMAZZINI À REVOLUÇÃO INDUSTRIAL.....	34
2.3	DESENVOLVIMENTO DO CAPITALISMO E SAÚDE: MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL NO CONTEXTO DAS FÁBRICAS	40
2.4	SAÚDE DO TRABALHADOR	52
2.4.1	Sobre as origens e a construção do campo Saúde do Trabalhador.....	55
2.5	SAÚDE MENTAL NO TRABALHO	59
2.5.1	As abordagens em Saúde Mental e trabalho	68
3	PSICANÁLISE, MAL-ESTAR E ADOECIMENTO PSÍQUICO	76
3.1	FREUD E A CIVILIZAÇÃO: DO SEXUAL AO MAL-ESTAR – APONTAMENTOS SOBRE O SINTOMA E O ADOECIMENTO NO TRABALHO	86
3.2	MAL-ESTAR, DEPRESSÃO E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR – CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO	128
3.2.1	Sintoma, Desejo e Gozo: articulações para a teoria dos discursos.....	129
3.2.2	A teoria dos discursos em Lacan	139
4	DEPRESSÃO: O MAL-ESTAR NA ATUALIDADE E NO TRABALHO	151
4.1	DEPRESSÃO, HISTÓRIA E SOCIEDADE: LUGARES, SIGNIFICADOS E TRATAMENTOS	151
4.2	AS CLÍNICAS DA DEPRESSÃO: PSIQUIATRIA, SAÚDE MENTAL NO TRABALHO E PSICANÁLISE.....	156
5	CLÍNICA E POLÍTICA: CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
	REFERÊNCIAS	180

1 INTRODUÇÃO

Os processos de subjetivação implicados na relação do sujeito com a civilização e especialmente com seu trabalho têm sido nosso interesse de pesquisa há mais de uma década. Inicialmente tocados por questões acerca do laço social e das relações de poder imbricadas neste laço, empreendemos um trabalho de pesquisa que delineou uma articulação da Psicanálise com a Economia Política do Poder (FARIA, 2004), no entanto, fortemente influenciado pela psicossociologia francesa.¹ Decorrido cerca de uma década desta pesquisa inicial e mobilizados pelo trabalho da clínica psicanalítica, alguns questionamentos se fizeram presentes tanto ao acompanhar casos de trabalhadores em conflito e sofrimento com seu trabalho como em situações de dificuldades institucionais e profissionais para atender e trabalhar com esses casos. Assim, a partir de um trabalho institucional e clínico sobre as relações e os processos de subjetivação relacionados ao trabalho, desenvolvido em atividades de ensino, pesquisa, extensão e da supervisão de estágios profissionais na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho, coloca-se como tema desta pesquisa a Saúde dos Trabalhadores.² Este tema, tão diverso e em constante processo de construção, pode ser abordado de variadas formas e em diferentes campos do saber. Na Psicologia, ele é trabalhado, comumente, pelas perspectivas das psicologias social, sócio-histórica, comportamental, sistêmica, cognitivista e por um conjunto de teóricos que buscam uma articulação desse campo com a psicanálise. É um tema que toca, ao mesmo tempo, os campos do trabalho e da saúde, envolvendo profissionais e pesquisadores tanto da área da psicologia do trabalho como da psicologia clínica e da psicologia da saúde. Tendo em vista o que já foi produzido neste campo e seus efeitos sobre a vida, a saúde e as condições de trabalho destes sujeitos que sofrem e, por vezes, adoecem, é que se pretende, neste trabalho:

¹ Este trabalho de pesquisa culminou na dissertação de mestrado intitulada "Indivíduo, Vínculo e Subjetividade: estudo de caso em uma organização multinacional", desenvolvida pela pesquisadora desta tese e seu orientador e defendida no Programa de Pós-Graduação em Administração da UFPR, em 2003.

² Este trabalho é desenvolvido na condição de Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho, da autora da tese.

1) desenvolver uma análise sobre os saberes instituídos acerca da Saúde dos Trabalhadores; 2) confrontar este conjunto de saberes ao saber que advém da psicanálise no que diz respeito à noção de sujeito; e 3) discutir, com base neste referencial, a articulação da clínica e da política no âmbito dos casos de adoecimento e sofrimento relacionados ao trabalho. Assim, o fio condutor para o delineamento desta tese é a pergunta: "*Qual o lugar do sujeito, como tomado pela psicanálise, nas elaborações discursivas sobre a saúde de quem trabalha?*"

A tese em questão versa sobre uma leitura psicanalítica do processo de adoecimento e afastamento do trabalho, tomando como casos para análise aqueles diagnosticados com *Transtornos Mentais*, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). A escolha por estudar casos de adoecimento e afastamento do trabalho, compreendidos nesta classificação diagnóstica, deve-se ao fato de ser esta a principal causa de afastamento do trabalho em uma instituição de ensino superior pública federal, na qual se tem vivenciado, pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão, as diversas faces desta problemática.³ A partir dessa constatação empírica e dos estudos sobre as *Transformações no Mundo do Trabalho* e sua relação com a *Educação*, empreendidos no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPR, é que o tema e o objeto desta tese foram sendo construídos.

Ao entrar em contato com a realidade e a demanda de professores universitários dessa instituição, bem como com a demanda dos profissionais de saúde que lhes atendem e o sindicato que os representa, e que muitas vezes os acolhe, compreendeu-se que havia diversas situações a serem investigadas e discutidas no âmbito desta instituição. Instada pela afirmação "nós não conhecemos o processo de adoecimento dos professores!", elaborada pelos profissionais da área de saúde que atendem no Serviço de Saúde Médica e Ocupacional da IES (Instituição de Ensino Superior) tomada como campo empírico, senti-me interpelada a tratar do assunto. Certamente, essa interpelação fala de um desejo – o de poder articular, a partir da psicanálise,

³ Nos anos de 2009, 2010 e 2011, a autora da tese realizou atividades ligadas ao ensino, à pesquisa e à extensão no âmbito da UFPR, especialmente na Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/Saúde do Trabalhador e no Hospital de Clínicas/Recursos Humanos. Também realizou atividades vinculadas aos sindicatos dos professores e dos servidores técnicos da UFPR. A circulação pelos diferentes meios possibilitou uma análise e uma compreensão particular sobre as relações de trabalho nessa instituição. Os questionamentos advindos dessa prática, as intervenções realizadas e seus efeitos corroboraram para a construção da questão colocada nesta tese pela autora.

algumas considerações sobre o adoecimento e o sofrimento no trabalho, temas tão frequentes na área denominada Psicologia Organizacional e do Trabalho, e comumente tratados sobre a visada sociológica, médica ou psicológica, e ainda a partir de diferentes abordagens e teorias.

Ao fazer uma aproximação com as pesquisas brasileiras já desenvolvidas na área, identificou-se que existia um número significativo de pesquisas realizadas com professores de educação básica, mas os estudos com professores universitários eram quase inexistentes. Os estudos encontrados versam sobre as condições de trabalho de professores universitários, majoritariamente nas instituições privadas de ensino. A análise dessas pesquisas e da produção na área sinalizou que a abordagem do trabalho docente compreendia o estudo das condições de trabalho e, por conseguinte, de seus efeitos para o professor. Esses efeitos são comumente interpretados como doença, transtorno ou mal-estar. Não o Mal-estar na Civilização como proposto por Freud em 1930 (FREUD, 1930/1988), mas o mal-estar como incômodo, como algo que não faz bem, como algo que pode fazer adoecer, que embora seja um conceito impreciso e que mereça ser melhor compreendido e aprofundado, não deixa de ser uma forma do mal-estar freudiano.

A revisão da literatura, no campo da Educação (DUARTE, 2010; ARAUJO *et al.*, 2005; CALDAS, 2007; MANCEBO, 2007; TUMOLO; FONTANA, 2008; CARLOTTO, 2002; BARIANI *et al.*, 2004)⁴, sobre o trabalho docente e o adoecimento de professores, demonstrou um conjunto de estudos interessados em denunciar a situação de trabalho adversa em que se encontram esses professores, bem como em desvendar as causas desse adoecimento e elaborar formas de enfrentamento dessa situação. Como as principais causas de afastamento, conforme estudos epidemiológicos, são as doenças mentais, os estudos neste campo frequentemente se debruçam sobre as teorias relacionadas aos transtornos mentais, sejam elas da medicina ou da psicologia, para abordar o tema. Não é incomum encontrar estudos e pesquisas neste campo que abordam de forma imprecisa o que seja a doença ou o mal-estar relacionados ao trabalho do professor. Sob o signo da doença relaciona-se um

⁴ No ano de 2011 realizou-se a orientação de uma monografia para a conclusão do Curso de Psicologia da UFPR que desenvolveu uma análise da produção acadêmica sobre o *Trabalho Docente no Brasil*. Esse trabalho possibilitou uma pesquisa sobre o tema, com a indicação dos principais pesquisadores e trabalhos da área. Ver em: Pais (2011).

conjunto de sintomas encontrados em casos de adoecimento e de afastamento do trabalho, geralmente relatados pelos professores aos entrevistadores ou aos sindicatos que representam estes professores. Entende-se, nesse sentido, que o objetivo dessas pesquisas é denunciar e buscar formas de enfrentamento dessa situação, sem, contudo, se preocupar com os aspectos teórico-clínicos envolvidos nos estudos destes casos. Deve-se ressaltar, entretanto, que as condições de trabalho, a valorização do professor, do ensino e da educação, bem como as políticas de qualificação, saúde e bem-estar desses professores, são temas que acompanham esses estudos, dando-lhes relevância.

No campo da Saúde⁵, os estudos e as pesquisas que envolvem a saúde dos professores abordam a problemática de diferentes formas (LACAZ, 1996; PAPARELLI; SATO; OLIVERA, 2011; SATO; BERNARDO, 2005; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; CHAVES; FONSECA, 2006). Os estudos a partir da Medicina frequentemente apontam os sintomas encontrados nesses trabalhadores e as elaborações diagnósticas provenientes do conjunto das sintomatologias, indicando tanto uma visão da incidência do trabalho sobre o corpo e do desajustamento do corpo às exigências daquele trabalho quanto uma visão classificatória, de tratamento – geralmente medicamentoso – e de prognóstico aos casos e ao conjunto desses trabalhadores. Ou ainda, empreende-se um trabalho epidemiológico para compreender a incidência das doenças em uma determinada população – no caso, qual doença acomete mais os professores – segundo a lógica diagnóstica.

Os estudos da Sociologia (OLIVEIRA, 2004; RIBEIRO; LEDA, 2004) empreendem um esforço por articular a doença dos professores com as condições de trabalho vivenciadas por eles, seja naquilo que se refere à *organização do trabalho* – localizados no ambiente de trabalho –, seja no que diz respeito a *o que é o trabalho para o ser humano* e suas nuances no atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas, indicando a desvalorização, a ausência de reconhecimento e a precarização do trabalho do professor.

⁵ No ano de 2011 concluiu-se a orientação da monografia "**Saúde do Trabalhador em questão: uma análise das concepções de saúde de profissionais que trabalham em um serviço de segurança e saúde ocupacional**", da autoria de Karina Junqueira de Menezes. Nesse trabalho a autora realiza uma pesquisa de campo sobre as concepções de saúde de profissionais que trabalham na Saúde do Trabalhador e elabora algumas reflexões sobre a formação na área e a prática dos profissionais. Além disso, essa monografia traz uma revisão da literatura na área de saúde e trabalho (MENEZES, 2011).

Os estudos da Psicologia (CODO, 2011; GRADELLA JUNIOR, 2010; CARVALHO, 2002; ARAUJO *et al.*, 2005), tão diversificados quanto seus objetos e as teorias que os sustentam, procuram delimitar o que é o adoecimento dos professores, desde seus aspectos biológicos, comportamentais, subjetivos, mentais até psíquicos, relacionando esse adoecimento às condições nas quais o trabalho é realizado, ensejando, na maior parte das formulações teóricas, um ajustamento do trabalhador ao seu trabalho.

Considerando a realidade empírica vivenciada na atuação e na formação de profissionais para trabalhar com a saúde de quem trabalha, bem como a revisão da literatura e das pesquisas na área, e tendo como objetivo identificar o lugar do sujeito nos campos e nas elaborações discursivas que tratam da Saúde do Trabalhador, a tese a ser sustentada neste trabalho é a seguinte:

- *Há uma insuficiência teórica nos campos da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador nas abordagens sobre o conjunto de problemas concernentes à saúde física e mental do sujeito trabalhador, seja por exclusivamente imputar ao corpo a causa e a responsabilidade por seu adoecimento, seja por considerar que apenas as condições de trabalho degradantes e precarizadas são a causa do adoecimento, não deixando espaço à implicação do sujeito naquilo que lhe acomete.*

Dito de outra forma, defende-se a tese de que os *modelos de acolhimento, acompanhamento, tratamento e reabilitação do trabalhador, vinculados às políticas públicas e à legislação da área da saúde ou da Saúde do Trabalhador são desenvolvidos de maneira articulada com a elaboração discursiva da Medicina do Trabalho, que reduz ao corpo e sua inadequação às funções de trabalho a causa dos adoecimentos, e com a elaboração discursiva do campo da Saúde do Trabalhador, indicando que o sujeito ou é negado e encontra-se ao largo dos fatos e fadado a uma condição de imobilidade frente àquilo que lhe assujeita, ou regozija da sua condição.*

Segundo o último Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2010), no ano de 2010 o maior índice de auxílios concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foi, respectivamente, para os seguintes grupos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID): *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; transtornos mentais e comportamentais.* Já os dados e as informações obtidos no Serviço de Saúde do Trabalhador na instituição de ensino

referida, mediante reflexões sistemáticas em grupos de trabalho, demonstram que os transtornos mentais e comportamentais estão entre as principais causas para concessão de auxílios. Com efeito, segundo dados de pesquisas recentes, há "incidência constante de transtornos mentais e comportamentais na base epidemiológica dos processos de invalidez do trabalho, tanto no setor público quanto no privado", valendo "destacar a alta prevalência da depressão" (CRUZ, 2010, p.265-266).

Em se tratando de transtornos mentais, como indica a CID, e mais especificamente de depressão, pode-se supor que o sujeito está em cena e precisa ser considerado e analisado. Infere-se aqui o sujeito do inconsciente, como formulado nos postulados psicanalíticos, desde Freud até Lacan. Então, se o sujeito está em cena, certamente demanda dos psicanalistas uma leitura sobre os fatos. O que se pode ler, a partir da psicanálise, sobre o fato de o diagnóstico de depressão ser a principal causa de afastamento de profissionais da educação em uma instituição de ensino superior pública e federal? Dessa questão, parte-se para uma elaboração teórica acerca deste fenômeno, vislumbrando a possibilidade da inclusão do discurso psicanalítico nesse contexto institucional e nas abordagens em Saúde do Trabalhador, aventando-se uma outra ética na direção do tratamento e no encaminhamento das questões relacionadas ao campo do trabalho.

Entende-se que o percurso no sentido de elaborar respostas a essa questão possa auxiliar na resposta ao problema de pesquisa. E esta elaboração pode corroborar a defesa da tese apresentada. Para isso, aposta-se aqui na psicanálise como um discurso capaz de trazer outra leitura ao que está tradicionalmente construído no campo da Saúde Mental no Trabalho, em especial quanto ao problema que se está estudando. Inicialmente, pode-se indicar que a psicanálise traz à cena o sujeito do inconsciente e a partir dele constrói suas referências para localizar esse sujeito no mundo. Como indica o psicanalista Alain Vanier, em uma entrevista sobre *a tomada de decisão na medicina e a psicanálise*, o propósito da psicanálise é "que o indivíduo não seja mais apanhado como elemento de uma população de elementos idênticos, mas como portador de tais particularidades de seu corpo, de seus desejos, de modos singulares de gozo, da maneira particular pela qual está inscrito no laço social, etc." (VANIER; 2010, p.292). Assim, para além de uma classificação que massifica e encontra nos aparatos *milagrosos* da medicina e da indústria farmacêutica a solução para os males estabelecidos, a psicanálise propõe que a especificidade de cada

caso deve ser trabalhada e que se dê lugar ao sujeito, pela escuta de seu sofrimento e seus sintomas, a partir da clínica.

Partindo da elaboração freudiana sobre o mal-estar, entende-se que aquilo que hoje é lido como sintoma ou doença, deve antes ser compreendido à luz do mal-estar que é inerente à relação do sujeito com a civilização. A aposta feita neste estudo é a de que as incidências diagnósticas de depressão e os outros males que acometem os trabalhadores (assédio, violência no trabalho, acidentes de trabalho e suicídio) são as formas de manifestação do mal-estar do sujeito na relação com a cultura, ou seja, são os efeitos do discurso capitalista sobre o sujeito e suas formas de estabelecer o laço social. Isso não significa exteriorizar estas incidências em relação ao seu local de trabalho, colocando o problema fora dele, mas sim, considerar que essas incidências encontram-se impregnadas na cultura dominante sob o sistema de capital igualmente presente nesses locais.

Para articular essas ideias e sustentar a tese ora apresentada, pretende-se guiar este estudo pela seguinte via: no primeiro capítulo será feita uma retomada dos campos de saberes e práticas articulados para compreender e intervir sobre a Saúde do Trabalhador. Resgatam-se, na história da Medicina do Trabalho, na construção do campo Saúde do Trabalhador e no referencial da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho, os pressupostos, os conceitos, as teorias e as técnicas para atuar sobre o adoecimento dos indivíduos relacionado ao trabalho.

No segundo capítulo, busca-se uma retomada de alguns fundamentos da psicanálise para compreender a relação entre o sofrimento, o adoecimento e a incapacidade para o trabalho. Para tal, retoma-se a noção de sujeito para a psicanálise, os conceitos de mal-estar e sintoma em Freud, bem como a compreensão da depressão como quadro clínico. Consideram-se as contribuições de Lacan para pensar o sintoma e a relação da construção deste com o discurso capitalista e o laço social.

No terceiro capítulo, aborda-se a depressão como o mal-estar da atualidade, que também se encontra presente nas relações de trabalho. Fala-se das diferentes formas de tratar a depressão, apresentando as possibilidades de clínica com essa temática.

No último capítulo aposta-se na clínica psicanalítica e seus efeitos políticos como uma outra visada para a compreensão e intervenção ante o adoecimento psíquico no trabalho. Para essa elaboração, busca-se uma discussão sobre o sujeito e sua relação com o Estado e as políticas públicas de Saúde Mental e Saúde do

Trabalhador, bem como as conquistas já consolidadas da articulação da psicanálise com o campo da Saúde Mental.

Espera-se, com esse percurso, sustentar a tese proposta nesta pesquisa, bem como apostar na psicanálise e sua ética, mesmo considerando todas as limitações concernentes a essa empreitada, para elucidar que somente considerando o sujeito do inconsciente e sua localização neste modo de produção capitalista é que se pode pensar em uma saída para o humano, como indica Quinet (2002b, p.29):

E o tratamento adequado ao sujeito do desejo é esse novo laço social, já centenário, o discurso do analista, por ser o único, entre os quatro discursos elaborados por Lacan, a tratar o outro como um sujeito, um sujeito desejante. À questão do futuro da psicanálise, portanto, eu respondo: não há futuro da humanidade sem a psicanálise, entendendo-se a humanidade não como um todo, e sim como um conjunto de singularidades, de sujeitos que se contam um a um.

1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O tema, a pergunta e os objetivos desta pesquisa foram elaborados a partir do movimento de questionamento e busca por compreensão de alguns impasses constatados no contato com a realidade observada e vivenciada no campo denominado Saúde do Trabalhador. A partir de uma parceria de trabalho estabelecida entre a área de Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador de uma Instituição Pública de Ensino Superior, tomada como campo empírico, e as atividades de ensino, pesquisa e extensão desta autora, foi possível acompanhar, ao longo de quatro anos, as atividades desenvolvidas por profissionais desta área, bem como as ações institucionais e as políticas da área no que concerne à saúde de quem trabalha na instituição. Esse acompanhamento foi feito pela participação em: reuniões do setor de saúde; projetos que envolviam a Saúde do Trabalhador; palestras; reuniões com o sindicato e o setor de saúde da universidade; conversas informais com profissionais da área. Outra forma de contato com a realidade foi a orientação de alunos em atividades de estágio profissional em Psicologia do Trabalho no âmbito da universidade (Área de Gestão de

Pessoas e Sindicatos), orientação de atividades de extensão⁶ e orientação de monografias⁷. Além disso, nesse período também foram acompanhadas atividades desenvolvidas pelos sindicatos envolvidos com essa instituição no que se refere aos casos e ao conjunto de trabalhadores em sofrimento com seu trabalho, seja por serem diagnosticados com alguma doença relacionada ao trabalho, seja por descreverem e caracterizarem casos de assédio moral no trabalho. A posição assumida por cada um dos envolvidos (trabalhador, instituição, sindicatos, profissionais de saúde) e seus desdobramentos em ações para enfrentar e (ou) combater as situações colocadas como impasses dos sujeitos com seu trabalho, instigou uma série de questionamentos. Esses questionamentos estão colocados, em alguma medida, como questões a serem trabalhadas e que guiam a apresentação lógica da construção deste trabalho. Pode-se apreender que esses questionamentos levam à busca por articulações que permitam uma leitura própria e outra (que não a hegemônica e já consolidada) da condição de adoecimento e afastamento dos trabalhadores supracitados.

Durante todo o processo foram realizados registros sistemáticos que, posteriormente, foram ordenados e classificados, constituindo, assim, o material primário do campo empírico. Esse material assim obtido tornou possível o confronto com a literatura, de modo a organizá-lo agora como material de pesquisa elaborado. Não se trata, dessa forma, de reproduzir o teor dos discursos e documentos, mas de extrair deles o que caracteriza sua essência. O desenvolvimento desta tese, portanto, partiu de bases reais e não da imaginação sobre a realidade, pois,

Não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou representam, e tampouco dos homens pensados, imaginados e representados para, a partir daí, chegar aos homens em carne e osso; parte-se dos homens realmente ativos e, a partir de seu processo de vida real, expõe-se também o desenvolvimento dos reflexos ideológicos e dos ecos desse processo de vida. [...] Os homens, ao desenvolverem sua produção material e seu intercâmbio material, transformam também, com esta sua realidade, seu pensar e os produtos de seu pensar (MARX; ENGELS, 2007, p.94),

⁶ A autora da tese coordenou um Programa de Extensão no âmbito do Departamento de Psicologia da UFPR (Programa Integrar), de 2008 a 2011, que visava à atuação da Psicologia com os temas de saúde no trabalho e aposentadoria. Um conjunto de atividades (palestras, projeto de aposentadoria, pesquisa, grupos de discussão e trabalho) era desenvolvido em parceria com a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/Saúde do Trabalhador da UFPR.

⁷ Cabe citar as monografias: Freitas (2010) e Zanin (2010).

Dito de outra maneira,

O ponto de partida do processo de construção do conhecimento está no real concreto, que se constitui na matéria ou no objeto sobre o qual o sujeito (o pensamento, a consciência) age criativamente na produção de teoria. A construção do conhecimento é, então, um processo que vai do real concreto (da matéria) ao abstrato (mediação do pensamento) que o elabora na forma de real pensado (consciência). É com este real pensado que o sujeito retorna ao real concreto de onde saiu, não mais da forma como saiu, ou seja, não mais da maneira fenomênica, do conhecimento da coisa em si, mas trazendo consigo o conhecimento da estrutura da coisa (FARIA, 2012, p.56).

A vivência prática e a apreensão da realidade na qual esses sujeitos e trabalhadores estão localizados, bem como os questionamentos elaborados pela autora, permitiram a construção das condições iniciais desta pesquisa. O passo seguinte foi fazer uma revisão da literatura que trata do tema Saúde do Trabalhador, desde suas origens, passando pela sua construção histórica e a consolidação das tendências contemporâneas e as elaborações discursivas consolidadas em nosso tempo. Acompanhando a literatura do tema, encontra-se nela o que se revela como realidade na prática: os transtornos mentais são as principais causas de adoecimento e afastamento no trabalho, quer em professores, quer em trabalhadores em geral. A vasta literatura sobre a Saúde Mental no Trabalho (SMT) chama a atenção pela sua tentativa de explicar e intervir sobre as questões de saúde-doença, bem como pela diversidade de áreas e teorias que tratam do tema, tanto abordando o adoecimento como tendo causa eminentemente biológica, psicológica ou social.

Dentre as teorias consolidadas na área, poucas tratam o fato como eminentemente psíquico, considerando a existência de um sujeito do inconsciente a ser tratado, e aquelas teorias que buscam uma referência na psicanálise para tratar do tema não podem ser consideradas fiéis aos pressupostos e à ética psicanalítica. As teorias consolidadas da área, em sua maioria, ou tratam o adoecimento psíquico como algo relativo ao corpo, ou seja, é uma disfunção neuroquímica que precisa ser reestabelecida, ou tratam o adoecimento como um fato social, ou seja, localizam nas relações de trabalho e nos modos de vida a causa do adoecimento, e, ainda, partem do discurso médico das classificações para demonstrar epidemiologicamente como tem sido crescente o número de casos de adoecimento. Não se devem desmerecer os avanços técnicos e científicos sobre a neuroquímica, nem a crítica e a intervenção sobre os modos de vida e o trabalho na atualidade, muito menos a importância dos

estudos epidemiológicos. O que se aposta é na consideração de que há um sujeito que trabalha, que vive nas instituições e na sociedade e que sofre por sua condição psíquica e social na atualidade. A causa desse sofrimento não deve ser buscada dentro ou fora, mas justamente na relação entre esse sujeito que deseja e aquilo que o mundo lhe proporciona em termos de satisfação e frustração.

A partir dessas constatações, empreende-se uma busca por articular, com base na psicanálise, tendo presentes seus pressupostos e sua ética, algumas considerações sobre o tema e sua problemática. Vale apontar um movimento político existente no campo da saúde de se opor aos manuais classificatórios acerca do sofrimento psíquico. Conhecido como *Stop-DSM*⁸, este movimento busca, a partir de pesquisas, práticas e um conjunto de ações políticas, questionar e barrar a disseminação dos manuais classificatórios em psiquiatria, atualmente em sua versão atualizada, o DSM-V. Esses manuais indicam uma clínica pouco comprometida com o sujeito, sua demanda e seu posicionamento no mundo, ou seja, uma clínica que suprime e subsume o sujeito. Enfim, uma clínica mais voltada à medicalização do sofrimento humano e comprometida com a indústria farmacêutica e os ideais de produtividade. Um ponto de partida diferenciado é aquele que considera que, "Em psicanálise, o diagnóstico não é uma nomeação dada pelo analista, referido em posição de autoridade, visando à naturalização do mal-estar expresso em seu sofrimento." (DUNKER, 2012, p.33). Entende-se que, em alguma medida, esta tese se engaja neste projeto, e pode promover um avanço nas delimitações de uma teoria, um campo e um movimento político que sejam voltados ao sujeito, considerando sua história e suas condições concretas de vida. Cabe pontuar as contribuições da psicanálise ao movimento da *Reforma Psiquiátrica*, que desde 1980 avança, mas não sem

⁸ O *Stop-DSM* é um movimento iniciado na França e rapidamente se expandiu para outros países. Organizado por psicanalistas e outros profissionais da área de saúde, busca uma forma de resistência à crescente disseminação dos DSMs (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), em especial ao lançamento do DSM-V. É um movimento político que busca garantir uma clínica que valorize o sujeito e não transforme em desordem ou transtorno a ser medicado os pequenos e os grandes sofrimentos humanos. Ver mais em: <http://www.stop-dsm.org/index.php/fr/>

resistências, haja vista o movimento mundial de transformar a saúde em negócio e as intolerâncias com relação às diferenças e à loucura.⁹

A elaboração desta tese, contudo, exige que se faça uso do método psicanalítico. Freud, ao se propor tornar a psicanálise científica, indica os passos seguidos:

O verdadeiro início da atividade científica consiste antes na descrição dos fenômenos, passando então a seu agrupamento, sua classificação e sua correlação. Mesmo na fase de descrição não é possível evitar que se apliquem certas ideias abstratas ao material manipulado, ideias provenientes daqui e dali, mas por certo não apenas das novas observações (FREUD, 1915/1988, p.123).

As ideias sobre os fenômenos observados vão ganhando amplitude e, ao refazer suas referências ao material empírico observado, demonstram sua complexidade e relação com o observado. Freud sinaliza que sobre essas ideias "não pode haver dúvida quanto a qualquer delimitação nítida de seu conteúdo", pois

Só depois de uma investigação mais completa do campo de observação, somos capazes de formular seus conceitos científicos básicos com exatidão progressivamente maior, modificando-os de forma a se tornarem úteis e coerentes numa vasta área. Então, na realidade, talvez tenha chegado o momento de confiná-los em definições. O avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições (FREUD, 1915/1988, p.123).

Freud faz essa introdução do método científico para calcar e justificar a construção do conceito de pulsão. Um conceito crucial para a psicanálise, diversamente observado em sua clínica, mas que até então era desprovido de uma conceituação, de uma teorização, que permitisse abordá-lo e articulá-lo a outros fenômenos e processos observados em sua prática clínica. A metapsicologia freudiana trata justamente da construção dos conceitos dos fenômenos observados na clínica, congregando-os a uma teoria sobre o psiquismo: a psicanálise. Freud foi incansável na atribuição de rigor aos seus conceitos e tinha como projeto elevar a psicanálise ao estatuto de científica.

⁹ Deve-se considerar que para pensar a incidência do discurso psicanalítico no campo da Saúde do Trabalhador, inspirou-se nas experiências já consolidadas e teorizadas no Brasil acerca do lugar da psicanálise na Saúde Mental. Para tal, citam-se os trabalhos de Alberti e Figueiredo (2006); Figueiredo (1997); Caldas e Altoé (2011); Altoé e Lima (2005); Guerra e Moreira (2010).

Partindo dessas ponderações de Freud e do esforço de Lacan em insistir na relação da psicanálise com a ciência, este trabalho se constrói em conformidade ao método psicanalítico. Assim, inicialmente considera-se a existência de um sujeito do inconsciente que habita e é parte constituinte da realidade pesquisada e sobre a qual se buscam algumas compreensões. Esse sujeito é compreendido em sua singularidade, o que exige um olhar e um trabalho clínicos para apreendê-lo. Nesses termos, a proposta metodológica estabelecida visa buscar nos textos freudianos e lacanianos os fundamentos para uma elaboração possível aos questionamentos aqui colocados. Ademais, busca-se na literatura atual de alguns psicanalistas (ROUDINESCO, 2005; AFLALO, 2012) que seguem a obra de Freud e os ensinamentos de Lacan a apreensão de alguns questionamentos sobre o lugar da psicanálise no atual contexto de medicalização do sofrimento e de práticas psiquiátricas e psicológicas que visam ao reestabelecimento do equilíbrio e da Saúde Mental para o indivíduo adoecido, a partir de uma leitura que nega e rechaça o sujeito.

Para tecer uma elaboração sobre o sofrimento do sujeito e sua relação ou não com o trabalho, busca-se na noção de mal-estar e no conceito de sintoma freudianos, bem como nos conceitos de gozo e discurso, de Lacan, as possibilidades para tal trabalho. A aposta é que um trabalho clínico e psicanalítico pode ter um efeito político sobre a realidade engendrada e que urge ser discutida. Aqui, pensa-se o clínico de duas formas: tanto naquilo que é efeito de um trabalho analítico e que está no movimento do pesquisador e suas incursões práticas, ou seja, fala de como se posiciona diante dos fatos do cotidiano, quanto da possibilidade da incidência do discurso psicanalítico nas práticas de saúde e de trabalho, ou seja, a incidência de uma ética do sujeito e seu desejo e que considera sua história e seu lugar no mundo.

Sobre a psicanálise como método, convém também considerar que,

Por um lado, tal posição metodológica permite levar radicalmente em conta, e a cada vez, o que há de singular no sujeito sob investigação, antes de considerar o que nele é pertença universal. Por outro lado, nesse processo em que coincidem pesquisa e tratamento a pesquisa psicanalítica, conduzida pelo psicanalista e sua escuta, visa *a priori* à função de tratar, num compromisso ético que se sobrepõe aos interesses propriamente científicos (AGUIAR, 2006, p.110).

A respeito da psicanálise como método de pesquisa e investigação, toma-se o pressuposto de Sauret (2003, p.99), que indica que, "na universidade, a pesquisa

é mais frequentemente uma pesquisa que se apóia sobre a psicanálise e é orientada por ela [...], com exceção da pesquisa efetuada por psicanalistas que contribuem para ela a partir de sua prática". Assim, considerando seu método,

pela experiência da análise, é transponível fora dela, sem romper o laço com o discurso analítico. Uma concepção do sujeito como falante e dividido, a hipótese do inconsciente como fundamento de todo fato psíquico, o que implica verbalização (entrevista), escuta, análise, transferência, intervenção (ainda que a imposta pela consequência do encontro) (SAURET, 2003, p.98).

Segundo Mezan (2002, p.430-431),

Toda investigação psicanalítica é qualitativa, ou seja, trabalha em profundidade com casos específicos. É o mergulho na sua singularidade que permite extrair deles tanto o que lhe pertence com exclusividade quanto o que compartilham com outros do mesmo tipo [...] Uma boa pesquisa em psicanálise, portanto, deve evidenciar esses dois planos, o da especificidade e o da generalidade. [...] Uma tese de psicanálise se apóia por definição na teoria psicanalítica, e esta, por sua vez, tem como origem a prática clínica, pois é nesse âmbito que se evidenciam com mais clareza os processos inconscientes de que trata a disciplina.

Vorcaro (2010, p.21) segue na mesma linha de compreensão, e salienta que o caso não se limita ao paciente, mas se refere ao encontro que se dá na clínica: "o método clínico torna-se, nessa perspectiva, tributário da consideração de cada caso como constituindo um método próprio de inscrição do sujeito no laço social." A abordagem clínica é que permite o meio para que o sujeito possa compreender e decifrar seu modo de inscrição no laço social.

Considerando a proposta de trabalho para esta tese, entende-se que se trata de uma pesquisa em psicanálise, considerando sua teoria e sua posição ética, o que exige que ao método anteriormente exposto, próprio das chamadas Ciências Humanas, agregue-se o método psicanalítico. Esta agregação é ainda mais relevante considerando o exposto por Calazans e Iwasawa (2010, p.192), de que as teorias elaboradas no campo da Saúde Mental e Trabalho, voltada ao discurso científico, desconsideram o sujeito do inconsciente.

Será que podemos confundir o discurso da universidade com o discurso da ciência? Não. O discurso da ciência surge apenas após a matematização da física. Já o discurso universitário aparece na Idade Média. O discurso da ciência é na verdade antinômico ao discurso universitário – este se caracteriza

por ser da ordem do saber adquirido, enquanto o discurso da ciência se caracteriza por ser da ordem da problematização do saber. Desse modo, não podemos deixar de considerar que se há homologia da psicanálise com o discurso científico é porque ela só pode surgir em um mundo afetado pelo advento da atividade científica: sem hierarquia, sem qualidades e infinito. A psicanálise trata justamente daquilo que é deixado de lado pelo discurso da ciência: o sujeito.

Ao inserir o sujeito na causa e na problemática da pesquisa, assume-se uma posição diferenciada em relação ao saber e à construção desse saber.

Assim poderíamos compreender que a observação, como exemplo de esforço de objetividade, é parte importante sim de qualquer pesquisa, contudo, o sentido possível a partir daí dependerá, dentre outras coisas, da complementaridade subjetiva inerente a uma prática científica atrelada à cultura e ao sujeito, e no caso do pesquisador psicanalítico –*de sua experiência clínica* (TAVARES; HASHIMOTO, 2013, p.176).

Assim, ao considerar os elementos fundamentais da pesquisa em psicanálise (sua teoria, sua ética e seu método) para o desenvolvimento desta tese, atestam-se as considerações de Sauret (2003, p.102) sobre este tipo de pesquisa:

1. A pesquisa psicanalítica contribui para a incidência da psicanálise no laço social contemporâneo, opondo-se à forclusão da castração. Há, pois, uma aposta política;
2. A psicanálise e *a fortiori* a pesquisa clínica não demonstram a compatibilidade do universal e do singular, mas constituem uma resposta a essa antinomia no saber;
3. A psicanálise e a pesquisa clínica não estão confinadas a um papel de exploração, de formulação de hipóteses novas que caberia à abordagem experimental validar. Ao contrário, o que numa dimensão universal – no que concerne ao sujeito da fala – só poderia ser verificado caso a caso, cabe ao psicanalista e ao pesquisador que o acompanha desenvolver a lógica que permite sustentar resultados a partir do particular, levando em conta, ao mesmo tempo, as exigências da ciência.

Dadas as considerações sobre o método utilizado para o desenvolvimento desta tese, segue-se com o referencial teórico que será analisado e também com aquele que dá as condições para esta análise.

2 MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: A CONSTITUIÇÃO DE UM CONJUNTO DE SABERES E PRÁTICAS E SUAS ABORDAGENS SOBRE A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA-TRABALHO

Desde a Antiguidade, filósofos e médicos se encarregam de fazer alguma associação entre as doenças e as atividades de trabalho desenvolvidas pela população. Nos papiros egípcios, na tradição judaica e no mundo greco-romano há registros de que essa relação já fora realizada, sinalizando que "a importância do equilíbrio mental e físico dos trabalhadores não era desconhecida" (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.4). Da Antiguidade até a atualidade, um conjunto de filósofos, médicos e pesquisadores de diferentes áreas tem se dedicado ao estudo dessa relação, o que culmina com a organização de um campo específico de saberes e práticas. Dentro das especialidades médicas, a Medicina do Trabalho e, atualmente, a Saúde do Trabalhador, é que detêm o arcabouço conceitual, teórico e prático para operar ante as demandas que exigem uma leitura do adoecimento ou da saúde na sua interface com o trabalho.

Para perfazer a construção deste campo de saberes e práticas que relaciona o processo saúde-doença com o trabalho, optou-se por buscar na literatura clássica da área os fundamentos históricos, conceituais e práticos que a determinam. Assim, a partir da revisão de literatura da especialidade *Medicina do Trabalho* e seus desdobramentos serão construídos aqui os alicerces para tratar da articulação saúde-doença-trabalho e seus desdobramentos até o que hoje se desenha como Saúde do Trabalhador e os impasses auferidos pelos – tão comuns atualmente – transtornos mentais relacionados ao trabalho. Este capítulo pretende, então, colocar o problema em seus próprios termos.

2.1 DAS ORIGENS DA MEDICINA DO TRABALHO

A busca pela constituição histórica da especialidade médica hoje conhecida como Medicina do Trabalho leva ao estudo da obra daquele que é considerado o pai da Medicina do Trabalho – Bernardino Ramazzini. Nascido na Itália, em 1633, formou-se em filosofia e medicina aos 25 anos. Naquela época, os estudos filosóficos de três anos eram obrigatórios para aqueles que se graduavam em medicina (MENDES, 2000; NOGUEIRA, 2000). Segundo estudiosos de sua obra (MENDES, 2000; MENDES; WAISSMANN, 2007; CAMPANA, 2000), a formação filosófica foi preponderante para o seu modo de exercer a medicina, que promulgava que "o médico deveria esquecer suas discussões hipotéticas e aprender a ser um arguto observador dos pacientes" (CAMPANA, 2000, p.313). Além de ser considerado um médico diferenciado para a sua época, já que era hábito seu perguntar e observar detalhes da vida de seus pacientes, Ramazzini também era professor de medicina, músico, poeta e escritor. Das obras publicadas, uma delas o fez erigir como o "Pai da Medicina do Trabalho": *De Morbis Artificum Diatriba*, publicada no ano de 1700, na Itália. Trata-se de um livro que descreve com riqueza de detalhes, para a época, as doenças e condições de trabalho de mais de 50 profissionais. O livro publicado foi, para Ramazzini, objeto de dúvida em relação a seu destino:

acolhe, pois, benevolente, amigo leitor, este meu trabalho, embora escrito com pouca arte, que, porém, procura beneficiar o Estado, ou pelo menos, auxiliar os artífices. E, se isso te agrada, perdoa, pois o que está escrito não visa a nossa glória, porém ser útil às profissões (RAMAZZINI, 2000, Prefácio).

Esse livro, traduzido e publicado no Brasil sob o título "*As Doenças dos Trabalhadores*"¹⁰, faz referências a como a medicina tratava, já na antiguidade, as doenças e suas relações com as ocupações profissionais. Ramazzini, utilizando-se das práticas e descrições de alguns filósofos da Antiguidade e da Idade Média, empreende um jeito novo de olhar, observar, tratar e descrever as doenças da população que atendia, sempre preocupado em estabelecer uma relação da doença

¹⁰ O Tradutor dessa obra para o Brasil é Raimundo Estrêla – médico, professor e grande estudioso da Medicina do Trabalho no Brasil (ESPÍNOLA, 2000).

com a ocupação do paciente. Além disso, em diversos momentos de sua obra, manifesta contrariedade ao modo como alguns médicos tratavam das doenças da população – sem se preocupar em verificar as condições de vida ou compreender as atividades profissionais desses pacientes. Diz ele:

Fico aqui em dúvida se aos médicos que se ocupam de elegância e de asseio, frequentam as boticas que geralmente rescendem a cinamomo e têm seu foro próprio, possa eu convidá-los para verem as latrinas e agitar a bílis no seu nariz, como se diz vulgarmente [...] (RAMAZZINI, 2000, p.75).

Destaca-se que Ramazzini começa a se interessar pelas doenças relacionadas ao trabalho depois de observar o trabalho dos cloaqueiros¹¹ em sua casa.

Das oficinas dos artífices, portanto, que são antes escolas de onde saí mais instruído, tudo fiz para descobrir o que melhor poderia satisfazer o paladar dos curiosos, mas, sobretudo, o que é mais importante, saber aquilo que se pode sugerir de prescrições médicas preventivas ou curativas, contra as doenças dos operários. E assim, o médico que vai atender a um paciente proletário não se deve limitar a pôr a mão no pulso, com pressa, assim que chegar, sem informar-se de suas condições; não delibere de pé sobre o que convém ou não convém fazer, como se não jogasse com a vida humana; deve sentar-se, com a dignidade de um juiz, ainda que não seja em cadeira dourada, como em caso de magnatas; sente-se mesmo num banco, examine o paciente com fisionomia alegre e observe detidamente o que ele necessita dos seus conselhos médicos e dos seus cuidados piedosos. Um médico que atende um doente deve informar-se de muita coisa a seu respeito pelo próprio e pelos acompanhantes, segundo o preceito do nosso Divino Preceptor, 'quando visitares um doente convém perguntar-lhe o que sente, qual a causa, desde quantos dias, se seu ventre funciona e que alimentos ingeriu', são palavras de Hipócrates no seu livros 'Das Afecções'; a estas interrogações devia-se acrescentar outra: e que arte exerce? (RAMAZZINI, 2000, prefácio).

Da leitura de sua obra, alguns pontos podem ser avultados: sua atitude diferenciada e preocupada com os pacientes; sua postura de perguntar aos homens sobre seu trabalho e o modo como o desenvolvem; as observações que faz no local de trabalho sobre as práticas de certos artífices; sua preocupação com a dificuldade de dissecar cadáveres para melhor compreender o manuseio de substâncias tóxicas e agressivas ao corpo e sua relação com a doença no corpo, procurando estudar a

¹¹ "CLOAQUEIRO: Aquele que trabalha em cloaca; 1. Fossa ou cano que recebe dejeções e imundícies. 2. Coletor de esgoto. 3. V. latrina. 4. P.ext. Lugar imundo. 5. Aquilo que cheira mal, que é imundo." (GOMES, 2000, p.309)

causa morte do paciente; sua crítica à conduta de certos médicos, desinteressados pelo paciente e interessados em atender aos ricos; e sua forma de falar dos deveres dos médicos ante certos sintomas, doenças e pacientes.

Além desses pontos, Mendes (2000) e Mendes e Waissmann (2007) destacam as principais contribuições de Ramazzini para "o desenvolvimento da medicina e da saúde voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores", considerados mote da Medicina do Trabalho:

a preocupação e o compromisso com uma classe de pessoas habitualmente esquecida e menosprezada pela medicina [...]; sua visão sobre a determinação social da doença [...]; a contribuição metodológica [ou seja]; [...] como deve ser a abordagem dos problemas [...]; sistematização e classificação das doenças segundo a natureza e o grau de nexa com o trabalho (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.11 e 12, grifos do autor).

Em diversas descrições das doenças dos artífices, Ramazzini aponta os relatos e a constatação de mortes precoces em função do trabalho, o que, segundo alguns comentadores de sua obra (MENDES, 2000; CAMPANA, 2000; GOMES, 2000), dará abertura para o estudo da epidemiologia, da ergonomia e da visão social da medicina, que relaciona a doença à organização social dos indivíduos. Segundo Gomes (2000, p.306), Ramazzini alerta que "mulheres de mineradores enviúvam várias vezes porque seus maridos morrem precocemente: algumas até sete vezes".

Faz-se importante ressaltar que Ramazzini, ao descrever as doenças e indicar o tratamento para cada afecção, cita, em poucas passagens, os males da alma. Quando o autor descreve a profissão dos pintores, cita a melancolia que os acomete, bem como o uso que fazem de álcool para amenizar as dores provocadas pela exposição ao material contagiante.

Também várias afecções costumam atacar os pintores, como tremores nos membros, caquexia, enegrecimento dos dentes, palidez da face, melancolia e abolição do olfato; e ainda que os pintores retratem os outros em imagens elegantes e coloridas, raramente acontece que eles mostrem, por sua vez, o mesmo colorido e o bom semblante daqueles que são retratados. [...] A culpa disso atribuem à vida sedentária e ao caráter melancólico desses homens, geralmente segregados do convívio social, que conturbam a mente com ideias fantásticas; porém existe latente outra causa da enfermidade. A matéria corante que têm sob o nariz e as mãos: óxido de chumbo, cinábrio, cerusa, verniz, azeite de nozes e de linho, utilizados para misturar cores e vários pigmentos extraídos de diversos fósseis. [...] Só se buscará a razão do aspecto macilento e caquético dos pintores, como também de sua tendência

à melancolia, na maléfica natureza dos corantes. Dizem que Antonio de Allegri, chamado depois de Corrégio, por causa do nome de sua pátria, levava sua melancolia a tal ponto de estupidez que desconhecia o próprio mérito e a importância de suas obras, devolvendo o dinheiro recebido pelos seus quadros, como se os compradores se tivessem equivocado no elevado valor atribuído a suas pinturas, para os quais nenhum preço nos parece hoje suficiente (RAMAZZINI, 2000, p.57-58).

Para outras profissões, como militares e poetas, Ramazzini também faz referência aos aspectos da alma:

Estranho mal que acomete os militares, tanto os soldados rasos como os nobres e esforçados cidadãos: o desejo ardente e repentino de retornar para sua pátria e para o seio de sua família com consequências nefastas. Os que são presos desta angústia, sucumbem por doença ou morte violenta, salvando-se apenas um por cento: quem a pátria deseja, encontra a morte. [...] Os poetas perturbam-se com ideias fantásticas que dia e noite fervilham a mente, pelo que ficam atônitos, impertinentes e magros, conforme mostram seus retratos (GOMES, 2000, p.307).

Como médico, propôs-se a visitar e observar os profissionais no exercício de seu trabalho e dedicava a esta tarefa tempo suficiente para descrever suas atividades, desde os elementos e movimentos utilizados para o desempenho da função, bem como as condições gerais do ambiente e suas condições físicas para o exercício da função. Descrevendo as doenças dos Oleiros¹², diz:

primeiramente surgem tremores nas mãos, depois ficam paráliticos, dementes, caquéticos, desdentados e com lienteria, sendo raro encontrar-se um oleiro que não exhiba fáceis plúmbea e cadavérica. [...] A respeito do tratamento desses operários, raros são os remédios que podem devolver-lhes uma saúde perfeita. Por outro lado, eles só reclamam auxílio médico quando, mãos e pés atados, têm as vísceras endurecidas demasiadamente, e outro mal os acabrunha, ao mesmo tempo, a indigência, recorrendo, por isso, à medicina dos pobres, que lhes prescreve apenas lenitivos e lhes aconselha renunciar ao seu ofício (RAMAZZINI, 2000. p.47-49).

Como ilustrado nas descrições, trata-se da verificação e do registro das "disfunções"¹³ adquiridas por trabalhadores no exercício de suas atividades, buscando a compreensão do efeito nocivo de determinado elemento químico ou físico à saúde

¹² Os oleiros são operários das olarias, que desenvolvem um trabalho com cerâmica.

¹³ O termo "disfunção" é empregado aqui não no sentido funcionalista, mas de distúrbio ou prejuízo.

do profissional, geralmente artífice, apontando os sintomas mais comuns e o receituário indicado para cada caso.

Da análise de sua obra, depreende-se que Ramazzini, como médico das condições de sua época, compreendia que certas profissões eram por excelência produtoras de doenças, abordando seu caráter social. Também, a doença era apreendida pelo que no seu aspecto físico aparecia, como ilustra a citação:

O múltiplo e variado campo semeado de doenças para aqueles que necessitam ganhar salário e, portanto, terão de sofrer males terríveis em consequência do ofício que exercem, prolifera, segundo creio, devido a duas causas principais: a primeira, e a mais importante, é a natureza nociva da substância manipulada que pode produzir doenças essenciais pelas exalações danosas e poeiras irritantes que afetam o organismo humano; a segunda é a violência que se faz à estrutura natural da máquina vital com posições forçadas e inadequadas do corpo, o que, pouco a pouco, pode produzir grave enfermidade (RAMAZZINI, 2000, p.27).

Considerando a importância da obra de Ramazzini para o desenvolvimento da Medicina e especialmente da Medicina do Trabalho, não se pode deixar de citar que as práticas em determinado campo estão imbuídas de interesses econômicos, sociais e políticos de uma determinada época. Assim,

epistemologicamente, entende-se que a concepção e a proposição de ações médicas não surgem por um simples jogo do pensamento, mas tem sua origem na experiência dos indivíduos com o mundo material objetivo, nas relações práticas dos homens com as coisas e nas relações das pessoas entre si (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.4).

Essa consideração aponta para a tese de Garcia (1981), de que a prática e o saber no campo da saúde – incluindo a pesquisa – estão articulados à transformação histórica do processo de produção econômica.

Ainda que na época de Ramazzini não houvesse clareza sobre os novos modos de produção social e sua relação com a saúde, toda a tradição da Medicina do Trabalho encontra na sua maneira específica de compreender e tratar as doenças dos trabalhadores os fundamentos ou a inspiração para a construção de seu arcabouço teórico e prático. Mesmo antes de Ramazzini, diversos filósofos se dedicaram a relacionar algumas manifestações de doenças em trabalhadores, escravos ou detentos à sua condição de trabalho e de vida.

Hipócrates reconheceu riscos ocupacionais específicos e mesmo ligou doenças particulares a ocupações. Seus textos não se voltavam ao trabalho, não o tratavam como uma especificação, mas não se furtavam a perceber a associação entre certos elementos naturais ou não relacionados às ocupações e à patologia humana. [...] Durante o período clássico foram reconhecidas as relações entre doenças e ocupações. Entretanto, este reconhecimento, enquanto ato médico, não redundava em modificações específicas do espaço laboral nem construiu um corpo estruturado de conhecimento teórico especializado que avançasse, além dos conhecimentos médicos gerais, para uma preocupação especificamente direcionada às relações entre trabalho e saúde (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.5-6).

Do período clássico à Idade Média, os textos produzidos sobre as doenças relacionadas ao trabalho foram significativos, no entanto, segundo Mendes e Waissmann (2007, p.9), "por melhor que fossem os textos sobre as doenças relacionadas ao trabalho, eles representavam experiências esporádicas, mesmo que estudadas exaustivamente, a problemas isolados". Foi o clássico livro de Ramazzini que demonstrou, pela primeira vez na história da humanidade, um estudo ampliado sobre as doenças de mais de cinquenta profissionais, demarcando uma nova leitura sobre as doenças relacionadas ao trabalho.

2.2 DE BERNARDINO RAMAZZINI À REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

O período denominado Revolução Industrial é conhecido por seus efeitos na vida e na saúde da população, determinante de novas formas de agir, produzir e se relacionar, consolidando uma estrutura societal a partir de classes distintas: o proletariado e a burguesia. Demarcado pelas exigências de produção e de submissão do homem às condições precárias dos contextos das fábricas no século XVIII, "a era do maquinismo arrancou mulheres e crianças do lar e levou-as ao ambiente sombrio das fábricas". Como características do seu modo de organização, tem-se o "trabalho ininterrupto durante horas intermináveis, disciplina severa, serviços repetitivos, frio, calor e barulho" (CARMO, 1992, p.29). De uma mão de obra essencialmente camponesa, característica do período medieval, ou especializada em artifícios, demanda-se uma mão de obra capaz de produzir em grande escala no contexto das fábricas. Para colocar a população à disposição do trabalho, uma nova ideia fora lançada – de que as pessoas que não trabalham são vadias.

Na Inglaterra, o operário que abandonasse a fábrica arriscava-se a ser preso. A classe produtora emergente, ao condenar a indolência, construiu uma nova moral, poderosa e eficiente aliada para a exploração das forças trabalhadoras necessárias, impondo penalidades severas a mendigos e vagabundos (CARMO, 1992, p.30).

Sob esse ideário, "as condições do trabalho longo, penoso e perigoso, e os ambientes de trabalho agressivos ao conflito e à saúde rapidamente produzem graves danos à saúde dos trabalhadores" (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.13). Não sem demora, estudos e avaliações médicas sobre as condições de saúde desses trabalhadores passam a ser realizados, sendo utilizados como recurso para o desenvolvimento de políticas e ações de proteção a esses trabalhadores. Mendes e Dias (1991) citam o caso do proprietário de uma fábrica na Inglaterra, que em 1830 chama seu médico particular para ajudá-lo a resolver os problemas de saúde dos seus empregados. Os autores citam esse fato como o surgimento do primeiro serviço médico de empresa, que, aliado às expectativas do capital, estabelece um objetivo:

deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo; deveriam ser serviços centrados na figura do médico; a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica; a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico (MENDES; DIAS, 1991, p.342).

As péssimas condições de trabalho e de vida da população da época ameaçavam a ordem vigente e comprometiam a capacidade de produção das fábricas. Nesse cenário, algumas leis foram criadas para proteger a saúde da população e dos trabalhadores e normatizar as condições sanitárias das fábricas e das cidades.

Não passou despercebido às camadas mais privilegiadas da sociedade inglesa o risco que tal situação representava ao seu poderio e à sua saúde. Associada aos riscos de fortes revoltas populares e à redução do contingente de força de trabalho barata, reconheceram-se, também, os riscos à população mais privilegiada, trazidos pelas eclosões de surtos de doenças (como a cólera, por exemplo) entre a população mais pobre (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.13).

Já no início do século XIX, na Inglaterra, algumas normas e leis são estabelecidas para o melhoramento das condições laborais e a regulamentação de algumas condições mínimas para a realização do trabalho, como o "*Health and*

Morals of Apprentices Act", de 1802, que regula a idade mínima para o trabalho, a redução da jornada e medidas de melhorias ambientais na fábrica e o "*Factory Act*", leis das fábricas, de 1833 (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.13), que alarga as medidas de proteção dos trabalhadores nas fábricas. Em 1834, com a Lei dos Pobres, é que tiveram início as mudanças mais significativas nas fábricas, que iniciaram com a regulamentação das condições de trabalho nas fábricas têxteis e a normatização da saúde dos trabalhadores (MENDES; WAISSMANN, 2007).

Essas iniciativas e conquistas logo se disseminaram para outros países. Assim como na Inglaterra, a França também desenvolveu uma série de estudos que apontavam para as relações entre as condições do trabalho e a saúde dos trabalhadores, destacando-se aqueles relacionados à morbidade dos trabalhadores. "Como contraponto do efeito de morte, de inquestionável caracterização, são descritos, desde aquela época, danos à saúde de difícil caracterização objetiva e rigorosamente 'médica', mas de inconfundível nexos com o trabalho" (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.14-15).

Cabe indicar que o levantamento dos principais agravos identificados, registrados e constantes na literatura que resgata a história da Medicina do Trabalho, localiza no ambiente e em algumas substâncias tóxicas a causa de adoecimento e de morte entre trabalhadores de certas fábricas, como é o caso da indústria têxtil e da indústria mineradora. Auguste Delpech, médico francês, escrevera sobre os trabalhadores expostos ao sulfeto de carbono:

[...] o que trabalha no 'enxofre' [CS₂] não é mais um homem. Ele até pode continuar trabalhando dia após dia, mas ele nunca mais será capaz de ser uma pessoa independente... A depressão o afeta e ele perde sua força de vontade, sua auto-estima, sua memória... Torna-se incapaz de trabalhar em outra atividade [...] (DELPECH, 1856 *apud* MENDES; WAISSMANN, 2007, p.15).

Segundo Mendes e Waissmann (2007, p.15), um médico californiano relatou que a exposição a essa substância

transforma pessoas 'honestas, laboriosas e geniais' em pessoas 'acusatórias, que suspeitam das outras, e paranóides. De dois casos agudos ocorridos em irmãos de uma mesma família, um deles se suicidou. Outro trabalhador agrediu a tiros seu colega no trabalho [...]

Já naquela época, a título do que acontece hoje em algumas fábricas no mundo¹⁴, em 1902 uma revista inglesa publicou que uma fábrica colocara grades nas janelas para evitar que os trabalhadores pulassem por elas, em virtude dos "surto maníacos agudos causados pelo CS₂" (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.15).

Havia, ao mesmo tempo, uma tendência a atrelar esses adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho, ao contexto econômico e social em que se dava a produção, seja em seus aspectos estruturais, seja no processo de trabalho local. Para a Medicina Social, os perfis de morbidade e mortalidade dos trabalhadores de diferentes categorias é que definem as doenças dos trabalhadores. Ao longo do século XX, as patologias do trabalho, inicialmente compreendidas no âmbito da medicina social, passam a ser tratadas no âmbito da higiene, acompanhando o movimento higienista¹⁵, e localizando numa causa específica o desenvolvimento da doença.

Esse deslocamento do eixo 'social' – vago, difuso, incômodo para uma sociedade capitalista emergente – para o eixo das 'causas específicas' impulsiona fortemente os estudos e a práxis da patologia do trabalho. As 'doenças dos trabalhadores' já podem ser nominadas e *associadas a agentes etiológicos específicos*. Por extensão do conceito, o lugar das bactérias, dos vírus e de outros agentes etiológicos de doença é ocupado por 'agentes químicos' (chumbo, benzeno, mercúrio, etc.), por 'agentes físicos' (ruído, frio, calor, radiações, etc.) e mesmo 'agentes biológicos' de origem ocupacional (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.18).

Segundo Souza (1998), pode-se compreender a construção da medicina social em três fases: uma que se deu na Alemanha, outra na França e outra na Inglaterra. Para Foucault (1993), na Alemanha do início do século XVIII, o Estado controlava a saúde da população mediante a observação da morbidade e da normalização do

¹⁴ Desde 2010 a imprensa mundial divulga os casos de suicídio ocorridos no interior de uma fábrica chinesa que produz artigos para as maiores marcas de eletrônicos do mundo, como a Apple, a Dell, a HP, entre outras. Segundo relato de alguns funcionários entrevistados por jornalistas, as jornadas de trabalho são extensas, os salários baixos, as condições na fábrica degradantes (com cheiro de lixo e suor), há cobranças excessivas e xingamentos públicos dadas pelos chefes, bem como um ritmo muito acelerado de trabalho. Apesar das exigências feitas pelos clientes e das mudanças nas condições de trabalho propostas pela empresa, as reclamações e os protestos sobre as condições de trabalho ainda são frequentes. A empresa nega as acusações recebidas e adotou como medida de prevenção dos suicídios e acidentes do trabalho, a inserção de grades nas janelas e a colocação de redes de proteção nos dormitórios das fábricas (MAISONNAVE, 2011).

¹⁵ "No fim do século XIX e início do XX, surgia uma nova mentalidade que se propunha a cuidar da população, educando e ensinando novos hábitos. Convencionou-se chamá-la de 'movimento higienista'." (GÓIS JUNIOR, 2002, p.47).

saber médico, objetivando controlar o corpo dos indivíduos e também a máquina do Estado. No final do século XVIII, com o então estado de desenvolvimento da urbanização francesa e da sua industrialização, as cidades passam a ser o lugar privilegiado das trocas e da produção de mercadorias, culminando no acentuado aumento da população nas cidades e conseqüentemente de suas epidemias, demandando uma reurbanização das cidades. Para atender a essa demanda, desenvolvem-se na França a higiene pública e as políticas sanitárias. Esses movimentos exigem da medicina contato com outras áreas do conhecimento para compreender e intervir não só no corpo, mas também no ambiente que o circunda, organizando uma forma de entender a doença na relação do corpo com o ambiente. A fase inglesa do desenvolvimento da medicina social se consolidou no início do século XIX, impulsionada pelas conseqüências que a Revolução Industrial trouxe ao país e a sua mão de obra produtiva. Segundo Souza (1998, p.36),

Essa medicina tinha uma preocupação com a população mais pobre pois, na realidade, seus dois objetivos principais eram tornar essa população mais produtiva, como força de trabalho, e menos perigosa para as classes mais abastadas. Na realidade, esses objetivos eram conseguidos através de: uma medicina assistencial, destinada aos pobres; uma medicina administrativa que se encarregava dos problemas gerais como a vacinação e epidemias e uma medicina privada, dirigida a quem pudesse pagar.

No bojo do desenvolvimento do processo de produção capitalista, tanto as cidades quanto as fábricas eram locais privilegiados de intervenção do Estado, dos médicos ou dos capitalistas, para a manutenção da saúde da classe operária. Não que isso indicasse uma preocupação genuína com a condição de saúde e de vida desses homens, mas eles eram peça fundamental para o processo produtivo. Na Revolução Industrial as máquinas tomam a cena no processo de produção, "deixando para o homem o papel de coadjuvante. Havia uma necessidade premente de se adaptar este homem a novas funções, procurando sempre minimizar custos e maximizar produção, levando a uma mais valia, ou seja, a um maior lucro" (SOUZA, 1998, p.37).

Nesse cenário, a Medicina do Trabalho ganha corpo e destaque, estando aliada ao capital com o objetivo de medicalizar as doenças relacionadas ao trabalho e minimizar as possíveis ligações entre o trabalho e o adoecimento dos trabalhadores, fortalecendo a visada de uma medicina ambientalista e com foco nos agentes

promotores de agravos e doenças nos trabalhadores (WAISSMANN; CASTRO, 1996). Nas fábricas, juntamente com a organização do trabalho e o desenvolvimento de uma medicina especializada nas doenças dos trabalhadores, dá-se lugar à construção de um serviço de Saúde Ocupacional.

Da Revolução Industrial herda-se um conjunto de práticas relacionadas ao modo de produzir, especialmente marcado pela introdução das máquinas no processo produtivo e pela determinação do trabalho assalariado, em substituição ao trabalho artesanal. A exploração da mão de obra na relação de trabalho assalariado, aliada às péssimas condições de vida e de trabalho da população, produziram efeitos até hoje conhecidos pelos trabalhadores. A cada posicionamento dos trabalhadores no sentido de reivindicar melhores condições de trabalho, inserem-se novas formas de os capitalistas manterem uma produtividade condizente com seus lucros. Assim, no movimento de desenvolvimento do capital, novas tecnologias são inseridas no processo produtivo a fim de garantir os objetivos preestabelecidos pelos mesmos. Das transformações iniciadas na Inglaterra do século XVIII, e expandidas para demais países europeus, como a Alemanha, França, Itália, entre outros, merece destaque o desenvolvimento das tecnologias físicas e de gestão (FARIA, 1997) descritas e desenvolvidas nos Estados Unidos e na Europa, com o desenvolvimento da Administração Científica e da Teoria Geral da Administração. Segundo Faria (1997, p.26), "Na história do capitalismo, o incremento da produtividade está relacionado com a utilização de instrumentos de trabalho mais modernos e com o emprego de técnicas específicas de gestão do processo de trabalho".

O desenvolvimento das técnicas de controle da produção e dos sistemas de gestão que lhe dão suporte tem seus impactos sobre as relações de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Ao longo do século XX, em função das mudanças ocorridas no sistema produtivo e da criação e desenvolvimento das leis de proteção aos trabalhadores, desenvolveram-se nas fábricas e, por extensão, em outros locais de trabalho, sistemas de gestão da saúde e da segurança dos trabalhadores. Ao mesmo tempo em que se desenvolve uma consciência crítica em relação aos efeitos dos modos do trabalho capitalista sobre a vida e a saúde dos trabalhadores, desenvolve-se dentro do sistema de capital um subsistema que propõe amenizar e regular esses efeitos sobre a saúde, estabelecidos nos serviços de medicina e segurança do trabalho organizados nas fábricas.

2.3 DESENVOLVIMENTO DO CAPITALISMO E SAÚDE: MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL NO CONTEXTO DAS FÁBRICAS

Com o desenvolvimento do capitalismo e da ciência administrativa, uma série de transformações ocorre na forma de vida e de relação da população em geral. A demanda por produtividade e eficiência nas fábricas impõe novos ritmos de trabalho e novas formas de se relacionar com o trabalho. A condição degradante de trabalho, observada nas fábricas ao longo do século XIX, imprime um movimento de reivindicações por melhores condições de trabalho e de vida, instando o Estado a regulamentar condições mínimas necessárias para a realização do trabalho nas fábricas. Entre essas reivindicações, encontram-se a redução de horas de trabalho, melhores condições no interior das fábricas e abolição do trabalho escravo e infantil nas fábricas (MENDES; WAISSMANN, 2007; MENDES; DIAS, 1991, KLEIN, 2012).

No entanto, o que aparece como resultado da luta dos trabalhadores também traz em seu bojo uma manifestação do Estado e do próprio capital em relação às consequências nefastas dessas formas de trabalho sobre a saúde e a condição de os trabalhadores produzirem. Segundo Klein (2012, p.86),

A legislação fabril, nos idos do século XIX, apresenta-se, por um lado como uma resposta à luta dos trabalhadores e, por outro como uma resposta do Estado e de setores fabris ao risco a que o próprio capital se expunha com a ruptura dos limites de exploração da força de trabalho por alguns capitalistas.

Assim, é no limite entre a máxima produtividade possível e o risco de extinção da força produtiva apta a essa produção que se equilibram as demandas e as exigências do capital. Mesmo contando com um exército industrial de reserva, sabe-se que há um limite para as exigências de produtividade, bem como há a resistência por parte dos trabalhadores a formas desumanas e degradantes de produção.

Com o desenvolvimento do sistema de produção capitalista, especialmente pela inserção das máquinas nas fábricas e pelo aumento do consumo de produtos manufaturados, exige-se que se faça uma administração mais eficiente e com melhores resultados. Entre o final do século XIX e início do século XX, dá-se início a um processo de desenvolvimento das forças produtivas nunca antes visto. Sob a designação de

administração científica, desenvolve-se uma série de técnicas para o aumento da eficiência e da eficácia no trabalho, primeiramente demarcadas pela separação do trabalho entre quem pensa e quem o executa e conseqüentemente pelo rígido controle dessa produção (FARIA, 2004, v.2). Essas mudanças impactam na forma como o trabalho é desenvolvido, caracterizando-o como um trabalho fragmentado, parcelarizado e repetitivo. Como isso tem conseqüências para a saúde, define-se, a partir das exigências do trabalho no início do século passado, o trabalhador ideal para as linhas de produção das fábricas: deve ser robusto, ter destreza e força física (TAYLOR, 1990).

Com o desenvolvimento do capitalismo, houve a necessidade de um sistema de produção que estivesse alinhado aos progressos da ciência e que garantisse melhor resultado à produtividade nas fábricas. Nesse sentido, no final do século XIX, o engenheiro Frederick W. Taylor desenvolve, nos Estados Unidos, a Organização Científica do Trabalho (OCT). O **Taylorismo** é o modelo de administração científica desenvolvido por Frederick W. Taylor, engenheiro norte-americano, no início do século XX. Em 1911 ele publicou o livro *Princípios da Administração Científica*, ficando mundialmente conhecido pela sistematização de diversas funções administrativas. Taylor desenvolveu o Estudo dos Tempos e Movimentos, encontrando um padrão ideal de operação que deveria ser aplicado em toda a fábrica para garantir a melhor produtividade. O grande mérito de Taylor, no entanto, foi ter sistematizado e descrito o que já vinha acontecendo na forma de produção capitalista (FARIA, 2004, v.2). Já o **Fordismo** é o modelo de produção em escala desenvolvido por Henry Ford, também nos Estados Unidos, no início do século XX. "Diferentemente no taylorismo, que se concentra nos modos de operacionalizar a produção em termos de unidades produtivas, o fordismo tem um alcance que ultrapassa a fábrica, tornando-se a expressão política da acumulação capitalista [...]" (p.35). E o **Fayolismo** é o modelo de produção proposto pelo engenheiro de minas francês Henri Fayol, na década de 1919, que buscava "introduzir na empresa capitalista, através dos princípios formais da gestão, a racionalidade burocrática" (p.53-54). Faria segue explicando:

O taylorismo-fordismo nos Estados Unidos e o fayolismo na França desenvolvem-se a partir da criação de condições econômicas propícias a um novo tipo de gerenciamento da produção e da realização dos excedentes: a expansão da indústria automobilística, a ampliação do mercado para produtos manufaturados, o crescimento demográfico, o aumento do exército industrial de reserva [...] e o nível de renda relativamente elevado nas classes média e alta que favoreciam as transações de mercadorias industrializadas. Entre

outros fatores, estes fizeram surgir a economia de escala nos diversos setores da indústria, com a finalidade de baratear custos e preços e ampliar o alcance do mercado de produtos. A este desenvolvimento industrial seguiu-se um processo de concentração operando de forma monopolista, resultado de um sistema econômico em que as grandes empresas, devido à reduzida instabilidade e à pequena concorrência, podiam planejar. A *função planejamento* levou à separação entre pensadores e executores do processo de trabalho, dando as condições para o desenvolvimento da OCT e da chamada *gerência científica* (FARIA, 2004, v.2, p.27).

Segundo Faria (2004, v.2, p.27), na base na OCT encontra-se "o controle sobre o trabalho, em termos de sua fisiologia, de sua concepção, do planejamento, do domínio técnico das normas e de sua execução e da amplitude das tarefas administrativas necessárias à afirmação do comando do capital".

Com o desenvolvimento dessas formas de controlar a produção, o capital garante sua expansão e põe em curso uma nova forma de vida e de trabalho nas sociedades capitalistas. Para assegurar o alicerce ideológico que promulga o capital, os cientistas da administração desenvolveram um discurso de apologia ao produtivismo ao indicarem que a honra e o desenvolvimento do homem e da humanidade estão diretamente relacionados ao desenvolvimento do sistema de produção capitalista, chancelando suas práticas de controle e de alienação do homem ao sistema de capital.

H. Ford afirma que não pode se convencer de que um trabalho que se repete seja prejudicial ao homem, que inutiliza seu corpo e sua alma, pois suas pesquisas negam este fato, já que não havia em sua fábrica nenhum só caso em que ficou comprovada qualquer anomalia e também ao fato de que nenhuma pesquisa conscienciosa havia revelado qualquer caso de deformação ou transtorno mental. Para H. Ford (1926a), a depressão nervosa dos trabalhadores de que falam os livros não é confessada pelos operários, que são hoje mais felizes do que eram ontem. O mesmo acontece com os dirigentes, que do alto estão mandando todas as coisas, pois estes estão marchando pela estrada do progresso. Só tem depressão quem tenta puxar o mundo para trás (FARIA, 2004, v.2, p.43).

Diversas passagens como esta podem ser encontradas nos escritos dos primeiros cientistas da Administração, indo de Taylor e Ford a Fayol, o que indica que em nome na demanda de produção, pouco importa o que afeta o homem nas relações de trabalho. É nessa mesma lógica, no entanto se apropriando dos avanços relativos ao direito dos trabalhadores e das políticas que os asseguram, que se observa, ao longo do século XX e início do XXI, o desenvolvimento de teorias e

correntes da Administração que promulgam o bem-estar do homem e buscam formas de amenizar e mascarar o sofrimento inerente às relações de trabalho.

De acordo com Faria (2004, v.2, p.165-166),

É com 'notável' clareza que se observa como as empresas investem na alienação do 'espírito', na despolitização do empregado, na sujeição dos corpos e das mentes e na extensão do alcance de sua ideologia, utilizando expressões artísticas, algum diálogo e certo nível de intimidade. [...] O enfoque do Desenvolvimento Organizacional e seu desdobramento mais recente, que pretende desenvolver as organizações baseado em uma visão holística, funda-se na manipulação do comportamento dos empregados, no seu envolvimento total com o projeto da empresa, na recusa em aceitar a emancipação e a autonomia moral e intelectual dos sujeitos e na sujeição psicológica.

Para o autor, que aponta nessa corrente administrativa, denominada Desenvolvimento Organizacional, um apelo à espiritualidade, a proposta é a implantação de um sistema de controle da mente e do corpo com o objetivo de melhorar os resultados e a produtividade da empresa, fazendo uso de técnicas de disfarce para que a organização alcance aquilo que não diz explicitamente aos empregados (FARIA, 2004, v.2). Os estudos críticos das relações de trabalho sob o capitalismo inferem uma mudança nas formas de controle do trabalhador e da produção ao longo do último século, visando cada vez mais a aspectos subjetivos e sutis da relação do homem com o trabalho. Fazendo alusão ao clássico livro *Vigiar e Punir*, de Foucault (1987), o controle na atual sociedade não se dá mais sobre o corpo, mas sobre a alma dos indivíduos.

Se não é mais ao corpo que se dirige a punição, em suas formas mais duras, sobre o que, então, se exerce? [...] Pois não é mais o corpo, é a alma. À expiação que tripudia sobre o corpo deve suceder um castigo que atue, profundamente, sobre o coração, o intelecto, a vontade, as disposições (FOUCAULT, 1987, p.18).

É com a mesma lógica que as técnicas de controle nas fábricas são incrementadas. Quanto mais sutil e imperceptível o controle, mais docilidade e adestramento é possível aos corpos e às almas. As tecnologias de controle do corpo e da alma são construídas para complementarem as demandas advindas do desenvolvimento das novas tecnologias físicas de produção. Especialmente na década de 1970, as tecnologias de base microeletrônica são inseridas no processo

produtivo, o que implica novas formas de trabalhar e de se relacionar com o trabalho. Com a fábrica mecanizada e computadorizada, as tecnologias de gestão e de controle precisam ser aprimoradas.

Quando se examinam os efeitos causados pela introdução das novas tecnologias sobre o processo de trabalho, é preciso, antes de tudo, observar que não se trata de jogar sobre o desenvolvimento tecnológico a responsabilidade pela injustiça e pelo sofrimento dos trabalhadores. Tal desenvolvimento é próprio da condição humana, tanto quanto, seus benefícios. O que determina as novas dimensões apontadas é a forma como se articulam as relações humanas e os processos de trabalho. Da mesma maneira, não se pode atribuir ao desenvolvimento tecnológico a função de panaceia do mundo do trabalho e da sociedade. O que é preciso reconhecer, em qualquer caso, é que as novas tecnologias físicas exigem novas tecnologias de gestão com a finalidade de aperfeiçoar os mecanismos de controle e incrementar a taxa de mais-valia (FARIA, 2004, v.2, p.219).

Essas mudanças no sistema de produção contexto da fábrica têm implicações para a vivência do trabalho no interior fábrica. Não sem efeitos, o sujeito se relaciona com essas novas formas de trabalho, que os coloca em outras condições e lugares no sistema de produção, ou seja, exige novas qualificações, novos conhecimentos e reduz consideravelmente a quantidade de trabalhadores no contexto das fábricas. É importante localizar que essas novas formas de trabalho e de controle exigem novas discursividades para sustentá-las, bem como diferentes formas de o sujeito estabelecer seus laços. Segundo Faria (2004, v.2, p.214), não só as novas formas de trabalho, mas "a pressão imposta pelos novos padrões de competitividade, produtividade e lucratividade vai estabelecer também novos mecanismos de opressão, controle e sofrimento".

No bojo do desenvolvimento das ciências administrativas, desenvolvem-se no contexto das fábricas os sistemas de prevenção, tratamento e controle da saúde e da segurança no trabalho. Isso porque forças externas e internas impõem uma ação das organizações de trabalho diante dos altos índices de absenteísmo, adoecimento, afastamento e acidentes de trabalho. As forças externas abarcam os sistemas de proteção e direito dos trabalhadores à saúde e ao trabalho, os movimentos sociais e as políticas públicas. As forças internas são compostas pela exigência de produtividade das empresas, que pretendem trabalhadores saudáveis, adaptados e em boas condições de produtividade, bem como a manutenção e propagação do discurso de saúde, bem-estar e segurança tão necessário ao sistema de controle sutil empregado

por organizações capitalistas modernas e competitivas. Assim, alicerçados nos conhecimentos da Medicina do Trabalho, da Saúde Pública e do Direito, as fábricas estabelecem seus próprios sistemas de saúde e segurança no trabalho.

Segundo alguns autores (MENDES; WAISSMANN, 2007; MENDES; DIAS, 1991), a Medicina do Trabalho é considerada uma especialidade médica, tendo sido desenvolvida no período da Revolução Industrial, na Inglaterra e, com o desenvolvimento do sistema de produção social capitalista, toma nova roupagem e tem como principal aliado o interesse do capitalista. Conforme Mendes e Dias (1991, p.341), "Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e a reprodução do próprio processo."

Já no final do século XIX e início do século XX, a finalidade dos serviços médicos das empresas estava diretamente relacionada à demanda de produtividade das fábricas e aos interesses do capital e, como apontam Mendes e Dias (1991, p.342), eles

deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo; deveriam ser serviços centrados na figura do médico; a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica; a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico.

Foi um médico de confiança de um capitalista inglês que, na primeira metade do século XIX, em face das condições de trabalho e dos acidentes e adoecimentos registrados em sua fábrica, propôs ao capitalista em questão a medicina na fábrica. Acredita-se que sua preocupação com os trabalhadores assistidos não tinha a mesma intenção daquelas preocupações de Ramazzini, quando este elaborou suas observações acerca das doenças dos trabalhadores. Enquanto este se interessava pelas ocupações e pela falta de assistência dos trabalhadores, pode-se dizer que nos primeiros serviços médicos de empresas, datados de 1830 (MENDES; DIAS, 1991), a preocupação com a saúde dos trabalhadores estava orientada pela produtividade. A proposta, então, era garantir os níveis de produtividade demandados pelos capitalistas e, para isso, era necessário que os trabalhadores estivessem em condições de trabalhar e de ser produtivos no trabalho. Ainda,

a inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência relacionados à saúde, quer como expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho. [...] Aliás, tanto a expectativa de promover a 'adaptação' do trabalhador ao trabalho, quanto da 'manutenção de sua saúde', refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da 'Administração Científica do Trabalho', onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu 'telos' último: a produtividade (MENDES; DIAS, 1991, p.342-343).

"A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919" (MENDES; DIAS, 1991, p.342). À medida que os efeitos dos problemas de saúde dos trabalhadores impactam a produtividade nas fábricas, a Medicina Industrial e do Trabalho é convocada a trabalhar sobre essa problemática. O desenvolvimento da Medicina do Trabalho nas fábricas é decorrente da Segunda Guerra Mundial, quando ficou evidente, a partir das elevadas demandas de produção, que "a produtividade industrial do homem está intimamente relacionada ao seu bem-estar mental e físico. Essa constatação não foi feita só pelos médicos, mas é resultado da observação conjunta dos diretores industriais e dos médicos"¹⁶ (JOHNSTONE, 1955, p.17).

No início da Administração Científica, os serviços de Medicina do Trabalho foram desenvolvidos nas fábricas dos Estados Unidos, especialmente sobre os cuidados de H. Ford, tendo como principais funções: a seleção de pessoal habilitado para o exercício das funções na fábrica; o controle do absenteísmo, seja por problemas de doenças, seja por demais explicações para a ausência dos trabalhadores em seus postos de trabalho; e a possibilidade de um retorno mais rápido do trabalhador afastado à fábrica (MENDES; DIAS, 1991).

¹⁶ Tradução livre de: *"Este repentino enfoque fué motivado por la Segunda Guerra Mundial, cuando se hizo evidente que la productividad industrial del hombre está intimamente relacionada con su bienestar mental y físico. Este descubrimiento no fué hecho sólo por lós médicos sino que es más bien el resultado de la observación conjunta de lós directores industriales y lós médicos."* (JOHNSTONE, 1955, p.17).

Em 1953, através da Recomendação 97 sobre a 'Proteção da Saúde dos Trabalhadores', a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e ao estudo da organização de 'Serviços de Medicina do Trabalho. [...] em 1959, a experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação 112, sobre 'Serviços de Medicina do Trabalho', aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho. [...] a expressão 'serviço de medicina do trabalho' designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a: assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue; contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões; contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991, p.342).

Pode-se dizer que a Medicina do Trabalho fazia suas interferências sobre o corpo do trabalhador, ou sobre aquilo que poderia influenciar sua adaptação e melhor resposta às demandas de produtividade. As dificuldades provocadas pelo aumento da produção, especialmente pós-Segunda Guerra Mundial, fizeram aumentar o número de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho.

Num contexto econômico e político como o da guerra e o do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas – abruptamente por acidentes de trabalho ou mais insidiosamente por doenças do trabalho – começou a ser também sentido tanto pelos empregadores ávidos de mão-de-obra produtiva, quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho (MENDES; WAISSMANN, 2007, p.26).

Nesse momento, a Medicina do Trabalho mostra uma aparente impossibilidade de atuar sobre os problemas de saúde advindos das necessidades e dos processos de produção. Assim, pela lógica racionalista e científica imperante no processo produtivo e de gestão, decidiu-se por ampliar a atuação da Medicina do Trabalho, inicialmente localizada sobre o trabalhador e seu corpo. Essa ampliação supunha uma atuação dos médicos também sobre o ambiente de trabalho, ou seja, a administração passa a utilizar-se de outras disciplinas, outros instrumentos e outros profissionais para operar também sobre o ambiente e buscar a redução dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Essa mudança de foco de atuação culmina na construção do campo denominado Saúde Ocupacional, que

surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente 'multi-profissionais', e a ênfase na higiene 'industrial', refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque das indústrias nos países 'industrializados' (MENDES; DIAS, 1991, p.343).

Segundo Rocha (2010, p.11),

o enfoque da Saúde Ocupacional ampliou a atuação da medicina do trabalho, que antes se voltava basicamente para o tratamento dos doentes, passando a avaliar não apenas o indivíduo, mas o grupo de trabalhadores expostos e não expostos a agentes patogênicos, visando a agir no nível de prevenção no ambiente de trabalho.

Pode-se inferir que a Saúde Ocupacional propõe um trabalho interdisciplinar, influenciado pela Higiene Industrial e que relaciona o ambiente de trabalho ao corpo do trabalhador. Nessa perspectiva, aventa-se a multicausalidade das doenças e dos acidentes, sendo que vários fatores de risco são considerados para o desencadeamento da doença, que é avaliada pela clínica médica e pelos indicadores ambientais e biológicos que podem inferir sobre ela (ROCHA, 2010).

O aparato conceitual para compreender a saúde e a doença e suas relações com o trabalho está longe de ser hegemônico. Tanto isso é verdade que atualmente o campo denominado Saúde do Trabalhador vem como uma proposta contra-hegemônica ao modelo vigente para a compreensão e a intervenção nas patologias do trabalho. O entendimento da relação saúde-doença-trabalho está permeado pelo desenvolvimento do trabalho nos diferentes modelos de produção social, sempre tocados pelos seus aspectos sociais, políticos, jurídicos e ideológicos. Nesse sentido, o desenvolvimento das teorias administrativas no capitalismo avança para alcançar os índices de produtividade e lucro exigidos pelo capital, garantindo sua expansão.

De acordo com um manual clássico na área de Administração de Recursos Humanos,

A higiene do trabalho está relacionada com as condições ambientais de trabalho que assegurem a saúde física e mental e com as condições de saúde e bem-estar das pessoas. Do ponto de vista da saúde física, o local de trabalho constitui a área de ação da higiene do trabalho, envolvendo

aspectos ligados com a exposição do organismo humano a agentes externos como ruído, ar, temperatura, umidade, luminosidade e equipamentos de trabalho. Assim, um ambiente saudável de trabalho deve envolver condições ambientais físicas que atuem positivamente sobre todos os órgãos dos sentidos humanos – como visão, audição, tato, olfato e paladar. Do ponto de vista da saúde mental, o ambiente de trabalho deve envolver condições psicológicas e sociológicas saudáveis e que atuem positivamente sobre o comportamento das pessoas evitando impactos emocionais, como o estresse (CHIAVENATO, 2008, p.470).

Esse manual expressa os conceitos de doença e saúde elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a qual a saúde pode ser compreendida como a ausência de doenças: "os riscos de saúde como riscos físicos e biológicos, tóxicos e químicos, bem como condições estressantes de trabalho podem provocar riscos no trabalho [...e] doenças". (CHIAVENATO, 2008, p.471) Ainda seguindo a orientação da OMS, esse manual apresenta uma definição mais ampla de saúde, que é o estado de bem-estar físico, mental e social. "Esta definição enfatiza as relações entre corpo, mente e padrões sociais. A saúde de uma pessoa pode ser prejudicada por doenças, acidentes ou estresse emocional." (p.471)¹⁷.

No Brasil, a Lei n.º 24/94, que segue as orientações da OIT, define e regulamenta o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), estabelecendo que "a saúde ocupacional está relacionada com a assistência médica preventiva" e exigindo das empresas: exame médico pré-admissional; exame médico periódico; exame de retorno ao trabalho (no caso de afastamento superior a 30 dias); exame de mudança de função, antes da transferência; e o exame médico demissional nos 15 dias que antecedem o desligamento de um funcionário (CHIAVENATO, 2008, p.472).

Além do aspecto da produtividade, garantida com o bem-estar dos trabalhadores quando a organização faz uso de um programa de saúde ocupacional e qualidade de vida no trabalho, a administração também é interessada pelos custos mensuráveis de um programa de saúde ocupacional inadequado. Como fatores de risco para as organizações, tem-se: "aumento de pagamento por indenizações, aumento dos afastamentos por doença, aumento dos custos de seguros, aumento do absenteísmo

¹⁷ Esse manual, publicado em sua primeira edição em 1980 pela Editora Atlas, em três volumes, tem servido há mais de três décadas para a formação de administradores em cursos de graduação em administração, bem como tem orientado profissionais da área de "Recursos Humanos", atualmente denominada de "Gestão de Pessoas".

e rotatividade do pessoal, baixa produtividade e baixa qualidade, além de pressões sindicais" (CHIAVENATO, 2008, p.472).

Como se pode observar claramente, a gestão da saúde é considerada não como uma atenção dedicada aos trabalhadores, mas como uma parte importante do negócio da empresa. As leis garantem uma série de direitos aos trabalhadores, inclusive o direito à saúde, que devem ser cumpridos pelas empresas, no entanto, os problemas ocasionados para a produtividade empresarial, em função de um adoecimento, afastamento ou acidente de trabalho, também exigem da empresa a construção de soluções para minimizar aquilo que provoca o problema. Sendo o tempo dedicado ao trabalho o fundamento da produção, o tempo em que o trabalhador encontra-se disponível no qual há um não trabalho é um problema para os objetivos da empresa (FARIA, 2004, v.2). É nesse sentido que os sistemas de gestão de saúde e segurança nas empresas devem operar sobre a situação de não-trabalho (afastamento). Pode-se afirmar, especialmente a partir do que traz a literatura manualizada da área de gestão de pessoas (CHIAVENATO, 2008; ARAUJO, 2006), que os conceitos sobre a saúde e a doença são difusos e pouco trabalhados, e o que se propõe como prática sobre a saúde e a segurança cumpre as exigências das leis e normatizações relativas ao assunto. Assim, o sistema de saúde e segurança nas empresas cumpre um papel formal e deve ser gerido como qualquer outra atividade da empresa, visando à eficácia e eficiência, de acordo com uma lógica racional e técnica. Para além do sistema de saúde, existe todo o aparato voltado para a gestão da segurança e a prevenção de acidentes nas fábricas.

A segurança no trabalho envolve a prevenção de acidentes, de incêndios e de roubos. Trabalha com a administração de riscos ocupacionais, no sentido de antecipar-se para que os riscos sejam amenizados. Para Araujo (2006, p.208), "reconhecer a importância de instruções que conduzem à segurança no trabalho torna-se um diferencial no resultado final da organização, quer pela boa redução do número de acidentes, quer pelos resultados de cunho financeiro". Este mesmo autor identifica três objetivos para os sistemas de saúde nas organizações: "promoção adequada das condições ambientais; controle dos fatores causadores das doenças; prevenção, redução e eliminação das causas prejudiciais" (ARAUJO, 2006, p.191). E ainda sinaliza que o compromisso com a saúde no trabalho

é prever acidentes, analisando suas ocorrências e trabalhando no sentido de redução ou eliminação das doenças ocupacionais e dos riscos ambientais. Mais do que isso, visando manter a integridade física e mental das pessoas com o propósito de permitir o bom exercício das tarefas em um ambiente saudável e propício ao seu desenvolvimento, tanto no cotidiano de suas atribuições, quanto no âmbito de sua atuação.

Para dar conta desses objetivos, a gestão da saúde na empresa, como proposta pelo autor, é necessariamente tratada de forma interdisciplinar, envolvendo as áreas de medicina preventiva, prevenção sanitária e medicina ocupacional. Nessa proposta teórica e prática, a saúde ocupacional é tratada na sua interface com a segurança no trabalho.

A propósito da revisão da literatura sobre a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Segurança no Trabalho, cabe enfatizar que se trata de um conjunto de saberes e práticas cujo desenvolvimento está intimamente relacionado aos interesses do capital. A Medicina do Trabalho, como proposta pela Administração Científica, acolhida pela OIT e desenvolvida nas fábricas em função das leis que estabelecem sua regulação, localiza no corpo e seu ajustamento às demandas de produtividade as "disfunções" e a causa dos adoecimentos dos trabalhadores. A partir das suas insuficiências para atuar perante os problemas relativos à saúde dos trabalhadores ante a demanda de alta produtividade imposta no período pós-Segunda Guerra Mundial, desenvolvem-se a Saúde Ocupacional e a Segurança no Trabalho, que consideram o ambiente e seus riscos à saúde como importantes elementos a serem transformados em prol da saúde dos que trabalham. Ainda em tempo, vale considerar o vasto aparato técnico e regulatório desenvolvido para atuar na saúde nas empresas, prevendo, reduzindo ou eliminando possíveis riscos à saúde. Esses conhecimentos e práticas se generalizam e são aplicados em diferentes empresas, quase do mesmo modo, acompanhando os modismos gerenciais, para reduzir e eliminar riscos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

Porque estabelece um mundo de utopias, colocando problemas para os quais propõe solução compatível com os princípios da gerência autoritária, a ideologia das Relações Humanas oculta contradições reais, reconstituindo, em um plano puramente imaginário, um discurso que pretende servir de horizonte ao vivido dos atores sociais. Mas não há como ser tal horizonte se o que faz é justamente a negação do vivido (FARIA, 2004, v.2, p.90).

Considerando a dificuldade desses constructos teóricos e práticos de abordar a complexidade que envolve a compreensão e a atuação sobre a saúde em tempos de técnicas altamente sofisticadas de gestão, de altas exigências de produtividade, de avaliações excessivas, de metas impossíveis de serem alcançadas, de flexibilidade generalizada e de desemprego, temas e relações tão comumente abordados pelos movimentos críticos e sociais relacionados ao trabalho, desenvolveu-se, no final da década de 1970 e meados da década de 1980, no Brasil, a chamada Saúde do Trabalhador.

2.4 SAÚDE DO TRABALHADOR

Segundo Mendes e Waissmann (2007), os saberes e as práticas da Patologia do Trabalho¹⁸ se constituíram ao longo do desenvolvimento dos sistemas sociais produtivos, levando em consideração aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos. No sistema de produção capitalista, especialmente no século XX, observa-se que o conjunto de conhecimentos produzidos acerca das patologias e das doenças dos trabalhadores acompanha os interesses ligados ao capital. No Brasil, a Medicina do Trabalho, desde a República, segue a tendência europeia de considerar a saúde como uma questão social e assim ser tratada por seus aspectos higienistas, desdobrando-se, no século seguinte, nas vertentes da Saúde Pública e da Medicina Legal. No século XX ocorreram algumas transformações na forma de compreender e abordar a saúde e a doença relacionadas ao trabalho, destacando-se a construção do campo denominado Saúde do Trabalhador, que amplia a possibilidade de compreensão sobre as relações entre trabalho-saúde-doença e leva para as instituições públicas, para os sindicatos e para as universidades a possibilidade de pesquisa e atuação sobre os casos relativos às patologias do trabalho.

¹⁸ A Patologia do Trabalho "é o estudo (*logos*) do sofrimento, dano ou agravo (*pathos*) à saúde, causado, desencadeado, agravado pelo trabalho ou com ele relacionado" (MENDES, R., 2007b, p.48).

Do senso comum e do dicionário vem a ideia de *sofrimento*: dor física, angústia, aflição, amargura, infortúnio, desastre, agravo. *Agravo* dá a ideia de prejuízo, dano. *Dano* significa estrago, deteriorização, danificação. Com o significado destes três termos está construído, neste momento, o espectro do *pathos*. O espectro da patologia do trabalho. Ela tem a pretensão de lidar com estas categorias, no que se refere ao dano ou agravo da saúde causado pelo trabalho (MENDES, R., 2007b, p.48).

O conceito de saúde utilizado por esse campo pode ser definido como:

uma condição em que o indivíduo ou grupo de indivíduos é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente. A saúde é recurso para a vida diária, e não um objetivo de vida; é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, tanto quanto as aptidões físicas. É um estado caracterizado pela integridade anatômica, fisiológica e psicológica; pela capacidade de desempenhar pessoalmente funções familiares, pessoais e sociais; pela habilidade para tratar com tensões físicas, biológicas, psicológicas ou sociais; com um sentimento de bem-estar e livre do risco de doença ou morte extemporânea. É um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio físico, biológico e social, compatível com plena atividade funcional (REY, 1999 *apud* MENDES, R., 2007b, p.48).

Sob a denominação *Saúde do Trabalhador* encontra-se uma diversidade de acepções, ora designando um campo de práticas, ora designando um conjunto de ideias e políticas acerca da saúde daquele que trabalha. Para o Estado brasileiro, trata-se de uma área da Saúde Pública, consolidada nos termos atualmente conhecidos a partir da Constituição Federal de 1988 e fortemente influenciada pelos movimentos sindical e social das décadas de 1970 e 1980. Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a Saúde do Trabalhador passou a ser de competência da área da saúde, o que demandou de municípios, estados e governo federal a construção de um aparato jurídico para dar sustentação a essa área, assim como o desenvolvimento de práticas concernentes à nova proposta de trabalho com a saúde, especialmente com a Saúde do Trabalhador. A novidade instituída a partir da Constituição Federal de 1988, ensejada especialmente pelos movimentos social e sindical, é a referência ao *processo produtivo* na sua relação com a produção de saúde/doença da população (BRASIL, 2005).

Além de ser um campo de atuação complexo, já que seu objeto (relação saúde-trabalho) implica considerações políticas, econômicas, sociais, de saúde e psíquicas específicas e não necessariamente hegemônicas, ele tem como objetivo o desenvolvimento de "ações no sentido de proporcionar efetivas promoção, proteção

da saúde e prevenção dos agravos à saúde relacionados ao trabalho" (BRASIL, 2005, p.11). A lida com o objeto da Saúde do Trabalhador inclui a atuação de alguns setores governamentais, a saber: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, e Ministério da Previdência e Assistência Social. Assim, a exigência de ações intersetoriais intensifica as dificuldades de elaboração das práticas e das políticas específicas em Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991), além de provocar divergências em relação às devidas competências de atuação e de financiamento nesta área. Trata-se também de um campo que exige a atuação multiprofissional, demandando o trabalho de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, engenheiros, entre outros.

Em construção desde o final da década de 1980, o campo de Saúde do Trabalhador no SUS

é uma tarefa ainda árdua daqueles que almejam ver incorporado, como um determinante essencial do processo saúde-doença da população brasileira, as relações estabelecidas entre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e os processos produtivos no cotidiano do trabalho, seja ele de que tipo for (BRASIL, 2005, p.13).

Isso porque as ações de Saúde do Trabalhador, determinadas pela Lei n.º 8.080/90, "configuram-se como partes integrantes e inerentes aos campos da assistência à saúde, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, abrangendo ações nos vários níveis de hierarquia do sistema de saúde" (BRASIL, 2005, p.19);

Ainda em relação às Leis, cabe citar a Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹⁹, que dá cumprimento ao novo mandamento institucional e tem como premissa *disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde* (BRASIL, 2005), incluindo a Saúde do Trabalhador no campo da saúde pública e devendo, portanto, ser operada pelo SUS.

§ 3.º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim

¹⁹ A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é conjunto das **Leis n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990 e **n.º 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, que versam respectivamente sobre a "promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências" (Lei n.º 8.080) e "sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências" (BRASIL, 2005, p.17).

como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e a sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, 19 setembro de 1990).

Assim, na letra da Lei, aquilo que se destina à Saúde do Trabalhador se relaciona com a possibilidade tanto de promover e preservar a vida e a saúde quanto de reabilitar e restaurar a condição de saúde daquele que trabalha, justamente para que trabalhe e dê conta de sua vida.

2.4.1 Sobre as origens e a construção do campo Saúde do Trabalhador

O campo denominado Saúde do Trabalhador se configura como uma abordagem teórico-metodológica que baliza a concepção e a prática concernentes às relações entre Saúde e Trabalho, opondo-se às concepções da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Atualmente trata-se de uma das abordagens inseridas na rede básica de atenção à saúde da população brasileira, consubstanciada pela Lei Orgânica de Saúde.

Segundo Lacaz (1996, p.viii),

A preocupação com o estudo da determinação social do processo saúde/doença tendo como objeto privilegiado o trabalho, surge de forma mais estruturada e orgânica a partir dos anos 70 quando a Medicina Social Latinoamericana passa a produzir estudos, pesquisas e propor cursos que ressaltam o campo teórico-conceitual da Saúde e Trabalho.

Apoiando-se no movimento da Medicina Social Latino-americana, que focaliza a determinação social do processo saúde/doença e a centralidade do trabalho nessa determinação, o campo da Saúde do Trabalhador, em construção no Brasil, traz consigo as marcas do processo histórico de consolidação das intervenções políticas e estatais nas relações de trabalho, desde o início do século XX. Segundo Lacaz (1996), o Estado passa a articular, conjuntamente com a iniciativa privada, uma série de ações para proteger os trabalhadores e intervir nos processos produtivos, para que, de um lado, pudesse reestabelecer os trabalhadores para o trabalho, e de outro, intervir sobre as situações de acidente de trabalho, que exibia taxas de alta ocorrência, especialmente em razão da necessidade de crescimento da economia no período pós-guerra e das condições de trabalho da época – população migrando do campo para a cidade, leis trabalhistas em consolidação, pouca vigilância sobre as condições de trabalho, movimento dos trabalhadores pouco articulado, entre outros (LACAZ, 1996). Assim, pode-se perceber, a partir das análises que Lacaz (1996) faz do processo de construção das leis e dos fatos e das práticas que regem a relação do homem com o trabalho, com atenção em sua saúde, que os serviços de medicina da fábrica estavam articulados às condições econômicas e produtivas do país. Até a década de 1970 eram as ações da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional que se implementavam nas fábricas, refletindo as Leis e as Políticas Públicas que versavam sobre a saúde de quem trabalha. Cabe ressaltar que a tutela sobre a saúde dos trabalhadores era das próprias empresas.

A Medicina do Trabalho

atua sobre o indivíduo, privilegiando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza marcadamente orgânica, com uma visão empirista e positivista trazida da clínica. Neste contexto caberá pouco espaço para a subjetividade e a percepção do trabalhador, já que é tomado como paciente e objeto da ação técnica (LACAZ, 1996, p.22-23).

Assim, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional ganham cientificidade ao adotar as ideias de *História Natural da Doença* – da Medicina Preventiva e da Epidemiologia, de *Limite de Tolerância* – da Higiene Industrial e da Toxicologia e de *Adaptação* – da Ergonomia tradicional (LACAZ, 1996).

O desenvolvimento de políticas e de registros de agravos à Saúde do Trabalhador e acidentes de trabalho aconteceu no Brasil, efetivamente, na década de 1970. Tal fato deve-se às influências das experiências mundiais em relação à insatisfação com as condições de vida, haja vista o movimento de 1968 na França e suas repercussões no mundo ocidental, bem como ao engajamento das ciências sociais no campo da Saúde Coletiva e conseqüentemente no campo da saúde e trabalho (LACAZ, 1996).

Os fatos históricos do final da década de 1960 e início da década de 1970, que configuraram o período de crescimento econômico com a crise da economia mundial e a conseqüente piora das condições de vida e liberdade dos trabalhadores, culminando com a repressão pós-64 e seu afrouxamento no início dos anos 1970, mobilizaram os trabalhadores em busca de seus direitos e melhores condições de trabalho. Esse momento é reconhecido na história do movimento operário brasileiro como um dos mais férteis no que se refere à conquista dos trabalhadores e sua participação nas fábricas e nas políticas públicas.²⁰ Essa participação coloca em destaque as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores que, tocados pela Medicina Social Latino-americana e pelo Movimento da Reforma Sanitária, buscam formas de desenvolver uma proposta de atuação sobre a Saúde do Trabalhador que implique as condições vividas no contexto geral de trabalho.

Uma série de elementos **sincrônicos** acaba moldando uma situação em que emerge a questão da saúde/doença e trabalho e a viabilidade de sua incorporação pelos serviços de **saúde pública**. Tal envolvimento dos serviços vai dar-se tanto no diagnóstico, como na intervenção para o controle e prevenção de agravos (LACAZ, 1992 *apud* LACAZ, 1996, p.96).

²⁰ Sobre isso, ver a atuação das Comissões de Fábrica no que se refere às condições de trabalho nas empresas a partir de 1980 (FARIA, 1987).

Assim,

Constrói-se o arcabouço teórico-metodológico de um **outro** campo de saberes, a partir de outros objetos, conceitos, noções e que pretende influenciar e questionar as "verdades" consolidadas até então, adquirindo o estatuto de um saber contra-hegemônico que também informa uma outra prática sanitária (LACAZ, 1996, p.110).

Numa articulação bastante ampla de saberes filosóficos, cientistas sociais e políticos, planejadores, engenheiros, profissionais de saúde, juntamente com os trabalhadores e seus organismos de representação estão engajados na luta pela mudança e transformação da organização e dos processos de trabalho e das tecnologias, na perspectiva do resgate do verdadeiro *ethos* do Trabalho, libertário e emancipador ou seja, sem *pathos*, isento de sofrimento, doença e morte (LACAZ, 1996, p.37).

A participação dos trabalhadores no âmbito da discussão sobre as políticas públicas em Saúde do Trabalhador demonstra uma maior preocupação destes no que se refere ao controle de suas vidas, o que, de certo modo, coloca o estado e as políticas públicas como campo de disputa de poder para os interesses dos trabalhadores e dos empregadores (LACAZ, 1996.)

[...] para se pensar a especificidade da Saúde do Trabalhador como prática teórica (geração de conhecimento) e como prática política e ideológica (visando superar relações de poder e a conscientização dos trabalhadores), é necessário frisar que ela emerge associada à **maturação** da industrialização e à forma particular que esta assume na América Latina, nos anos 70, o que traz consigo o surgimento de uma classe operária industrial (LACAZ, 1996, p.47).

Dois aspectos são importantes para a compreensão da consolidação do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. O primeiro deles é que na medida em que países latino-americanos, convivendo com realidades sociais parecidas, começam a proferir o discurso sobre a Saúde do Trabalhador, indicando que esta envolve o processo de saúde/doença e o processo de trabalho, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde tomam esse discurso como verdade e o proferem na determinação do que entendem como saúde e Saúde do Trabalhador, ou seja, incrementam seu entendimento de saúde e de intervenção a partir das novas ideias desenvolvidas neste campo. O problema, no entanto, é que esse discurso não reflete a condição sociopolítico-sanitária de todos os países, especialmente dos

países europeus e desenvolvidos, o que demonstra que "sua universalização carece de um arcabouço teórico-metodológico e de noções melhor estabelecidas como a própria ideia de saúde, de trabalho e de sua relação" (LACAZ, 1996, p.118).

Já o segundo aspecto é que o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil é um movimento inspirado na Medicina Social Latino-americana, que por sua vez se inspira no Modelo Operário Italiano, ambos tendo como mote "o processo de saúde-doença relacionado ao trabalho em sua dimensão sócio-política" (LACAZ, 1996, p.120), ou seja, considerando as determinações e as relações do homem com o social e com o trabalho para compreender o processo de saúde-doença. Encontra-se aí a diferença mais notável do campo de Saúde do Trabalhador com o campo da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, já que nestas últimas a relação do homem com o social e o meio ambiente é naturalizada, compreendendo "uma abordagem da relação trabalho-saúde pela ótica das ciências naturais e o biológico-individual é a forma mais adequada de análise" (p.120).

Lacaz (1996) realiza um minucioso estudo sobre a estruturação do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, analisando as políticas públicas e a saúde, a produção da academia e o movimento social. Suas conclusões demonstram que se trata de um campo complexo, que envolve vários saberes, que se propõe como contra-hegemônico ao discurso vigente, estando ainda em construção. Mesmo mais de uma década depois da publicação de sua tese de doutoramento sobre o tema, entende-se, pela análise das políticas públicas e dos documentos de saúde gerados pelos encontros nacionais de saúde e de Saúde do Trabalhador, bem como pelo relato das experiências no campo, que ainda se trata de um campo em construção, no entanto, reconhecido para o desenvolvimento das práticas no âmbito da saúde e da Saúde do Trabalhador.

2.5 SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

Abordar a relação entre Saúde Mental e trabalho é uma tarefa que remonta à história das relações entre doença e trabalho, bem como às distintas formas de conceber essa relação, o que implica diversificadas abordagens e teorias. Longe de

ser um campo homogêneo, traz consigo uma variedade de compreensões acerca do que é o mental e as formas de promover saúde ou reabilitar o mental a um estado que se chama de normalidade.

A história da Saúde Mental no trabalho, constituindo-se como um campo de práticas e um novo referencial teórico, remonta ao início do século passado, estando diretamente relacionada às exigências de produção nas fábricas. No entanto, já nos estudos de Bernardino Ramazzini, no século XVIII, podem-se encontrar algumas referências a descompensações mentais relacionadas ao trabalho, como é o caso dos pintores. É com a Revolução Industrial e mais tardiamente com a Administração Científica, que o tema Saúde Mental no trabalho passa a ser foco de grande interesse de pesquisadores que fundam a área.

Temas frequentemente estudados pelos pesquisadores do início do século eram o bem-estar psicológico, o sofrimento de trabalhadores nas fábricas de Henry Ford e a neurose das telefonistas francesas²¹. Pode-se dizer que, durante a primeira metade do século passado, um conjunto de pesquisadores e profissionais de diversas áreas (Psicologia, Medicina, Sociologia, Antropologia, Engenharia) foram demandados a estudar e intervir naquilo que comprometia o comportamento produtivo no trabalho. Estavam interessados pelos aspectos cognitivos e comportamentais relacionados ao trabalho, buscando saber como era feita a inferência sobre esses aspectos para garantir ou aumentar a produtividade do trabalhador. É nos idos da Segunda Guerra Mundial que a saúde física e mental dos trabalhadores começa a ganhar destaque, já que ela tinha uma relação direta com o absenteísmo e a produtividade nas fábricas.

Segundo Selligmann-Silva (2011, p.39),

Após a Segunda Guerra Mundial, as observações realizadas por diferentes profissionais da área de saúde nas situações ansiogênicas do confronto bélico contribuíram para que surgisse um interesse maior dirigido à identificação de causas coletivas, relacionadas à própria situação de trabalho, capazes de conduzir a quadros psicopatológicos. Delineava-se, cada vez mais, o interesse em discernir os pontos de referência de um enfoque voltado para a psicopatologia do trabalho. Entretanto, até os anos 1970, a maioria dos primeiros estudos nessa temática apenas reconhecia o fator desencadeante do trabalho [...].

²¹ A neurose das telefonistas francesas também foi tema de estudo do psiquiatra francês Louis Le Guillant (1900-1968), que teve contribuição importante ao campo da Psicopatologia do Trabalho. (SOUZA; ATHAYDE, 2006).

É justamente no período pós-guerra, no qual ocorrem o incremento da produção e a inserção das tecnologias de base microeletrônica no processo produtivo, que o sistema de produção passa a exigir do trabalhador novas formas de se relacionar com o trabalho, diferentes habilidades e conhecimentos para realizá-lo. Esse modelo inaugura uma nova lógica que tem suas consequências para o modo de vida humano, ou seja, a economia e o consumo passam a ser valores máximos das relações humanas (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

É especialmente em função das formas de trabalho nos novos sistemas de produção e das exigências que estes impõem aos trabalhadores, que se justifica o desenvolvimento de outros olhares para o adoecimento da população trabalhadora. Juntamente com a crítica social ao modelo de vida e de produção vividos após o período das grandes guerras, desenvolveu-se uma medicina que se propunha mais crítica e social. Inspirada pelo movimento da Psiquiatria Social, foi na França, no final da década de 1940, que a Psicopatologia do Trabalho (PPT) se desenvolveu como tema e área de estudo.²²

A Psicopatologia no Trabalho foi desenvolvida pelo psiquiatra francês Louis Le Guillant (1900-1968), que foi integrante do movimento da Psiquiatria Social na França e reconhecido como um psiquiatra de esquerda, já que participava do partido comunista e militava nos sindicatos de classe (SOUZA; ATHAYDE, 2006). O interesse da Psiquiatria Social era conhecer as condições de vida na sociedade e suas implicações para o desencadeamento ou agravamento de problemas mentais. Nesse sentido, Le Guillant integrou conhecimentos de três campos de saberes distintos – Medicina do Trabalho, psiquiatria social e mundo do trabalho – e buscou formas de conhecer suas relações e intervir na realidade, visando "estabelecer verdadeiros nexos causais que ligassem fatos realmente vividos em um determinado ambiente a uma situação concreta de adoecimento", realizando o que chamou de "nova clínica" (SOUZA; ATHAYDE, 2006, p.12). Dentre seus estudos, pode-se citar a análise do

²² Em alguns estudos de Psiquiatria Geral, identificam-se passagens que incluem o trabalho como fator importante a ser analisado no desencadeamento e na manutenção da doença mental. Karl Jaspers "inclui o trabalho como terreno existencial em que poderiam ser desencadeadas experiências afetivas adoecedoras" e Kretschmer e Bleuler, em obras distintas, identificaram que "a humilhação infligida em certas situações de trabalho era determinante na origem de patologias mentais". Estes estudos inspiraram o desenvolvimento de uma Psicopatologia no Trabalho. (SELLIGMANN-SILVA, 2011, p.44-45).

trabalho das telefonistas, das empregadas domésticas e dos condutores de locomotivas. Com isso, Le Guillant pôde estabelecer relações entre as condições de trabalho e os problemas mentais, indicando que se tratava de psicopatologias das profissões (LHUILIER, 2011).

Le Guillant, mesmo tendo sido grande estudioso das origens sociais do adoecimento mental e tendo procurado encontrar uma resposta para a psicopatogenia nas vivências individuais acumuladas ao longo dos percursos existenciais individuais (itinerários *vivenciados* de vida e trabalho), não deixou de pontuar a extensão do mistério que até hoje desafia a Psicopatologia – tanto a psicopatologia geral como a PPT –, ao reiterar frequentemente que 'o problema central e mais difícil de nossa disciplina encontra-se na passagem de uma situação vivida, seja ela qual for, para um distúrbio mental' (SELLIGMANN-SILVA, 2011, p.47).

Cabe ressaltar que os apontamentos e a teoria de Le Guillant deram início a uma série de estudos que influenciaram o desenvolvimento e a consolidação da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), de Christophe Dejours, bem como do campo de saberes hoje conhecido como Saúde do Trabalhador.

Além do desenvolvimento de um conjunto de teorias, como, por exemplo, a PPT e a PDT, esse momento histórico confluiu para as discussões e ações sobre a Saúde do Trabalhador, que passaram a ser institucionalizadas, a partir das orientações da OIT e pela implantação, nas fábricas e empresas em geral, dos serviços de Medicina do Trabalho, Previdência Social e Comitês de Higiene e Segurança no Trabalho.

O enfoque sobre o trabalho do ponto de vista psicológico caminhava, assim, para uma delimitação mais precisa e definida. Porém, até a década de 70, grande parte dos estudos reconhecia apenas o fator desencadeante do trabalho, quando este mobilizava estruturas patológicas da personalidade já existentes, deixando transparecer a influência de uma leitura psicanalítica enviesada, privilegiando um determinismo psíquico que desconsiderava determinadas condições reais do trabalho como patógenas (BARROS; GUIMARÃES, 1999, p.64).

A partir da década de 1980 alguns autores (DEJOURS, 1992; SELLIGMANN-SILVA, 1994; CODO, 1988) desenvolvem estudos que relacionam a Saúde Mental dos Trabalhadores com a Organização do Trabalho,

considerando como objeto a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho. [...] tomam, como centro de suas análises, os conflitos que nascem a partir do

contato do sujeito com uma história singular preexistente e a situação no trabalho, o qual tem suas características fixadas independentemente desse sujeito. Partem da concepção de uma subjetividade já constituída que entrará em contato com a realidade do trabalho. Há portanto, uma dinâmica considerada a priori, a qual reside no fato de que o sujeito pode se modificar ou ser modificado durante esse contato, do mesmo modo que o trabalho poderá sofrer alterações (BARROS; GUIMARÃES, 1999, p.64).

Ao dar valor ao trabalho e sua organização como importante processo que pode provocar sofrimento e doenças psíquicas, instala-se uma nova forma de ler e intervir sobre as doenças e os acidentes de trabalho.

Ao retomar a história do campo da Saúde Mental no trabalho, destaca-se a trajetória de Dejours (2007), que faz uma passagem da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, como descrito por ele:

A psicopatologia do trabalho surgiu na França entre as duas guerras, tendo se afirmado nos anos 50. Os pioneiros esforçavam-se então por destacar e descrever as doenças mentais ligadas ao trabalho: era a época da psicopatologia do trabalho *stricto sensu*.

A partir dos anos 1980, amplia-se o campo da pesquisa: busca-se, desde então, compreender como a maioria dos homens e das mulheres consegue driblar a doença mental, apesar das pressões organizacionais. Descobre-se então que a 'normalidade' é uma conquista, que resulta essencialmente da criação de estratégias individuais e coletivas de defesa dos trabalhadores no que se refere ao sofrimento no trabalho. Um campo extraordinário revela-se então aos clínicos, mostrando a engenhosidade do espírito humano quando se trata de resistir à adversidade.

Para além da normalidade como compromisso entre o sofrimento e as defesas para evitá-lo, a investigação clínica preocupa-se em analisar os motores psíquicos e sociais do prazer no trabalho. Descobertas significativas foram feitas desde então, sobre a inteligência do corpo, sobre a engenhosidade e sobre a psicodinâmica do reconhecimento que permite transformar o sofrimento em prazer, conferindo sentido e valor a esse sofrimento.

Prazer e sofrimento no trabalho: o termo psicopatologia do trabalho torna-se insuficiente para traduzir o amplo domínio da clínica. Assim, desde 1992, introduz-se a nova denominação: psicodinâmica do trabalho. Neste quadro a psicopatologia do trabalho insere-se como campo da psicodinâmica do trabalho: o das descompensações que surgem quando as estratégias de defesa são comprometidas por um sofrimento que o sujeito não consegue contornar, tornando-se autodestrutivo (DEJOURS, 2007, p.20-21).

As descobertas e empreitadas da Psicodinâmica do Trabalho deram novas formas à compreensão dos adoecimentos psíquicos no trabalho, incluindo nessas análises a organização do trabalho. O enfoque da teoria é a "análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho" (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p.120-125), buscando a compreensão

daquilo que é "potencialmente desestabilizador para a Saúde Mental dos trabalhadores", ou seja, "todas as pressões aparecem decorrentes da organização do trabalho". Assim, para a PDT a organização do trabalho compreende a *divisão do trabalho* (divisão de tarefas, repartição, ou seja, o modo operatório prescrito) e a *divisão de homens* (divisão de responsabilidades, hierarquia, controle). Em contraste com as condições de trabalho (pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho), foco de análise da maioria dos ergonômicos e médicos do trabalho, a organização do trabalho permite que se faça uma análise das consequências sobre o funcionamento psíquico de uma determinada forma de organizar o trabalho. Para Dejours e Abdoucheli (1994, p.126),

Se, por um lado, as condições de trabalho têm por alvo principalmente o *corpo*, a organização do trabalho, por outro lado, atua a nível de *funcionamento psíquico*. A divisão das *tarefas* e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de *homens* solicita sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança, etc.

Ao esboçar sua teoria, Dejours se apoia "na teoria psicanalítica do sujeito", privilegiando "as relações com outros sujeitos e com os coletivos", dando enfoque à intersubjetividade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p.138-142-143). É pela palavra dos trabalhadores que se obtém "a via de acesso à vivência subjetiva e intersubjetiva do trabalho", em detrimento da "observação dos atos, dos fatos, dos comportamentos ou dos modos operatórios". Dejours acredita na pesquisa em psicopatologia do trabalho, sem desconsiderar a pesquisa de campo e a troca entre pesquisador-trabalhador, como técnica para o acesso às vivências subjetivas e intersubjetivas no trabalho.

O acesso ao estudo dessa subjetividade se dá basicamente por meio da palavra, mais precisamente pela relação entre a palavra do trabalhador e a escuta do pesquisador, permitindo ao sujeito que fala sobre seu trabalho uma clarificação de seu comportamento, colaborando para a mudança da sua percepção a respeito da situação vivida (MENDES, A. M., 2007b, p.58).

Com o objetivo de identificar o sofrimento no trabalho, a elaboração de estratégias defensivas para lidar com esse sofrimento e o ponto em que esse sofrimento se torna patologia, a PDT vem se transformando, desde a sua constituição. Atualmente se considera como uma das clínicas do trabalho, aliando pesquisa e

intervenção e objetivando a "apreensão da dinâmica que envolve a relação entre as vivências de prazer-sofrimento e a saúde no trabalho" (MENDES, A. M., 2007b, p.59).

Considerando a evolução das teorias que lidam com o sofrimento ou o adoecimento e a saúde no trabalho, um quadro clínico que muito influenciou o avanço de tais teorias, nas décadas de 1980 e 1990, foram as lesões por esforços repetitivos (LER). Além de ser um quadro com difícil diagnóstico, já que não há exames precisos para identificar a LER, percebia-se nesses casos um intenso sofrimento psíquico. Com a nova forma de compreender as doenças no trabalho, a LER passa a constituir a organização do trabalho. Para Barros e Guimarães (1999), a LER deve ser entendida como sintoma da organização do trabalho. Os autores refutam perspectivas que consideram a LER como um sintoma resultante de desejos inconscientes recalçados e colocam nas mudanças e na organização do trabalho (aumento do ritmo de trabalho, das exigências de produtividade, da competitividade, da inserção da tecnologia no processo de trabalho) as causas da doença, ou melhor, veem essa doença como sintoma dessas alterações no sistema produtivo. No entanto,

de forma geral, estudos que visam verificar a prevalência de transtornos mentais nos locais de trabalho prescindem de critérios diagnósticos precisos e quando este quesito é preenchido, a contextualização do ambiente ocupacional, incluindo-se a questão da organização do trabalho, em geral não é contemplada (GUIMARÃES *et al.*, 1999, p.52).

À medida que as teorias que valorizam a produção social das doenças são desenvolvidas, imprime-se outra forma de compreender também as doenças relacionadas ao trabalho. Segundo Selligmann-Silva (2011, p.34), historicamente,

os estudos voltados para a produção social dos distúrbios psíquicos se concentravam, tradicionalmente em duas linhas preferenciais de investigação: a primeira, desenvolvida a partir da vertente macrossocial, e a segunda, voltada para o exame das esferas microssociais.

Nesses estudos, a vertente macrossocial considera a relação entre aspectos de classe social, educação, estágio de industrialização, economia, sistema político e o adoecimento mental da população. Já a vertente microssocial considera aspectos relacionados à família e à escola e a produção de doença mental. Atualmente, uma

outra esfera social – a do trabalho – deve ser abordada para compreender sua relação com a produção de saúde e doença mental.

Para alguns pesquisadores da área (SELLIGMANN-SILVA, 2007, 2011; MENDES; DIAS, 1991; MENDES, R. 2007a), as condições e a organização do trabalho são fatores preponderantes para a compreensão e a intervenção no adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, ou seja, o que "interessa são os processos que, *no trabalho*, condicionam agravos psicopatológicos de pessoas que trabalham" (SELLIGMANN-SILVA, 2007, p.1142). Para a autora, não há uma classificação internacional de expressões clínicas das psicopatologias ou distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, apesar de haver um consenso entre os pesquisadores e profissionais da área sobre a importância que o trabalho tem assumido no desencadeamento das psicopatologias.

Analisando os estudos sobre a situação de trabalho e sua relação com a psicopatologia, observa-se que comumente consideram-se duas instâncias do trabalho para pensar sua relação com o corpo e o psiquismo: as *condições* e a *organização do trabalho (OT)*. As *condições de trabalho* são compreendidas como os aspectos físicos, químicos e biológicos vinculados à realização do trabalho, que podem interferir nas instâncias orgânicas, psíquicas ou sociais do indivíduo que trabalha. Já a *organização do trabalho* se refere à divisão técnica e social do trabalho, ou seja, como se organiza o trabalho de produção, que vem sofrendo, ao longo dos dois últimos séculos, alterações significativas, especialmente quando a ciência e a racionalidade são acionadas para auxiliar o capital a obter mais produtividade em seus sistemas (MENDES, A. M., 2007a; DEJOURS, 1992, 1994).

Segundo Selligmann-Silva (2007, p.1143-1144), é na organização do trabalho que os estudos sobre Saúde Mental e trabalho têm encontrado a fonte "preponderante dos agravos psíquicos relacionados ao trabalho". Para a autora, o fato de se constituírem relações de poder no trabalho, seja pela divisão hierárquica de funções ou pelos saberes da prática (conhecimento e experiências aplicados ao trabalho), pode ter reflexos para a Saúde Mental.

Em síntese, o entendimento dos principais aspectos da OT que interessam à SMT estarão sempre relacionados com o *modelo de trabalhador concebido pela empresa*, o qual por sua vez corresponde ao *modelo* pelo qual ela é concebida, o modo como ela é visualizada por seus dirigentes.

Para além desses aspectos, "a estruturação hierárquica, o controle, a divisão das atividades, a estrutura temporal do trabalho, as relações interpessoais e intergrupais", são categorias amplamente estudadas e analisadas para o entendimento das relações entre organização do trabalho e Saúde Mental no trabalho. Para os autores da área, importante se faz o estudo das políticas e práticas de recursos humanos para compreender a forma como a empresa controla e gerencia as relações do indivíduo com o trabalho.

Será, portanto, a partir das conjunções de componentes da situação de trabalho e do entendimento de seus significados para o trabalhador em cada contexto sociopolítico e cultural que poderão ser avaliados os riscos mentais a que estão expostos os indivíduos ou equipes de trabalho. Para compreender isto, o desafio é transitarmos permanentemente nos *territórios* que vão da subjetividade ao nível macrossocial. [...]

As características assumidas pela OT apresentam ressonâncias importantes na esfera afetiva, ou melhor, nos sentimentos das pessoas que realizam as atividades de trabalho. Estes sentimentos podem ser prazerosos e fortalecedores da identidade e da saúde, mas, conforme as circunstâncias, também podem ser potencialmente desgastantes. Neste último caso, temos a tristeza, a raiva, o medo, a vergonha – muitas vezes decorrentes da humilhação – ou mesmo a apatia, que podem ser 'fabricados' ou estimulados em determinadas situações de trabalho.

A OT favorece a saúde, em geral, quando possibilita *reconhecimento* do próprio valor e esforço, quando oferece perspectivas de continuidade para desenvolvimento pessoal e profissional, além de proporcionar bases para fortalecer a auto-estima e a construção de laços interpessoais de confiança (SELLIGMANN-SILVA, 2007, p.1148).

É nessa tônica que se estabelecem as análises dos efeitos da organização do trabalho sobre a subjetividade e a doença mental do trabalhador. No entanto, cabe ressaltar que não somente o trabalho, mas também sua ausência ou degradação, promovem adoecimento psíquico. Segundo Vizzaccaro-Amaral (2011), o desemprego pode ser entendido como uma resposta para as disfunções sociais da sociedade industrial, sendo, portanto, uma invenção dos séculos XIX e XX. E se questiona, levando em consideração o desenvolvimento da sociedade e suas sintomatologias em relação ao trabalho, se este fenômeno do desemprego não será procedido pelo adoecimento que, para o autor, é socialmente produzido.

Se o trabalho define o homem (na concepção marxiana), o trabalho precário e o desemprego o confrontam com as novas formas de estranhamento no século XXI. O adoecimento, as incapacitações e as mortes e suicídios são manifestações fenomênicas desse estranhamento que indagam ao 'homem-que-trabalha' sua real condição no mundo. [...] As doenças psicossomáticas ocupacionais, os suicídios em locais de trabalho e o assédio moral

aparecem como novas manifestações do estranhamento (na concepção marxiana do termo) no capitalismo do século XXI. Tanto porque empregado, o trabalhador convive com a ameaça do 'eterno retorno' do desemprego, que o espreita a todo instante, pronto a renascer das cinzas, quanto porque desempregado, vê-se obrigado a 'decifrar enigmas' ao custo de sua vida (VIZZACCARO-AMARAL, 2011, p.78-79).

2.5.1 As abordagens em Saúde Mental e trabalho

Ainda que as pesquisas e teorias desenvolvidas no campo da saúde e trabalho representem historicamente uma evolução deste campo, especialmente em função das lutas travadas pelos trabalhadores e seus coletivos de trabalho, e estando esse movimento relacionado a outros movimentos da medicina e psiquiatria, da sociologia ou da psicologia²³, de alguma forma, a construção teórica e de intervenção da área também tem seu mérito pela análise do desenvolvimento das forças do capital e suas formas de gestão. Pode-se perceber que o desenvolvimento das forças do capital imprime novas formas de agir sobre o trabalhador, e que os movimentos de revolução ou contra-hegemônicos ao capital são criados como forma de resistência a certas mudanças, haja vista seus efeitos sobre os modos de trabalho e de vida.

Assim, desde os primórdios da administração científica, a medicina e a psicologia são ciências intimamente ligadas ao desenvolvimento do capital, ora respondendo aos interesses dos trabalhadores, ora respondendo aos interesses do capital. Segundo Selligmann-Silva (2011), a medicina parece ser anterior ao desenvolvimento da psicologia no contexto empresarial, já que à medicina solicita-se que mantenha os corpos de trabalhadores adaptados ao trabalho. À psicologia se solicita que auxilie a medicina a encontrar a pessoa certa para o lugar certo, para que a empresa tenha menos problemas com as adaptações ao trabalho. Também a psicologia é chamada a avaliar e analisar o ajustamento dos comportamentos ao trabalho e ao sistema de gestão, já que existe a prerrogativa de que trabalhadores mais dóceis e adaptados ao sistema são mais motivados, mais ajustados ao grupo, mais capacitados ao exercício da liderança e da influência sobre os subordinados.

²³ Cabe aqui apontar o movimento sanitarista, a Reforma Psiquiátrica, o Movimento Operário Italiano e a constituição da Medicina Social Latino-Americana.

É na interminável luta de forças entre os interesses da gestão e o interesse dos trabalhadores, que um conjunto de práticas e teorias se consolida no campo definido como Saúde Mental e trabalho. De acordo com Seligmann-Silva (2011, p.33-34)

[...] em cada momento da história, as forças políticas e sociais envolvidas nesses processos [de saúde e doença] podem favorecer ou fragilizar a saúde dos seres humanos de acordo com as situações que estes vivenciam em contextos macrossociais e situações específicas de vida e de trabalho.

Longe de ser um campo homogêneo, congrega uma série de disciplinas que estudam a relação do trabalho com seus efeitos na mente humana, seja objetivando a promoção da saúde ou, então, um sistema de trabalho mais condizente com as necessidades humanas. De acordo com o quadro a seguir, elaborado a partir de Seligmann-Silva (2011), é possível identificar as disciplinas comumente presentes nos estudos sobre o adoecimento mental no trabalho.

QUADRO 1 - DISCIPLINAS QUE ESTUDAM A REPERCUSSÃO DO TRABALHO NA MENTE HUMANA

FINALIDADE	FOCO	DISCIPLINA
<i>Visam à saúde humana</i>	Processos mentais ou dinâmica saúde-doença em diferentes condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina do Trabalho ▪ Psicologia do Trabalho ▪ Psicopatologia do Trabalho ▪ Toxicologia ▪ Ergonomia
	Fundamentam o primeiro grupo (básicas do campo da saúde e Psicologia)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Fisiologia</i>: psicofisiologia, neurofisiologia, neuroendocrinologia, neurologia integrativa. ▪ <i>Âmbito clínico</i>: neurologia, psiquiatria, psicossomática, psicanálise.
<i>Visam ao trabalho humano</i>	Determinações sócio-históricas, políticas, econômicas e culturais que refletem nos processos e situações humanas de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Filosofia ▪ Economia Política ▪ Direito

FONTE: Elaborado a partir de Seligmann-Silva (2011, p.42-44)

Segundo a autora, a Saúde Mental relacionada ao trabalho

representa, na atualidade, um *desafio latente* numa realidade ainda mal iluminada das situações de trabalho ou de *desinserção laboral* em que se produz a escalada da transformação de *normalidades discutíveis* em *adoecimentos dos assalariados* e fracassos empresariais. Tal desafio – por hora ainda não suficientemente reconhecido – se apresenta aos que planejam políticas públicas e também aos responsáveis pelas políticas empresariais. Entre as políticas públicas, merecem atenção especial aquelas que dizem respeito à Saúde, ao Trabalho e à Previdência Social, mas precisarão, sempre, ser visualizadas em suas interarticulações, assim como nos vínculos que mantém com outras políticas sociais e econômicas (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.41).

Para Codo e Jacques (2011, p.23),

Visualiza-se um quadro complexo e de oposições na curta trajetória histórica sobre a temática da saúde/doença mental e trabalho. Concepções antagônicas entre a constituição do psiquismo nas quais o trabalho é proposto como fator constitutivo ou desencadeante no processo de adoecimento mental, metodologias diversas associadas a diferentes teorias e com ênfase em abordagens quantitativas ou qualitativas e referências no modelo médico ou no modelo das Ciências Humanas e Sociais, expressam-se em uma diversidade de estudos e pesquisas sobre a temática não necessariamente conciliáveis entre si.

Para Selligmann-Silva (2011), é possível distinguir três correntes de pensamento científico que estudam a relação entre Saúde Mental e Trabalho, sendo elas: as abordagens que têm suas raízes na teoria do estresse; a corrente voltada para a utilização do referencial psicanalítico; e o modelo que adota o conceito de desgaste.

Em termos gerais, as teorias do estresse estão baseadas em estudos da fisiologia e estabelecem que existem fatores de risco (estressores) no trabalho que provocam estresse. Congregam um conjunto de estudos quantitativos que são muito utilizados em pesquisas epidemiológicas, visando à prevenção, diminuição ou eliminação dos fatores de risco no trabalho (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

Já as teorias que utilizam um referencial psicanalítico "concentram nos processos subjetivos ou intrapsíquicos" e também nos intersubjetivos seu foco de análise e intervenção. Aqui se encontram os estudos da Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho, que privilegiam as pesquisas qualitativas e intervenções em serviços de saúde que tenham efeitos terapêuticos a trabalhadores adoecidos.

O modelo teórico que adota o conceito de desgaste está baseado em estudos relacionados ao materialismo dialético e à perspectiva histórica, especialmente aqueles ligados à Medicina Social Latino-América – que tem Asa Cristina Laurell²⁴ como principal expoente, e compreende que o desgaste está vinculado "*à ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador*" (SELLIGMANN-SILVA, 2011, p.123). Segundo Selligmann-Silva (2011, p.148-149), o processo de desgaste no trabalho pode ser compreendido da seguinte forma:

²⁴ As principais delimitações dessa abordagem da Medicina Social Latino-América estão nos textos "A saúde-doença como processo social", de Laurell (1983).

- Em primeiro lugar, existe um desgaste da identidade que atinge a personalidade e a vida mental e, por conseguinte, também a economia psicossomática – pela densa integração entre os processos mentais e orgânicos.
- Em segundo lugar, vemos, então, que a estabilidade dessa economia – essencial para a preservação da saúde – pode ser rompida pela experiência social, quer de forma *traumática*, quer de modo *cumulativo* ao longo do tempo. No estudos de campo referidos à SMRT, as pesquisas mostram que tanto as experiências traumáticas – como acidentes de trabalho – quanto aquelas que se desenvolvem ao longo de largos períodos originam processos em que o transtorno do conjunto psicossomático tem lugar, podendo provocar distúrbios que se expressam ora notadamente em nível mental, ora principalmente em nível corporal.

Diferentemente de Selligmann-Silva (2011), Jacques (2003, p.100) propõe quatro abordagens que compreendem as relações entre saúde e trabalho, levando em consideração "o referencial teórico, a metodologia proposta e a inter-relação entre trabalho e o processo saúde/doença mental". Segundo a autora, as abordagens são: "as teorias sobre estresse, a psicodinâmica do trabalho, as abordagens de base epistemológica e (ou) diagnóstica e os estudos e pesquisa em subjetividade e trabalho". A proposta desta outra classificação das abordagens em Saúde Mental e trabalho justifica-se, segundo a autora, porque

Estudos empíricos sobre natureza e conteúdo das tarefas, estrutura temporal e densidade do trabalho e controle do processo enquanto associados ao desgaste mental se incluem entre um ou outro dos conjuntos conforme a ênfase de opção (por exemplo, se privilegiam as experiências e vivências dos trabalhadores frente à estrutura temporal do trabalho, incluem-se no último conjunto proposto) (JACQUES, 2003, p.100).

No bojo do desenvolvimento de áreas e teorias para operar sobre o sofrimento e o adoecimento psíquico ou mental no trabalho, não se pode deixar de considerar a *Psiquiatria Ocupacional*, área que, apesar de não ser tão recente como especialidade médica, já que suas primeiras referências datam da década de 1920, passa a ter relevante importância no atual estágio de desenvolvimento das ações e discussões em Saúde do Trabalhador. Essa subespecialidade da medicina, já que está subordinada à psiquiatria, está calcada na classificação internacional das doenças, e busca, juntamente com outras especialidades, delimitar fatores da organização do trabalho que geram problemas à saúde dos trabalhadores. Segundo Camargo e Oliveira (2010, p.15), "a psiquiatria ocupacional, juntamente com a Medicina do Trabalho,

podem produzir uma atenção mais abrangente incluindo aspectos diagnósticos, clínicos, terapêuticos e previdenciários".

Um fato importante a ser considerado é que, independentemente do conceito de saúde utilizado e seus pressupostos teóricos, as teorias consolidadas no campo da SMT consideram as condições de trabalho na análise do adoecimento psíquico.

Em suma, ainda que as estatísticas sejam sempre carentes de precisão, já é possível constatar que as mudanças impostas ao mundo do trabalho, a partir dos anos 1980, têm forjado um novo perfil de adoecimento em diversas categorias profissionais. Algumas doenças podem ser mais facilmente relacionadas com tais mudanças do que outras, mas o fato inegável (e que a história das doenças ocupacionais nos ensina) é que, ao ser transformado nosso modo de trabalhar – ou nosso modo de 'andar a vida', como colocam muito bem Laurell e Noriega (1989) –, transforma-se também o tipo de desgaste que sofreremos e, portanto, nossa forma de viver, adoecer e morrer (LIMA, 2011, p.167).

Nesse sentido,

O sofrimento mental, também denominado *sofrimento psíquico* ou *dor psíquica*, é examinado em uma perspectiva também dinâmica, onde tanto pode dar lugar a incrementos favorecedores de saúde quanto a encaminhamento em direção à morbidade (Dejours e Adboucheli, 1994). Refere-se ao mal-estar *vivenciado*, no plano intrapsíquico, isto é, da *subjetividade*. Este sofrimento constitui objeto central na análise para a Psicopatologia no Trabalho, sempre que tal sofrimento esteja associado ao trabalho. Nas pesquisas de campo, assim como na clínica, torna-se necessário correlacionar este sofrimento com a *situação atual de trabalho*. Em outras palavras, buscar o entendimento do modo pelo qual a interação do trabalhador com essa situação repercute na subjetividade do mesmo, suscitando vivência de sofrimento. Portanto, *sofrimento mental* associado ao trabalho, não significa doença. Porém, pode representar: uma real possibilidade de desenvolvimento da mesma; e *expressão* de um quadro clínico associado ao trabalho – doença profissional ou qualquer patologia relacionada ao trabalho (SELLIGMANN-SILVA, 2007, p.1158).

Ao longo das últimas duas décadas, além da organização do trabalho, estuda-se também o tipo de manifestação do sofrimento e do adoecimento psíquicos relacionados ao trabalho. Os fenômenos atuais do adoecimento pelas relações de trabalho, como assédio, *burnout*, violência e até o suicídio, segundo Dejours (2007), estão atrelados ao simulacro da avaliação e da excelência no trabalho, como situa o autor:

Na virada do século XX, ou seja, dez anos após a adoção da nova denominação [Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho], a patologia mental do trabalho dá um salto quantitativo e qualitativo em resposta às novas formas de organização do trabalho, de gestão e direção das empresas: as lesões de esforço repetitivo (LER, *burnout*, *karoshi*); as patologias resultantes

de agressões que vitimam pessoas no exercício da função; as patologias do assédio moral; as patologias mortíferas dos suicídios e das tentativas de suicídio. Foi somente a partir de 2003 que a explosão dessas patologias foi relacionada a uma forma específica de coação: a adoção generalizada da 'avaliação individualizada das performances' somada à introdução dos critérios de 'qualidade total' (DEJOURS, 2007, p.21).

Os ditames do capital e suas repercussões na organização do trabalho instigam o desenvolvimento de novas formas e teorias para compreender seu movimento e seus efeitos. No bojo da Psicodinâmica do Trabalho, teoria bem aceita e trabalhada no Brasil, investe-se na possibilidade de o coletivo dos trabalhadores poder falar sobre o que lhes ocorre nas suas relações com o trabalho, buscando a compreensão sobre o que lhes afeta dessa relação. Para esse método de intervenção diante do sofrimento,

Desvelar o sofrimento pela fala permite resgatar a capacidade de pensar sobre o trabalho, é um modo de desalienação, bem como uma possibilidade de apropriação e dominação do trabalho pelos trabalhadores, sendo esse seu aspecto fundamental para dar início à construção do coletivo com base na cooperação e nas mudanças da organização do trabalho (MENDES, A. M., 2007a, p.32).

O foco no trabalhador, no coletivo de trabalhadores e na crença de que a análise e intervenção na organização do trabalho são fundamentais para mudar a realidade, promoveu o desenvolvimento de um conjunto de teorias que pretende uma atuação pela clínica no campo do trabalho. Essa especialidade de intervenção tem como prerrogativa

a análise (que pressupõe ação) da organização do trabalho e dos modos de subjetivação, ou seja, a clínica do trabalho. Essa clínica é o espaço da fala e da escuta do sofrimento, originado na realidade concreta da organização do trabalho que permite aos trabalhadores reconstruir a capacidade de pensar e desenvolver estratégias de ação individuais e coletivas para confrontar as situações provocadoras de sofrimento, buscar o prazer, e conseqüentemente a saúde (MENDES, A. M., 2007a, p.32).

Essa clínica é denominada clínica social e tem por objetivo uma visão não individualizante do sofrimento e dos processos de subjetivação relacionados ao trabalho, tendo como expoentes quatro teorias já bem delimitadas: a psicodinâmica do trabalho, a clínica da atividade, a psicossociologia, e a ergologia. Segundo Bendassolli e Soboll (2011b, p.3),

Compreende-se por 'clínicas do trabalho' um conjunto de teorias que tem como foco de estudo a relação entre trabalho e subjetividade. Apresentando uma diversidade epistemológica, teórica e metodológica, o objeto comum dessas teorias é a situação de trabalho, que, em síntese, compreende a relação entre o *sujeito*, de um lado, e o *trabalho* e o *meio*, de outro.

Para Mendes, A. M. (2007b, p.58-59),

A clínica do trabalho deve considerar como princípio metodológico fundamental a escuta e a interpretação da fala. Parte do pressuposto de que, pela palavra, o trabalhador pode tornar visível o invisível e, conseqüentemente, descobrir o oculto e o desconhecido sobre suas relações com o contexto de trabalho, no momento em que lhe é permitido pensar, junto com o pesquisador, as suas experiências.

Por essa razão, é fundamental para a clínica do trabalho que a fala seja interpretada em um espaço público, para tornar visível a dinâmica da gestão dos trabalhadores ante as possíveis adversidades da organização do trabalho. A fala não pode funcionar como um simples meio de tradução da realidade dos sujeitos, mas como um modo de clarificar as redes de relações que os sustentam.

É necessária a interpretação dos conteúdos expressos, por meio da análise das contradições, incoerências e mecanismos de defesa, para, então, possibilitar a apreensão da dinâmica que envolve a relação entre as vivências de prazer-sofrimento e a saúde no trabalho.

Ainda,

nesta perspectiva, para que o trabalho seja fonte de saúde, é necessário o reconhecimento daquele que trabalha, do seu esforço e investimento na tarefa, uma vez que neste reconhecimento reside a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores. [...] Considera-se que a saúde no trabalho relaciona-se às tentativas de transformação das situações adversas, no movimento de busca de prazer e fuga do sofrimento. O comportamento saudável não implica ausência de sofrimento, e sim, as possibilidades internas e externas de o indivíduo transformar o sofrimento por meio da tomada de consciência das suas causas, dos conflitos e frustrações que o geraram. [...] A saúde no trabalho é vista como expressão de um estado disposicional caracterizado pelo equilíbrio marcado pela vivência de prazer e sofrimento, pela utilização de mecanismos capazes de mobilizar os trabalhadores em busca de uma relação mais gratificante no trabalho, e ainda, pela dinâmica de reconhecimento que se apresenta como elemento essencial na construção da identidade do trabalhador no campo social e na luta contra o adoecimento (MENDES, A. M., 2007a, p.45-46).

Dentre as correntes teóricas que constituem as Clínicas do Trabalho, é consenso que o foco de análise é o trabalho, o que a distancia de um

modelo clínico 'individualista', que tem como objeto os processos intrapsíquicos, que minimiza ou simplesmente ignora as ramificações sociais do sujeito da clínica. [...] As clínicas do trabalho defendem a centralidade psíquica e social do trabalho, entendido como uma atividade material e simbólica constitutiva do laço social e da vida subjetiva. Elas atribuem grande importância às situações concretas de trabalho, valorizando um questionamento sobre as demandas colocadas pelo mundo do trabalho aos psicólogos e também sobre o uso dos dispositivos propostos quando da análise, pesquisa e intervenção naquelas situações (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011b, p.16-17).

Considerando a diversidade de campos, de teorias e de pressupostos para compreender o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, pode-se notar que essa manifestação do adoecimento no campo psíquico (ou mental) tem instigado uma série de pesquisadores e clínicos a formularem respostas e intervenções para aplacar o problema. No entanto, essas respostas são construídas a partir de uma lógica e de um posicionamento ético que são muito peculiares, como visto anteriormente, visando à saúde e ao restabelecimento da condição para o trabalho, buscando intervir neste para conseguir estes resultados.

Como essas manifestações de sofrimento e incapacidade para o trabalho também chegam à clínica psicanalítica, cabe agora uma formulação sobre esses fatos que considere genuinamente os pressupostos desta clínica. A análise de Nogueira Neto (2010, p.137-138) pode ser o ponto de partida:

Numa cultura em que o trabalho ocupa uma posição de relevância simbólica – como elemento central na organização das formas de subjetivação –, são estabelecidos limites cuja transgressão produz sintomas, que podem ser pensados a partir do modo de inserção do sujeito no espaço social constituído pelo trabalho. A síndrome do burn-out, entidade clínica que associa o esgotamento físico e mental do indivíduo a situações de trabalho, ilustra essa idéia. Não é raro também uma depressão ser tomada como sintoma que vem oferecer sentido ao mal-estar que o sujeito associa a situações de trabalho (como, por exemplo, o assédio moral ou a eventual condição de desempregado). Não se pode esquecer, trata-se de uma cultura que promove o sucesso profissional como ideal social ao mesmo tempo em que nega o trabalho para um contingente significativo de pessoas. Em resumo, há regras culturais relativas ao trabalho pelas quais se adoecce, ou seja, limites e fronteiras cuja transgressão gera sofrimento, produz sintoma, configurando uma condição que pode ser classificada por essa mesma cultura como patológica.

3 PSICANÁLISE, MAL-ESTAR E ADOECIMENTO PSÍQUICO

A revisão da literatura sobre as relações entre adoecimento/sofrimento psíquico e trabalho exhibe um conjunto de teorias desenvolvidas para a compreensão dessas relações, sendo que algumas se intitulam de orientação psicanalítica ou, então, fazem uso de conceitos da psicanálise para explicar certos fenômenos clínicos ou sociais relacionados ao adoecimento e o trabalho. No entanto, seus autores partem de um olhar sobre a organização do trabalho e suas incidências nos processos de subjetivação²⁵ dos trabalhadores e, portanto, na vivência de prazer e sofrimento no trabalho, para compreender o adoecimento psíquico e inferir que este está relacionado ao trabalho.

Freud advertia os psicanalistas e seus interessados sobre os riscos de fazer uma apropriação de conceitos psicanalíticos em outros campos, especialmente naquele que pretende expandir para uma esfera social ou grupal uma análise correlata ao que a psicanálise faz na clínica e com um sujeito. Ao falar das possibilidades de analisar e terapeutizar a civilização, Freud (1930/1988, p.146-147) avisa:

Uma dissecação analítica de tais neuroses [de uma civilização] poderia levar a recomendações terapêuticas passíveis de reivindicarem um grande interesse prático. Eu não diria que uma tentativa desse tipo, de transportar a psicanálise para a comunidade cultural, seja absurda ou esteja fadada a ser infrutífera. Mas teríamos de ser muito cautelosos e não esquecer que, em suma, estamos lidando apenas com analogias e que é perigoso, não somente para os homens, mas também para os conceitos arrancá-los da esfera em que se originaram e se desenvolveram. Além disso, a diagnose das neuroses comunais se defronta com uma dificuldade especial. Numa neurose individual, tomamos como nosso ponto de partida o contraste que distingue o paciente de seu meio ambiente, o qual se presume ser 'normal'. Para um grupo de que todos os membros estejam afetados pelos mesmos distúrbios, não poderia existir esse pano de fundo; ele teria de ser buscado em outro lugar. E, quanto à aplicação terapêutica de nosso conhecimento, qual seria a utilidade da mais correta análise das neuroses sociais, se não se possui autoridade para impor essa terapia ao grupo? No entanto, a despeito de todas as dificuldades, podemos esperar que um dia, alguém se aventure a se empenhar na elaboração de uma patologia das comunidades culturais.

²⁵ Segundo Mendes A. M., (2007a, p.30), entende-se que o processo de subjetivação "é o processo de atribuição do sentido, construído com base na relação do trabalhador com sua realidade de trabalho, expresso em modos de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos".

Na espreita de construir teorias e intervenções que possam ser de valia para a compreensão dos dilemas e afecções encontrados em grupos e classes de trabalhadores e que os incapacitam para o trabalho, um conjunto de pesquisadores da medicina, da psicologia, da sociologia e de outras áreas da saúde e afins, empenham-se no desenvolvimento e na disseminação delas. Os efeitos disso podem ser encontrados em políticas públicas, em discussões e intervenções de associações de trabalhadores e sindicatos, e mesmo em práticas de saúde desenvolvidas em instituições públicas e privadas de trabalho.

Considerando que essas teorias são disseminadas no campo da saúde e do trabalho e balizam as práticas de profissionais da saúde, no entanto, considerando particularmente o corpo, o meio ambiente, o meio social e a subjetividade, pergunta-se: *qual o lugar do inconsciente na compreensão do adoecimento psíquico e sua relação com o trabalho e qual a incidência do discurso psicanalítico neste campo?* Levando às últimas consequências o fato de que o psicanalista deve "abraçar com convicção seu lugar na cultura" e ser um crítico da cultura que testemunha (FUKS, 2011, p.9), desenvolve-se neste capítulo um *retorno à teoria psicanalítica para propor uma formulação sobre o adoecimento psíquico e sua relação com o trabalho que considere o sujeito, do inconsciente.*

A proposta deste capítulo é resgatar da teoria psicanalítica algumas categorias fundamentais para compreender o processo de adoecimento psíquico e elaborar uma relação possível deste com o trabalho, refletindo especialmente sobre a incidência diagnóstica da depressão nos casos de adoecimento e afastamento do trabalho. Vale retomar que as pesquisas da área da Saúde Mental e Trabalho, juntamente com as estatísticas previdenciárias e acidentárias, indicam que a depressão já é uma das principais causas de incapacitação e afastamento do trabalho. Ainda, segundo as projeções da OMS, em 2030 a depressão será a principal causa de doença e incapacitação para o trabalho da população mundial (OMS, 2002). Esse quadro de estatísticas e projeções convida a uma profícua discussão sobre o tema.

As pesquisas e a literatura sobre a atualidade da clínica psicanalítica apontam que a depressão, ou sintomas que caracterizam esse quadro, figura entre os principais motivos para a busca de tratamento. Para esta clínica, no entanto, a interrogação sobre essa incidência diagnóstica é fundamental, já que muitos pacientes chegam aos consultórios com seu diagnóstico fechado e reproduzindo os efeitos da vida social

na sua particularidade. Para a psicanálise, escutar cada paciente "na singularidade de sua posição subjetiva e de suas manifestações somáticas" (KHEL, 2009) é dar lugar ao sujeito do inconsciente, e fazer uma clínica que se diferencia especialmente das que hoje se consolidam a partir das psicoterapias ou das clínicas do social, já que seu foco é a possibilidade de uma mudança de posição do sujeito, considerando sua sexualidade e o impossível a situar no campo do sexual.

Parte-se, então, da compreensão de que a depressão é o sintoma emergente do mal-estar contemporâneo, um sinal de que o sentido da vida (KHEL, 2002) e a vivência da experiência humana já não têm mais valor (KHEL, 2009). De algum modo, isso se refere à maneira como o sujeito estabelece o laço social na contemporaneidade, ligado, de certa forma, ao discurso capitalista, como proposto por Lacan, em seu Seminário *O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992). O discurso capitalista é a forma atual da dialética do discurso do mestre e do escravo exposta por Hegel (2007), em que Lacan se inspira. Sendo o discurso o modo de uso da linguagem como vínculo social, já que é no plano da estrutura significante que o discurso se funda, para Lacan não existe um vínculo direto entre o capitalista e o trabalhador.²⁶ Portanto, sob a égide do capitalismo, nossos laços são enfraquecidos, já que o sujeito não se liga ao outro na relação, mas aos *gadgets* produzidos pelo sistema de capital.

O sinal da verdade está em outro lugar. Ele deve ser produzido pelos que substituem o antigo escravo, isto é, pelos que são eles próprios produtos, como se diz, consumíveis tanto quanto os outros. *Sociedade de consumo*, dizem por aí. *Material humano*, como se enunciou um tempo – sob o aplauso de alguns que ali viram ternura (LACAN, 1969-1970/1992, p.33).

Quando o humano é reduzido ao estatuto de coisa, observa-se uma forma de relação em que os próprios homens se tratam de forma instrumental, importando somente o consumo e a relação de satisfação efêmera que o sujeito tem ao se relacionar com os pequenos objetos. Dessa forma, as relações no discurso capitalista promovem "uma ligação perversa ao Outro, o que em certo sentido desfavorece a formação do laço social" (LUSTOZA, 2009, p.51).

²⁶ Sem negar o lugar do discurso, pode-se objetar sobre este ser o elemento do vínculo social entre o capitalista e o trabalhador e não as relações de trabalho no processo de produção de mercadorias e de extração do valor excedente necessário à acumulação simples a ampliada do capital.

Para cumprir o objetivo deste capítulo, pretende-se, portanto, trabalhar, com base em Freud e Lacan, alguns conceitos e noções considerados fundamentais para realizar a discussão proposta, como a *sexualidade*, o *mal-estar*, o *sintoma* e a *depressão*. Inicialmente, parte-se da noção de mal-estar na civilização, como proposto por Freud, para abordar a noção de sintoma e a depressão como nosologia clínica comumente diagnosticada na atualidade, e então discutir as implicações da sexualidade na relação do homem com a cultura e a doença.

De Lacan, abordam-se os conceitos de *mais-de-gozar*, que ele trabalha como uma homologia à mais-valia de Karl Marx (LACAN, 1968-1969/2008), e de *discurso capitalista*, considerando sua relação com o laço social e o quadro das depressões, que é comumente encontrado na clínica em geral e no campo Saúde e Trabalho. A partir da lógica desse discurso, e da construção do laço social, deve-se tomar o conceito de sintoma, como uma modalidade do laço social (KHEL, 2009). Vanier (2002, p.216), ao propor uma formulação de sintoma social, indica que: "Para Freud, o gozo do neurótico, seu sintoma, torná-lo-ia associal; para Lacan, é o sintoma propriamente dito que se torna ao mesmo tempo condição do social e o modo particular de inscrição do sujeito no discurso, ou seja, no laço social."

A trajetória teórica percorrida se justifica por duas razões: perfilar da psicanálise as ideias fundamentais para articular os conceitos de sintoma e sexualidade e a noção de mal-estar; e compreender a depressão no trabalho como uma das formas do mal-estar contemporâneo. Desde seu princípio, a psicanálise é atenta à relação do sujeito com a cultura, haja vista os estudos de Freud sobre a histeria, os efeitos das guerras e a violência na civilização. No entanto, para essa teoria, o princípio fundante do sujeito encontra-se na relação entre o que é mais obscuro no seu ser (o inconsciente) e o outro, primeiramente representado pela mãe ou pela função materna. Desde esse princípio, Freud articula uma série de conceitos para subsidiar seu trabalho com os pacientes, na clínica. É a sua prática e a observação dos fenômenos clínicos que o fazem teorizar para avançar em sua clínica. Depois de Freud, que não foi aceito no meio científico e médico sem resistências, vários psicanalistas se empenharam em avançar na teoria psicanalítica. Um grupo bem conhecido na história do movimento psicanalítico é aquele que desenvolve a Psicologia do Ego, teoria difundida nos Estados Unidos a partir da década de 1940. Os avanços desse grupo fez com que Lacan retomasse a leitura de Freud e se empenhasse na sua

difusão consoante aos princípios freudianos, sem desvirtuar a teoria. Pela releitura, Lacan enfatiza as implicações de uma *teoria do inconsciente que considera aquilo que é impossível de se realizar no campo sexual*. Acerca disso, Lacan vai desenvolver na década de 1960 algumas ideias sobre o inconsciente e a função de uma análise e do psicanalista. Imbuído do fervor dos movimentos sociais da década de 1960, Lacan retoma a leitura de Karl Marx e faz uma consideração importante acerca do conceito de mais-valia: a mais-valia, conceito apreendido por Marx sobre o movimento do capital, indica a compreensão de um fenômeno da economia que na clínica tem seu correlato no conceito de sintoma. Para Lacan, Marx é o inventor do conceito de sintoma. Essa constatação faz com que Lacan se empenhe no desenvolvimento de um conceito que explique, na dinâmica psíquica, a função e os efeitos dessa mais-valia. Para tal, constrói o conceito de mais-de-gozar – aquilo que é desapropriado do sujeito no movimento do circuito pulsional, aquilo que resta do processo de busca de satisfação.

A partir dessa premissa, busca-se articular a noção de que a depressão, como tratada na atualidade e considerando o significativo aumento de casos na sociedade, fala, então, de um sintoma social que sinaliza um mal-estar (KHEL, 2009), e que marca "o que particulariza uma sociedade" (VANIÉR, 2002, p.214). Segundo Soler (2009), Lacan foi muito preciso ao tratar os sintomas que aparecem na clínica como sintomas ligados ao discurso, isto é, quando se fala em novos sintomas, Lacan diz que não se trata disso, como enfatizam alguns clínicos, mas designa que a estrutura do sujeito trabalha na história. Assim, entende que a relativa evolução dos sintomas na história da humanidade está diretamente relacionada ao estado do discurso, ou seja, deve-se considerar que, por se tratar do discurso capitalista, o sujeito está impregnado pela ideologia que o discurso histórico do capital institui. Deve-se considerar que o estatuto *novos sintomas*, na verdade, trata de uma única coisa, do *sintoma de sempre*, como proposto por Freud, que é parte integrante do *sujeito de sempre*, aquele inventado pelo discurso do capital, sujeito livre para vender sua força de trabalho no mercado, mas que, nessa relação, desapropria-se de algo que lhe é muito íntimo e fundamental: do mais valor gerado pelo seu trabalho. Na economia psíquica isso que é desapropriado denomina-se mais-de-gozar. Se o sintoma, que é próprio e velho conhecido da clínica psicanalítica recebe o nome de novos sintomas, é porque é apreendido em seus aspectos fenomênicos e se liga ao discurso da ciência e do capital para promover novas formas de tratar, novas terapias, novos diagnósticos.

Se há algo que não muda na estrutura do capital (a produção da mais-valia), também há algo que não muda na estrutura do sujeito (seus sintomas).

Analisar o aumento significativo das depressões como sintoma do mal-estar social no século XXI significa dizer que o sofrimento dos depressivos funciona como sinal de alarme contra aquilo que faz água na grande nau da sociedade maníaca em que vivemos. Que muitas vezes as simples manifestações de tristeza sejam entendidas (e medicadas) como depressões graves só faz confirmar essa ideia. A tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na eufonia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado. Do direito à saúde e à alegria passamos à obrigação de ser felizes [...]. Ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver. Aos que sofrem o abalo de uma morte importante, de uma doença, de um acidente grave, a medicalização da tristeza ou do luto rouba ao sujeito o tempo necessário para superar o abalo e construir novas referências, e até mesmo outras normas de vida, mais compatíveis com a perda ou com a eventual incapacitação (KHEL, 2009, p.31).

Essa compreensão do mal-estar e dos sintomas sinalizando a verdade de um sistema social, político e econômico, contrapõe-se à noção de que esses sintomas agrupados constituem uma síndrome, que precisa ser tratada, banindo-se, pela via medicamentosa, seus efeitos. A medicalização do sofrimento tem valor em uma sociedade que pouco tolera a incapacidade, a lentidão e a inadaptação dos sujeitos a seu ideal de produtividade e felicidade.

Especialmente no campo denominado Saúde do Trabalhador, campo em construção, mas que carrega em si a proposta de uma intervenção mais ligada ao interesse dos trabalhadores, um dos aspectos que merece reflexão é a busca por articular a doença com a organização do trabalho, a partir do estabelecimento do Nexo Técnico-Epidemiológico (NTEP), considerado a grande conquista dos trabalhadores na última década. O NTEP significa hoje uma revolução no campo da Saúde e Trabalho no Brasil, tendo efeitos nos campos jurídico, social e político (CODO, 2010).

Vale aqui apontar uma noção importante sobre a evolução e o lugar da saúde na história da humanidade. Desde Galeno, o médico era socialmente considerado o grande operador das questões da saúde, recebia seus pacientes, acolhia sua demanda e, no que tinha de melhor, era também um filósofo. Esse processo permitia a criação de um vínculo entre o médico e o paciente e fazia operar algo que extrapolava o conhecimento sobre o organismo e suas disfunções. Com o advento da ciência, o organismo passa a ser o foco de estudo e trabalho da medicina, que

estará empenhada em desbravar as funções do organismo humano. O médico, então, "vai se dedicar a reduzir essas funções a montagens equivalentes àquelas das organizações em questão, ou seja, com estatuto de subsistência científica" (LACAN, 2001, p.9). Uma vez que o corpo-organismo para a ser apreendido de forma científica, o médico torna-se mais um dos peritos especializado em alguma parte desse organismo. Assim,

É do exterior de sua função, especialmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões, para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas (LACAN, 2001, p.9-10).

O médico passa a ter outro estatuto na sociedade. Ele passa a ser um cientista fisiologista e passa a ser demandado pela indústria para a produção de novos produtos: agentes terapêuticos, químicos ou biológicos novos são testados pelo médico e colocados à venda no mercado. Neste sentido, "o desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva em uma organização mundial" (LACAN, 2001, p.10). Se há um direito à saúde, que o médico e o Estado devem garantir, há também uma exigência de que essa saúde sirva às demandas de produtividade, advindas das organizações que competem no mercado. Essa articulação saúde-direito-produtividade abre também as vias para o processo de judicialização da saúde. Nesses termos, deve-se considerar a possibilidade de uma relação entre o desenvolvimento do NTEP ou das ações de assédio moral com essa lógica. Ou ainda, os casos de trabalhadores afastados do trabalho que buscam na justiça o direito ao benefício previdenciário. Para esses casos, há a necessidade de um médico e uma construção diagnóstica para prover o direito e o tratamento que são devidos aos trabalhadores-pacientes.

Cabe destacar que a construção diagnóstica e a condução do tratamento no campo da saúde e do trabalho em nada se assemelham com a proposta de trabalho na clínica psicanalítica, já que esta tem suas particularidades na condução do tratamento e, em princípio, e antes de tudo, parte de uma teoria e uma ética que lhe são peculiares. É fato que o que chega a essa clínica é atravessado pelos efeitos do que se vive na sociedade capitalista, devendo ser destacados os ditames da excelência e das avaliações, tão almejados no campo da gestão e tão proferidos na sociedade

capitalista. Em alguma medida, isso também está presente nos modos de avaliar e conduzir os casos que chegam à clínica e ao campo da saúde pública. No entanto, naquilo em que a clínica psicanalítica se diferencia, pode-se dizer que não toma o caso que chega a ela, especialmente os de depressão, como um caso igual a todos, mas se escuta o sujeito em sua singularidade, o que implica fazer emergir da relação com o paciente, sob transferência, as bases para a construção de um diagnóstico; diagnóstico este que é mais interessado na identificação da sintomatologia que fala de um mal-estar e na identificação da estrutura clínica que se lhe apresenta, e que será imprescindível para bem conduzir o tratamento, considerando a dinâmica de cada sujeito com seu sintoma e sua vida. Enfim, trata-se de uma clínica do um a um em que a singularidade de cada caso é respeitada.

Se na clínica é possível a particularidade, a singularidade, isso não significa que tal particularidade esteja isenta do discurso ideológico do capital, na qual se expressa. A clínica não é o lugar da neutralidade discursiva em que o espírito transcende. Tanto o paciente quanto o clínico podem estar submetidos ao mesmo discurso ideológico e, assim, a particularidade é uma particularidade inscrita na totalidade do sistema de capital. O tratamento dos sintomas e da vida do sujeito, possíveis a partir da manifestação do sujeito mesmo sem a vigilância direta do capital (que se encontra na unidade produtiva), não significa necessariamente um tratamento que pode ser encontrado para além do sistema de capital. A emergência do sujeito não pode ser tomada como a emergência de um sujeito fora de seu lugar no sistema que o determina. Aqui, o que deve imperar são as revelações das contradições e a busca de uma síntese emancipadora do sujeito diante do sistema que o oprime. A clínica pode ser um lugar de emancipação e, portanto, da manifestação das contradições, mas jamais um lugar que em si mesmo já significa outro lugar que não aquele em que está inserido.

Essas considerações sobre a clínica e seu lugar no sistema de capital possibilitam que se articulem algumas ideias em relação às diferentes clínicas presentes no campo saúde e trabalho. Primeiro, deve-se considerar o objeto privilegiado em cada clínica (corpo, o corpo em sua relação com a produção, o indivíduo, o sujeito). A identificação do objeto dá sinais de como se compreende e se opera sobre esses objetos (medica, terapêutica, analisa), bem como do objetivo de cada clínica

(reabilitar, conscientizar, responsabilizar). Em alguma medida, essas diferenças sobre cada clínica serão tratadas ao longo desta tese.

Na contramão da clínica psicanalítica, ler a tristeza ou as queixas sobre a impossibilidade na vida como depressão, e assim diagnosticar o paciente, é achatar as possibilidades de fazer emergir o sujeito na relação médico-paciente. Para o médico e (ou) psiquiatra, como agente da Saúde Mental, os diagnósticos, em geral, impõem um saber médico sobre a verdade do paciente e fazem referência à adaptação social e à periculosidade ou não daquele paciente (SOLER, 2009).

Para Freud, a tristeza de um sujeito não é causada por um problema orgânico, e sim pela verdade que o habita, razão pela qual é, com frequência, lúcida. A tristeza é legítima quando há um luto. Quando se torna sintoma, mantém-se presente enquanto o desejo nela presente permanece amordaçado. Esse sintoma necessariamente íntimo está conectado, a um só tempo, ao mal-estar da sociedade e às suas prescrições de saber e poder ilimitados. Do mesmo modo, reduzir o humano a uma cadeia de neurônios e neurotransmissores é não apenas levá-lo à servidão, como também condená-lo a uma depressão definitiva (AFLALO, 2012, p.26).

Se a intervenção no campo da Saúde do Trabalhador, que se pretende voltada às demandas do trabalhador, não considerar o sujeito do inconsciente, estará fadada a uma prática alienante, apesar de denunciar a verdade do sistema. Ao tomar as queixas de tristeza, desilusão com a vida e impotência, como um caso de depressão e medicar e terapeutizar esse paciente a partir desse diagnóstico prévio e incipiente, nenhuma condição se dá para que ele fale da verdade que o habita. O mal-estar de que se queixa não poderá ser trabalhado e nem compreendido à luz da sintomatologia que lhe é particular. Assim, na não observância desse sujeito, ao não escutá-lo, rechaça-se a possibilidade de fazer emergir o sujeito. Em termos terapêuticos, o que se faz com o paciente é medicá-lo e afastá-lo de suas atividades profissionais, ficando sob sua responsabilidade buscar formas de tratamento e cura dos sintomas que lhe acomete e impede que trabalhe.

De outra forma, pode-se operar uma clínica que trabalhe a partir da escuta do paciente, que considere sua demanda e permita que o próprio paciente construa um saber sobre seu adoecimento. Se um adoecimento é constatado, também o é uma sintomatologia, ou um sintoma, que tem relação com o que é mais íntimo desse sujeito, ou seja, seu desejo. Nesses termos, seu sintoma sinaliza um mal-estar. O que a clínica psicanalítica propõe é um trabalho em que o sujeito possa se responsabilizar

pelo seu sintoma, ou seja, há uma ética no tratamento que não exime o sujeito de sua responsabilidade e que credita ao médico ou profissional que acolhe esse paciente uma função importante na direção do tratamento.

A ideia de afastar esse sujeito de suas atividades parte da suposição segundo a qual seus problemas encontram-se na atividade e que esta impede o sujeito de emergir como sujeito. A verdade que o habita somente poderia ser manifesta fora do lugar do trabalho em que este sujeito habita. Mas não se pode, neste caso, considerar o lugar da atividade como determinante pontual do qual se pode escapar pelo simples distanciamento físico. Esta atitude implicaria aceitar uma cisão definitiva e departamentalizada do sujeito ontológico, separando-o em "sujeito para si" e "sujeito para o trabalho", cada um com certa autonomia sobre o outro. O "sujeito para o trabalho" estaria irremediavelmente submetido ao poder avassalador do capital e somente poderia aspirar sua emancipação no momento clínico em que pudesse ser "sujeito para si". Essa separação instauraria uma tensão conflituosa insuperável do sujeito consigo mesmo. Nesse sentido, o espaço da clínica precisa ser considerado o lugar da escuta da manifestação privilegiada do sujeito ontológico em sua totalidade, tal como determinado social e historicamente, com suas contradições. Lugar da não vigilância direta, mas jamais da neutralidade, da isenção e da ausência do sistema de capital. Como o espaço da clínica não torna o sujeito imune aos determinantes de sua vida, é apenas no sentido da não vigilância opressora que impede a livre manifestação que se pode justificar o afastamento clínico que permite ao sujeito emergir como tal.

De fato, em relação às práticas de intervenção, ao se colocar no lugar de fazer pelo trabalhador (denunciar o sistema, afastá-lo do trabalho, reabilitá-lo, promover o desenvolvimento de estratégias defensivas para subjetivamente dar conta do mal do trabalho), o profissional de saúde estará impossibilitando que o sujeito, em cena, mas desconsiderado, busque sua própria saída, que sempre será sintomática, o que não significa individual. Esse sujeito, envolto pela lógica do sistema, pelo discurso capitalista, estabelecerá seus laços e seu modo de vida a partir desse lugar de assujeitado, de acometido por essa lógica. A denúncia da lógica do sistema, nesse caso, só tende a fortalecer o próprio sistema, já que a denúncia pelo acometido tende a promover uma nova forma de o sistema manter sua lógica. É na subversão dessa condição, alcançada pelo sujeito em sua individualidade histórica, que pode

estender-se para sua coletividade como efeito político, que se vislumbra uma saída possível para o mal-estar vivido na sociedade e, portanto, no sistema de trabalho que a caracteriza. Esses pontos são trabalhados mais detalhadamente ao longo deste capítulo.

3.1 FREUD E A CIVILIZAÇÃO: DO SEXUAL AO MAL-ESTAR – APONTAMENTOS SOBRE O SINTOMA E O ADOECIMENTO NO TRABALHO

O percurso da obra freudiana demonstra que o interesse de Freud pela dissecação do inconsciente e dos meios de apreendê-lo passa de uma visada sobre a dinâmica do psiquismo individual para os processos civilizatórios, a ponto de o autor anunciar que não havia diferença entre a psicologia individual e a psicologia coletiva (FREUD, 1921/1988).

De acordo com sua experiência clínica, passou a considerar fenômeno social toda e qualquer atitude do indivíduo em relação ao outro: a experiência subjetiva, objeto privilegiado do trabalho analítico, implica, necessariamente, a referência do sujeito ao outro (pais, irmãos, pessoa amada, analista etc.) e à linguagem (Outro) que o determina simbolicamente (FUKS, 2011, p.7)

Ao desenvolver seu novo método de cura, que promove alívio à dor, ao sofrimento e à angústia, por meio da fala e da escuta (FUKS, 2011), Freud sinaliza que, no curso do desenvolvimento humano, aspectos da sexualidade estão permanentemente presentes, e isso não é diferente com o curso do desenvolvimento da civilização. Tal desenvolvimento se dá, prioritariamente, pela necessidade de o homem dominar a natureza e se defender de seu desamparo, o que só é possível pela realização do trabalho humano e pelo investimento de seus mais elevados componentes psíquicos na cultura. Nada disso se dá sem o investimento libidinal do homem na sua relação com outros homens e com a cultura. No entanto, esse investimento e as relações nas quais ele se apoia, ora conferem satisfação ao indivíduo, ora conferem frustrações.

A noção de *mal-estar* remonta à constatação de que há uma incompatibilidade entre o desenvolvimento individual dos sujeitos e o desenvolvimento da civilização. É sobre essa divergência que versa um conjunto de textos freudianos, escritos

desde o final do século XIX até os anos de 1930, nos quais Freud aborda, entre outros temas, a etiologia das neuroses, o desenvolvimento e a dinâmica da sexualidade e os aspectos sociológicos relacionados ao sofrimento e ao adoecimento psíquico. Ainda, investiga e desenvolve uma série de ideias que falam das frustrações que a civilização confere ao homem e sua incessante busca pela felicidade.

Com o intuito de realizar um retorno a Freud e perfazer o caminho trilhado por ele para desenvolver essas ideias e resgatar de sua obra pontos importantes para a compreensão do mal-estar na civilização, faz-se aqui alusão aos seguintes textos: *A Sexualidade na Etiologia das Neuroses* (1898/1988); *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905/1988); *Moral Sexual Civilizada* (1908/1988); *Cinco Lições de Psicanálise* (1909/1988); *Sobre a Tendência Universal à Depreciação na Esfera do Amor - Contribuições à Psicologia do Amor II* (1912/1988); *O Futuro de uma Ilusão* (1927/1988); *O Mal-estar na Civilização* (1930/1988); *Por que a Guerra?* (1933/1988). Da leitura destes textos, observa-se um ponto em comum: o desenvolvimento da sexualidade e as possibilidades e barreiras para a conquista da satisfação, que pode se dar em função de restrições externas ou internas impostas ao sujeito.

Mesmo antes de inaugurar a psicanálise, fato demarcado pela publicação do texto *A Interpretação dos Sonhos*, em 1900, Freud já sinalizava a importância da sexualidade para o desenvolvimento das neuroses. Em seu texto de 1898, intitulado *A Sexualidade na Etiologia das Neuroses*, afirma: "Pesquisas exaustivas durante os últimos anos levaram-me a reconhecer que as causas mais imediatas e, para fins práticos, mais importantes de todos os casos de doença neurótica são encontradas em fatores emergentes da vida sexual" (FREUD, 1898/1988, p.251). Naquela época, havia uma ideia de que o médico não poderia fazer questionamentos sobre a vida sexual dos pacientes, pois isso lhes feriria a honra e o recato. Era dever ético do médico "manter-se afastado de toda questão sexual" (p.252). Desse texto, dois elementos podem ser destacados: a importância da sexualidade na etiologia das neuroses; e a incompatibilidade entre a civilização e o desenvolvimento da sexualidade – o que indica o início da discussão sobre a responsabilidade da civilização no desenvolvimento das neurastenias.

O texto de 1898 traz uma análise e uma crítica sobre a conduta e a posição do médico quanto ao acolhimento dos casos de doença nervosa. Esses médicos, diz Freud, desconsideram a sexualidade para o entendimento da doença nervosa e, assim,

empreendem mal o diagnóstico da neurose. Ainda, como forma de tratamento, indicam aos pacientes a hidropatia, com o objetivo de proteger e fortalecer o paciente. Freud cita casos de pacientes que são internados em estabelecimentos hidropáticos e que apresentam melhoras significativas após serem liberados de suas obrigações cotidianas, tomar banhos, fazer exercícios e alimentar-se muito bem. No entanto, esses efeitos revigorantes da hidroterapia e sua melhora não estão imunes aos fatores da vida cotidiana que estão presentes na etiologia das neuroses.

Logo depois de o paciente retornar à vida do dia-a-dia, os sintomas da enfermidade reaparecem e o obrigam a passar parte de sua existência improdutivamente, de tempos em tempos, em estabelecimentos desse tipo, ou a dirigir suas esperanças de recuperação para outro lugar. Portanto, está claro que, na neurastenia, os problemas terapêuticos devem ser atacados, não em instituições hidropáticas, mas dentro do contexto da vida do paciente (FREUD, 1898/1988, p.261).

Freud se diferencia dos médicos de sua época por conferir um lugar especial aos fatores sexuais na série etiológica da doença. Para ele, é imprescindível *diagnosticar o paciente com segurança, classificar os sintomas corretamente, traduzir a sintomatologia em etiologia e solicitar do paciente a confirmação das suspeitas do médico*. Nesses termos, a hereditariedade é compreendida como um fator importante na etiologia da neurastenia, mas é inacessível ao médico. Na etiologia das neurastenias deve-se negar o primeiro lugar à hereditariedade, pois é uma dessas afecções que qualquer um pode adquirir sem nenhuma tara hereditária, ou seja, "a verdadeira etiologia das psiconeuroses não se acha nessas causas precipitantes, mas permanece fora do alcance amnésico comum" (FREUD, 1898/1988, p.265).

Para Freud (1898/1988, p.266),

Ao reportarmos as vicissitudes da enfermidade de um indivíduo às experiências de seus ancestrais, fomos longe demais; esquecemos que, entre a concepção e a maturidade de um indivíduo, há um longo e importante período da vida – sua infância –, no qual se podem adquirir os germes da doença posterior. E isso é o que efetivamente ocorre com a psiconeurose. Sua verdadeira etiologia é encontrada nas experiências infantis, e mais uma vez – exclusivamente –, nas impressões referentes à vida sexual.

Já nessa época, ele aposta no conhecimento da vida sexual de seus pacientes: "aprendemos sobre a vida sexual de homens e mulheres toda sorte de coisas, que

preencheriam um volume útil e instrutivo; e aprendemos também a lamentar por todos os pontos de vista, que a ciência sexual hoje em dia ainda seja desacreditada" (FREUD, 1898/1988, p.256).

Numa busca por tornar o diagnóstico mais fidedigno às nuances da doença e de questionar a posição dos médicos sobre ela, tendo como objetivo considerar a sexualidade na etiologia das neuroses, e assim tratá-la com os métodos que exige, Freud insiste:

É preciso romper a resistência de toda uma geração de médicos que já não conseguem lembrar-se da sua própria juventude; [...] Mas, acima de tudo, é necessário criar um espaço na opinião pública para a discussão dos problemas da vida sexual. Tem que ser possível falar sobre essas coisas sem que se seja estigmatizado como um arruaceiro ou uma pessoa que tira proveito dos mais baixos instintos. E também aqui há trabalho suficiente para se fazer nos próximos cem anos – nos quais nossa civilização terá que aprender a conviver com as reivindicações da nossa sexualidade (FREUD, 1898/1988, p.264).²⁷

Se nem os médicos creditavam à sexualidade sua importância no desenvolvimento das doenças nervosas, quiçá o leigo teria essa compreensão, já que ele "está, por assim dizer, profundamente convencido de que todas essas psiconeuroses são desnecessárias; portanto, não tem paciência com os processos da doença, nem nenhuma disposição de fazer sacrifícios para o seu tratamento" (FREUD, 1898/1988, p.269). No bojo dessa forma de diagnosticar e tratar a doença nervosa, novas tarefas são impostas aos médicos, como "arrancar o paciente do hábito da masturbação", "induzir o paciente a desistir de todas as formas prejudiciais de práticas sexuais e adotar relações sexuais normais" (p.262).

²⁷ A escola inglesa traduziu o termo alemão *Trieb* por instinto (JORGE, 2008). Aqui, como se trata da utilização das Obras Psicológicas Completas traduzidas do inglês para o português – *Edição Standard*, encontra-se nas citações o termo *instinto*. No entanto, ao longo do texto, utiliza-se o termo *pulsão*, que, segundo o comentário do editor brasileiro das obras, faz referência a "um neologismo oriundo do francês e já usual na psicanálise brasileira, 'pulsão', que, apesar de menos compreensível do que 'instinto', tem a vantagem de remeter foneticamente a algo que 'pulsa' e a 'impulsão'." (HANS, 2004, p.144).

Para além da discussão sobre a etiologia das neuroses, Freud (1898/1988, p.264) discute a importância da civilização para o desenvolvimento da neurose, considerando "a civilização como também responsável pela difusão da neurastenia", especialmente em função do processo de empobrecimento da vida e da impossibilidade de satisfação. Esses aspectos relacionados à vida moderna, ou hipermoderna, como sugerem alguns autores (LIPOVETSKY, 2004; PAGÈS *et al.*, 1987), podem ser listados como pertencentes à vivência do tempo. Vivem-se na atualidade a urgência do tempo presente e uma aceleração desenfreada em busca da produtividade e do consumo.

A relação do sujeito ao tempo e às demandas do discurso social vigente implica uma experiência subjetiva muito particular, empobrecida, pois não possibilita ao sujeito tecer a trama que faça a amarração entre os tempos da sua história (passado, presente e futuro) e a vivência de uma experiência de satisfação satisfatória, que vá ao encontro do seu desejo. Vivem-se experiências efêmeras, fluidas, alicerçadas em necessidades criadas pela ordem do consumo. Consomem-se as mercadorias à disposição no mercado, em nome de garantir a aparência e a experiência da felicidade. Uma felicidade idealizada e efêmera.

Ainda que a civilização e a vida hipermoderna possam ser partícipes na promoção das neuroses e do mal-estar, Freud posiciona-se contrariamente aos médicos da época, insistindo que a principal causa da neurose pode ser encontrada na vida sexual dos indivíduos.

No que se refere à civilização, entre cujos pecados as pessoas tão frequentemente incluem a responsabilidade pela neurastenia, é bem possível que essas autoridades estejam certas (embora o modo como isso se dá difira bastante, provavelmente, do que elas imaginam). Mas o estado de nossa civilização, mais uma vez, é algo inalterável pelo indivíduo. Além disso, sendo esse um fator comum a todos os membros da nossa sociedade, ele nunca poderá explicar a seletividade da incidência da doença. O médico que não é neurastênico está tão exposto a essa influência de uma civilização supostamente prejudicial quanto o paciente neurastênico de que tem que tratar. Sujeitos a essas limitações, os fatores de estafa retêm sua importância. Mas o elemento do 'excesso de trabalho', que os médicos tanto gostam de apontar em seus pacientes como causa de suas neuroses, é com demasia frequência indevidamente usado. É bem verdade que qualquer pessoa que, devido a perturbações sexuais, tenha-se predisposto à neurastenia, tolera mal o trabalho intelectual e as exigências psíquicas da vida; mas ninguém se torna neurótico apenas por efeito do trabalho ou da agitação. O trabalho intelectual é, antes, uma proteção contra a neurastenia; são precisamente os mais incansáveis trabalhadores intelectuais que escapam da neurastenia, e aquilo de que os neurastênicos se queixam como 'excesso de trabalho que os faz adoecerem' não merece, em geral, ser chamado de 'trabalho intelectual',

seja por sua qualidade, seja por sua quantidade. Os médicos terão que se acostumar a explicar aos empregados de escritório que se 'esgotaram' em suas escrivatinhas, ou às donas-de-casa para quem se tornaram pesadas demais as tarefas domésticas, que eles adoeceram, não por terem tentado executar tarefas facilmente realizáveis por um cérebro civilizado, mas porque, durante todo o tempo, negligenciaram e prejudicaram flagrantemente sua vida sexual (FREUD, 1898/1988, p.258-259).

O argumento de Freud para creditar à sexualidade a principal causa da neurose é que não se encontra uma relação plausível entre os fatores externos que podem promover a doença e os sintomas desenvolvidos pelos pacientes, como se observa na citação que segue²⁸:

Quando, por outro lado, agrupo todos os pacientes que aparentemente se tornaram neurastênicos por excesso de trabalho, agitação emocional, ou por efeito posterior da febre tifoide, e assim por diante, eles não me apresentam nada em comum nos seus sintomas. A natureza de sua etiologia não me dá nenhuma ideia de que tipo de sintomas esperar, assim como, inversamente, o quadro clínico por eles apresentado não me faculta inferir a etiologia neles atuante (FREUD, 1898/1988, p.258).

Aqui, podem-se apontar três elementos trazidos por Freud e que se relacionam com a forma de compreender o processo de adoecimento e trabalho hoje, sendo eles: (a) *a posição do médico perante o sofrimento* – sua forma de diagnosticar e tratar o caso; (b) *a localização na civilização e no processo produtivo e social dos fatores de adoecimento*; e (c) *a desconsideração da sexualidade na compreensão do sintoma e da doença*, já que é fato consumado, entre os críticos do trabalho que o indivíduo adoecer porque o trabalho está precarizado. Um ponto em comum desses três elementos é a visão ora biológica, ora social, do processo de adoecimento.

No que concerne à *posição do médico*, deve-se fazer referência ao método de Bernardino Ramazzini de compreender as doenças dos trabalhadores. Desde o século XVIII, ele é considerado referência no modo de diagnosticar e tratar os pacientes, uma vez que relaciona o adoecimento às condições de vida e trabalho dos profissionais; consideração que os médicos não faziam àquela época. Certamente, um conjunto de teorias e práticas vem se desenvolvendo no campo hoje conhecido como Medicina do Trabalho, mas com pouca discussão sobre a posição do médico e

²⁸ Voltar-se-á a este tema adiante, dadas as suas implicações.

as formas de compreender a doença e tratar os pacientes que sofrem, adoecem e se apresentam como incapacitados para o trabalho. Segundo a perspectiva da Medicina do Trabalho, trata-se de um desajuste do corpo ao sistema de trabalho, ou então de um desajuste deste ao que suporta o corpo.

Sobre a posição do médico, deve-se entender que ele opera desde uma posição de especialista em doenças dos trabalhadores. Isso reforça a ideia de que há uma causa externa, um agente agressor ou uma inadequação do corpo que promove o adoecimento. Ao elemento provocador de doença ou ao agente agressor, cabe uma intervenção no sentido de minimizar ou de aplacar seus efeitos, seja extinguindo-o do processo produtivo e do ambiente de trabalho, seja controlando as doses aceitáveis de exposição do trabalhador àquele agente. Se a doença se instala por conta de uma inadequação do corpo, as saídas são, geralmente, medicalizar e terapeutizar o corpo para que aguente os efeitos do trabalho, ou ajustar a máquina ou o processo de trabalho ao corpo, dentro dos princípios da ergonomia, para que não lhe cause danos. Deve-se considerar que o sofrimento e o adoecimento psíquico geralmente estão presentes nos casos em que a incapacidade se encontra no corpo, como, por exemplo, nos casos de lesão osteomuscular, intoxicação e acidente de trabalho. No entanto, ou esse sofrimento é negado, não tratado, não considerado, ou é medicalizado. Poucas são as intervenções que incluem o procedimento de falar sobre esse sofrimento, caso a caso, como uma forma de tratamento. Quando é feito, geralmente é entendido como *algo a mais* do médico, que se dispõe a ouvir as queixas do paciente, mas que pouco pode operar com aquilo, já que não inclui esse sofrimento no processo de diagnóstico e tratamento, ou ainda, porque foge aos aspectos protocolares de compreensão e tratamento da doença.

As formas de diagnosticar e relacionar a doença ao trabalho também estão ligadas ao que se entende como uma conquista social e política no campo da saúde e trabalho. Há pouco mais de uma década, consolidou-se uma lista de doenças classificadas como diretamente relacionadas ao trabalho. Isso permite ao médico associar o adoecimento e a doença ao trabalho, indicando-lhe não só o recurso de tratamento, público ou não, para a doença, mas também o estabelecimento de um nexos entre a doença diagnosticada e o trabalho. Isso aponta para uma supressão da condição de entendimento da doença pela via clínica, pela relação que se estabelece entre o médico e o paciente, já que burocratiza e encaminha pela via da judicialização

aquilo que faz sofrer e que aparentemente se localiza no trabalho. Ainda, sobre esse aspecto, vale a consideração de que na literatura referente à reabilitação para o trabalho, é prevalente o uso dos tratamentos fisioterápicos e ocupacionais como formas auxiliares à medicação indicada ao tratamento de pacientes afastados do trabalho por motivo de doenças ou incapacidades.

Deve-se considerar, entretanto, que essa forma de clínica, que visa ao corpo biológico e seu ajuste às demandas sociais, é uma construção que se dá desde o desenvolvimento da ciência no campo da medicina. E parece que o campo denominado Medicina do Trabalho é desenvolvido especialmente para lidar com mais destreza e precisão com os problemas que envolvem o ajuste do corpo à produtividade, seguindo a lógica das especialidades médicas largamente desenvolvidas no cenário capitalista. Como disse Lacan (2001, p.9-10):

É no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de um mundo científico, que provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, o médico encontra-se face a novos problemas. Quero com isso dizer que o médico nada mais tem de privilegiado na organização dessa equipe de peritos diversamente especializados nas diferentes áreas científicas. É do exterior de sua função, especialmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões, para introduzir as medidas de controle quantitativos, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas. Do mesmo modo descola-se a evidência do sucesso, condição para o advento dos fatos.

Essa passagem reforça, considerando o desenvolvimento da ciência no capitalismo, as inferências feitas por Freud no início do século passado em relação à posição do médico quanto à compreensão da doença. Dizia ele que o médico desconsiderava a sexualidade na etiologia das neuroses, atribuindo à condição social e de vida a causa da doença. O que Lacan observa é um maior afastamento do médico de uma clínica que considere a demanda e o desejo do paciente na causação da doença. Para Lacan, considerar que o corpo goza, já é consistir numa posição ética que se diferencie da lógica da medicina científica, essa medicina atrelada ao controle, ao ajuste e à normatização dos corpos às demandas de produtividade. O que Freud desbrava e Lacan afirma é que a posição ética do médico vinculado aos ideais da ciência desconsidera a verdade do sujeito, contida em seus sintomas e no seu padecimento. Escutar o paciente, decifrar sua verdade por detrás do sintoma,

empenhar-se numa clínica que considere o sujeito do inconsciente, cada vez mais, é prática de poucos. Cede-se ao arsenal de tratamentos construído pela medicina científica, indicando desde fora do contexto da clínica e do paciente aquilo que lhe cessará o sofrimento, as dores ou sua incapacidade. Entretanto, isso que faz adoecer, que pulsa, que é da ordem da sexualidade, persiste.

Juntamente com a construção diagnóstica e as formas de tratamento indicadas pelos profissionais da medicina na atualidade, vemos se consolidar, cada vez mais, um modelo de registro destes casos de adoecimento. Seguindo as orientações de uma organização mundial da saúde, os dados de adoecimento, diagnóstico e tratamento ficam registrados e são utilizados em pesquisas e análises epidemiológicas para formalizar uma compreensão sobre os fatos e construir intervenções mais eficazes sobre os grandes problemas de saúde. Problemas que, muitas vezes, são considerados epidemias, como é o caso da depressão na atualidade.

Não se pode desconsiderar que um processo de trabalho pode fazer adoecer, no entanto, estatizar e burocratizar essa compreensão – o que é feito pela especialização médica e pela protocolarização do processo – leva à desconsideração do mal-estar que é inerente a qualquer relação do ser humano, especialmente com o seu trabalho. Cabe perguntar até que ponto o processo de trabalho é que faz adoecer e até que ponto é o sujeito que sucumbe diante de um processo específico de trabalho. Ou, então, como considerar o sujeito, sua história e sua relação com a civilização e o trabalho no processo de adoecimento. Nesse sentido, constata-se que nos campos denominados Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador, é usual a *localização dos fatores de adoecimento na civilização e no processo produtivo e social*.

O risco que se corre ao localizar externamente ao sujeito a causa e as razões do adoecimento é o de aliená-lo ainda mais na obscuridade daquilo que lhe acomete como sujeito. Não considerar seus desejos, seu mal-estar e seu sintoma na compreensão do processo de adoecimento, é também *desconsiderar a importância da sexualidade em todo e qualquer processo de adoecimento humano*. A posição usual da medicina mostra um reducionismo na forma de compreender a doença, já que não considera os fatores da sexualidade que podem estar ligados ao processo de adoecimento.

Nesse sentido, é preciso voltar ao tema da sexualidade na psicanálise tratado anteriormente. Para Freud, a sexualidade humana não pode ser reduzida à reprodução, mesmo que dela esteja a serviço. Desde os *Três Ensaios sobre a*

Teoria da Sexualidade (1905/1988), Freud vincula a sexualidade ao que é da ordem do *pulsional* e não ao instintual. O instinto, diz o autor, é reservado ao animal. Assim, sendo a pulsão o que se localiza entre o somático e o psíquico, tem-se um lugar para o conceito introduzido por Freud nesse texto para tratar da sexualidade – "a sexualidade humana é pulsional e obedece a uma *força constante* da libido" (JORGE, 2008, p.48). Ao tratar o conceito de pulsão, Freud determina a ele quatro elementos: uma força, uma fonte, um alvo e um objeto. Este objeto, no entanto, é variável, indicando que qualquer objeto pode ocupar o lugar do objeto da pulsão. Portanto, Freud conclui e Lacan o afirma: "no cerne da sexualidade humana figura uma falta de objeto" (JORGE, 2008, p.138). Lacan nomeia essa falta como objeto *a*, conceituando-a como a certificação de que há um buraco, um cavo, um vazio, que pode ser ocupado por qualquer objeto, mas que sua instância só pode ser conhecida na forma de um objeto perdido (*a*). Esse objeto, diz Lacan, é o objeto *causa de desejo*.

Se a pulsão é conceituada no âmbito de um impossível, já que por sua própria natureza a pulsão está fadada à insatisfação, ou seja, nunca haverá uma satisfação completa, a satisfação será sempre parcial, não toda. Pode-se dizer que a pulsão se serve do inconsciente, já que o "inconsciente é uma tentativa de apreender, por meio da representação psíquica da meta pulsional, aquilo que, em nome da satisfação, faz palpitar uma vida" (GODINO CABAS, 2009, p.48). Nesses termos, é possível tramar uma relação entre o desejo e o sintoma. O sintoma tem uma dupla formação: "está intimamente vinculado ao inconsciente, de quem recebe a marca da determinação simbólica e, por outro lado, está indissolivelmente ligado à pulsão" (p.49).

[...] o *desejo* é um dos nomes do *sujeito*. Do sujeito do inconsciente. Assumir o desejo inconsciente equivale a subjetivá-lo. Um efeito que se traduz na assunção de uma posição subjetiva cuja característica é a de existir, apesar da consciência. Dessa maneira, resta a evidência de que o *sujeito* é uma versão – um dos nomes – do *desejo* inconsciente (GODINO CABAS, 2009, p.53).

Assim, se a sexualidade é da ordem da pulsão e tem seu início na infância, ela diz do movimento do sujeito na busca de satisfação, aponta para o desejo inconsciente e demarca as nuances do sintoma. Trata-se de um conjunto complexo de operações que dinamiza o sujeito e fala de sua posição subjetiva perante a vida. No que se refere à compreensão dos sintomas e do adoecimento psíquico do

sujeito, a sexualidade é um conceito nevrálgico e que guarda em si as chaves para a possibilidade de uma cura.

É oportuno acrescentar, ainda, que o fato de Freud atribuir à sexualidade a causa das neuroses não implica considerar a sexualidade como um elemento a-histórico, ou seja, como um fator biológico e orgânico independente do lugar do sujeito e de sua práxis. Essa interpretação equivocada da teoria freudiana, entre outras pelo marxismo ortodoxo, tem levado à conclusão de que todo o problema neurótico é devido à condição do indivíduo em si e não do sujeito e sua práxis no mundo. Do ponto de vista epistemológico, é inquestionável que as propostas de Marx e Freud são antagônicas, mas isso não significa que sejam excludentes. Há um equívoco muito difundido no campo do marxismo segundo o qual Marx trata do que é objetivo, material e não considera as qualidades subjetivas na conduta humana em suas análises, mas nas Teses contra Feuerbach, Marx (1978, p.51) expressa que "a falha capital de todo o materialismo até agora (inclusive o de Feuerbach) é captar o objeto, a efetividade, a sensibilidade humana apenas sob a forma de *objeto ou de intuição*, e não como *atividade humana sensível, práxis*". Para Marx, o pensamento isolado da práxis é uma questão *escolástica*. A relação entre a psicanálise e o marxismo, inaugurada pelos representantes da primeira geração da Escola de Frankfurt (FARIA, 2004, v.1-2), encontra uma exposição eloquente em Osborn (1943).

Foi justamente ao considerar a sexualidade na etiologia das doenças nervosas que Freud encontrou sua originalidade. A posição de Freud e da tradição psicanalítica que lhe sucedeu, especialmente com o trabalho de Lacan, implica, então, a consideração do inconsciente na compreensão do sofrimento e do adoecimento, mas também do sexual, ou seja, no sentido mais geral da relação entre os homens, indicando que sempre haverá algo impossível de se realizar na relação do homem com os outros homens e com a cultura. Nesse sentido, incluir o impossível é também considerar que existe um limite nas possibilidades de satisfação, pelo qual o próprio sujeito deve responsabilizar-se e encontrar uma saída para lidar com isso: uma saída que seja libertadora no sentido de poder se realizar como sujeito de uma civilização, com todas as implicações e limitações dessa condição.

Do texto *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898), considerado pré-psicanalítico, mas que indica a posição desde a qual Freud analisa, a partir da sexualidade e não das mazelas da civilização – definindo o campo do sexual para a

psicanálise –, a etiologia das neuroses, parte-se àquele que é, sem dúvidas, o texto inaugural sobre a teoria da sexualidade humana. Nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, de 1905, Freud consagra a importância da vida sexual para todas as realizações humanas e amplia o conceito de sexualidade. Esses dois pontos constituíam, à época, as principais fontes de resistência e combate à psicanálise. Esse texto também inaugura a introdução do conceito de pulsão na obra psicanalítica, sinalizando para a existência de um impossível de ser realizado, já que a satisfação completa é impossível. Também é impossível conhecer o inconsciente, já que deste temos notícias por suas manifestações, o que impõe um limite ao saber. A ideia de impossível também remete àquilo que não para de se inscrever, àquilo que é impossível de saciar e àquilo do qual é impossível um saber. A marca dessa impossibilidade é um dos pontos sobre os quais a psicanálise trabalha para pôr em curso sua operação, revelando a ética que funda sua prática e os horizontes possíveis de seu trabalho, já "que é precisamente nesse impossível, *o real em jogo na pulsão*, que reside" a característica mais primordial da pulsão e da sexualidade humana (JORGE, 2008, p.55). Esse impossível é o que está na base dos discursos propostos por Lacan, que diz que há sempre algo que foge à simbolização.²⁹

²⁹ Para Faria (2012), convém ponderar sobre a questão da impossibilidade do conhecimento e mesmo da simbolização. Para o materialismo histórico, deve-se observar que o impossível, do ponto de vista da cognoscibilidade, refere-se a um dado estágio do desenvolvimento histórico e não deve ser entendido, portanto, como uma impossibilidade definitiva e absolutizada, o que caracterizaria uma fossilização do saber e uma renúncia antecipada de sua evolução, e sim como uma inacessibilidade dada pelas condições materiais determinantes dos limites do conhecimento. O avanço do conhecimento científico, filosófico e tecnológico tem demonstrado, à exaustão, que muito do que parecia impossível nas condições materiais históricas dadas se fez possível em outras condições históricas: nem mesmo os mais brilhantes e geniais cientistas e filósofos do século XIX poderiam considerar as possibilidades da comunicação em tempo real promovidas pelas tecnologias informacionais via satélite e suas consequências nas relações sociais, por exemplo. Desse modo, pode-se questionar as limitações da cognoscibilidade do real objetivado em determinadas condições materiais, mas não sua impossibilidade como uma condição absoluta. Ainda de acordo com Faria (2012), quando se considera, por outro lado, que a satisfação completa é impossível e que é impossível conhecer o inconsciente, é preciso levar em conta, ainda da perspectiva do materialismo histórico, que os conceitos de satisfação e de pulsão constituem-se em abstrações arbitrarias e, portanto, desde logo objetivamente inalcançáveis, de forma que não é o real que não pode ser compreendido em sua constituição, mas sua representação idealizada. Assim, partindo de um conceito produzido no plano abstrato, ou seja, da ideia que se tem sobre o real e não do real em si mesmo, não se pode ir além do conceito em si mesmo. Para maiores esclarecimentos, ver Kosik (1976).

Já no Prefácio à quarta edição do texto, publicada em 1920, Freud indica:

Dissipadas as correntes da guerra, pode-se verificar com satisfação que o interesse pela psicanálise permanece ileso no mundo em geral. Mas nem todas as partes da doutrina tiveram o mesmo destino. As colocações e constatações puramente psicológicas da psicanálise sobre o inconsciente, o recalçamento, o conflito que leva à doença, o lucro extraído da doença, os mecanismos da formação de sintomas etc., gozam de crescente reconhecimento e são consideradas até mesmo por aqueles que em princípio contestam. Mas a parte da doutrina que faz fronteira com a biologia, cujas bases são fornecidas neste pequeno escrito, continua a enfrentar um dissenso indiminuto, e as próprias pessoas que por algum tempo se ocuparam intensamente da psicanálise foram movidas a abandoná-la para abraçar novas concepções, destinadas a restringir mais uma vez o papel do fator sexual na vida anímica normal e patológica (FREUD, 1905/1988, p.126).

Na época da publicação dos *Três Ensaios*, a opinião popular sobre a pulsão sexual era que

Ela estaria ausente na infância, far-se-ia sentir na época e em conexão com o processo de maturação da puberdade, seria exteriorizada nas manifestações de atração irresistível que um sexo exerce sobre o outro, e seu objetivo seria a união sexual, ou pelo menos os atos que levassem nessa direção (FREUD, 1905/1988, p.128).

Para Freud, essa compreensão é uma visão infiel da realidade. Então, para dar corpo a suas ideias, oriundas de sua prática clínica e sua constante observação da vida cotidiana, Freud parte para a construção de sua teoria da sexualidade, iniciando pela análise das (a) *aberrações sexuais* – para as quais aponta a homossexualidade³⁰ e a perversão, dentre outras, como falhas no desenvolvimento normal da sexualidade, passando pela (b) *sexualidade infantil* – em que descreve os processos de desenvolvimento da libido e das zonas erógenas, chegando à descrição das (c) *transformações da puberdade* – na qual delinea o curso de desenvolvimento da libido na fase adulta e a busca pelo amor objetal e pelas criações humanas para dar vazão às pulsões sexuais.

³⁰ Cabe aqui a consideração de que Freud não fazia um julgamento moral acerca da homossexualidade. Ao abordá-la como uma falha no desenvolvimento normal da sexualidade, ele busca a compreensão de como se dá a escolha inconsciente de um objeto de desejo, a partir da resolução do Complexo de Édipo.

Um ponto importante desse texto de Freud é sua insistência na ideia de um descompasso entre o desenvolvimento da sexualidade e o desenvolvimento cultural humano. Ao falar do desenvolvimento sexual infantil e sua trajetória até a vida adulta, Freud chega à compreensão de que a sublimação é um mecanismo importante para o desenvolvimento da cultura e dos povos, e que isso exige do indivíduo a capacidade de desviar sua pulsão sexual da finalidade previamente determinada, ou seja, com isso dá créditos à ideia de que a civilização só é possível em função da renúncia pulsional, que tem consequências tanto para o sujeito quanto para a civilização.

Essa curiosíssima relação entre as variações sexuais e a escala que vai da saúde à perturbação mental dá o que pensar. Eu opinaria que este fato, ainda por esclarecer, seria uma indicação de que as moções da vida sexual, mesmo normalmente, encontram-se entre as menos dominadas pelas atividades anímicas superiores. Segundo minha experiência, quem é mentalmente anormal em algum outro aspecto, seja em termos sociais ou éticos, habitualmente também o é em sua vida sexual. Mas muitos são os anormais na vida sexual que, em todos os outros pontos, correspondem à média, e que passaram pessoalmente pelo desenvolvimento cultural humano, cujo ponto mais fraco continua a ser a sexualidade (FREUD, 1905/1988, p.141).

Ao analisar a dinâmica das perversões, Freud faz a seguinte reflexão:

a pulsão sexual tem de lutar contra certas forças anímicas que funcionam como resistências, destacando-se entre elas com máxima clareza a vergonha e o asco. [...] Por outro lado, nessas forças represadoras do desenvolvimento – asco, vergonha, moral – deve-se ver também um sedimento histórico das inibições externas que a pulsão sexual experimentou na psicogênese da humanidade. No desenvolvimento de cada um, observa-se que elas emergem no momento apropriado, como que espontaneamente, a um sinal da educação e da influência externa (FREUD, 1905/1988, p.153-154).

Seja pela influência da educação, seja pelas restrições impostas pela civilização, curso da pulsão produz seus efeitos na vida anímica do sujeito. Para os que sofrem as consequências desse desvio como uma patologia, sua vida sexual "expressa-se de maneira exclusiva, ou predominante, ou apenas parcial, nesses sintomas. [...] os sintomas são a atividade sexual dos doentes" (FREUD, 1905/1988, p.155).

A descoberta de Freud sobre a relação do adoecimento psíquico com a sexualidade fez com que se interessasse por esmiuçar o que é o sexual e buscar uma compreensão sobre o que o habita. No entanto, "ao tentar constituir um saber em torno do sexual, algo lhe escapou" (DARRIBA, 2008, p.2). É na insistência de

Freud em sistematizar o lugar do analista por uma relação com o saber, mas um saber que não está necessariamente atrelado ao ideal da ciência, que ele avança na construção de seus conceitos, como que procurando ultrapassar o saber constituído pela ciência até então. Nesse movimento, Freud avança na construção do conceito de sexualidade, conforme esta leitura de Darriba (2008, p.2):

Retomemos o fato de que, no encaminhamento de sua hipótese etiológica, a busca de um trauma na origem o dirigiu ao sexual. O que isso evidenciou para nós, em última instância, é que o sexual é traumático, o que podemos ler no sentido de que é no campo do sexual que nos deparamos com um limite à constituição de saber.

Freud entende assim, que a sexualidade é sempre sintomática e que há nela "algo que escapa à simbolização, mas que retorna na experiência mesma do sujeito" (DARRIBA, 2008, p.4).

Esse limite ao saber, evidenciado pela experiência analítica e formalizado na teoria dos discursos de Lacan, é acatado na psicanálise, que o toma como um elemento importante do processo analítico, pois entende que isso que é impossível de saber, em alguma medida, fala da verdade do sujeito, ou seja, de seu desejo e seu gozo. Portanto, para a psicanálise, esse limite à constituição de saber é material de trabalho para a análise. Essa posição da psicanálise é contrária ao que se observa hoje nos campos de conhecimento em geral e especialmente nas perspectivas biologizantes acerca do ser humano e seu adoecimento ou naquelas que se estendem a uma explicação social desses adoecimentos. Ou seja, um saber *a priori* não pode produzir um conhecimento sobre isso que é um limite ao saber. Como saída, tanto as perspectivas biologizantes acerca do adoecimento psíquico/mental quanto as perspectivas mais sociais e críticas – como aquela que aborda o Nexo Técnico Epidemiológico como um avanço nas práticas de Saúde Mental do trabalho – rechaçam o elemento do qual não se pode saber. Por isso, essas teorias e campos do saber, apoiados na ideia de ciência e de que é possível conhecer tudo, na busca de tudo categorizar, eliminam o elemento singular que um saber *a priori* não recobre. Esse elemento singular é o que encarna a particularidade de cada sujeito, isso é o que deve ser tratado, dando ao sujeito a possibilidade de inventar um saber, de criar algo sobre e com aquilo que lhe é o mais íntimo, o mais particular – seu desejo, seu sintoma. É por acreditar nessa particularidade, nessa singularidade, que a psicanálise

trata de cada sujeito como único, no caso a caso, não dando todo valor às estatísticas, às categorizações ou às avaliações. Não que a psicanálise desconsidere essas construções estatísticas e categoriais, mas de fato ela não parte e não se apoia nisso para compreender e tratar o sofrimento humano. É por dar valor àquilo que não se sabe, àquilo que impõe um limite ao saber, que a psicanálise se constitui como um outro modo de tratar do padecimento psíquico.

Essa posição de Freud em relação ao saber, que é fundamental para a construção do conceito de sexualidade, é evidenciada mais ainda quando lança os contornos do conceito de pulsão nos *Três Ensaio*s. Tal conceito toma sua forma principal no texto *Além do Princípio do Prazer* (1920/1988), quando Freud diz de uma pulsão de morte aliada a uma pulsão de vida. Ao tratar da pulsão de morte, ele aborda "uma repetição que não se reporta apenas a uma inscrição desconhecida (o recalçado), mas ao que não se inscreveu, ao que não cessa de não se inscrever" (DARRIBA, 2008, p.5). Essa forma de compreender a sexualidade, ou seja, de falar de um saber que não se sabe, mas que está ali, que insiste, demarca a posição de Freud em relação à causa do sujeito e sua verdade.

Diferentemente de seus antecessores, Freud, guiado pelo desejo que o conduziu à constituição da psicanálise, perseguiu insistentemente a busca pela compreensão do sexual e sua relação com o adoecimento psíquico. Ao final, chega à conclusão que a sexualidade humana é marcada pela incompletude, não plena e sempre parcial (GARCIA-ROZA, 2008). As denotações *fugidia*, *incompleta* e *parcial* marcam aquilo que é da ordem de uma falta, falta que é constituinte do sujeito.

Para Freud, a psicanálise é a técnica por excelência capaz de investigar a sexualidade humana, especialmente a sexualidade infantil e sua relação com a psicose, já que estas se baseiam em forças pulsionais de cunho sexual, reafirmando a ideia de que a vida sexual se expressa nos sintomas.³¹ Assim, conhecer a sexualidade é a fonte para revelar os traços essenciais da pulsão, sua evolução e como se compõe a partir de diversas fontes.

³¹ Segundo Freud (1905/1988, p.155), "os sintomas neuróticos baseiam-se, de um lado, nas exigências das pulsões libidinosas e, de outro, nos protestos do ego em reação a eles".

A psicanálise elimina os sintomas dos histéricos partindo da premissa de que tais sintomas são um substituto – uma transcrição, por assim dizer – de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (o recalçamento), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência. Assim, essas formações de pensamento que foram retidas num estado de inconsciência aspiram a uma expressão apropriada a seu valor afetivo, a uma *descarga*, e, no caso da histeria, encontram-se mediante o processo de *conversão* em fenômenos somáticos – justamente os sintomas histéricos. Pela transformação sistemática (com a ajuda de uma técnica especial) dos sintomas em representações investidas de afeto já agora conscientizadas, fica-se em condições de averiguar com a máxima precisão a natureza e a origem dessas formações psíquicas antes inconscientes (FREUD, 1905/1988, p.155).

Ao abordar a pulsão sexual nos neuróticos, Freud delimita o processo da formação de sintomas nos histéricos, sendo que estes "representam um substituto de aspirações que extraem sua força da fonte da pulsão sexual" (FREUD, 1905/1988, p.155). Assim, nesses casos, o grau de recalçamento sexual extrapola a medida normal, imprimindo uma intensificação da resistência à pulsão – expressa pela vergonha, pelo asco ou pela moralidade, e uma negação a qualquer forma de pensamento sobre sexo e suas problemáticas – o que pode se estender até a vida sexual da maturidade. Nesse sentido, na histeria, podem-se identificar dois fatores constitucionais, que se caracterizam como pares de opostos: a excessiva renúncia ao sexual e a necessidade sexual desmedida.

O ensejo para o adoecimento apresenta-se à pessoa de disposição histérica quando, em consequência de sua própria maturação progressiva ou das circunstâncias externas de sua vida, as exigências reais do sexo tornam-se algo sério para ela. Entre a premência da pulsão e o antagonismo da renúncia ao sexual situa-se a saída para a doença, que não soluciona o conflito, mas procura escapar a ela pela transformação das aspirações libidinosas em sintomas. [...] a psicanálise consegue demonstrar regularmente que a doença foi possibilitada pelo componente sexual do conflito, que privou os processos anímicos de uma execução normal (FREUD, 1905/1988, p.156).

Nessa direção, a psicanálise considera que os sintomas são expressões de uma demanda incessante de satisfação pelas pulsões, seja a pulsão sexual normal ou perversa, que não puderam se realizar de forma direta. "Portanto, os sintomas se formam, em parte, às expensas da sexualidade *anormal*; a *neurose* é, por assim dizer, o *negativo* da perversão", indicando que há "moções perversas enquanto formadoras de sintomas nas psiconeuroses" (FREUD, 1905/1988, p.157). Para Freud, a predisposição à perversão não é rara, já que faz parte da constituição psíquica que

passa por normal e introduz a ideia da perversão já na infância, ou seja, como sendo constituinte do sujeito. Ele diz que, se há algo inato nas perversões,

é inato em todos os seres humanos, embora, enquanto disposição, possa variar de intensidade e ser acentuado pelas influências da vida. Trata-se, pois, das raízes inatas da pulsão sexual dadas pela constituição, as quais, numa série de casos (as perversões), convertem-se nas verdadeiras portadoras da atividade sexual (perversa), outras vezes passam por uma supressão (recalcamento) insuficiente, de tal sorte que podem atrair indiretamente para si, na qualidade de sintomas patológicos, parte da energia sexual, e que permitem, nos casos mais favoráveis situados entre os dois extremos, mediante uma restrição eficaz e outras elaborações, a origem da chamada vida sexual normal (FREUD, 1905/1988, p.162).

Essa lição sobre a dinâmica da sexualidade abre a possibilidade de uma pontuação acerca de uma da ocorrência no *campo do trabalho* que tem sido frequentemente relacionada aos casos de adoecimento psíquico ligado ao trabalho: o assédio moral no trabalho. Trata-se de situações que ocorrem no ambiente de trabalho e são caracterizadas pela violência, a partir de um constante ataque de uma pessoa a outra, ou de uma pessoa a um grupo, ou de um grupo a uma pessoa. Nessa relação, o assediador estaria no posto de um perverso que humilha e maltrata o assediado, compreendido como vítima, e que leva a situação até que a vítima não suporte mais e sucumba. Os desfechos mais comuns são o pedido do desligamento da vítima do trabalho, o adoecimento ou o enfrentamento da situação pela via da mobilização sindical e judicial. Que as relações de trabalho têm sido alvo da agressividade humana, isso não é novidade, e Freud já elucidou esse fato no seu texto *O Mal-estar na Civilização*. A novidade dessa forma de apreensão das relações de trabalho está justamente em conferir um diagnóstico prévio ao assediador e combatê-lo desde essa verdade. O perverso em questão é atacado e combatido até as últimas consequências, e a vontade que mais se explicita neste combate é que ele seja punido pelo que fez o outro passar e que seja banido do seu posto de trabalho. Se se trata de uma relação, o que falar da posição da vítima? Não se pretende aqui fazer uma dissertação sobre esses casos, mas de tomá-los, já que aparecem nas organizações de trabalho e têm relação com o sofrimento e o adoecimento psíquicos, e levantar algumas questões desde o que Freud ensinou acerca da sexualidade humana.

O primeiro ponto a ser considerado é o *diagnóstico de estrutura* que é dado ao assediador e tomado da psiquiatria e da psicanálise: perverso! Como é possível fazer esse diagnóstico se o sujeito não foi escutado desde a sua posição? Se é um caso de perversão, como o sujeito escolhe uma vítima que lhe deixa sob essa exposição, a ponto de poder sofrer consequências judiciais em função de seus atos? Um segundo ponto é sobre a *posição da vítima* – o que ela quer? Nenhuma construção teórica relevante da área aborda essa questão. Certamente, o fato de se colocar nessa relação, e eventualmente obter algum prazer disso, fala da posição subjetiva da suposta vítima. Um terceiro ponto: se essas situações são cada vez mais frequentes nas relações de trabalho, o que pensar de sua relação com o *discurso capitalista e ao que ele convoca o sujeito*, aos tipos de laço que se pode estabelecer nessa estrutura discursiva? Ainda, para não perder o fio da discussão sobre a sexualidade humana e sua vigência na civilização, o que essa forma de relação tem a ver com a *posição que cada sujeito toma numa relação* e que diz respeito a sua forma de obter satisfação, fazer vínculo e operar sua sexualidade? Ponderar esses questionamentos é dar abertura para uma leitura crítica, sob a égide da psicanálise, àquilo que tem se transformado em problema social e que fala, em alguma medida, da incidência da pulsão de morte na civilização. Se a teoria da sexualidade freudiana nos ensina muitas coisas, dentre elas, que essas situações, que se dão inclusive nos ambientes de trabalho, têm como pano de fundo o pulsar da sexualidade humana. Tomá-las desde um ponto de vista moral não auxilia na compreensão da questão, muito menos possibilita uma ação que vise a uma solução plausível, desde o ponto de vista do sujeito, para a situação. É claro que qualquer situação em que a destrutividade humana e o mal aparecem e tomam a cena deve ser enfrentada. No entanto, se as raízes do problema não são consideradas, pouco efeito de mudança se pode esperar. Tratar sob a via moral e judicial esse tipo de questão não resolverá o problema da repetição das situações, do eterno retorno daquilo que não pode ser simbolizado.³² E ainda, essa forma de abordar o assédio

³² Cabe aqui uma alusão à compreensão de que, em alguma medida, os casos de assédio moral no trabalho se assemelham aos casos de *Bullying*, tão encontrados e comentados nos contextos escolares. Ambos são casos que apontam a questão da violência nas relações.

moral no trabalho tende a *individualizar* a questão do réu (perverso) e da vítima, sem colocar em questão sua relação com a construção dos laços sociais e, portanto, com os efeitos do discurso capitalista. Ao denunciar essas questões, sem questionar os sujeitos envolvidos e compreendê-los na trama dos discursos, reforça-se o próprio discurso, que se organiza sobre um novo conhecimento para continuar mantendo seu domínio e a perpetuação de suas intenções. No discurso capitalista, os sujeitos se tratam de forma instrumental e racionalizada, tomando o outro como um meio para realizar os seus objetivos e conseguir satisfações fugazes. Nesse sentido, pode-se inferir que um dos efeitos do discurso capitalista é promover uma relação perversa entre as pessoas, o que não corrobora para a formação do laço social.

Do assédio à perversão, deve-se retomar o ponto trazido por Freud: pode-se considerar uma estrutura psíquica perversa ou então modos perversos de satisfação da sexualidade. Ele é muito claro na observação sobre a dinâmica da sexualidade, dizendo que, em alguma medida, mantemos os modos de satisfação presentes na infância e que deixaram marcas. Destes, a perversidade é uma das possibilidades.

Ainda, em termos de modo de satisfação, é possível vislumbrar que ou "os neuróticos preservam o estado infantil de sua sexualidade ou foram retransportados para ele" (FREUD, 1905/1988, p.162). Desse ponto do texto, Freud parte para uma análise da sexualidade infantil, investigando as influências que dominam esse processo até seu desfecho na neurose, na perversão ou na vida sexual normal. O ponto a ser destacado aqui é a indicação de que a sexualidade constitui, desde sempre, elemento fundante do sujeito, indicando tanto o caminho da satisfação e das realizações do sujeito quanto o caminho da construção e das possibilidades da humanidade. No desenvolvimento da sexualidade, algo que se desvie de sua finalidade faz o sujeito adoecer ou padecer de impotência diante das demandas da civilização. Por outro lado, as construções da humanidade são justamente o efeito da sexualidade no campo social, incluindo aí o trabalho, como indica Freud (1905/1988, p.167):

Com que meios se erigem essas construções tão importantes para a cultura e normalidade posteriores da pessoa? Provavelmente, às expensas das próprias moções sexuais infantis, cujo afluxo não cessa nem mesmo durante esse período de latência, mas cuja energia – na totalidade ou em sua maior parte – é desviada do uso sexual e voltada para outros fins. Os historiadores da cultura parecem unânimes em supor que, mediante esse desvio das forças pulsionais sexuais das metas sexuais e por sua orientação para novas metas, num processo que merece o nome de *sublimação*, adquirem-se poderosos componentes para todas as realizações culturais.

Se os *Três Ensaio*s inauguram a teoria da sexualidade de Freud, indicando que esta já está presente desde a infância mais remota, o texto *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna*, de 1908/1988, trata do fator etiológico mais importante na causação das neuroses: a repressão da vida sexual. Assim como em textos anteriores, este trata do antagonismo entre civilização e vida pulsional. No entanto, de forma articulada e bem fundamentada, neste texto Freud opõe-se à ideia de que a vida moderna em si é a causa da neurose ou da doença nervosa moderna. O esforço de Freud é buscar a etiologia das doenças nervosas e incluir seu aumento num contexto mais amplo.

Segundo o editor das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, James Strachey, *Moral Sexual Civilizada* (1908/1988) é o primeiro de uma série de textos em que Freud trata do "antagonismo entre civilização e vida instintual"; no entanto, tal pressuposto já figura nas obras desde antes de 1900, sendo claramente colocado no final dos *Três Ensaio*s (1905/1988), no qual sinaliza uma "relação inversa que existe entre a civilização e o livre desenvolvimento da sexualidade". Esse artigo aborda os aspectos sociológicos desse antagonismo³³.

Não é arriscado supor que sob o regime de uma moral sexual civilizada a saúde e a eficiência dos indivíduos esteja sujeita a danos, e que tais prejuízos causados pelos sacrifícios que lhe são exigidos terminem por atingir um grau tão elevado, que indiretamente cheguem a colocar também em perigo os objetivos culturais. [...] Entre os danos acima atribuídos a essa moral sexual civilizada, os médicos terão notado a falta justamente daquele cuja significação examinaremos no presente artigo. Refiro-me ao aumento, imputável a essa moral, da doença nervosa moderna, isto é, da doença nervosa que se difunde rapidamente na sociedade contemporânea (FREUD, 1908/1988, p.169-170).

Nesse texto Freud ainda aposta na possibilidade de uma reforma na civilização, no sentido de encontrar uma medida adequada entre as exigências da civilização e a satisfação pessoal, vislumbrando um ideal de harmonização entre as instâncias individual e cultural. Nesse momento do desenvolvimento de sua teoria, Freud não

³³ Joel Birman, em *O Mal-estar na Atualidade* (1999), faz uma leitura do Mal-Estar na civilização de Freud, considerando que Freud trata, nesse texto e em sua concepção de mal-estar, menos do antagonismo entre a pulsão e a civilização, mas especialmente do "estatuto do sujeito no mundo moderno". Para ele, Freud estava tratando mesmo era do mal-estar do sujeito na modernidade, fazendo uma crítica psicanalítica da modernidade. Na sequência, far-se-á uma retomada da concepção de mal-estar e sua relação com a depressão relacionada ao trabalho.

encontrou ainda o limite das implicações do sexual. O autor traz à luz, no texto, o relato de três importantes observadores da sociedade moderna no final do século XIX e início do século XX.³⁴ Para os três, as exigências da vida moderna determinam um 'grande esforço mental' para que os indivíduos consigam atender àquilo que deles é esperado. Os observadores relatam que as *exigências impostas à eficiência do indivíduo, o aumento das necessidades individuais e a ânsia de prazeres materiais* em todas as classes, a *crescente competição, a intensificação da irreligiosidade, o descontentamento e a cobiça* em ampla esfera social e *as condições do comércio* foram afetadas pelo incremento das comunicações, sintetizando que *"tudo é pressa e agitação"*.

As crises políticas, industriais e financeiras atingem círculos muito mais amplos do que anteriormente. [...] Os conflitos religiosos, sociais e políticos, a atividade partidária, a agitação eleitoral e a grande expansão dos sindicalismos inflamam os espíritos, exigindo violentos esforços da mente e roubando tempo à recreação, ao sono e ao lazer. A vida urbana torna-se cada vez mais sofisticada e intranquila (p.171).

Segundo um neurologista norte-americano³⁵, citado por Freud, que designava a neurastenia como doença moderna, sua vasta experiência clínica revela a "íntima conexão entre a doença nervosa e a vida moderna, com sua desenfreada volúpia de bens materiais e seus enormes progressos no campo da tecnologia, que destruíram todos os entraves temporais ou espaciais à intercomunicação" (FREUD, 1908/1988, p.171). Ainda, fazendo referência aos observadores da sociedade moderna, elucida que as transformações ocorridas nas últimas décadas

acarretaram grandes mudanças nas atividades profissionais dos indivíduos, em sua posição social e na propriedade – tudo isso à custa do sistema nervoso, que deve atender ao aumento das exigências sociais e econômicas com um maior dispêndio de energia, do qual frequentemente tem insuficientes oportunidades de recuperar-se (FREUD, 1908/1988, p.172).

³⁴ Os três observadores citados por Freud são, respectivamente: W. Erb (1893); Binswanger (1896); Von Krafft-Ebin (1895). A referência aos observadores encontra-se nas páginas 170-2 do texto *Moral Sexual Civilizada* (FREUD, 1908/1988).

³⁵ Segundo nota do editor das *Obras Psicológicas Completas* de Freud, o neurologista citado é G. M. Beard (1839-83), o qual Freud cita em seus primeiros trabalhos sobre a neurastenia e na Carta 74 enviada a Fliess, de 5 de novembro de 1897.

Para Freud, essas teorias são insuficientes para explicar a doença nervosa moderna ou as particularidades dos distúrbios nervosos, já que ignoram o fator etiológico mais importante: a "repressão nociva da vida sexual dos povos (ou classes) civilizados através da moral sexual 'civilizada' que os rege" (FREUD, 1908/1988, p.172). O esforço de Freud, até aqui, é buscar "a etiologia das doenças nervosas, principalmente em influências nocivas à vida sexual" e inserir num contexto mais amplo o tema do aumento das doenças nervosas.

Nossa civilização repousa, falando de modo geral, sobre a supressão dos instintos. Cada indivíduo renuncia a uma parte dos seus atributos: a uma parcela do seu sentimento de onipotência ou ainda das inclinações vingativas ou agressivas de sua personalidade. Dessas contribuições resulta o acervo cultural comum de bens materiais e ideais. Além das exigências da vida, foram sem dúvida os sentimentos familiares derivados do erotismo que levaram o homem a fazer essa renúncia, que tem progressivamente aumentado com a evolução da civilização. Cada nova conquista foi sancionada pela religião, cada renúncia do indivíduo à satisfação instintual foi oferecida à divindade como um sacrifício, e foi declarado 'santo' o proveito assim obtido pela comunidade (FREUD, 1908/1988, p.173).

Aquele que não consegue concordar com a supressão da pulsão, haja vista sua constituição indomável, torna-se um criminoso diante da sociedade. Freud sinaliza que a pulsão sexual (ou pulsões sexuais, pois a pulsão sexual é formada por muitos constituintes ou pulsões componentes)³⁶, é mais desenvolvida nos homens do que nos outros animais, tendo em vista o aumento da sua frequência desde que o homem superou sua condição de animal. Assim, as pulsões colocam à disposição da atividade civilizatória uma significativa cota de energia, já que tem por característica a possibilidade de deslocar seus objetivos, sem restringir sua força. Essa capacidade de substituir um objetivo sexual original por outro, "não mais sexual, mas psiquicamente relacionado com o primeiro, chama-se capacidade de *sublimação*" (FREUD, 1908/1988, p.174).

³⁶ No texto *Além do Princípio do Prazer*, de 1920, Freud desenvolve sua teoria das pulsões e acaba por defini-las como sendo de duas ordens: pulsão de vida e pulsão de morte. As pulsões de vida congregam as pulsões sexuais e de autopreservação e sua energia condutora é a libido. Já na pulsão de morte a energia prevalente é a destrutividade.

Em *Moral Sexual Civilizada*, Freud faz considerações acerca da sublimação, como aquilo que possibilita ao sujeito dar um destino a suas pulsões sexuais. E indica algumas saídas dos indivíduos ante a moral sexual da época.

O vigor original do instinto sexual provavelmente varia com o indivíduo, o que sem dúvida também acontece com a parcela do instinto suscetível de sublimação. Parece-nos que a constituição inata de cada indivíduo é que irá decidir primeiramente qual parte do seu instinto sexual será possível sublimar e utilizar. [...] Para a grande maioria das organizações parece ser indispensável uma certa quantidade de satisfação sexual direta, e qualquer restrição dessa quantidade, que varia de indivíduo para indivíduo, acarreta fenômenos que, devido aos prejuízos funcionais e ao seu caráter subjetivo de prazer, devem ser considerados como doenças. [...] no homem o instinto sexual não serve originalmente aos propósitos da reprodução, mas à obtenção de determinados tipos de prazer (FREUD, 1908/1988, p.174).

Essa passagem mostra a importância da sexualidade para a dinâmica psíquica. O que não pode ser realizado pelo sujeito causa mal-estar. Nessa via, o mal-estar indica algo que é da ordem do impossível para o sujeito, ou seja, sua plena satisfação sexual. À medida que o desejo não é realizado, incorre-se na formação de sintomas. Os sintomas, em alguma medida, podem ser lidos como uma resposta do sujeito ao mal-estar. Se comporta uma verdade, o sintoma aponta para as vias do desejo, que, pelo sintoma, pode abrir as portas para o seu deciframento.

Se, por um lado, o movimento pulsional é individual, em alguma medida ele esbarra nas possibilidades de sua realização em determinada cultura. Para elaborar tal perspectiva sobre os destinos da sexualidade, Freud indica três estágios da civilização, sendo o terceiro aquele em que a sociedade à época se encontrava. No primeiro estágio, a pulsão sexual pode manifestar-se livremente sem que sejam consideradas as metas de reprodução. No segundo, tudo da pulsão sexual é suprimido, exceto quando serve ao objetivo da reprodução. E no terceiro estágio, só a reprodução *legítima* é admitida como meta sexual. Assim, cada estágio conserva um pouco a mais de repressão destinada à realização sexual. Nesses termos, Freud (1908/1988, p.176-177) salienta:

Os neuróticos são uma classe de indivíduos que, por possuírem uma organização recalitrante, apenas conseguem sob o influxo de exigências culturais efetuar uma supressão *aparente* de seus instintos, supressão essa que se torna cada vez mais falha. Portanto, eles só conseguem continuar colaborando com as atividades culturais com um grande dispêndio de energia e às expensas de um empobrecimento interno, sendo às vezes

obrigados a interromper sua colaboração e adoecer. [...] A experiência nos ensina que existe para uma imensa maioria de pessoas um limite além do qual suas constituições não podem atender às exigências da civilização. Aqueles que desejam ser mais nobres do que suas constituições lhes permitem, são vitimados pela neurose. Esses indivíduos teriam sido mais saudáveis se lhes fosse possível ser menos bons.

O caminho percorrido pela pulsão indica que ela tem sua trilha particular, que está articulada à história do sujeito e suas experiências de satisfação. No entanto, considerando a particularidade de cada percurso, entende-se que sempre haverá um *quantum* desta energia que estará fadado à não realização. Isso que é impossível de se realizar – essa completa satisfação da pulsão – persiste, provoca mal-estar, faz sintoma. Nesses termos, Freud indica que é próprio do circuito pulsional um fracasso, uma impossibilidade, indicando que ali reside o desejo, que envolto à causa, é o que move o sujeito.

Se a causa do adoecimento pode ser encontrada na constituição da sexualidade de cada sujeito, como considerar a civilização neste processo? Ao ponderar que cada sujeito, acometido por sua organização psíquica recalcitrante, sofre as inferências das exigências da civilização, é porque possui também um modo particular de se posicionar perante essas exigências. A moral de uma época impõe de fora os limites para o que é possível de ser realizado, no entanto, o atendimento ou não a essa exigência depende da posição do sujeito ante os imperativos da lei, não esquecendo que, por outro lado, também é exigido pelas Leis do inconsciente, pela sua Lei interna. Assim, fica o sujeito dividido entre o seu imperativo de gozo e aquilo que de fora lhe é exigido, ou melhor, como estabelece o laço com o Outro. Esse laço ao Outro é determinado pela linguagem, segundo o modo de discurso que aí opera.

Do "menos bons" apontado por Freud, pode-se inferir que se fosse possível ao sujeito não atender tão explicitamente às exigências de uma moral sexual civilizada, menos disposto este estaria para o desenvolvimento da neurose. Aqueles que conseguem alguma realização, o fazem à custa de alguma desobediência, já que "uma das óbvias injustiças sociais é que os padrões de civilização exigem de todos uma idêntica conduta sexual [...]. Entretanto, na realidade, essa injustiça é geralmente sanada pela desobediência às junções morais" (FREUD, 1908/1988, p.177).

Nesse texto, mesmo que Freud indique sua crença numa harmonização entre as exigências da civilização e as necessidades dos indivíduos, ele aponta também uma contradição nesta compreensão,

[...] mesmo quando o limite entre a liberdade sexual e as restrições é assim fixado, um certo número de indivíduos é marginalizado como perverso, e outro grupo, que se esforça para não ser perverso, embora por constituição o devesse ser, é impelido às doenças nervosas. [...] O número de naturezas fortes que se colocará em franca oposição às exigências da civilização aumentará extraordinariamente, como também crescerá o número de naturezas mais débeis que, frente ao conflito entre as pressões culturais e a resistência de suas constituições, fugirão para a neurose (FREUD, 1908/1988, p.178).

Nesse sentido, pode-se retomar o objeto da tese ora proposta e indicar que possivelmente o surgimento e o aumento dos quadros de depressão e sua relação com o afastamento do trabalho façam referência às exigências externas e (ou) culturais impostas pela civilização e localizadas nos processos de trabalho, mas dizem propriamente das possibilidades que o sujeito tem de se posicionar diante disso e de reagir, o que implica a forma, o modo, como esse contexto suscitará aquilo que diz respeito às marcas de satisfação, ligadas à história de vida, de cada sujeito. A fuga para a neurose tem sido uma saída plausível para esses sujeitos, no entanto, não sem as consequências que ela acarreta. Pode-se tomar o plausível como aquilo que é aceitável em termos sociais. Entretanto, ao mesmo tempo, corresponde ao exercício que tem feito a indústria dos remédios para apaziguar a dor e o sofrimento humano pela via da medicalização da vida. Nesse sentido, os fenômenos que são observáveis pela clínica médica passam por seu crivo diagnóstico, indicando o tratamento e o prognóstico para os casos coincidentes, ou seja, para todos aqueles que apresentam o mesmo conjunto de fenômenos clínicos emite-se o mesmo diagnóstico. Na efervescência das classificações diagnósticas baseadas nas estatísticas, constitui-se uma clínica distanciada do sujeito e do caso a caso. A escuta e a acolhida do caso são subsumidas pela lógica do *todos* e da *generalização*, indicando que o que importa é localizar o indivíduo dentro de um quadro geral e indicar um tratamento que tenha resultados estatisticamente e cientificamente comprovados dentro de um ideal de cura. Nessa clínica, pouco ou nada aparece do sujeito do inconsciente. No entanto, os efeitos de seu apagamento são sentidos em larga escala em diversos contextos institucionais e na sociedade: nos níveis preocupantes do número de afastamentos do trabalho; no

aumento da violência em escala generalizada da sociedade; nas incidências do mal-estar em grande escala nas crianças; na tendência humana a tecnologizar a vida e suas relações, entre outros. Esses fatos apontam para a necessidade de uma acolhida desse sujeito e uma direção de tratamento que o interrogue sobre seu desejo e seu lugar neste mundo.

Ainda, a despeito da depressão como principal diagnóstico e justificativa para o afastamento do trabalho, deve-se considerar que, à luz da psicanálise, aquilo que muitas vezes aparece como diagnóstico de depressão deve ser questionado. A partir da posição tomada neste trabalho, deve-se compreender até que ponto trata-se de um fenômeno ligado à estrutura psíquica do sujeito, até que ponto é um sintoma-resposta ao mal-estar do sujeito na contemporaneidade, ou até que ponto trata-se de uma queixa, sobre a tristeza e as impossibilidades na vida, mal interpretada pelo diagnóstico médico. A literatura atual sobre a depressão na clínica psicanalítica indica que ela é um fenômeno que está estreitamente relacionado à experiência humana em sua relação com o tempo, ou melhor, com a alta velocidade do tempo (KHEL, 2009). Considerando esse elemento, cabe uma reflexão sobre a condição e a vivência do tempo na contemporaneidade e no trabalho, o que será desenvolvido adiante. De toda feita, isso indica que em alguma medida a civilização impõe limites e modos de ser ao homem. Não uma imposição colocada desde fora, mas uma condição que incita uma resposta do sujeito ao discurso e aos modos de vida vigentes. E isso tem íntima relação com a posição do sujeito perante o Outro.

Retomando a noção de Freud acerca das naturezas fortes e das naturezas débeis, que se opõem ou sucumbem diante das impossibilidades da realização sexual numa cultura cada vez mais exigente, indica-se que a estrutura e a posição de cada um quanto ao seu desejo falam das saídas que cada um dará à relação do sexual com a cultura. E quando fala das naturezas débeis, que fugirão para a neurose, dá um indicativo sobre as saídas mais comumente encontradas em determinados períodos da história. Em se tratando das depressões, pode-se tomá-las como um sintoma social, como proposto por Khel (2009) e Vanier (2002). No entanto, numa lógica de compreensão dos fenômenos clínicos que se diferencia radicalmente das classificações diagnósticas da medicina atual. Ao falar de sintoma social, fala-se de um modo de laço do sujeito ao Outro, implicando o discurso dominante e a posição do sujeito perante ele.

Para a discussão desta tese, ou da gênese do acometimento psíquico e suas formas de tratamento, o texto *Cinco Lições de Psicanálise* (1909) traz significativas contribuições. Ao falar para um público de médicos e não médicos leigos em psicanálise, Freud apresenta, de forma muito didática e exemplificada, o processo de formação dos sintomas e o método psicanalítico como forma de tratá-los. Se, por um lado, é um texto para leigos, mas que faz incidir o discurso da psicanálise nos meios não psicanalíticos, por outro, é um texto providencial para o debate aqui proposto. Seja para os médicos que se dedicam ao tratamento das doenças psíquicas na atualidade, seja para aqueles que se apropriam de alguns conceitos da psicanálise na formulação de teorias acerca do adoecimento psíquico no trabalho, as *Cinco Lições de Psicanálise*, proferidas por Freud em 1909/1988, em território americano, sempre retomam as origens e os princípios da psicanálise e mantém seu compromisso em elaborar uma compreensão e um destino ao tratamento do sofrimento e das doenças psíquicas que considere o sujeito, sua história e sua sexualidade.

Ao apresentar o caso de uma paciente do Dr. Breuer, Anna O.³⁷ que era acometida de perturbações físicas e psíquicas "mais ou menos graves", e que tinha como sintomas preponderantes paralisia de partes do corpo com sentimento de anestesia dessas partes, alterações visuais, "dificuldade em manter a cabeça erguida", "tosse nervosa intensa", repugnância por alimentos e bebidas, impedimento de falar e entender a língua materna, estados de confusão, delírio e alteração da personalidade, Freud diz que a elaboração diagnóstica de qualquer médico da época, que recebesse uma paciente mulher, jovem, sem comprometimentos dos órgãos vitais internos e sem nenhuma anormalidade ao exame objetivo, seria de uma histeria. Assim, o diagnóstico de histeria se opõe ao diagnóstico de uma afecção cerebral orgânica e muda os rumos do tratamento. No entanto, isso não significa que o médico esteja bem preparado para acolher e tratar o caso, já que a histeria impõe a necessidade de outros conhecimentos acerca da doença que não aqueles oriundos da fisiologia, da anatomia ou da patologia. O quadro histérico desafia o médico preparado para uma compreensão

³⁷ Anna O, conhecida como a mais famosa paciente de Breuer, iniciou seu tratamento com Breuer em 1880. Freud sempre se interessou pelo caso, relatado pelo colega, especialmente por ter percebido que a paciente realizara sozinho grande parte do trabalho de imaginação na clínica. Sua presença para a construção da psicanálise é notória, já que seu caso auxiliou Freud a sistematizar a *cura pela fala* e a desenvolver as primeiras noções sobre a transferência (GAY, 1989).

orgânica e biológica da doença, colocando-o desamparado ante o adoecimento psíquico. Assim, o médico considera esses pacientes como "transgressores das leis de sua ciência, tal como os crentes consideram os hereges: julga-os capazes de todo o mal, acusa-os de exagero e de simulação, e pune-os com lhes retirar seu interesse" (FREUD, 1909/1988, p.15).

Nos dias de hoje, alicerçados no conhecimento científico, os médicos já encontram, com garantia de conhecimento de causa, no aparato da ciência e das drogas farmacológicas, o saber necessário para fazer seus diagnósticos de qualquer acometimento psíquico, indicando uma droga e uma terapêutica para os sintomas apresentados, e garantindo o prognóstico da doença. Do início da psicanálise – que credita ao inconsciente e suas formações a razão da vida e do sofrimento psíquico – até os dias atuais, a ciência e as terapêuticas desenvolvidas para abordar os sintomas psíquicos agrupam um campo significativo de conhecimento, permitindo ao médico não ser mais desamparado e incapacitado diante dos sintomas que se apresentam numa neurose, especialmente nas histerias. Para cada estado de consciência, emoção e sentimentos, pode-se elaborar um quadro diagnóstico e as drogas necessárias para restituir ao paciente sua condição de vida. Essa forma de tratar, no entanto, não considera os mecanismos de *recalque* e *resistência* elaborados por Freud, os quais encontram relação direta com a dinâmica do desejo, do inconsciente e do sintoma. Como técnica, então, propõe Freud para o tratamento daqueles que padecem de uma enfermidade psíquica:

Para o restabelecimento do doente mostrou-se indispensável suprimir estas resistências. Partindo do mecanismo da cura, podia-se formar ideia muito precisa da gênese da doença. As mesmas forças que hoje, como resistência, se opõe a que o esquecido volte à consciência deveriam ser as que antes tinham agido, expulsando da consciência os acidentes patogênicos correspondentes. A esse processo, por mim formulado, dei o nome de '*repressão*' e julguei-o demonstrado pela presença inegável da resistência (FREUD, 1909/1988, p.25).

É com muita sensatez que Freud divulga, para um público não analista, os alicerces de sua teoria. Da leitura dos sintomas, distanciando-se das formas médicas tradicionais, Freud parte para a explicação de suas causas e dos elementos em jogo nos casos de neurose. Segundo Freud (1909/1988, p.25),

Tratava-se em todos os casos do aparecimento de um desejo violento mas em contraste com os demais desejos do indivíduo e incompatível com as aspirações morais e estéticas da própria personalidade. Produzia-se um rápido conflito e o desfecho dessa luta interna era sucumbir à repressão a ideia que aparecia na consciência trazendo em si o desejo inconciliável, sendo a mesma expulsa da consciência e esquecida, juntamente com as respectivas lembranças. Era, portanto, a incompatibilidade entre a ideia e o ego do doente, o motivo da repressão; as aspirações individuais, éticas e outras, eram as forças repressivas. A aceitação do impulso desejoso incompatível ou o prolongamento do conflito teriam despertado intenso desprazer; a repressão evitava o desprazer, revelando-se desse modo um meio de proteção da personalidade psíquica.

Nesse sentido, Freud também aponta para outro elemento do adoecimento ou dos sintomas que traz vantagens para o sujeito: seus ganhos secundários. Ao considerar o desejo inconsciente e sua forma inconciliável com os padrões éticos e morais consolidados pelo sujeito na sua relação com a cultura, dá-se outra forma de compreensão sobre a formação dos sintomas. Ao se dispor a escutar esses pacientes e perfazer o caminho trilhado na formação dos sintomas, Freud propõe uma forma de tratamento inusitada para a sua época. Em nenhum tipo de medicina, mesmo naquelas que são atentas à relação de seus pacientes com a cultura e as transformações da sociedade de uma época, considerando esses elementos na produção da doença, seja na época de Freud, seja nos tempos atuais, empreendeu-se uma forma de conceber e tratar a doença que considere e dê créditos ao sujeito do inconsciente.

Agora, para dizê-lo sem rebuços: chegamos à convicção, pelo exame dos doentes histéricos e outros neuróticos, de que a repressão das ideias, a que o desejo insuportável está apenso, *malogrou*. Expeliram-nas da consciência e da lembrança; com isso os pacientes se livraram aparentemente de grande soma de dissabores. Mas o *impulso desejoso continua a existir no inconsciente* à espreita de oportunidade para se revelar, concebe a formação de um *substituto* do reprimido, disfarçado e irreconhecível, para lançar à consciência, substituto ao qual logo se liga a mesma sensação de desprazer que julgava evitada pela repressão. Essa substituição da ideia reprimida – o *sintoma* – é protegida contra as forças defensivas do ego e em lugar do breve conflito, começa então um sofrimento interminável. No sintoma, a par dos sinais do disfarce, podem reconhecer-se traços de semelhança com a ideia primitivamente reprimida. Pelo tratamento psicanalítico desvenda-se o trajeto ao longo do qual se realizou a substituição, e para a recuperação é necessário que o sintoma seja reconduzido pelo mesmo caminho até a ideia reprimida (FREUD, 1909/1988, p.25-26).

Dada a condição da doença psíquica, ou os sintomas terem sua função na dinâmica da sexualidade, desfazer a formação de compromisso ou a satisfação

substitutiva, é um trabalho sem precedentes. A fuga da realidade insatisfatória por via da doença produz um prazer imediato, que promove um retorno às fases iniciais da vida sexual infantil, restabelecendo o estado infantil da vida sexual. Ao tomar a análise dos casos de adoecimento psíquico na vida adulta, observa-se, na atualidade, um conjunto de teorias que vincula esse adoecimento ao padecimento do corpo biológico ou então às pressões e exigências que a vida impõe ao indivíduo. Freud nunca desconsiderou as exigências da civilização ou do processo civilizatório e seus impactos sobre a sexualidade ou a vida dos seus pacientes, muito menos as implicações biológicas, com toda a sintomatologia que lhe é peculiar, no processo de adoecimento. A diferença entre a posição de Freud e todos aqueles que buscam a causa da doença no corpo ou no social, é que ele considera que há algo no processo de adoecimento que só é articulável ao sujeito. Para além de creditar ao inconsciente e à sexualidade as bases para a compreensão do adoecimento psíquico, Freud instiga o paciente a falar sobre sua doença, indicando que há um saber sobre a doença e sobre cada acometimento que é próprio ao sujeito. Assim, mesmo no tratamento das históricas, fato demonstrado por ele nas *Cinco Lições de Psicanálise*, cada acometimento é singular e o que se sabe sobre a doença e seu mecanismo é um saber que serve como ponto de partida para a investigação do caso, indicando que tanto o diagnóstico quanto as possibilidades de cura são determinados ao longo do processo da análise, ou do tratamento.

Quanto mais profundamente penetrar-lhes a patogênese das afecções nervosas, mais claramente verão os liames entre neuroses e outras produções da vida mental do homem, ainda as mais altamente apreciadas. Não de notar que nós, os homens, com as elevadas aspirações de nossa cultura e sob pressão das íntimas repressões, achamos a realidade de todo insatisfatória e por isso mantemos uma vida de fantasia onde nos comparamos em compensar as deficiências da realidade, engendrando realizações de desejos. Nestas fantasias há muito da própria natureza constitucional da personalidade e muito dos sentimentos reprimidos. O homem enérgico e vencedor é aquele que pelo próprio esforço consegue transformar em realidade seus castelos de ar. Quando esse resultado não é atingido, seja por oposição do mundo exterior, seja por fraqueza do indivíduo, este se desprende da realidade, recolhendo-se aonde pode gozar, isto é, ao seu mundo da fantasia, cujo conteúdo, no caso de moléstia, se transforma em sintoma (FREUD, 1909/1988, p.46-47).

Ao compreender o processo de adoecimento pela via da psicanálise, Freud diz que há três resultados possíveis para a luta das forças em choque no processo

de busca de satisfação: a saúde, a neurose ou a sublimação compensadora. Segundo Freud (1909/1988, p.48-49), "nota-se que o doente apresenta feridas na vida psíquica, mas receia-se tocar nelas, para não aumentar os sofrimentos". Apostando no método psicanalítico, afirma que, ao tornar consciente o inconsciente, o desejo recalçado e agora lembrado, perde seu vigor, possibilitando ao sujeito conformar-se ao seu desejo. Dessa forma, "O tratamento psicanalítico coloca-se assim como o melhor substituto da repressão fracassada, justamente em prol das aspirações mais altas e valiosas da civilização." (FREUD, 1909/1988, p.49). Essas aspirações da civilização servem-se da capacidade de sublimação dos sujeitos para colocar em curso sua realização. Ao "permutar o fim sexual por outra [coisa] mais distante e de maior valor social", o sujeito encontra uma saída socialmente possível e valorizada para a realização de suas aspirações sexuais.

As exigências da sociedade tornam o viver difícilimo para a maioria das criaturas humanas, forçando-as com isso a se afastarem da realidade e dando origem às neuroses, sem que o excesso de coerção sexual traga maiores benefícios à coletividade. Não devemos ensoberbecer-nos tanto, a ponto de perder completamente de vista nossa natureza animal, nem esquecer tampouco que a felicidade individual não deve ser negada pela civilização. A plasticidade dos competentes sexuais, manifesta na capacidade de sublimarem-se, pode ser uma grande tentação a conquistarmos maiores frutos para a sociedade por intermédio da sublimação contínua e cada vez mais intensa (FREUD, 1909/1988, p.50).

Assim, Freud termina as *Cinco Lições* indicando a impossibilidade de desviar por completo as pulsões sexuais de sua finalidade própria. A sublimação pode ser uma saída, no entanto, nem todos conseguem colocar em curso esse processo, indicando não só a sua sutileza, mas também a impossibilidade de uma satisfação que seja completa, quer pela via da realização direta, quer pela via sublimatória, quer por uma composição delas.

Considerando a proposta da tese, o texto *Cinco Lições* retoma alguns pressupostos fundamentais para a compreensão do acometimento psíquico e as possíveis formas de seu tratamento. Um retorno à literatura da área da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador indica que a doença tem um fator externo que age sobre o corpo e o faz adoecer, ou então, respectivamente, que há um processo de produção social que é adoecedor por distanciar o homem da finalidade original do trabalho ou lhe impor condições e ritmos tão precários de trabalho que promovem o

adoecimento. Não se pode descartar a importância desses fatos para um processo de adoecimento, no entanto, ao abordar as doenças mentais e relacioná-las ao trabalho, deve-se considerar que há um sujeito neste processo.

Duas críticas corriqueiras à psicanálise propõem que esta não é objetiva ao tratar seus pacientes e que individualiza as causas e o processo de adoecimento, desconsiderando o contexto social em que se localiza o sujeito. Freud não propôs uma técnica ou uma terapêutica que se fizesse incidir sobre os fatores do corpo ou sociais relacionados ao acometimento do sujeito, mesmo que isso ocorra por extensão ao tratamento, mas foi radical ao empreender outra compreensão sobre o adoecimento psíquico, considerando a sexualidade, a história do sujeito e suas formas de obtenção de prazer. Nas *Cinco Lições*, Freud é especialmente sucinto em relação à apresentação da psicanálise, e ao mesmo tempo muito esclarecedor em relação à etiologia das doenças psíquicas e sua forma de tratá-las. Esse texto, sem dúvida, cabe para uma reflexão acerca das teorias no campo da Saúde e do Trabalho que se dizem de inspiração psicanalítica, mas que são pouco fidedignas a todas as nuances peculiares da teoria: a radicalidade dos conceitos, a posição do analista, a técnica de tratamento e a cura visada. Esses elementos inauguram uma clínica que pouco se assemelha à Clínica do Social ou do Trabalho proposta por alguns teóricos do campo da Psicologia e do Trabalho. Enquanto essas clínicas/teorias têm por objeto comum a situação de trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011b), a psicanálise tem por objeto o sujeito. Mesmo que essas clínicas/teorias visem à relação do sujeito com o trabalho e o meio, ainda assim seu foco não é o sujeito, mas o trabalho.

Quando Freud aborda uma impossibilidade de disjunção entre o sujeito e o social, passa a tratar do sujeito sem desconsiderar a cultura, ou a relação do sujeito com a civilização, no entanto, sua proposta de trabalho é muito clara ao apostar na escuta deste sujeito em transferência como possibilidade para uma cura. É uma cura que não visa à adaptação do sujeito ao meio, uma mudança significativa de seus comportamentos, ou uma transformação do meio para se adequar às necessidades e aos objetivos da humanidade. Mas uma cura que vise à possibilidade de uma mudança do sujeito em relação à problemática do desejo, correlata ao sintoma. Nesse sentido, trata-se de uma cura que prioriza o sujeito, que é particular, mas que considera as formas de laço, os modos de gozo e a cultura em seu mais amplo

sentido. Vale pontuar que Freud sempre apostou no trabalho, juntamente com o amor, como as vias pelas quais é possível o homem ser feliz, realizado e saudável.

Para o homem, os sacrifícios que a civilização impõe para tornar a vida comunitária possível são sentidos como um fardo e a ela são direcionados seus impulsos mais hostis, indicando que a civilização "tem de ser defendida contra o indivíduo, e seus regulamentos, instituições e ordens dirigem-se a essa tarefa" (FREUD, 1927/1988, p.16). Freud, em *O Futuro de um Ilusão* (1927/1988) sinaliza que existem duas características humanas que são responsáveis pela manutenção dos regulamentos da civilização sob certo grau de coerção, sendo elas: "que os homens não são espontaneamente amantes do trabalho e que os argumentos não têm valia alguma sobre as paixões" (FREUD, 1927/1988, p.18). As pulsões estão presentes na relação do homem com a cultura, precisando ser recalcadas aquelas que não podem encontrar nas normas vigentes da civilização as formas de satisfação.

No curso de desenvolvimento da civilização, é possível distinguir entre as privações que afetam a todos os integrantes de uma civilização e aquelas que afetam a uma parcela apenas. As que afetam a todos são as mais antigas, já que separam o homem de sua condição animal primordial. No entanto,

Os desejos instintuais que sob elas padecem, nascem de novo com cada criança; há uma classe de pessoas, os neuróticos, que reagem a essas frustrações através de um comportamento associal. Entre esses desejos instintuais encontram-se os do canibalismo, do incesto e da ânsia de matar (FREUD, 1927/1988, p.20).

As primeiras renúncias pulsionais demonstram o desenvolvimento da mente ao longo dos tempos, indicando que o superego é um desses progressos mentais. No curso do desenvolvimento humano, a coerção externa passa a ser internalizada pelo sujeito, constituindo o superego, que inclui entre seus mandamentos aquilo que só se fazia operar desde sua condição de impedimento externo. "Toda criança nos apresenta esse processo de transformação; é só por esse meio que ela se torna um ser moral e social." Nesses termos, o "fortalecimento do superego constitui uma vantagem cultural muito preciosa no campo psicológico" (FREUD, 1927/1988, p.21).

Aqueles que internalizam as proibições, sob efeito do superego, são transformados de opositores em veículos da civilização. Quanto mais houver pessoas assim numa determinada cultura, mais alto e seguro será seu nível e menos precisará

da coerção externa. A internalização das proibições, que tem como objetivo barrar o movimento pulsional de cada sujeito, já que é impossível que todos se realizem completamente, tem efeitos não só para o sujeito isoladamente, mas também para os grupos e as relações entre eles. Na esfera social, observam-se os efeitos das restrições externas, colocadas em curso pelas coerções, e das restrições internas aos sujeitos, realizadas pelos efeitos do superego, nas relações entre grupos e classes sociais.

A partir do texto *O Futuro de uma Ilusão*, Freud aborda de uma maneira muito delimitada a relação do homem com a civilização, indicando que as restrições à satisfação vêm menos das exigências externas impostas ao sujeito e estão relacionadas de fato a como se dá essa internalização para cada sujeito, ou seja, como se forma sua instância reguladora interna, o superego, e como o ego se relaciona com ele. Do superego, ao sentimento de culpa e à pulsão de morte, Freud indica uma outra forma de compreender a relação do sujeito com a civilização e a função do sintoma e do mal-estar aí. Para a discussão desta tese, interessa abordar a relação do mal-estar e do sintoma com o sujeito, indicando mais os processos subjetivos presentes na clínica e refletindo sobre a incidência de fatores externos (regras, exigências, moral, organização do trabalho, modo de vida) sobre o mal-estar.

O que aparece na clínica é efeito da relação do sujeito com o mundo, com a civilização. O outro da relação pode ser uma pessoa, um grupo, uma instituição ou as regras da civilização. A maneira que o sujeito tem de se relacionar com o outro mobiliza um conjunto de elementos internos a esse sujeito, seu psiquismo, que se dinamiza a partir de seus desejos, suas formas de obtenção de prazer, suas experiências de relação, suas frustrações, entre outros. A partir disso, pode-se inferir que o sujeito assume uma posição subjetiva na relação com os outros e o mundo, que dará uma forma particular de se relacionar, obter prazer e encontrar saídas para as suas frustrações. Com as elaborações que Freud faz em *O mal-estar na civilização*, delimita-se a compreensão de que o mal-estar é fruto do sentimento de culpa produzido pela civilização. Esse sentimento é produzido na tensão entre o que o sujeito deseja e não pode realizar em função das restrições da civilização e do sentimento agressividade gerado por essa frustração, que se volta para o sujeito, já que sua manifestação pode lhe acarretar a perda do amor do outro da relação. Neste sentido, o mal-estar não pode ser compreendido apenas como uma insatisfação em função daquilo que o sujeito não pode realizar. Aliás, essa é a compreensão que a

maioria dos pesquisadores no campo da saúde, do trabalho e da educação tem a respeito do mal-estar e o conseqüente adoecimento dos trabalhadores, imputando, então, ao contexto social, político e econômico a responsabilidade pelo acometimento do sujeito. Operar sobre as regras que regem o convívio social ou sobre a organização do trabalho não mudará esse sentimento que é produzido pelo lugar que o sujeito ocupa na relação e os efeitos disso em seu psiquismo. No entanto, compreender como cada um se relaciona com essas regras e a organização do trabalho, a partir de sua posição, e apostar numa mudança de posição, numa ressignificação dessas relações, pode ter efeitos mais promissores. Para a psicanálise, isso que é promissor fala da possibilidade de o sujeito andar mais em conformidade com o seu desejo e a partir de uma ética que é própria à psicanálise, promover mudanças significativas naquilo que diz das relações humanas, da relação do homem com a cultura e com as regras criadas pelo próprio homem para regular suas relações.

Em *O Mal-estar na Civilização*, de 1930/1988, Freud postula que o homem busca a felicidade, em razão do próprio funcionamento do princípio do prazer, e visa afastar o sofrimento de diversificadas formas: pelo trabalho e pela sublimação; pela criação de uma ilusão; pelo controle das fontes internas de excitação (como faz a ioga); ou pela fruição da beleza. Como última técnica, o homem busca a fuga pela enfermidade neurótica. E conclui: a felicidade é um problema da economia da libido do indivíduo. Até a produção do texto *Moral Sexual Civilizada*, de 1908/1988, no qual, como visto, Freud traz grandes contribuições para a compreensão sobre o antagonismo entre as exigências da pulsão e as restrições da civilização, pode-se dizer que ele considerava que as restrições da civilização eram impostas de fora do indivíduo. A partir dos estudos sobre o ego é que Freud desenvolve o conceito de superego e indica suas origens nas mais antigas relações objetais dos indivíduos. Nessa linha, perseguindo a constituição da instância psíquica chamada superego, Freud indica que o *sentimento de culpa*, originário da relação do ego com o mundo exterior e presente na relação e no funcionamento do ego e do superego, constitui o mais importante problema da civilização.

Para que possa se desenvolver, a civilização convoca a libido, visando unir os seus membros de uma maneira libidinal, seja pelos processos de identificação, seja pelas relações de amizade e afeição – que nada mais são do que a libido inibida em sua finalidade. Nesse sentido, a civilização está a serviço de *Eros*, do amor, já que combina indivíduos isolados, depois famílias, raças, povos e nações numa

única unidade, a *humanidade* (FREUD, 1930/1988, p.125). No entanto, a civilização impõe sacrifícios à sexualidade humana e também às manifestações de sua agressividade, gerando infelicidade nos homens. Essa pulsão agressiva, que é o principal derivado da pulsão de morte, estará presente no processo de desenvolvimento humano e no processo de desenvolvimento da civilização, sendo que a luta entre *Eros* e *Morte* é no que consiste toda a vida humana e a civilização. Assim, a civilização deve se proteger da agressividade, indicando que sua inibição, a partir dos regulamentos e das formas de relação na civilização, faz com que a própria agressividade seja dirigida ao sujeito, a uma parte do seu ego, formando o superego.³⁸

A civilização não impõe apenas restrições às satisfações sexuais, mas também à agressividade inerente ao homem. Para Freud, a inclinação para a agressão é constitutiva do homem, bem como o maior impedimento à civilização. Freud fala da internalização da agressividade, dirigindo-se a uma parte do ego, donde se forma o superego. A tensão entre o severo superego e o ego é chamada de sentimento de culpa, que se expressa como uma necessidade de punição. A culpa deve-se à percepção da intenção ou do ato de fazer mal a uma pessoa. O risco deste ato é perder o amor da pessoa amada. Segundo Freud (1930/1988, p.128), "esse motivo é facilmente descoberto no desamparo e na dependência dela em relação a outras pessoas, e pode ser mais bem designado como medo de perda do amor". Para Freud, o sentimento de culpa é "o mais importante problema no desenvolvimento da civilização" e "o preço que pagamos por nosso avanço em termos de civilização é uma perda da felicidade pela intensificação do sentimento de culpa" (p.137). Esse sentimento pode ser considerado uma variedade topológica da ansiedade, que mais tarde, depois da formação do superego, constituir-se-á, também, como medo do superego.

Daqui em diante, não importa se o sujeito dirige ao exterior sua agressividade ou se só tem a intenção de fazê-lo, a consciência disso já denuncia seu mal e gera o sentimento de culpa. Assim, por medo de perder o amor e sentir-se desamparado, o sujeito renuncia à pulsão, gerando-lhe significativas frustrações e infelicidade.

³⁸ A teoria das pulsões foi cautelosamente desenvolvida por Freud durante os anos que antecederam seu interesse pelos temas mais sociológicos da civilização – ou como se dava essa relação do homem com a cultura e seus destinos possíveis.

No que se refere às relações entre a angústia e a consciência, pode-se dizer que são variadas. No entanto, a angústia está presente por trás do sintoma e ou *toma conta da totalidade da consciência*, ou se oculta de tal forma que se pode falar em uma *ansiedade inconsciente*. O *sentimento de culpa produzido pela civilização* ou é percebido como tal e permanece inconsciente para o sujeito, ou aparece como uma espécie de *mal-estar*, uma insatisfação, para a qual as pessoas buscam outras motivações.

Não se pode esquecer que em alguma medida aquilo que está institucionalizado como regra, como norma, como forma de relação, é criado pelo próprio homem, pela mobilização de sua libido ou de sua agressividade em direção à civilização. Nesses termos, o mal-estar é considerado um bom fundamento para a compreensão do adoecimento na sociedade. Se a depressão, como se entende neste tese, é um sinal do mal-estar destes tempos, isso indica que se assume uma posição diferente daquela da classificação diagnóstica. Isto é, não se fecha um diagnóstico porque o paciente fala que sofre tantas vezes por semana de uma tristeza quase inconsolável, que não tem ânimo para sair de casa, que não consegue trabalhar. Essa perspectiva da medicina atual nega o sujeito que o paciente traz à consulta, não trabalha com sua demanda. Esse sofrimento é classificado, catalogado e medicado. Resolve-se o caso pela tentativa de eliminação dos sintomas.

No trabalho da psicanálise, dá-se muito valor ao sintoma, já que ele revela algo sobre esse mal-estar. E essa revelação vai tratar justamente daquilo que é a relação do sujeito com a civilização, suas regras, e a possibilidade de obter satisfação nas relações. Assim, se o trabalho psicanalítico implica o social, implica o sujeito se localizar na relação com esse social. Por isso, pode-se dizer que os efeitos da psicanálise podem ser percebidos não somente no sujeito, mas também nesse campo social, já que uma mudança no sujeito requer uma mudança de relação. É isso que se pretende quando se aposta na incidência do discurso da psicanálise na civilização – uma outra forma de o sujeito se relacionar, fazer laços, operar o amor, canalizar o ódio e promover a perpetuação da civilização.

Aqui, abre-se a possibilidade de uma discussão acerca do mal-estar e das neuroses. Freud sinaliza que os sintomas neuróticos são a satisfação substitutiva para os desejos sexuais não realizados. Ao mesmo tempo, esses sintomas ocultam uma cota de sentimento de culpa inconsciente, que acaba por fortificar os sintomas e

faz uso deles como uma punição. "Quando uma tendência instintiva experimenta a repressão, seus elementos libidinais são transformados em sintomas e seus componentes agressivos em sentimentos de culpa." (FREUD, 1930/1988, p.141).

Podemos esperar efetuar, gradativamente, em nossa civilização alterações tais, que satisfaçam melhor nossas necessidades e escapem às nossas críticas. Mas talvez possamos também nos familiarizar com a ideia de existirem dificuldades, ligadas à natureza da civilização, que não se submeterão a qualquer tentativa de reforma (FREUD, 1930/1988, p.120).

Aí reside um aspecto da sexualidade que é irredutível: sua impossibilidade. E dessa impossibilidade surge o mal-estar. E cabe aqui a pergunta: por que, de forma tão genérica e comum, as manifestações deste mal-estar são lidas como sintomas e doenças?

Como possibilidade, ele diz:

Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem que descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo. Todos os tipos de diferentes fatores operarão a fim de dirigir sua escolha. É uma questão de quanta satisfação real ele pode obter do mundo externo, de até onde é levado para tornar-se independente dele, e, finalmente, de quanta força sente à sua disposição para alterar o mundo, a fim de adaptá-lo a seus desejos. Nisso, sua constituição psíquica desempenhará papel decisivo, independentemente das circunstâncias externas (FREUD, 1930/1988, p.90-91).

Do texto *o Mal-estar na Civilização*, aquele que dá sequência à discussão de Freud sobre as incompatibilidades da satisfação sexual com a civilização, e a própria destruição da civilização, é a resposta de Freud a uma carta de Einstein, na qual ele pergunta a Freud: *Por que a guerra?*³⁹ Esse texto, que vem com o enunciado da questão, datado de 1933, aborda as características de uma comunidade e diz que o que a mantém são os vínculos libidinais entre seus integrantes, no entanto, isso pressupõe também a agressividade e a violência. Para Freud (1933/1988, p.201),

³⁹ No início dos anos de 1930 o Comitê Permanente para a Literatura e as Artes da Liga das Nações orientou o Instituto Internacional para a Cooperação Intelectual a agenciar a correspondência entre intelectuais renomados sobre assuntos de interesse comum para a Liga das Nações e a vida intelectual. Albert Einstein foi um dos primeiros a serem convidados a se pronunciar e indicou o nome de Freud para a troca de cartas. O tema escolhido foi a guerra e Einstein interroga Freud sobre as razões para a mesma. Como resposta à Pergunta de Einstein, Freud elaborou esse texto, publicado em 1933.

"[...] uma comunidade se mantém unida por duas coisas: a força coercitiva da violência e os vínculos emocionais (identificações é o nome técnico) entre seus membros". Alguns vínculos, diz ele, mantêm a comunidade e atuam contra a guerra.

As pulsões estão presentificadas no sujeito e na cultura, de forma amalgamada.

[...] os instintos humanos são de apenas dois tipos: aqueles que tendem a preservar e a unir – que denominamos 'eróticos', exatamente no mesmo sentido em que Platão usa a palavra 'Eros' em seu *Symposium*, ou 'sexuais', com uma deliberada ampliação da concepção popular de 'sexualidade' -; e aqueles que tendem a destruir e matar, os quais agrupamos como instinto agressivo ou destrutivo. [...] isto não é senão uma formulação teórica da universalmente conhecida oposição entre amor e ódio [...] (FREUD, 1933/1988, p.202-203).

Para ele, as pulsões de vida, ou sexuais, operam juntamente com as pulsões de morte ou destruição. Essas forças contrárias atuando na pulsão, por vezes, modifica seu objetivo, conseguindo sua consecução (FREUD, 1933, p.203). Assim, para ele,

Tudo o que favorece o estreitamento dos vínculos emocionais entre os homens deve atuar contra a guerra. Esses vínculos podem ser de dois tipos. Em primeiro lugar, podem ser relações semelhantes àquelas relativas a um objeto amado, embora não tenham uma finalidade sexual. [...] O segundo vínculo emocional é o que utiliza a identificação. Tudo o que leva os homens a compartilhar interesses importantes produz essa comunhão de sentimentos, essas identificações. E a estrutura da sociedade humana se baseia nelas, em grande escala (FREUD, 1933/1988, p.205).

No final do seu texto *O Mal-estar*, Freud se pergunta até que ponto o desenvolvimento cultural e da civilização suportará os efeitos da agressão e da destrutividade humana, já que os homens possuem os meios para acabar com a humanidade, especialmente pelo arsenal técnico desenvolvido e pelo domínio que hoje detém sobre a natureza. E sabendo disso, o homem está mais vulnerável à ansiedade, à infelicidade e à inquietação. Mesmo considerando os progressos da civilização e as modificações que este progresso gerou no psiquismo humano, especialmente pelo desenvolvimento dos processos psicológicos superiores, ainda assim o homem não está vacinado das possibilidades e dos efeitos de seu impulso à destrutividade. Como diz Freud (1933/1988, p.207):

As modificações psíquicas que acompanham o processo de civilização são notórias e inequívocas. Consistem num progressivo deslocamento dos fins instintuais e numa limitação imposta aos impulsos instintuais. [...] Dentre as características psicológicas da civilização, duas aparecem como as mais importantes: o fortalecimento do intelecto, que está começando a governar a vida instintual, e a internalização dos impulsos agressivos com todas as suas conseqüentes vantagens e perigos. Ora, a guerra se constitui na mais óbvia oposição à atitude psíquica que nos foi inculcada pelo processo de civilização, e por esse motivo não podemos evitar de nos rebelar contra ela; simplesmente não podemos mais nos conformar com ela.

Os efeitos deletérios das guerras, especialmente das Grandes Guerras Mundiais, são sentidos até hoje na civilização, e mesmo sob a égide desses efeitos, pouco se pode fazer sobre o impulso à destrutividade que é inerente ao sujeito. Se ele tem seus efeitos na civilização, também tem seus efeitos sobre o próprio sujeito, o que nos impele à discussão sobre a *pulsão de morte, o sintoma e a clínica na atualidade*.

Dos elementos trazidos por Freud para sinalizar um mal-estar que é inerente ao sujeito na sua relação com a civilização, e ainda, das elaborações sobre os destinos da pulsão e sua relação com a agressividade e a destrutividade humana, podem-se fazer algumas inferências sobre suas incidências no campo do trabalho. Deve-se pontuar que o trabalho é uma das atividades que liga o homem ao social, que faz do homem sujeito de uma sociedade, comportando tanto as vias de sua realização psíquica quanto seus avanços e desenvolvimento. Se é certo que o homem visa controlar a natureza para se proteger das ameaças que esta lhe confere, o trabalho humano tem grande participação neste processo. Entretanto, este trabalho vem sofrendo uma série de transformações no contexto da sociedade capitalista. Interpelado pelas exigências do capital, é altamente dependente da maquinaria e urgente em termos de produtividade. Além do mais, é marcado pela exigência de um tempo que é quase fugaz e coloca o homem na condição de se haver com o inexequível de seu trabalho. Ao falar das depressões, Khel (2009) faz uma referência à exigência do tempo e à experiência da velocidade. Como dizia Freud (1908/1988), referindo-se a um observador da sociedade do início do século passado, *tudo é pressa e agitação*. O "tempo sôfrego do mundo capitalista", como diz Khel (2009, p.17), produz seus efeitos ao não possibilitar a condição de o sujeito experimentar o mundo ao seu tempo. No campo do Outro, o tempo é fugaz, acelerado, impondo ao trabalho uma exigência de eficiência quase desumana, pois não dá ao sujeito o tempo necessário para a sua produção, nem mesmo aceita que suas impossibilidades e

suas falhas tenham lugar no campo da produção. Isso pode ser observado pelas constantes investidas dos processos de qualidade no cenário da produção:

Essa busca de melhor qualidade tem reflexos ao longo da cadeia produtiva. A produção de mercadorias de melhor qualidade implica tanto a melhora da matéria-prima e outros insumos, das peças e componentes, do processo produtivo, e sobretudo, a disseminação de uma concepção de qualidade como valor de produção e de consumo (FARIA, 2004, v.2, p.212).

Nesses termos, a automação da produção nas fábricas, ou seja, a máquina fazendo o produto cada vez mais em conformidade com as suas prévias especificações, garante uma qualidade; qualidade esta que também é denotada pelo menor desperdício, menor retrabalho e menor porcentagem de refugo (FARIA, 2004, v.2). Ou seja, uma qualidade que dá pouco espaço para a condição humana, já que não admite erros e não possibilita o tempo necessário para a experiência humana da produção.

Essa condição humana deve ser entendida em termos daquilo que é da condição do sujeito de se colocar em movimento na sua relação com o trabalho, que deveria ser humano, mas que é maquinário. O movimento do sujeito na sua relação com o trabalho implica a libido no processo produtivo, implica a sublimação, mas também implica aquilo que é da ordem das relações. Para trabalhar, o homem está em relação com outros homens.

Esse estar em relação no modo de produção na atualidade tem, porém, seus efeitos na construção das subjetividades, visto que pode gerar uma acirrada *competição* entre os colegas de trabalho e inviabilizar os laços afetivos significativos, já que coloca todos contra todos em nome da produção, e a *avaliação excessiva* do processo e do resultado do trabalho, como tentativa de controlar o comportamento no trabalho e garantir a máxima eficiência e eficácia no trabalho. Ora, se o controle está na ordem das relações de trabalho, mas em nome da produção capitalista e não da garantia da proteção dessas relações das pulsões agressivas do homem, algo do humano não está sendo devidamente conduzido nesta relação do homem com o trabalho. A importância se dá à produção e ao consumo, e não ao homem e a suas necessidades. O que poderia ser o caminho para a sublimação ou os sintomas estruturantes e bem-vindos ao sujeito, acaba sendo fonte de grande insatisfação, produzindo mal-estar e adoecimento. A resposta do sujeito, então, é uma incapacidade

para o trabalho; produzem-se sintomas que o afastam daquilo que é uma via de realização humana – seu trabalho e a relação com outros homens.

Se o mal-estar é advindo da impossibilidade de o homem se realizar, ter prazer na sua relação com a cultura e com o trabalho, mas também é efeito do sentimento de culpa em sua íntima relação com a agressividade, deve-se pressupor que o trabalho e as relações que este implica, são poderosas fontes de mal-estar na atualidade, haja vista o lugar concedido ao trabalho como o grande localizador das relações sociais na contemporaneidade, mas também porque é por meio dele que o sujeito pode adquirir os principais artefatos para o seu gozo. Do sexual ao mal-estar, o sujeito se situa desde sua constituição até sua inserção nos processos civilizatórios, para dar contornos e vias a sua sexualidade, que sempre indica que não pode ser realizada ao todo, que sempre resta algo irrealizável e que a isso aponta o mal-estar e o que se toma por adoecimento. Que este mal-estar e os sintomas que o sinalizam têm relação com a cultura, não se pode desconsiderar. No entanto, afirmar que a cultura/civilização, a vida e o trabalho é o que faz adoecer, é desconsiderar o processo de humanização e a construção da subjetividade na sua relação com a cultura. A materialidade da vida e do trabalho não se faz sem a dimensão discursiva que lhe é peculiar. Ao se ligar à discursividade de seu tempo, o sujeito da linguagem produz restos, que têm seus efeitos para si e sua coletividade. Essa temática será abordada na sequência, considerando tanto as condições concretas da vida e do trabalho quanto as condições de produção de subjetividades.

3.2 MAL-ESTAR, DEPRESSÃO E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR – CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

Para balizar a discussão desta tese, de que não há lugar para o sujeito do inconsciente nas elaborações discursivas e nas práticas concatenadas pela Medicina do Trabalho e pela Saúde do Trabalhador, e que, portanto, o adoecimento psíquico e aquilo que faz adoecer são compreendidos e tratados pela lógica biologizante e social, e, considerando que a depressão é uma das principais causas de incapacidade para o trabalho, propõe-se sua análise pela via do mal-estar, indicando que ela seja um

sintoma deste mal-estar na atualidade. Nesses termos, demanda-se uma compreensão deste padecimento psíquico que seja afeita aos pressupostos da psicanálise, que considere o sujeito e sua sexualidade na relação com a cultura. Essa proposta de que a depressão pode ser um sinal do mal-estar na atualidade já fora articulada por Khel (2009), Tavares (2010) e outros autores, apontando que esses casos têm íntima relação com o mal-estar e o sintoma social (BIRMAN, 1999; VANIER, 2002).

3.2.1 Sintoma, Desejo e Gozo: articulações para a teoria dos discursos

Para a teoria freudiana, o sintoma é uma das expressões do inconsciente, juntamente com os sonhos, os chistes e os atos falhos. Desde os *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905/1988) propunha que os sintomas eram a atividade sexual dos neuróticos, pressupondo um desejo que não pode ser evidenciado, ou seja, é recalcado. Nesse sentido, o sintoma, como compreendido pela teoria psicanalítica, contém a formação dos derivados do recalcado, sendo um dos efeitos do inconsciente que pode vir acompanhado de angústia ou inibições. Também, o sintoma pode ser compreendido como uma formação de compromisso, uma conciliação entre o sistema consciente e o inconsciente, evidenciando representações intermediárias entre ambos e sinalizando tanto o sofrimento quanto o gozo – uma satisfação que indica aquilo que escapa à significação. Assim, o sintoma tanto revela a singularidade de cada sujeito implicada na formação do inconsciente quanto aponta para a forma possível de o sujeito se estruturar, em função da sua posição quanto ao desejo e ao Outro.

A noção de sintoma é diferente na psiquiatria e na psicanálise. Apesar de Freud ter partido da nosografia psiquiátrica para elaborar sua concepção de sintoma, a concepção psicanalítica mantém uma diferença significativa em relação à psiquiatria. Segundo Vanier (2002, p.205), Freud

desloca-o da tradição hipocrática, médica, como signo tomando lugar no interior de um quadro clínico, para ser concebido como dotado de sentido. O sintoma é um entrave do qual se busca menos livrar o sujeito dele do que tomá-lo como palavra não dita. Mensagem desconhecida pelo sujeito, pode então prestar-se à interpretação. Alguma coisa procura ser dita e não consegue fazê-lo de outra maneira.

Na teoria psicanalítica, a noção de sintoma sofre algumas alterações à medida que a própria teoria e sua prática se desenvolvem, sendo que

a origem do sintoma foi sucessivamente: uma sedução sexual, depois, os efeitos do auto-erotismo, ou ainda a constelação de um certo número de traços que, passando do nascimento de um irmão ao laço entre a mãe e o pai, se organizarão em torno desse ponto focal, desse 'complexo nodal das neuroses', que é o complexo de Édipo. O sintoma ganha desde então o valor 'de uma função de expressão do recaiado' (VANIER, 2002, p.206).

Em Lacan (*apud* VANIER, 2002, p.206), "o sintoma neurótico representa no sujeito um momento de sua experiência em que ele não sabe se reconhecer, uma forma de divisão da personalidade". Ainda, é "a marca de uma divisão fundamental na personalidade entre o sujeito e o eu". Com o desenvolvimento da noção dos três registros psíquicos – Real, Simbólico e Imaginário, em Lacan o sintoma ganha o estatuto de um significante, sendo caracterizado como simbólico: "tem a estrutura significante e se apresenta como uma metáfora" (p.206). Nesses termos, a ordenação sintomática fala de uma verdade do sujeito, que pode ser decifrada.

Lacan se utiliza da dialética do senhor (mestre) e do escravo de Hegel, para pensar a noção de desejo, gozo e sintoma. Na *Fenomenologia do Espírito*, Hegel (1988) articula as figuras do sujeito e de sua consciência com a sua relação com o mundo objetivo, a partir de um discurso científico. Da dialética do desejo à dialética do reconhecimento, Hegel se debruça sobre a relação do senhor com o escravo, enfatizando que

a dialética do Senhor e do Escravo é, a um tempo, implícito não escrito que transmite uma experiência fundadora de cultura, e momento articulado explicitamente de um discurso que pretende recuperar essa e outras experiências como elos de uma cadeia de significações ou como passos de um caminho que designam a única grande experiência de uma história da Razão ou da Razão no trabalho da sua história. Para Hegel, a luta pelo reconhecimento, que inaugura o curso histórico das sociedades ocidentais, tem o seu desenlace, no nível do discurso ou da sua significação *pensada*, com o advento do Saber absoluto ao termo do itinerário dialético descrito pela *Fenomenologia*. Senhorio e Servidão continuam a inscrever-se como figuras dramaticamente reais no corpo de uma história impelida pelas pulsões da necessidade e do desejo. Mas o seu enigma ou o seu mito são suprimidos no desvelamento da sua significação como momentos de um percurso dialético que conduz a Razão ao seu autoreconhecimento como lugar do consenso universal ou, exatamente, como Razão de uma história inaugurada com a luta pelo reconhecimento (VAZ, 2013, p.8).

Para Lacan, a concepção de desejo articula duas fontes: a psicanalítica, desenvolvida por Freud, com a noção de *Wunsch* (desejo inconsciente recalcado e também realização de desejo); e a filosófica, inspirada em Hegel, de quem empresta a noção de *Begierde* (tendência, apetite, concupiscência), que comporta a ideia de reconhecimento. Nesses termos, o sujeito se reconhece a partir de um outro, que serve de suporte para o seu desejo, tomando-o como objeto de seu desejo e negando-o como consciência. Na teoria lacaniana podem-se identificar dois momentos da construção da teoria do desejo. No primeiro, abordado no texto *Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise*, Lacan (1998a) afirma que o desejo é desejo de reconhecimento, sendo que o desejo é reconhecido pelo desejo do outro. Como é submetido às leis da palavra, são essas leis que o legitimam e assim o sujeito pode obter a sua realização no encontro com o objeto escolhido. Já no texto *A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão desde Freud*, Lacan (1998b) propõe uma mudança nas noções de sujeito e inconsciente. Como afirma Valas (2001, p.16), o sujeito não é mais a pessoa que encontra a "completude do seu ser na palavra plena, reconciliando-se com o seu desejo reconhecido". *A nova concepção de sujeito indica que este é dividido pelo significante, que o representa para outro significante*. O desejo é submetido às leis da linguagem, que são regidas pelo jogo da metáfora e da metonímia. "A Lei do desejo, isto é, a interdição do incesto, é consubstancial às leis da linguagem." (VALAS, 2001, p.16). Lacan (1998b, p.532), então, afirma: "Porque o sintoma é uma metáfora, quer se queira ou não dizê-lo a si mesmo, e o desejo é uma metonímia, mesmo que o homem zombe disso." Assim, formulando uma relação entre desejo e sintoma, Lacan conclui: "É a verdade do que esse desejo foi em sua história que o sujeito grita através do seu sintoma." (p.522). O desejo é do Outro do significante, aloja-se na metonímia da cadeia significante, de modo que não se pode dizê-lo e nem reconhecê-lo. Para nomeá-lo, é preciso interpretá-lo (VALAS, 2001).

Para Lacan, que faz uma leitura de Hegel a partir de Kojève, "O sintoma, por natureza, é gozo, não se esqueçam disso, gozo encoberto, [...] e é por isso que tal gozo pode traduzir-se num *Unlust* — para os que ainda não entenderam, esse termo alemão significa *desprazer*." (LACAN, 1962-1963/2005, p.140). Diferentemente de Hegel, que situa, na relação, o gozo ao lado do mestre, Lacan situa o gozo ao lado do escravo.

A unilateralidade do reconhecimento reside aqui no fato de que o Senhor não reconhece o Escravo como *outra* consciência-de-si mas como mediador da sua ação sobre o mundo. Ao Escravo cabe o trabalho exercido sobre a coisa, ao Senhor a fruição da coisa trabalhada que passa além da simples satisfação animal do desejo. Enquanto mediadora, a consciência servil passa a ser a *verdade* da consciência independente (VAZ, 2013, p.22)

Segundo Vanier (2002, p.208),

para Lacan, diferentemente de Marx, estamos em uma sociedade de escravos, todos do mesmo lado da máquina da produção capitalista. Todos renunciamos ao gozo, condição da entrada no laço social; mas somos todos apanhados na promessa, reafirmada com insistência, de uma possibilidade de recuperação desse gozo perdido oferecida pelo consumo que será democraticamente repartido entre todos.

Se o sintoma está ligado ao desejo, àquilo que visa a uma satisfação, mas que nunca é completa, pode-se dizer que a realização deste desejo cria um resto, um gozo. Nesse sentido, o sintoma não contém em si somente uma mensagem a ser codificada, mas também remete à forma que o sujeito tem de organizar seu gozo. No Seminário *A transferência*, Lacan (1960-1961/1992, p.262-3) assim aborda:

O que a experiência analítica nos ensina em primeiro lugar é que o homem é marcado, é perturbado por tudo aquilo a que se chama sintoma – na medida em que o sintoma é aquilo que o liga aos seus desejos. Não podemos definir-lhe o limite nem o lugar – por satisfazer isso sempre, de alguma maneira, e, o que é mais, sem prazer.

O termo gozo já aparece em Freud, no entanto, Lacan dá a ele uma nova conotação, como explica Valas (2001, p.25):

Ao longo de sua obra, Freud mostra como são complexas as relações entre a satisfação (*Befriedigung*), o prazer (*Lust*) e outras sensações que os excedem em força e em intensidade. São os prazeres extremos, a alegria intensa, o júbilo, o êxtase ou a volúpia, para os quais ele usa em geral o termo *Gennus*, traduzido como gozo, mais do que *Lust* (prazer), e sublinha o seu caráter de excesso em relação ao princípio de prazer, cuja barreira é atravessada, nestes casos. Essas manifestações podem ser sentidas como sensações dolorosas, indo até a repulsa, o asco ou o horror, na medida em que o sujeito não consegue destacar-se delas. Sem dúvida alguma há na elaboração da pulsão de morte uma abordagem do gozo que Freud não conceitua, mas cujo campo ele delinea, traçando a fronteira que o situa mais-além do prazer. É isso que constituirá o ponto de partida de Lacan para conceituar o gozo.

Para Lacan, a pulsão de morte pode ser entendida como pulsação de gozo que insiste na repetição da cadeia significativa inconsciente. Em relação ao gozo, o prazer não é do mesmo registro. Ele é uma barreira contra o gozo, que se manifesta sempre como excesso em relação ao prazer, confinando-se na dor (VALAS, 2001).

O conceito de gozo tem um lugar importante na leitura lacaniana, podendo-se dizer que a psicanálise aborda o universo do desejo e do gozo, que conferem à vida uma tonalidade trágica. O desejo, então, está ligado à Lei da interdição do incesto, Lei esta que proíbe o gozo ao sujeito falante. A entrada na linguagem confere uma organicidade ao gozo, indicando que a dinâmica do gozo corporal é iniciada e incitada pela língua. Com a entrada na linguagem, o sujeito passa a ser de gozo.

O conceito de gozo é construído à medida que Lacan avança na sua concepção de sujeito. Nos primeiros anos do ensino de Lacan, ele toma o gozo da mesma forma que Freud e a partir da ideia de que o inconsciente é estruturado como linguagem. Nesse momento do desenvolvimento de sua teoria, na experiência de análise, tudo é significativo, indicando que o sujeito pode reencontrar sua completude na medida em que se reconcilia com o seu desejo. Se o desejo é correlato à palavra, basta o trabalho de análise para se certificar de seu desejo.

No entanto, segundo Valas (2001), quando Lacan retoma a distinção que Freud faz entre *das Ding* e *as representações*, ele promove uma mudança expressiva em suas elaborações: ao invés do sujeito ser determinado pelo significativo, *o sujeito é dividido*. Isso porque nem tudo é significativo. Se o sujeito é dividido, seu desejo se abriga na metonímia da cadeia significativa e se torna, então, impossível de ser dito. É à lei da linguagem (metonímia e metáfora) que o desejo está submetido, e não à lei da palavra.

Quanto mais o sujeito avança no caminho de sua realização [desejo], mais ele sofre os efeitos da sua destituição subjetiva e mais ele se acha confrontado com a fragmentação dos seus objetos. É preciso pois interpretar o seu desejo para o sujeito, porque este não pode reconhecê-lo. Estando o desejo situado na metonímia da cadeia significativa, trata-se agora para Lacan de articulá-lo com o sexual (VALAS, 2001, p.27).

Já que o sexual está submetido ao primado do falo, Lacan se vê na tarefa de conceituá-lo (o falo). Ainda, Lacan se empenhará sobre a compreensão da importância e da centralidade do falo na economia do desejo. Para Lacan, desejo e

objeto estão abrigados da metonímia da cadeia significante. Esse objeto do desejo, segundo Lacan, é o falo. Dessa forma, o desejo está articulado ao sexual pelo falo.

Desde o seminário *A Ética da Psicanálise*, Lacan (1959-1960/2008) se debruça sobre a conceituação da *Coisa (das Ding)*, daquilo de que não há representação, indicando que o gozo é capturado pelo significante. Aqui, com a compreensão do que seja a linguagem, Lacan faz uma distinção entre *as coisas* e *A Coisa*. *As coisas* se referem a tudo aquilo que pode ser nomeado pelas palavras. Já *A Coisa (das Ding)* é aquilo que não se pode representar por via da língua. É pela compreensão de que nem tudo pode ser significado, ou melhor, que nem tudo é significante, que Lacan propõe uma mudança em sua teoria, ou seja, não basta interpretar o desejo para se livrar do sintoma – por isso propõe uma *Ética da Psicanálise*, diferente de outras formas de compreensão do sujeito e de seu tratamento. Nesse ponto, Lacan desenvolve a ideia de que o desejo está situado na metonímia da cadeia significante e de que é preciso fazer sua articulação ao que é sexual. Na cadeia significante, o objeto a que visa ao sujeito é o *falo*. Nesses termos, pode-se entender o *falo* como aquilo que falta à mãe, ou seja, o desejo da mãe, esse objeto faltante, imaginário, causa de desejo. Neste Seminário, então, Lacan desenvolve a noção de que *A Coisa* corresponde ao real do gozo e tem uma função na economia subjetiva.

Como lhes disse, a Coisa é o que do real padece dessa relação fundamental, inicial, que induz o homem nas vias do significante, pelo fato mesmo de ele ser submetido ao que Freud chama de princípio do prazer, e que está claro, espero, no espírito de vocês, que não é outra coisa senão a dominância do significante – digo, o verdadeiro princípio do prazer tal como ele funciona em Freud (LACAN, 1959-1960/2008, p.164).

Da égide do princípio do prazer ao princípio da realidade, como proposto por Freud, Lacan indica que há sempre algo que fracassa, que não pode ser realizado. Para Lacan, primeiro o gozo é impossível, depois, inter-dito, ou seja, legível entrelinhas.

O gozo é proibido àquele que fala como tal, porque é a própria condição de possibilidade da palavra. Daí resulta que o gozo só pode ser dito entre as linhas (inter-dito) pelo sujeito da Lei, isto é, pelo sujeito dividido entre o desejo que vem do Outro e o gozo que está na Coisa. Afirmar que o gozo é primeiro impossível e depois inter-dito, isto é, legível entre linhas, significa que, a partir de sua aparelhagem pela linguagem, ele é cifrado pela inscrição dos vestígios mnêmicos constitutivos do aparelho psíquico. Essa noção de cifragem levará Lacan a elaborar o estatuto do gozo segundo diferentes modalidades, indo do gozo do Outro como impossível e interdito, até o gozo

fálico correlato à Lei, cuja incidência se situa no Édipo. Mas há uma parte de gozo que escapa ao domínio significante e que Lacan conceitua como um mais-gozar no objeto *a*. Esse mais-gozar deve ser entendido de dois modos diferentes: por um lado, não há mais gozo, pois ele está perdido em razão do significante; por outro lado, há um resto desse gozo que escapa ao significante, sob a forma do objeto *a*. Este comemora o gozo perdido, continuando a ser, ele próprio, o princípio de um ônus de gozo (VALAS, 2001, p.35).

O conceito de mais-de-gozar foi articulado por Lacan em seu Seminário 16, *de um Outro ao outro* (1968-1969/2008), proferido nos anos 1968 e 1969, momento em que a França vivenciava as reivindicações populares de maio de 68. Lacan retoma as leituras de Karl Marx, indicando que foi ele o inventor do conceito de sintoma. Segundo Lacan (1968-1969/2008, p.16):

Recorrerei a Marx, cujo dito tive muita dificuldade de não introduzir mais cedo, importunado que sou por ele há muito tempo. [...] É de um nível homológico calcado em Marx que partirei para introduzir hoje o lugar em que temos que situar a função essencial do objeto *a*.

A homologia apontada por Lacan se refere à mais-valia, em sua relação com o mais-de-gozar. A novidade de Marx, segundo Lacan, é o ponto em que Marx situa o trabalho nesta sociedade, ou melhor, neste mercado: "não se trata de o trabalho ser novo, mas de ele ser comprado, de haver um mercado de trabalho" (LACAN, 1968-1969/2008, p.17). Ao transformar o trabalho em uma mercadoria, mudam-se a lógica das relações e os valores circulantes na sociedade, instauram-se uma nova economia e um novo tempo na história da humanidade. Se para o sistema de produção social configura-se o capitalismo, Lacan o abordará nos termos de um discurso capitalista: sua convergência se dá na direção do impossível da mais-valia (OLIVEIRA, 2008).

Na sociedade capitalista, como formulado por Marx, o trabalho tem um valor de uso e um valor de troca. A remuneração que se faz deste trabalho gera um excedente, que é a *mais-valia*, ou seja, o trabalho gera um *mais valor* do que foi pago a ele. Esse mais-valor, esse excedente, fica com o capitalista, que o reinveste no processo produtivo. Como explica Lacan (1968-1969/2008, p.37),

Remuneramos o trabalho com dinheiro, uma vez que estamos no mercado. Pagamos seu preço verdadeiro, tal como a função do valor de troca o define no mercado. No entanto, existe um valor não remunerado naquilo que aparece como fruto do trabalho, porque o preço verdadeiro desse fruto está em seu valor de uso. Esse trabalho não remunerado, embora pago de maneira justa em relação à consistência do mercado no funcionamento do sujeito capitalista, é a *mais-valia*.

A homologia proposta por Lacan entre a *mais-valia* e o *mais-de-gozar* indica que, em termos de economia psíquica, há uma perda em jogo, designada pelo objeto *a*. No entanto, ao fazer uma homologia dessa perda, Lacan também aponta que é da estrutura do sujeito haver uma perda de gozo na sua economia psíquica, o que o lança no desenvolvimento do conceito *mais-de-gozar*.

O *mais-de-gozar* é uma função da renúncia ao gozo sob o efeito do discurso. É isso que dá lugar ao objeto *a*. Desde o momento em que o mercado define como mercadoria um objeto qualquer do trabalho humano, esse objeto carrega em si algo da *mais-valia* (LACAN, 1968-1969/2008, p.19).

Nesses termos, a *mais-valia* descrita por Marx faz uma referência ao que a experiência analítica demonstra: sempre há uma perda de gozo em decorrência da articulação significativa. Assim, o *mais-de-gozar* evidencia uma perda de gozo em função do significativo.

Num sistema de troca simples, a finalidade da troca é extrínseca aos interesses do mercado. Já no sistema de capital, a troca (compra e venda da força de trabalho e produção da *mais-valia*) visa à própria reprodução do capital. Dessa forma, a *mais-valia* é produzida como uma consequência do sistema de valor do capital. A homologia entre a *mais-valia* e o *mais-de-gozar* permite afirmar que há uma identidade entre a economia política e a economia pulsional, isso porque no interior dessas estruturas de trocas, eminentemente simbólicas, sempre se produz uma perda. O que o conceito de *mais-de-gozo* permite compreender é que se produz um objeto que encarna esse valor de perda, um objeto *a* que ocupa um lugar de exceção no sistema, uma exceção interna, de extimidade dentro do próprio sistema de trocas simbólicas.

Em relação ao sintoma, pode-se dizer que a produção do excesso tem efeitos na estrutura, ou no próprio movimento de produção. Isso que não se pode realizar retorna em termos de sintoma. Por isso é que Marx é tido por Lacan como o

inventor do conceito de sintoma. O excesso, aquilo que não pode ser realizado, produz sintoma. Na interpretação de Lacan, no sistema capitalista o proletariado deve ser entendido como o sintoma do sistema, já que ele revela a verdade do sistema de capital, sendo ao mesmo tempo a realização do excesso e a presença do conflito de interesses, indicando um antagonismo de estrutura. Se para Lacan o proletariado revela a verdade do capitalismo, da mesma forma, o sintoma releva a verdade do neurótico, já que "a verdade está naquilo que corresponde a função do *a*" (LACAN, 1968-1969/2008, p.24).

A estrutura do capital, segundo Lacan, visa a seu impossível – a mais-valia. A estrutura do sujeito também visa a seu impossível – o mais-de-gozar. A homologia desses sistemas permite a Lacan desenvolver a ideia de que a estrutura, juntamente com a posição de cada elemento na estrutura e a produção do seu impossível, implica um discurso próprio a cada estrutura, que tem suas consequências.

Para desenvolver o conceito de mais-de-gozar como função do objeto *a*, Lacan se apoia na teoria do discurso como laço social, desenvolvida a partir da concepção de significante, ou seja, o *significante (S1) é aquilo que representa um sujeito (\$) para outro significante (S2)*: "É com ele que lidaremos quando se tratar daquilo que nos importa, isto é, da relação do discurso com a fala na eficiência analítica" (LACAN, 1968-1969/2008, p.16).

O mais-de-gozar é uma função da renúncia ao gozo sob o efeito do discurso. É isso que dá lugar ao objeto *a*. Desde o momento em que o mercado define como mercadoria um objeto qualquer do trabalho humano, esse objeto carrega em si algo da mais-valia. Assim, o mais-de-gozar é aquilo que permite isolar a função do objeto *a* (LACAN, 1968-1969/2008, p.19).

O objeto *a* é o objeto causa de desejo, aquilo que permite a satisfação das pulsões e causa desejo ou angústia, mas que não pode ser nomeado, pois não é da ordem do significante. "Seu status é do registro do real como objeto condensador de gozo." (QUINET, 2012, p.33). Tanto para a lógica do mercado capitalista quanto para o trabalho do analista, esse objeto *a* tem sua importância, pois é em torno dele, sem saber, que o sujeito se movimenta, que o circuito pulsional se articula.

Na sequência do Seminário 16, *de um Outro ao outro*, que indica a existência de um discurso capitalista, Lacan vai partir para a formulação da sua teoria dos discursos. Para a discussão da tese ora proposta, a noção de discurso é fundamental,

já que parte-se da noção de um discurso capitalista para compreender o laço social e pensar o mal-estar na contemporaneidade e a depressão como o principal sintoma desse mal-estar. Nesse sentido, pretende-se, com tal incursão, seguir numa sequência argumentativa que delimite em que medida a psicanálise traz outra possibilidade de compreender e tratar aquilo que é nodal da relação do sujeito com a civilização e seu trabalho. Se retomamos o campo da Medicina do Trabalho, como descrito em seus fundamentos teóricos, clínicos e éticos no capítulo dois desta tese, verificamos que é um campo constituído a partir da medicina clássica, que diagnostica e medica o paciente, considerando especialmente os agentes externos promotores do adoecimento. Ainda, por ser uma especialidade médica ligada ao trabalho, tem íntima vinculação com a proposta e as necessidades do sistema de produção capitalista, ou seja, ter um trabalhador em ótima condição de saúde para oferecer uma ótima produção ao capital. O ideal de saúde, bem-estar e qualidade de vida é amplamente abordado nessa medicina, apesar de fazer um trabalho muito mais intervencionista do que profilático, já que cuida e trata dos trabalhadores adoecidos, em sua grande maioria. A lógica dos cuidados e da intervenção segue a ordem médica vigente e hegemônica no sistema de capital, inaugurando uma clínica médica do trabalho que pouco escuta o paciente, que não atende a sua demanda e que é comprometida com uma reabilitação desse sujeito para o trabalho. Na sua maneira de abordar o acometimento psíquico, utiliza-se do DSM, classificando o trabalhador nos quadros diagnósticos preestabelecidos, indicando, em sua grande maioria, o tratamento medicamentoso.

Essa forma de a medicina operar já fora criticada por Lacan na década de 1960. Em seu texto *O lugar da Psicanálise na Medicina* (LACAN, 2001), essa observação está bem construída. Em outra via, se tomamos o movimento do campo da Saúde do Trabalhador, observamos um olhar sobre a doença que extrapola essa visada de uma medicina biologizante. Ao considerar a maneira de viver e o trabalho no processo de adoecimento, inaugura-se uma medicina que se pretende voltada às necessidades do trabalhador, comprometida com um processo de produção que seja mais humano e que não explore o trabalhador. Ao localizar na sociedade e no processo de trabalho a causa do adoecimento, tem como princípio emancipador a tomada de consciência desses trabalhadores acerca de seu lugar no processo de produção e uma intervenção da organização do trabalho para barrar aquilo que faz adoecer. Se as condições de trabalho são precárias e degradantes, isso deve ser

modificado a partir de uma intervenção coletiva. Não se pode desconsiderar o mérito dessa forma de compreensão acerca do adoecimento relacionado ao trabalho, no entanto, pode-se dizer que seja insuficiente à medida que não convoca o sujeito para falar dos seus sintomas e adoecimentos e do que isso sinaliza dessas condições adversas de trabalho. Ainda que esse campo esteja ligado à medicina e a outras áreas da saúde que consideram o paciente e ouvem suas queixas, não dispõe de recursos para trabalhar uma demanda e acessar o sujeito do inconsciente. Não se espera que se faça uma psicanálise neste campo, no entanto, ao não fazer o paciente se responsabilizar sobre sua parte no processo de adoecimento, tira-se a possibilidade de que possa saber algo sobre esse adoecimento que fale de sua verdade. Essa verdade, que é de cada sujeito, que fala de seu sintoma e do seu desejo impossibilitado de realizar, e que por isso tem a ver com o sexual, não é aventada pela vertente clínica que subsidia o campo da Saúde do Trabalhador. É nesse sentido que se entende que a incidência do discurso psicanalítico neste campo poderia trazer outros efeitos para esse sujeito que trabalha e esse campo do trabalho, que, por extensão, é o campo social.

Se a psicanálise entende o sintoma como afeito ao desejo e ao gozo, não se pode deixar de abordá-los nessa construção que leva à teoria lacaniana dos discursos e encontra nela uma possibilidade outra para operar sobre os casos de adoecimento psíquico no trabalho.

3.2.2 A teoria dos discursos em Lacan

No Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, Lacan (1969-1970/1992) formula a teoria dos quatro discursos que fazem laço social. É nos seminários seguintes – "*De um discurso que não fosse semblante*" e "*...ou pior*" – que Lacan constrói a noção do Discurso Capitalista.

Segundo Quinet (2002a, p.32), os discursos fazem o laço social porque estes são tecidos e estruturados pela linguagem. Os laços que reconhecemos como sociais são expressos

nos atos de governar e ser governado, educar e ser educado e também, como mostrou Freud, tanto no vínculo entre analista e analisante, que ele inaugurou, quanto no ato de fazer desejar, como as históricas o ensinaram. Essas quatro formas de as pessoas se relacionarem entre si – governar, educar, psicanalisar e fazer desejar – Lacan chamou de discursos [...]. [Assim], governar corresponde ao discurso do mestre/senhor em que é o poder que domina; Educar constitui o discurso universitário dominado pelo saber; Analisar corresponde ao laço social inventado no início deste século por Freud em que o analista se apaga como sujeito por ser apenas causa libidinal do processo analítico. E o discurso da histeria é aquele que é dominado pelo sujeito da interrogação (no caso da neurose histórica, trata-se da interrogação sobre o desejo) que faz o mestre não só querer saber mas produzir um saber.

Portanto, quatro discursos são inicialmente tratados por Lacan: o *Discurso do Mestre (DM)*; o *Discurso da Histórica (DH)*; o *Discurso do Analista (DA)*; e o *Discurso do Universitário (DU)*. Lacan (1969-1970/1992, p.11) vai determinar os discursos a partir de uma estrutura e defini-lo como "*um discurso sem palavras*". Sem as palavras, diz Lacan, o discurso pode subsistir em algumas relações fundamentais. Estas relações, no entanto, não se mantêm sem a linguagem, que inscreve algo mais amplo que as enunciações efetivas e instauram um certo número de relações estáveis.

Desde Freud, sabe-se que a relação com outras pessoas, e, portanto, com a civilização, exige do sujeito uma renúncia pulsional. A teoria dos discursos foi formalizada por Lacan também para dar conta do excesso de gozo produzido pela dinâmica subjetiva da relação do sujeito com os outros. Nesses termos, "o discurso como laço social é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem. [...] Todo discurso é portanto um aparelho: aparelho de gozo" (QUINET, 2002a, p.33). Assim, a estrutura que será utilizada para explicar os discursos é uma estrutura quadrípode, como define Lacan, com quatro lugares, quatro elementos e se faz girar, produzindo quatro formas diferentes, ou seja, quatro discursos. Como disse Lacan (1969-1970/1992, p.18): "O que é que eu estou fazendo? Estou começando a fazer vocês admitirem, simplesmente por tê-lo situado, que esse aparelho de quatro patas, com quatro posições, pode servir para definir quatro discursos radicais." É para dar conta do gozo e do que ele significa na dinâmica psíquica que Lacan elabora sua teoria dos discursos e indica que é o discurso que possibilita o laço com o outro. Vale lembrar que Lacan desenvolve a teoria dos discursos a partir do discurso do analista, mas também cria um paradoxo em sua teoria dos discursos ao sinalizar que nem todo relacionamento está sob a égide dos discursos ou pode ser encaixado nele. É o caso do amor, que Lacan considera como estando fora do laço social justamente

porque não há um discurso sobre o amor que diga de antemão o que seja um relacionamento afetivo. Ou melhor, não há enunciados prévios que estabeleçam anteriormente as regras e as formas de expressão do amor, por mais que se tente enquadrá-lo numa sociedade cheia de interesses (QUINET, 2012).

Para a efetivação de um laço social precisamos estar em relação com outra pessoa. Nessa relação, em uma determinada sociedade, os lugares já estão predeterminados, definidos pelo lugar de um *agente* e de um *outro*, no entanto, pressupondo uma relação de dissimetria, na qual o agente domina e o outro é dominado, conforme a relação professor-aluno ou senhor-escravo, por exemplo. Segundo Quinet (2012, p.47),

a predeterminação do laço social é estabelecida e transmitida de geração em geração aos agentes e seus outros, garantindo a manutenção dos laços em uma sociedade, pois o homem é um ser social que não prescinde do outro e cria regras e condutas de convivência com finalidades específicas. Nossa realidade social é enquadrada pelos laços sociais que Lacan chama de aparelhos de gozo ao estabelecer maneiras conviviais de relação com o outro. Sem esse enquadramento, que é cultural e, portanto, simbólico, a inclinação do homem é tratar o outro como seu objeto de gozo e nele saciar suas pulsões erótica e de morte [...].

É o que Freud sinaliza em *O mal-estar na civilização* com a noção de que o homem é o lobo do homem. Se não há uma Lei que coloque limites à satisfação pulsional, a tendência é que os homens se devorem, que façam valer até as últimas consequências seu empuxo ao gozo. É por isso que a civilização exige do sujeito a renúncia pulsional. E essa renúncia, para Freud, é a causa do mal-estar. Para compreender a relação do sujeito com o outro, Freud desenvolveu sua teoria acerca das identificações, importante para a constituição do eu e para a análise do sujeito, estudo que Lacan utiliza como base para conceituar a noção de discurso: já que o sujeito fala, ocupa uma posição na relação (ALBERTI, 2001).

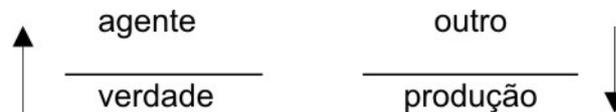
Para Lacan, o que se propõe com os discursos é um enquadramento do gozo pelos laços que o compõem (QUINET, 2012). Ou, ainda, as formas que tem o sujeito de lidar com a falta, ou se colocar diante da insatisfação pela perda.

A noção de discurso como laço social mostra que a definição, a distribuição e o manejo do gozo mudam e se ordenam diferentemente, em função de cada um dos discursos que condicionam o sujeito. O discurso, efetivamente, não é apenas aparelho de poder; ele é também meio de gozo. O discurso se articula a partir do real e do gozo que esse real comporta (VALAS, 2001, p.76).

Para Lacan (1968-1969/2008, p.33), "todo discurso se apresenta como prehe de consequências, só que obscuras". Consequências para o sujeito, para o objeto e o tecido da relação.

Lacan inicia o esboço dos discursos partindo da concepção de significante – *o significante é aquilo que representa um sujeito para outro significante*. Nesses termos, o discurso institui o sujeito e determina o objeto da relação. Como forma de representar o discurso, Lacan propõe uma estrutura (matema) a partir de quatro elementos e quatro lugares. Os *elementos dos discursos são: S1 (significante mestre ou poder), S2 (saber), \$ (sujeito dividido) e a (objeto mais-de-gozar)*. E os lugares dos discursos são: agente, verdade, outro e produção, definidos segundo o matema:

FIGURA 1 - OS ELEMENTOS DOS DISCURSOS, SEGUNDO LACAN (1969-1970/1992)



Esse matema indica uma dimensão que não muda, não varia, na disposição dos lugares. Para compreendê-lo, deve-se ler:

o poder, o saber, o sujeito e o gozo estão presentes em todas essas práticas, porém, de modos distintos. São laços sociais estruturados em torno da relação do agente e de seu *outro* (o parceiro), revelando a 'verdade' a partir da qual cada agente se autoriza a agir, e inscrevendo o que é esperado que o comandado, o outro, produza (QUINET, 2012, p.51).

O agente é o que organiza a produção dos discursos e domina o laço social, pois ele dá a direção e possibilita a alteridade na relação. O outro é aquele a quem o discurso é dirigido e só se constitui na medida em que haja o agente do discurso. A produção é o efeito do discurso, é aquilo que resta do processo discursivo. A verdade é aquilo que sustenta o discurso, mas só acessível no inter-dito, ou seja, ela não é toda dita, causando uma interdição entre a produção e a verdade.

Vale lembrar que o mote para a produção da teoria dos discursos foi a necessidade de explicar os diferentes modos de produzir/causar um sujeito como efeito do trabalho de análise. No entanto, o caminho que Lacan fez para esmiuçar os efeitos do Discurso do Analista teve como consequência a produção de outros discursos. A estrutura elaborada por Lacan para explicar os discursos funciona da

seguinte forma: existe uma forma fixa, primeira, que determina a posição de cada elemento no discurso. Essa forma sofre um quarto de giro no sentido horário, determinando uma nova ocupação dos lugares, por letras diferentes. O primeiro discurso que aparece é o Discurso do Mestre, por ser entendido como o discurso que indica a entrada do sujeito na linguagem. Mesmo com o advento do giro na estrutura, a ordem dos significantes é mantida. O fato de uma nova letra ocupar um dos lugares fixos da estrutura, em função do giro, indica uma mudança na posição subjetiva. Partindo do Discurso do Mestre, ao fazer o primeiro giro das letras, incorre-se no Discurso da Histérica, do Analista, da Universidade, e assim sucessivamente.

Para Lacan (1968-1969/2008, p.79),

[...] a partir do momento em que se sustenta um discurso, o que surge são as leis da lógica, isto é, uma coerência refinada, ligada à natureza do que é chamado de articulação significante. É isso que faz com que um discurso seja ou não sustentável, pela estrutura do que é chamado signo, e que tem a ver com o que é comumente chamado de letra, para contrasta-la com o espírito. As leis dessa articulação, eis o que domina o discurso.

Assim, os quatro *discursos radicais*, segundo Lacan, podem ser descritos da seguinte forma.

FIGURA 2 - OS QUATRO DISCURSOS RADICAIS DE LACAN

<p>Discurso do Mestre</p> $\frac{S1 \rightarrow S2}{\$ // a}$	<p>Discurso Universitário</p> $\frac{S2 \rightarrow a}{S1 // \$}$
<p>Discurso da Histérica</p> $\frac{\$ \rightarrow S1}{a // S2}$	<p>Discurso do Analista</p> $\frac{a \rightarrow \$}{S2 // S1}$

FONTE: Lacan (1969-1970/1992)

O S1 é um significante que pode agir sozinho, encarnando o poder que lhe é próprio e comandando a relação. Em todos os discursos, o S1 tem essa função, no entanto, o que varia é quem o encarna (governante, médico, autor/professor, mestre). O mestre está no lugar dos significantes: ele sabe falar, mas não sabe fazer. Somente no discurso do analista é que o S1 encarna a função de um significante-

mestre em que o poder é próprio do significante e comanda as identificações do sujeito (QUINET, 2012).

O S2 é a bateria dos significantes que se articulam em um saber. Esse saber pode ser encarnado pelo escravo, pelo professor, pelo médico e pelo analista, considerando os discursos do mestre, universitário, da histórica e do analista, respectivamente.

O S1 e o S2 são os agentes dos discursos da dominação (discurso do mestre e discurso universitário), pois esses "agentes utilizam a propriedade de comando própria do significante" (QUINET, 2012, p.52). "Os dois elementos que não são da ordem do significante são os agentes do discurso do avesso da dominação: o sujeito (\$) como falta-a-ser no DH, e o objeto *a* fora do simbólico no DA." (p.52).

O \$ é o sujeito dividido. É o efeito da articulação dos significantes, que não tem identidade própria, ou seja, que é dividido, marcado pela barra, deixando aberta a possibilidade de vir a ser. A identificação do sujeito aparece no Discurso do Mestre. É sujeito dividido no sintoma endereçado a um mestre, como no Discurso da Histórica. No Discurso da Universidade é o sujeito revoltado e sintomatizado, a ser tratado como objeto. E no Discurso do Analista é o sujeito do desejo, da fala e da associação livre, que produz sua desidentificação ao falar (QUINET, 2012, p.52).

Para a finalidade desta tese, importa a compreensão acerca do que seja o discurso do analista, ou ainda, o que é pensar o analista operando no contexto da instituição de saúde e de Saúde do Trabalhador a partir do suporte teórico e ético da psicanálise. Não se pode considerar que o objetivo de um trabalho desde essa posição na instituição ou na sociedade seja uma análise. A análise é um trabalho clínico que se dá no consultório, sob efeito da transferência. No entanto, considera-se que, num primeiro momento, o analista, ou o profissional que opera na Saúde do Trabalhador e seja *atravessado* pela causa freudiana, possa ocupar um lugar na relação com o outro que questione o saber dominante, as regras e a preocupação com a produção, e ainda que instigue a possibilidade de fazer o sujeito vir a ser. Ou melhor, que possibilite ao trabalhador que sofre e demanda da instituição e da equipe de Saúde do Trabalhador um saber sobre seu sofrimento (uma cura), as vias de contato com o seu desejo. Aqui, um ponto importante se coloca: o contato com o desejo, em alguma medida, questiona a relação do sujeito com o Outro. É nesses termos que o trabalho clínico, que aborda o que é mais íntimo de cada um, tem efeitos no campo social. Por isso, entende-se que essa clínica não opera no sentido de conformar o

sujeito ao sistema, de aderir o sujeito às normas dominantes vigentes, de eliminar o que do seu comportamento não está em conformidade com aquilo que se espera de um sujeito produtivo, trabalhador e consumidor. O ideal da sociedade capitalista é questionado neste trabalho, já que se entende que as relações, as regras e as normas vigentes podem fazer esse sujeito adoecer. Trata-se de um trabalho interno, mas que tem efeitos para o laço social, que questiona uma forma de vida, uma forma de produção social da existência, um discurso que confere ao sujeito o lugar de *dejeito*.

A noção de sujeito como *dejeito* é trazida por Lacan para cernir o que se entende como o sujeito do *Discurso Capitalista*. No campo da psicanálise lacaniana, não há consenso em relação a este ser ou não um novo discurso, no entanto, ele se depreende de passagens da Lacan à margem dos quatro discursos e é utilizado para pensar o lugar e as possibilidades do sujeito no atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas.

O *Discurso Capitalista* é elaborado por Lacan no Seminário 17, O Averso da Psicanálise. Não é considerado de fato um novo discurso, mas sim uma forma contemporânea de pensar o discurso do mestre, conjugado ao discurso da ciência. Esse discurso, o da ciência, Lacan o aproxima ao Discurso da Histórica na medida em que a invenção de um saber, próprio da ciência, procede do sujeito. Da articulação do Discurso do Mestre com o discurso da ciência, escreve-se o Discurso Capitalista, que também pode ser concebido como o Discurso do Mestre pervertido. Segundo Valas (2001), o discurso da ciência, articulado por René Descartes, desarticula o saber do seu laço com a verdade. Na ciência moderna o saber ganha poder, sendo caracterizado como um saber de pura articulação significativa. Se o mestre quer manter seu semblante de poder, precisa negociar com o cientista.

FIGURA 3 - O DISCURSO CAPITALISTA

$$\frac{\$ \rightarrow S2}{S1 // a}$$

FONTE: Lacan (1969-1970/1992)

Na escritura desse discurso, observa-se que não há relação entre o agente (S1) e o outro (S2), ou seja, não há vínculo entre o capitalista e o proletário, indicando um discurso que não faz laço. Neste discurso "o outro não é nítido, já que, na verdade, é um discurso que não propõe o laço social do sujeito com o outro, e sim com um objeto (*a*) fabricado pela ciência e tecnologia (S2)" (QUINET, 2012, p.56-7). O sujeito vira um consumidor e o objeto causa de desejo é um *gadget*. Segundo Lacan (1969-1970/1992, p.169), "Alguma coisa mudou no discurso do mestre a partir de um certo momento da história. [...] a partir de um certo dia, o mais-de-gozar se conta, se contabiliza, se totaliza. Aí começa o que se chama de acumulação do capital." No discurso capitalista, não há perda, pois tudo se transforma, o mais-de-gozar é reintroduzido no circuito, ao molde do que acontece com a mais-valia quando é reinvestida no processo de produção para a reprodução do capital.

O discurso capitalista possibilita uma ascensão ao gozo, de modo que a castração fica foracluída. O saber é o da ciência e tecnologia (S2) e não pertence mais ao sujeito, que foi desprovido do saber. Pode-se dizer, segundo Valas (2001), que o saber goza do sujeito, que recorre à ciência como única referência. Como efeito, vemos emergir nesta sociedade científico-tecnológica um conjunto imenso de ciências (econômica, política, psicológica, sociológica, médica, biológica, humana, administrativa, entre tantas outras), que se produzem para balizar e explicar a relação do homem com a natureza e outros homens. Esse sujeito que administra o DC, esse sujeito liberal, é induzido a produzir-se como detrito desse sistema. Em outros termos, o DC gera o subdesenvolvimento psíquico e conseqüentemente o econômico (VALAS, 2001). Em termos gerais, pode-se dizer que o DC instiga a pulsão, não exige a renúncia pulsional e impõe ao sujeito um certo tipo de relação com a demanda, sem perceber que, dessa forma, ampara a pulsão de morte.

Esse discurso e sua lógica funcionam tão bem e produzem tantos *gadgets* que seu destino é consumir com uma significativa parte da população. Era isso que Lacan previa no Discurso de Milão, segundo Alberti (2001), reafirmando o que Marx dizia sobre o fim do capital e seus efeitos – a destruição da humanidade. Pode-se dizer que o sistema de capital, ou o discurso sobre a égide do capital (DC) é uma máquina de produção de gozo e "está longe de ser desejante" (ALBERTI, 2001).

O discurso capitalista revela o movimento do capital em sua relação com a produção e o consumo. Para que o sistema possa se reproduzir, é preciso que as pessoas consumam mais e mais, fazendo-as entrar num modelo, numa linguagem, em que o desejo é quase apagado pela necessidade de consumir. Se o sujeito (e trabalhador), que é parte fundamental do processo de produção e de consumo, não é mais o que guia a ordem das relações, ou seja, se o que é produzido não é para garantir a existência do homem, pode-se dizer que é um sistema que se recria, que se reproduz no automatismo, servindo à ordem do capital. Isso não é sem efeitos para a subjetividade, que se liga nessa ordem de relações. Em sua maioria, os sujeitos mantêm relações supérfluas, de consumo e interesse, sendo o importante apenas garantir um resultado que lhes traga benefícios, bem-estar e prazer. E isso, como já dizia Freud, tem consequências tanto para o sujeito quanto para a coletividade. É por entender as filigranas destas relações que a psicanálise pode ter alguma contribuição a dar.

O *Discurso do Analista* é aquele que possibilita a localização do sujeito em outra posição na relação, não como sujeito que consome, mas como sujeito que tem um saber sobre a sua verdade. O agente do discurso possibilita a emergência do sujeito do inconsciente. Da condição de analisante, no lugar do outro que detém o saber, o sujeito pode ler de uma maneira particular o que se manifesta no discurso, inventando um saber sobre o real, um saber inconsciente que vai determinar os movimentos de sua história.

O *sujeito* para interrogar seu desejo, coloca uma parte dele mesmo nessa aposta, agregando-lhe uma parte de gozo, e procura construir essa montagem que vem sustentar o seu próprio desejo, como 'desejo do desejo do Outro', de um *Outro* que nem mesmo existe. [...] É neste *lugar de trabalho* e de gozo que o *sujeito*, como analisante, interroga seu desejo e de onde vai poder inferir o Saber [S2] que não é simplesmente suposto, mas inventado como saber inconsciente e que se encontra no *lugar da Verdade* [à esquerda e abaixo] (SOUZA, 2008, p.149-150).

No Discurso do Analista o que está em jogo é um trabalho sobre a posição subjetiva do analisando. Neste discurso o que se propõe é uma "renúncia ao gozo do sintoma, que pode permitir ao sujeito encontrar um outro gozo, contíguo ao desejo" (VALAS, 2001, p.77). Assim, o Discurso do Analista é o único laço social que trata o outro como um sujeito. Nesse laço, o ato analítico promove "as desidentificações

aos ideais do Outro e a libertação do sujeito do poder mortífero das palavras que o determinam, pois o ato analítico desaliena o sujeito" (QUINET, 2012, p.55).⁴⁰ Nesses termos, instauramos aqui um ponto importante para pensar a incidência do discurso do analista na prática de cuidados e intervenção dos pacientes diagnosticados com depressão. Se o sujeito, envolto às entranhas do capitalismo, é convocado ao gozo e isso pode lhe fazer sintoma, na lógica de um discurso analítico ele é convocado a falar disso que lhe produz sintoma na relação com o outro e questionar essas entranhas e o lugar que aí ocupa. Esse processo, que diz da possibilidade do encontro do sujeito com a sua verdade, pode ter efeitos no social, ou seja, em como se faz o laço. Certamente, a proposta da psicanálise não é ser revolucionária a ponto de mudar as relações sociais de produção. Ela não se pretende a isso ou tem isso como utopia. Antes, pode-se falar da possibilidade que a psicanálise tem de questionar o sujeito e o sistema no qual está inserido e provocar um forçamento no sentido de uma mudança, que se dá primeiro subjetivamente e conseqüentemente socialmente. Ou seja, resistir a um modo de laço que é contrário à vida humana, promotor de sofrimento e destruição. Não se pode esquecer que os laços e tudo que se edifica em nome da humanidade têm as marcas daquilo que é o mais individual e íntimo: em cada ação do homem há as marcas de sua libido e sua sexualidade. Isso implica tanto a pulsão de vida quanto a pulsão de destruição. E em relação a isso, ao que é o homem em sociedade e os destinos de suas pulsões, deve-se estar advertido.

O mal-estar na civilização na atualidade provém justamente daí: servindo ao discurso do capital, o sujeito sacrifica o seu ser de gozo. O sujeito se submete à máquina de gozo, dando-lhe aquilo que é de mais fundamental para a sua existência. Em homologia ao processo de produção da mais-valia, pode-se dizer que o trabalhador é espoliado de uma parte do resultado do seu trabalho, esse valor que é gerado pela força de trabalho e que não volta ao sujeito em forma de remuneração, mas que fica com o sistema, com o capital, e que é chamado de mais-valia. Da

⁴⁰ Dois conceitos utilizados por Lacan e que fazem referência à filosofia, mas especialmente à obra de Karl Marx, são os conceitos de *alienação* e *mais-valia*. Lacan, ao tratar do termo alienação, faz uma transposição do conceito da filosofia marxiana para a psicanálise. Já o conceito de mais-valia é trabalhado por sua homologia ao conceito de mais-de-gozar. Um dos caminhos possíveis para essa tese era trabalhar o conceito de alienação em Marx e Lacan, já que é o processo que possibilita a inclusão do sujeito na ordem simbólica, conferindo a ele um lugar na relação ao Outro, mas ao custo do apagamento do sujeito. Nestes termos, caberia um trabalho de investigação acerca do que se chama em análise de desalienação e do que Marx chama de emancipação.

mesma forma que a mais-valia, o mais-de-gozar é advindo justamente daquela parte do processo de produção fundamental para o sujeito e para a produção: sua força de trabalho. Daquilo que é o mais íntimo e fundamental de cada sujeito: sua força de trabalho, seu gozo – seu desejo. Para Valas (2001, p.79), "o DC é um discurso sem ética, é o discurso da demissão subjetiva, instituída pelo desmentido feito por esse discurso às ligações significantes do sujeito".

Alguns efeitos da dissolução dos laços sob a égide do Discurso Capitalista são apontados tanto por observadores críticos da sociedade quanto por psicanalistas que escutam sobre o sujeito e a miséria humana em seus consultórios, indicando os destinos nefastos das relações de consumo e da fragilidade na relação entre os homens neste atual momento de desenvolvimento do capitalismo. Cabe sinalizar o trabalho de Bauman (1998; 2001), que faz uma leitura de *O mal-estar na civilização*, de Freud, e indica que os homens e as mulheres de hoje "*trocaram um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade*" (BAUMAN, 1998, p.10), diferentemente do que Freud apontava com a entrada na modernidade, ou seja, que o homem moderno trocava um tanto de felicidade pela segurança, e isso gerava mal-estar. Atualmente, em nome da liberdade, que teve início com a liberdade sexual, o homem se vê tolhido de referências, vivendo até às últimas consequências o individualismo desenfreado, impresso pela lógica de não fazer laço com o outro. Outro autor que merece referência aqui é Lipovetsky (2004), que analisa os efeitos da globalização sobre o indivíduo e suas relações com o mundo, sinalizado que sob a égide da globalização se fortalece o individualismo, a necessidade de consumo – chegando ao supérfluo e ao luxo, ou seja, ao limite, ao excesso.⁴¹ Segundo Lipovetsky (2004, p.55), "até os comportamentos individuais são pegos na engrenagem do extremo, do que são prova o frenesi consumista, o doping, os esportes radicais, os assassinos em série, as bulimias e anorexias, a obesidade, as compulsões e vícios". Outro autor que merece ser citado pelo seu trabalho de crítica à sociedade e ao mundo do trabalho é Sennet (2003). Ele aborda as mudanças ocorridas no ambiente,

⁴¹ Para Faria (2004, v.1), a globalização, ou o globalismo, é a forma contemporânea de expressão do sistema de capital. Assim, não teria sentido falar em efeitos da globalização sobre os indivíduos (como se a globalização fosse, ela mesma, uma causa das relações capitalistas e não sua forma de ser), mas em determinações do sistema de capital em sua materialidade histórica.

no processo e nos valores do trabalho e sua relação com a formação do caráter (que o autor entende como algo mais arcaico e abrangente do que a personalidade), e conclui que a corrosão do caráter, advinda da relação do homem com o trabalho, deve-se ao ideal de flexibilidade, à condição de assumir risco e à desorganização do tempo – o tempo urge, para tudo!

A seta do tempo se partiu, não tem trajetória numa economia política continuamente replanejada, que detesta a rotina, e de curto prazo. As pessoas sentem falta de relações humanas constantes e objetivos duráveis. Todas as pessoas que descrevi até agora tentaram descobrir a profundidade do tempo abaixo da superfície, quando nada registrando inquietação e angústia com o presente (SENNET, 2003, p.117).

Para adentrar à discussão da tese, insiste-se em reafirmar: numa sociedade engajada num projeto de produção de mais-de-gozar desmedido, produz-se no sujeito mal-estar, sofrimento e adoecimento. É na articulação desse efeito, como sendo produzido pelo discurso capitalista, com o sintoma ou os quadros das depressões relacionadas ao trabalho, que se segue.

4 DEPRESSÃO: O MAL-ESTAR NA ATUALIDADE E NO TRABALHO

Abordar a depressão remete, por um lado, a uma discussão sobre a saúde e a doença e seus variados campos de intersecção, mas também, por outro lado, às diversas formas de intervenção sobre o adoecimento psíquico – os casos de depressão. Um ponto não está desarticulado do outro. As questões que cerceiam essa diagnóstica estão inseridas no campo da clínica: de que clínica que se trata quando se trata da depressão? Da clínica médica atual à clínica psicanalítica encontram-se significativas diferenças quanto ao diagnóstico, ao tratamento e ao prognóstico. Ainda, se adentrarmos no campo da Saúde do Trabalhador, ou da Saúde Mental no Trabalho, encontramos outros elementos a serem analisados, como a inclusão do processo e do ambiente de trabalho no desencadeamento ou causação da doença e a intervenção nestes ambientes. Ou seja, uma intervenção que extrapola o sujeito.

Levando em consideração as diferentes abordagens sobre a depressão, bem como o fato de ser uma doença com elevada incidência na atualidade, faz-se uma breve retomada histórica sobre seus lugares, significados e tratamentos no contexto social. Na sequência, parte-se para uma análise de como a depressão é tratada no campo da Saúde Mental no Trabalho.

4.1 DEPRESSÃO, HISTÓRIA E SOCIEDADE: LUGARES, SIGNIFICADOS E TRATAMENTOS

O que hoje se nomeia como depressão não é novo na história da humanidade. Sempre em relação à melancolia, ao luto e aos estados depressivos, a depressão, no entanto, guarda suas particularidades. Facó (2008), em seu livro *Um mosaico da depressão – dos sujeitos singulares aos transtornos universais*, retoma alguns filósofos e médicos que se dedicaram ao estudo da depressão desde a Antiguidade. Para Hipócrates, a melancolia era um dos quatro transtornos do homem, juntamente com a epilepsia, a paranoia e a excitação, e era estabelecida pelo excesso de bÍlis negra no organismo. O tratamento era expulsar a bÍlis do organismo por meio de

purgativos. No século I a.C, Galeno descreveu três formas de melancolia: geral, cerebral e hipocondria. Na Idade Média, a noção de depressão e de outras doenças mentais é mantida sobre a égide do discurso da igreja, relacionando-as ao pecado, à demonização, aos vícios e a problemas éticos. No Renascimento destaca-se o livro de Robert Burton (1577-1640) sobre a anatomia da melancolia, em que aborda três tipos de depressão: uma localizada no cérebro; uma situada no estômago e órgãos digestivos – a hipocondria; e uma doença generalizada que acometia o organismo como um todo. Já adentrando a história da psiquiatria, no século XVIII, para Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, a depressão estava no campo das alienações mentais, visada que se opunha ao saber popular que vinculava a depressão ao que era escuro, triste e sombrio. Esses significantes até hoje estão associados à ideia de melancolia. Foi Esquirol, discípulo de Pinel, quem descreveu a depressão e lhe deu o molde como é compreendida até hoje (FACÓ, 2008; BERCHERIE, 1989).

Na segunda metade do século XIX o termo depressão começa a substituir o termo melancolia. As observações clínicas, as descrições e as construções nosográficas permitiram que Emil Kraepelin escrevesse o seu *Compêndio de Psiquiatria* estabelecendo uma diferença entre a melancolia e os estados depressivos. Em 1917, Freud escreve *Luto e Melancolia*, fazendo uma distinção entre ambos os conceitos: o luto é uma reação a uma perda, caracterizado por uma tristeza profunda, uma inibição e uma incapacidade de amar. O luto se diferencia da melancolia pela intensidade e pela cronicidade dos sintomas.

Ainda na primeira metade do século XX, a psiquiatria se esforça para descrever com maior riqueza de detalhes os estados depressivos. Por um lado, busca uma nosologia precisa dos casos de depressão, por outro, busca explicações para sua causalidade no sistema neuropsíquico ou neuroquímico. Em 1957 é descoberto o primeiro antidepressivo, a *imipramina*, o que faz aumentar o interesse da medicina e da biologia por essa área e dá abertura para a psiquiatria biológica.

Segundo Teixeira (2007), o conceito de depressão passa a ser adotado pela psiquiatria para designar os estados de tristeza e desânimo, tendência observada nos manuais psiquiátricos desde o final do século XIX. Isso demonstra que a melancolia, que designava os estados de tristeza desde a Antiguidade, passa a ser enquadrada no âmbito da depressão. Entretanto, com o crescimento das descrições sintomatológicas

das doenças e sua classificação em síndromes, a depressão passa a compor o quadro de diferenciados transtornos, como se observa atualmente nos DSMs.

O que no passado era chamado 'melancolia' foi subdividido em diversos subtipos – distúrbio bipolar, depressão maior, ciclotima, distimia, entre outras – dentro de uma classe denominada Transtornos de Humor (DSM-IV) ou Transtornos Afetivos (CID-10). Em conjunção à nosografia, os avanços das neurociências permitiram enfim reduzir a depressão a sintomas causados por disfunções químicas nas fendas sinápticas das células neuronais. Com isso, o campo do psíquico cedeu terreno ao campo do biológico. Neste terreno o comportamento humano passou a ser explicado por interações químicas no cérebro, evidenciando uma visão puramente biológica. As incansáveis sistematizações e enumerações descritivas das formas de sofrimento psíquico realizadas pela psiquiatria, passaram a ser cada vez mais necessárias, mas apenas para orientar a terapêutica farmacológica, sua principal forma de tratamento (TEIXEIRA, 2007, p.161).

Segundo o estudo de Facó (2008), o relançamento dos manuais psiquiátricos – DSMs, evidencia essa tendência de tornar cada vez mais o sofrimento e o acometimento psíquico uma disfunção cerebral. A autora estuda a evolução do conceito de depressão do DSM-II ao DSM-IV e identifica o excesso das descrições sobre a depressão, como uma tentativa de dizer tudo sobre a doença e garantir o melhor diagnóstico possível. Para a autora, houve uma mudança de ênfase na abordagem dos sintomas, desde os primeiros manuais até os atuais. Até o DSM-II considerava-se o sujeito, "a ênfase do olhar era sobre o sujeito, o seu processo de adoecimento psíquico e de tratamento" (FACÓ, 2008, p.100). O diagnóstico possibilitava um encontro com o sujeito, com o seu mundo interno, considerava sua história de vida e a história de seu adoecimento. Pode-se dizer que era uma prática afeita aos princípios da psicanálise, que ao menos considerava um saber da psicanálise sobre o adoecimento psíquico. Já os manuais seguintes estão mais relegados à manifestação sintomática e a depressão é transformada em um transtorno universal. Assim, a depressão não é mais tratada no caso a caso, como fazia a psiquiatria até a metade do século passado, mas, com a introdução das classificações, ela passa a ser tratada nos seus termos gerais e universais, ou seja, um caso de depressão atende ao que é o universal dos casos de depressão, bastando identificar os sintomas para diagnosticar a doença e prescrever o tratamento. Nesses termos, o sujeito desaparece da clínica, já que a particularidade do seu caso não é considerada. Basta fazer um bom diagnóstico da sintomatologia para prescrever o melhor tratamento e obter a cura.

A psiquiatria moderna tem enfrentado as mudanças na medicina de modo bem particular. Não podendo desfrutar, ao menos de início, dos aportes da pesquisa básica com a mesma velocidade que as outras áreas da medicina os têm aproveitado, acabou por introduzir metas diagnósticas baseadas na visibilidade de signos e do comportamento e na determinação de seu grau de intensidade. Tal doutrinação, que pretende uma canonização erguida firmemente, sobre dados verificáveis objetivamente pela observação – o que parece ser, falsamente, a marca registrada do que é científico –, eliminou da psiquiatria praticamente toda a riqueza da arte médica. Desta *derivava* o diagnóstico pela via de apreensão semiológica e semiótica na qual os signos se reúnem (no médico) em uma *figura* não diretamente visível, da mesma forma em que captamos um sentido, invisível, a partir de um texto literário (DELOUYA, 2010, p.32-33).

Entende-se que um bom diagnóstico é fundamental para a condução de um tratamento. Mesmo na clínica psicanalítica não se pode prescindir de um diagnóstico, no entanto, a forma da construção diagnóstica é diferenciada, já que ele é feito ao longo do processo de entrevistas preliminares. Isso significa que o sujeito, ao falar de seu sofrimento, dá as vias para a construção do seu diagnóstico, sendo que para a psicanálise o que importa é o diagnóstico de estrutura, aquele que vai indicar se se trata de um caso de psicose, neurose ou perversão. Ao identificar a estrutura de personalidade do paciente estabelecem-se a direção do tratamento e as técnicas para tal. Assim, temos aqui uma importante definição em relação às depressões nesta clínica: verificar se se trata de uma neurose, de uma psicose ou de uma perversão, incluindo a dinâmica subjetiva do paciente. Isso indica, por outro lado, que os estados depressivos podem fazer parte de qualquer uma das estruturas psíquicas. Por isso, ater-se somente aos fenômenos observáveis ou ao que o paciente cita como sintomas de seu adoecimento, possibilita uma classificação diagnóstica, mas não significa que o sujeito está considerado no processo.

Outro ponto a ser considerado na clínica psiquiátrica é o aumento significativo de casos de depressão, especialmente a partir da década de 1990, como aponta Wanderley (2000, p.3):

Estudos psiquiátricos sobre a depressão vêm ocupando progressivamente um lugar de destaque no cenário das patologias mentais, análogo àquele ocupado pela histeria no final do século XIX. A quantidade expressiva de publicações especializadas, seminários e simpósios testemunha, sobretudo a partir dos anos 1990, o crescente interesse pelo tema. Paralelamente, muitos clínicos atentam para a multiplicação das queixas de 'vazio', 'desânimo' e 'cansaço' nos consultórios, enquanto as pílulas da felicidade, continuamente exibidas na mídia e consumidas em larga escala, nos prometem a erradicação do mal. Em suma, a depressão, que outrora não fora mais do que uma síndrome associada a diversas perturbações mentais, parece constituir um *leitmotiv* de nosso tempo.

O aumento da incidência diagnóstica da depressão, segundo alguns autores (FACÓ, 2008; TEIXEIRA, 2007; WANDERLEY, 2000; KHEL, 2009), possivelmente está relacionado com a forma como o diagnóstico é construído, mas ao mesmo tempo indica os usos e abusos da indústria farmacêutica ao vender a *pílula mágica* para medicar a tristeza e as dores do viver, como também sinaliza que algo não vai bem nessa forma de viver. Como indica Teixeira (2007, p.179), pode-se entender a depressão, ou a melancolia, já que esta fala das tristezas do viver, como "a expressão humana de vivências dolorosas diante das precariedades da existência". Nesses termos, a depressão pode estar em íntima relação com a forma de vida, com o trabalho, com as formas que temos de estabelecer o laço nesta sociedade.

Depressão, luto, melancolia, estados depressivos e depressividade são alguns termos encontrados no campo da clínica para designar algo em torno da tristeza e da dificuldade do viver. Berlinck e Fédida (2000) fazem uma caracterização do que seja a depressão e a melancolia, a partir de pacientes que fazem análise e tomam antidepressivos. Eles dizem que o medicamento é eficaz na eliminação de sintomas depressivos, mas que a melancolia não desaparece.

É a partir da disseminação do consumo de antidepressivos, por clientes que estão em tratamento psicoterapêutico, que se observa uma clara diferença psíquica entre depressão e melancolia. Estes pacientes, invariavelmente, saem da depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos. Há, portanto, depressão na melancolia. Porém, enquanto a primeira pode ser vista como estado, a segunda pode ser caracterizada – tal como Freud o fez – como neurose narcísica onde o conflito intrapsíquico ocorre entre as instâncias do ego e do superego implicando o sujeito na culpa. Em outras palavras, enquanto a depressão é um estado de luto muito primitivo, manifestando-se sem culpa, a melancolia é neurose composta de conflito, culpa e depressão. A psiquiatria regida pelo DSM-IV e pelo CID-10 não reconhece, por sua vez, a existência da culpa ou até mesmo o conflito inconsciente que caracteriza a neurose (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p.11).

Assim, cada clínico, a partir de seu referencial teórico e de sua ética, dará o encaminhamento que considera pertinente ao tratamento dos casos que encontra na clínica, não sem estarem balizados por um saber, por uma ciência ou por suas próprias experiências clínicas. De modo geral, pode-se dizer que a depressão tem um valor para a dinâmica psíquica dos sujeitos: ela sinaliza algo da subjetividade, mas também indica que na relação com o social alguma coisa não vai bem. Basta saber se na condução de cada caso o princípio norteador do tratamento é a

erradicação do mal ou a possibilidade do sujeito se posicionar frente a seu sintoma e seu sofrimento, ou ainda se o caso é tomado na sua singularidade ou entra no rol das generalidades e do universal do caso.

Considerar a história da constituição de um conceito e de uma clínica é um ponto primordial para entender o lugar da doença ou do sofrimento que aparece na clínica ou em instituições de saúde em uma sociedade. O que se denomina doença pode ser uma construção de uma época histórica, ligada a interesses políticos, econômicos e sociais que engendram o exercício do poder nas relações sociais. Em alguma medida, a depressão, como é tomada atualmente pela ordem médica, sinaliza um movimento de restringir a dimensão subjetiva na compreensão do acometimento psíquico e das dores do viver, transformando a melancolia em um transtorno. Não só nega que o sujeito sofre e isso é humano, mas sinaliza que há um ideal de felicidade e de saúde que deve ser alcançado. Ainda, deve-se considerar a necessidade de que cada sujeito seja produtivo, portanto, deve estar em seu perfeito estado de funcionamento. O que aparece como depressão relacionada ao trabalho indica justamente que o sujeito desiste, que não pode produzir e atender às exigências dessa produtividade. Entender em que medida essa desistência, esse sucumbir do depressivo, tem relação com sua história e sua dinâmica psíquica ou com as condições do meio em que vive, é um ponto a ser trabalhado. Vale lembrar Freud que dizia que a psicologia individual era ao mesmo tempo uma psicologia social, para entender que isso que é do mundo interior, subjetivo de cada sujeito, tem íntima relação com o que é do mundo social.

4.2 AS CLÍNICAS DA DEPRESSÃO: PSIQUIATRIA, SAÚDE MENTAL NO TRABALHO E PSICANÁLISE

A psiquiatria atual considera a depressão como uma doença do cérebro, que demonstra uma disfunção em seu funcionamento. Segundo Fleck *et al.* (2003, p.115),

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente. Está frequentemente associada a incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar, além de uma maior utilização de serviços de saúde.

Para tratar da depressão a psiquiatria enfatiza o déficit, a insuficiência orgânica ou a deficiência inata. Faz o diagnóstico a partir da observação e da descrição dos fenômenos que indicam a presença da doença. Tem a terapêutica farmacológica como principal aliada no tratamento da depressão, administrando os antidepressivos que regulam a produção de neurotransmissores. Na psiquiatria contemporânea, os afetos e outros estados da subjetividade que são ligados à melancolia são designados como depressão. Para essa especialidade da medicina, a depressão é uma

disfunção neuroquímica deve ser corrigida pela ação dos psicofármacos. Os antidepressivos atuais agem na sinapse celular; no entanto, segundo a *Revista Brasileira de Psiquiatria – Atualizações em Psiquiatria* (2002, p.47), os antidepressivos de uma futura geração deverão atuar no interior da célula. Nesta vertente, a depressão nos é apresentada como uma síndrome que deve ser erradicada, independentemente dos motivos que levaram a ela e da história de vida do sujeito, pois estar deprimido é ruim, sinal de disfunção orgânica e de fracasso do funcionamento do corpo (TEIXEIRA, 2005, p.52-53).

No artigo de Fleck *et al.* (2003), os autores consideram que há uma subnotificação dos casos de depressão, ou seja, é pouco diagnosticada e pouco tratada. Assim, justificam a necessidade de elaborarem um documento que possa colaborar com a classe médica em geral no sentido melhorar as condições do diagnóstico, utilizando uma abordagem mais racional e contribuindo para avaliação da morbi-mortalidade relacionada à depressão, possibilitando mais qualidade de vida aos pacientes. Algumas conclusões de estudos da psiquiatria acerca das depressões são: são mais frequentemente encontradas em mulheres; é um transtorno crônico e decorrente; é um transtorno incapacitante e pouco diagnosticado por médicos não psiquiatras (FLECK *et al.*, 2003). Para estes pesquisadores e clínicos, os modernos sistemas classificatórios em psiquiatria facilitam o diagnóstico da depressão e possibilitam uma melhor comunicação científica entre os profissionais.

No campo da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador, considera-se que a classificação diagnóstica é primordial, não só para o tratamento de pacientes, mas também para compreender a relação da doença com o trabalho. Assim, cabe a consideração que no campo da psiquiatria, além da depressão, deve-se estar atento ao que se chama de distímia, ou seja, um quadro de depressão crônica, com sintomas mais brandos, mas consideravelmente incapacitante.

Além do diagnóstico de episódio depressivo, existem outras apresentações de depressão que apresentam sintomas menos intensos, porém com grau de incapacitação próximo, sendo muito frequentes nos serviços de atenção primária. A distímia é um transtorno depressivo crônico com menor intensidade de sintomas, presente por pelo menos dois anos com períodos ocasionais e curtos de bem-estar. Além do humor depressivo, devem estar presentes até três dos seguintes sintomas: redução de energia; insônia; diminuição da auto-confiança; dificuldade de concentração; choro; diminuição do interesse sexual e em outras atividades prazerosas; sentimento de desesperança e desamparo; inabilidade de lidar com responsabilidades do dia-a-dia; pessimismo em relação ao futuro; retraimento social; redução de energia e diminuição do discurso. Evidências de estudos naturalísticos mostram que o comprometimento do funcionamento social e ocupacional da distímia é maior do que o dos episódios depressivos, sugerindo que a extensão do comprometimento social e ocupacional seja mais relacionado com o tempo de permanência de sintomas do que de sua intensidade (FLECK *et al.*, 2003, p.115-116).

Essa consideração psiquiátrica dá as vias para a compreensão do porquê a *depressão*, ou aquilo que se classifica sob esse siglo, tem sido um grande entrave para o mundo social e do trabalho. A incapacidade para a vida e para o trabalho gera dificuldades para a gestão do quadro de pessoal nas instituições de trabalho. Além de ser um problema para a produção, o é também para a economia e para a previdência e a saúde pública. O que se pode ponderar é o quanto esse sistema de vida e de trabalho sob a égide do capital incapacita as pessoas para a vida. Paradoxalmente, o sistema do capital busca a reabilitação desses acometidos para que possam ser produtivos e ter um lugar na produção social, enquanto o próprio sistema gera essa dificuldade, que produz esses *depressivos*.

O campo denominado Saúde do Trabalhador visa justamente apontar essa contradição do sistema e combater as condições degradantes de trabalho. Atualmente, as depressões têm sido o quadro clínico mais encontrado neste campo.

Cabe considerar que a Medicina do Trabalho, como especialidade da medicina, busca no indivíduo e seu organismo a causa do desajuste ou da incapacitação para o trabalho. Isso significa uma medicina que cerne seu diagnóstico nas vias do organismo, pouco ou quase nada considerando a história do sujeito e o ambiente e os processos de trabalho na relação com o adoecimento. Para essa clínica, direcionada aos interesses do capital, e que se dá eminentemente no interior das empresas, o importante é elaborar um bom diagnóstico e buscar a melhor forma de tratamento. O objetivo é deixar o corpo em condições de produtividade, sem questionar o que o afeta desde fora ou do seu mais íntimo – a sua subjetividade. Portanto, é uma clínica

que se utiliza do conceito de saúde, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde, para balizar sua compreensão sobre o adoecimento. Se a saúde é a ausência de doença e um estado de perfeito equilíbrio e bem-estar, deve-se operar todos os tratamentos possíveis para alcançar esse ideal. E se a saúde é assim considerada, realmente trata-se de uma clínica intolerante com a depressividade humana.

Dentro dos avanços da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador, especialmente no que diz respeito aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, deve-se considerar uma nova especialidade médica surgida de dentro deste campo: a *Psiquiatria Ocupacional*. Trata-se de uma especialidade que se utiliza de todo o aparato da psiquiatria (diagnóstico psiquiátrico baseado no DSM ou CID-10, psicofármaco ou psicoterapia como instrumento terapêutico), mas que é interpelada pelos avanços da Medicina do Trabalho – que tem no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), no Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), e nas Normas Regulamentadoras (NR) as bases para sua instrumentalização, e pelos avanços da Saúde do Trabalhador – que faz uma análise, uma crítica e visa à intervenção nos contextos de trabalho que fazem adoecer. Nesses termos, pela falta da indefinição do que seja seu objeto e do instrumental utilizado para operar sobre a doença (ora trata da doença orgânica, ora trata da doença como produção social), trata-se de uma especialidade de difícil caracterização quanto ao seu partido, mas que pode ser entendida como um avanço instrumental que faz reproduzir o capital, que engendra em sua prática os avanços de uma crítica feita do sistema de trabalho, mas que visa à reabilitação do sujeito para o sistema produtivo. Para ilustrar o fato, cabe a consideração apresentada pelos organizadores do livro *Psiquiatria Ocupacional* (CAMARGO; CAETANO; GUIMARÃES, 2010, p.16):

[...] as doenças relacionadas com o trabalho são classificadas de acordo com o tipo de relação existente entre as mesmas e o trabalho, seguindo a classificação [...]: Grupo 1- aquelas em que o trabalho é a causa necessária; Grupo 2 – quando o trabalho pode ser um fator de risco contributivo, mas não necessário; Grupo 3 – doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou seja, a concausa.

Nesses termos, a Psiquiatria Ocupacional segue as prescrições exigidas pela Medicina e pela Saúde do Trabalhador, e contribui para melhorar a classificação diagnóstica das doenças relacionadas ao trabalho, com vistas a contribuir para o Nexo

Técnico Epidemiológico e para esfera da judicialização das relações de trabalho. É sabido que uma boa parte das demandas de trabalho para a Psiquiatria Ocupacional é a emissão de pareceres sobre o prognóstico laborativo do paciente-trabalhador, mediante declaração ou atestado, e também a elaboração de laudo técnico, civil, criminal ou trabalhista, ou seja, um serviço de peritagem a ser utilizado pela esfera forense.

No campo da Saúde do Trabalhador, mas nos aspectos que envolvem adoecimento psíquico e as depressões, cabe destacar o trabalho de Edith Selligmann-Silva, que além de trabalhar sobre o conceito de desgaste mental no trabalho, escreve o capítulo de Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho no livro *Patologia do Trabalho*, de René Mendes, referência no campo no Brasil. Esse capítulo pretende dar uma referência para a atuação profissional no que se refere aos transtornos mentais no trabalho. Cabe salientar que a autora parte de um posicionamento crítico para abordar o tema, considerando as condições de trabalho e o processo de trabalho na constituição da doença, sendo afeita aos princípios da Saúde do Trabalhador. Um ponto importante de discussão é a tomada que esse campo faz do *conceito de saúde preconizado pela OMS* e dos *manuals classificatórios* para se referirem à doença. O conceito de saúde da OMS preconiza um ideal de saúde, de bem-estar e de qualidade de vida. No entanto, não se pode afirmar que esse ideal seja tomado por todos os sujeitos da mesma forma, nem que seja o ideal para todos os sujeitos. Se um dos fatores que psiquicamente fazem adoecer está relacionado ao tipo de homem ideal que se constrói a partir de uma referência que é afeita aos interesses do *Outro*, que está marcada pelas relações de dominância e poder presentes na sociedade, deve-se, no mínimo, questionar esse conceito. Primeiro, porque o que é bem para um, pode não ser para outro, segundo porque esse ideal desencadeia uma série de processos de tratamentos para reestabelecer a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Nesses termos, o saber de cada um sobre a sua saúde, o seu bem ou a sua doença não é considerado e inclui-se o sujeito na lógica de que se sempre há outro que sabe mais sobre ele e que tem as chaves para restituí-lo daquilo que nem sabe que perdeu ou que nele está degradado. Assim, ao se basear num conceito de saúde ideal, sem considerar o sofrimento ou um pequeno desajuste que é funcional e vital para o sujeito, incorre-se num trabalho que segue na espreita da alienação do humano, ou seja, que contribui para a sua alienação. Outro aspecto

que segue neste sentido é o fato de se utilizar das classificações diagnósticas, especialmente as psiquiátricas, para conduzir o tratamento de trabalhadores adoecidos.

No campo da Saúde do Trabalhador, considera-se por duas vias a questão da depressão no trabalho: como uma *Síndrome Depressiva* ou como uma *Síndrome de Insensibilidade*. Na Síndrome Depressiva, segundo Selligmann-Silva (2007, p.1168),

A depressão pode se manifestar em quadros típicos, agudos ou crônicos. Surgem aí, claramente, manifestações de tristeza, as vivências de perdas ou fracasso e a falta de esperança. Um componente frequente da dinâmica psíquica é, nestes casos, a autculpabilização por acidentes e insucessos. As dificuldades em relação à tomada de iniciativa e ao desempenho laboral constituem, em geral, uma característica bem evidente nestes casos.

Na Síndrome da Insensibilidade, um dos aspectos característicos é a depressão essencial, ou seja, trata-se de um quadro clínico em que

existe uma amputação do mundo afetivo, em relação ao restante da vida mental e das ações da pessoa. [...] Na depressão essencial não existem sintomas de ansiedade, a tristeza não é manifestada, não há ideias de fracasso ou de suicídio – o que ocorre é uma espécie de enregelamento em que desaparece o prazer (SELLIGMANN-SILVA, 2007, p.1168).

Nesses casos, considera-se um embotamento afetivo e tenta-se apreender o quanto o trabalho está relacionado ao seu desencadeamento. Ainda, o que se entende por depressão nesta clínica pode estar associado às situações de absenteísmo, alcoolismo, acidentes de trabalho, mal-estares ou outras doenças.

Para esta clínica, sugere-se que o diagnóstico em psicopatologia relacionada ao trabalho, deve ser feito a partir de uma anamnese que considere a história profissional e a história clínica em relação com a história de vida do paciente, pesquisando aspectos e marcos da história de vida que possam sinalizar algo da doença. Com relação à investigação da história profissional, sugere-se abordar situações que estejam relacionadas à fadiga, à tensão e ao desgaste, lembrando fatos que possam dizer de mudanças ocorridas no corpo e no psiquismo do paciente, como é o caso de mudanças na autoimagem.

As mudanças de auto-imagem podem ser negativas sempre que acidentes, acúmulo de fadiga, atividades desenvolvidas em ambientes insalubres e outras experiências agressivas da vida laboral tenham deixado suas marcas. É frequente que vivências de perda, por vezes extremamente depressivas,

estejam associadas à percepção de que a vida de trabalho minou o vigor, a disposição, o bom humor, a libido e a capacidade de estabelecer e desenvolver relacionamentos significativos (SELLIGMANN-SILVA, 2007, p.1174).

Em relação à situação de trabalho atual, deve-se investigar como se dá o processo de trabalho, o grau e a transparência das comunicações quanto à política de pessoal e a produtividade, como são os relacionamentos e a estrutura hierárquica no trabalho. Dois pontos destacados por Selligmann-Silva (2007), que tem relação direta com o adoecimento no trabalho são o sistema de *controle* da organização, bem como a forma que se dá o *reconhecimento* e se estabelece a *confiança* das relações.⁴²

Nesta clínica, não é incomum os pacientes relatarem queixas de mal-estar, cansaço, falta de paciência, entre outros. Com a ausência de sinais físicos relacionados a essas queixas, geralmente o médico compreende que se trata de uma queixa vaga e diagnostica esses casos como sendo uma *distonía neurovegetativa (DNV)*, revelando a vertente fisiológica da doença e mascarando sua determinação social. Segundo Selligmann-Silva (2007), o registro dessas queixas é importante, pois contribui para a vigilância em saúde e possibilita o estabelecimento do nexo causal entre a doença e o trabalho. Isso conduz à necessidade de fazer o registro diagnóstico do caso. No entanto, o CID-10 ou o DSM-IV oferecem poucas possibilidades de relacionar a doença ao trabalho.

"A classificação oficial reflete bem a hegemonia das ciências naturais e da perspectiva positivista na fixação dos critérios destinados a estabelecer categorias. A perspectiva biológica se sobrepõe à social." (SELLIGMANN-SILVA, 2007, p.1176).

O que é comum no campo da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador é caracterizar as situações de prejuízo físico ou psíquico relacionados ao trabalho como estresse. No entanto, essa classificação não revela a dimensão do trabalho supostamente presente no processo do adoecimento, o que impossibilita uma análise epidemiológica adequada, bem como as ações em epidemiologia. Segundo Jardim e Glina (2000, p.33),

⁴² O temas *controle* nas relações de trabalho é estudado por Faria (2004) desde a década de 1970, quando pesquisou as Comissões de Fábrica em São Paulo. O tema reconhecimento tem sido estudo há cerca de cinco anos por Faria e seu Grupo de Pesquisa (EPPEO). Entende-se que as práticas organizacionais, que refletem a lógica do capital, têm relação com como se vive subjetivamente esses temas.

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências sucessivas de desempenho cada vez maior no trabalho, gerado pelo excesso de competição, implicando uma ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva do lugar que ocupa, do posto de trabalho no caso de demissão podem determinar depressões mais ou menos graves, mais ou menos protraídas.

Deve-se considerar também que alguns casos de depressão relacionada ao trabalho podem estar associados com a exposição a algumas substâncias químicas.⁴³ Uma saída encontrada para auxiliar na compreensão do valor do trabalho na causação da doença, é classificar esses casos como sendo, segundo do CID-10, *Distúrbios Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F-43)*, *Distúrbios Somatoformes (F-45)* ou *Neurastenia (F-48)*. Para os profissionais de saúde que trabalham na vertente da Saúde do Trabalhador, ou seja, que incluem o processo de trabalho na compreensão da doença, essas classificações são insatisfatórias, já que não demonstram a conexão entre o trabalho e o adoecimento psíquico. Outra saída para melhorar o trabalho de vigilância em SMT é classificar esses casos como *Problemas Relacionados ao Emprego e Desemprego (Z-56)* ou *Esgotamento Profissional – Burn Out (Z-73)*. Segundo Selligmann-Silva (2007), essas classificações podem ser um ponto de partida para que os sistemas de saúde e os serviços médicos das empresas possam localizar nos processos de trabalho os fatores que promovem *distúrbios psíquicos* e assim fundamentar ações preventivas. Para a autora, no Brasil houve um avanço quanto ao registro das doenças psíquicas relacionadas ao trabalho com a publicação da *Lista de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho* em uma Portaria do Ministério da Saúde (Portaria No. 1339/GM, de 18 de novembro de 1999), bem como do *Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde* (Ministério da Saúde/OPS). Ao se utilizar dessas diretrizes, encaminha-se para um registro das doenças que identifica com maior clareza a relação dos adoecimentos psíquicos com o trabalho, o que

⁴³ Nos casos de intoxicação por substâncias químicas, a sintomatologia depressiva usualmente está relacionada aos transtornos mentais orgânicos, induzidos por substâncias, ou seja, não caracteriza um quadro primário. As substâncias que podem induzir o aparecimento de sintomas depressivos são: Brometo de metila; Chumbo e seus compostos tóxicos; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos; Sulfeto de carbono; Tolueno; Tricloroetileno; Tetracloroetileno; Tricloroetano; solventes orgânicos neurotóxicos; entre outros. (JARDIM; GLINA, 2000).

contribui para os estudos epidemiológicos da área, bem como para ações preventivas mais assertivas.

Para além do registro diagnóstico, outros pontos importantes para a Saúde do Trabalhador são: a *conduta* ante o caso e o *acompanhamento* do caso. Para essa abordagem em saúde, torna-se imprescindível *proporcionar cuidados* ao paciente com vistas a *aliviar sua sintomatologia*, avaliar com o paciente as possibilidades que ele tenha de *modificar sua interação no local de trabalho*, de modo a ficar mais favorável a ele, *orientá-lo sobre os riscos* que corre ao ser exposto a um ambiente insalubre, *diminuindo sua exposição aos mesmos*, *investir nos coletivos de trabalho* para garantir a segurança e a proteção à saúde e, se for o caso, *orientar a família* sobre os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho e sobre seus efeitos na família.

Certamente um dos pontos mais controversos dessa clínica é fazer uma avaliação das situações de trabalho relacionando-as ao adoecimento psíquico, especialmente com a depressão. Nesse sentido, é que se investe em ações de saúde que envolva profissionais de diferentes áreas, como a psicologia e a enfermagem, por exemplo. Segundo Silva *et al.* (2009, p.86),

O resgate das situações concretas de trabalho pode ser feito pela Análise Ergonômica do Trabalho (para compreender o espaço real do trabalho) e pela Psicossociologia do Trabalho (para compreender a subjetividade dos trabalhadores), enquanto disciplinas que podem auxiliar no processo de compreensão das experiências subjetivas e intersubjetivas do trabalho.

O aporte clínico e a análise da situação concreta do trabalho estão em constante interação no campo da Saúde do Trabalhador. Considera-se importante apreender as formas com que o trabalho se materializa no interior das organizações de trabalho, bem como o valor que ele tem em uma determinada sociedade, que está localizada em um tempo e em um espaço que lhe são peculiares. O modo como o trabalho se relaciona com a experiência subjetiva de cada um tem sido foco de estudo de alguns pesquisadores da área, especialmente da Psicologia do Trabalho (CODO; JACQUES, 2011; ROCHA, 2010; TITTONI, 1994; MENDES, A.M., 2007a e b; BENDASSOLLI; SOBBOL, 2011a), sendo ligados à dimensão concreta do trabalho e a uma clínica que se pretende social ou então vinculada ao ideário de saúde do campo do trabalho. Outros estudos partem do valor simbólico que tem o trabalho para a dimensão

subjetiva (JERUSALINSKI; MERLO; GIONGO, 2000; JARDIM, 2011; DURAND, 2010), apresentando-se como trabalhos articulados ao discurso da psicanálise.

Como outra possibilidade de apreender algo sobre a dimensão psíquica em sua relação com o trabalho, pode-se valer do que a clínica psicanalítica traz como outro olhar e escuta para o sofrimento em sua relação com o trabalho. O que aparece na clínica psicanalítica não está desvinculado do que acontece no contexto mais amplo da sociedade ou no contexto do trabalho. No entanto, uma diferença marcante desta clínica é considerar o sujeito um a um, não universalizando sua sintomatologia e não naturalizando seu sofrimento ou adoecimento, muito menos tentando lhe inculcar padrões de comportamento normalmente aceitáveis e desejáveis. Essa clínica também trata do sofrimento e do adoecimento compreendendo-os à luz dos destinos da sexualidade de cada sujeito em sua relação consigo e com os outros – o social.

A clínica das depressões no campo da psicanálise tem contado com um aumento significativo de casos nos últimos anos. Não se pode dizer que seja uma clínica que aborde a relação da depressão com o trabalho ou que pretenda estabelecer um nexo causal entre ambos – como pretende a Saúde do Trabalhador –, no entanto ela recolhe um conjunto de experiências que pode e deve fazer pensar a relação do homem com o trabalho e com a vida em sua totalidade. Mesmo na psicanálise, não se dispensam as análises sociológicas, filosóficas ou pesquisas de diversas áreas que versem sobre o homem e sua relação com a cultura, demonstrando que ela está atenta aos movimentos do homem na atualidade e considerando sua história nesse processo.

A psicanálise tem uma ética e uma técnica que são peculiares, no entanto, não se pode dizer que seja melhor ou pior que as outras clínicas. Como teoria e prática, engendra uma *performance* que interroga o sujeito e, por extensão, interroga a sociedade, tendo efeitos no campo social. Quanto às depressões, pode-se dizer que ao interrogar o sujeito sobre sua posição no mundo e ante o seu desejo, interroga também a lógica da produção e do consumo nesta sociedade e a relação que o sujeito tem com o tempo. Segundo Khel (2009), a partir da escuta de pacientes na clínica, ao considerar a depressão como um sintoma social, um sinal de mal-estar do sujeito da atualidade, necessariamente se aborda a relação do sujeito com o tempo e com o consumo. Sob a égide do capitalismo, o tempo é curto, sôfrego, devendo tudo ser realizado para ontem. O tempo do trabalho, por exemplo, se estende por

toda a vida do sujeito, sendo este suprimido por um tempo que é *corrido demais* para as altas exigências de produção, ou é *espaçoso demais*, já que não permite ao sujeito se desligar do trabalho.⁴⁴ Um dos efeitos dessa vivência sôfrega do tempo é o empobrecimento da vida psíquica, já que o sujeito não disponibiliza mais das condições necessárias de um bom tempo para fazer o registro das experiências de vida. O trabalho psíquico é empobrecido, já que o sujeito vive da efemeridade da vida dos *flashes*. Esse tempo que urge faz o depressivo se recolher para casa, para debaixo das cobertas, sem ter que enfrentar o vazio e o desamparo que lhe acometem. "O tempo vazio do depressivo recusa a urgência da vida contemporânea e remete a um outro modo de viver o tempo, que a modernidade recalçou ou, pelo menos, reprimiu." (KHEL, 2009, p.135).

Operando no campo clínico, pode-se dizer que depressão, ou os estados melancólicos, pode estar presente nas diferentes estruturas (neurose, psicose e perversão).

Depressão é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos junto à versão imaginária do Outro. O sofrimento decorrente de tais perdas de lugar, no âmbito da vida pública (ou, pelo menos, coletiva), atinge todas as certezas imaginárias que sustentam o sentimento do *ser*. O aumento da incidência dos chamados 'distúrbios depressivos', desde as últimas três décadas do século XX, indica que devemos tentar indagar o que as depressões têm a nos dizer, a partir do lugar até então ocupado pelas antigas manifestações da melancolia, como sintomas das formas contemporâneas do mal-estar (KHEL, 2009, p.49).

A depressão, então, se apresenta como ligada ao narcisismo, ao desejo e às vivências de perdas. Segundo Teixeira (2007), dois vértices podem ser considerados para compreender a depressão (ou melancolia): ou ela é *originada em uma situação da vida atual e determinada* do sujeito que o submete a uma posição frágil e exposta; ou ela é uma *condição de origem de estrutura psíquica*. No primeiro caso, fala-se de um conflito depressivo em função da "relação com o objeto ou o ideal, baseada no narcisismo, o que predispõe a organização psíquica do sujeito a estados melancólicos". E no outro vértice pode-se dizer que o sujeito "não conseguiu constituir

⁴⁴ Sobre as relações do tempo com o trabalho, sugere-se a leitura da dissertação *Algemas reais e imaginárias no mundo organizacional: a expansão do controle para além do tempo formal do trabalho*, de Cinthia Leticia Ramos (2013), orientada por José Henrique de Faria.

suas bases narcísicas a partir da relação com o objeto primário, permanecendo sem aqueles resquícios narcísicos da infância tão preciosos para a organização psíquica" (p.168).

A depressão, então, é um modo de ser e estar no mundo que diz, em termos clínicos, da eleição narcísica, da ambivalência, da perda e da identificação narcísica, ou seja, daquilo que o sujeito vivencia no processo de constituição do seu psiquismo, cujas manifestações clínicas se dão por meio do rebaixamento da autoestima, das autoacusações e do desinteresse pelo mundo (TEIXEIRA, 2007). Em termos clínicos, a compreensão sobre a vivência das perdas e da condição de desamparo do sujeito é um fator importante para o tratamento, já que fala da posição subjetiva assumida ante o desejo. E isso dá as balizas para a condução da cura. Se esses aspectos falam do mais particular da clínica, se falam da infância e da constituição psíquica dos sujeitos, eles são operadores importantes para o sujeito se questionar sobre a sua posição ante o seu desejo e às demandas do outro – que é, antes de mais nada, social. Em alguma medida a depressão fala desse social, fala de como as relações entre os sujeitos e entre o sujeito e o *Outro* são estabelecidas nesta sociedade.

Para Birman (2006), devem-se considerar dois aspectos relacionados à depressão na atualidade: a *baixa do limiar de tolerância ao sofrimento psíquico* e a *exposição continuada do sujeito a certas condições* de instabilidade, violência, rupturas, perdas, solidão e exigências não exequíveis no campo da ação, do sentimento e do corpo. Ainda, Khel (2009) traça uma referência importante para pensar a depressão em sua relação com o tempo.

O indivíduo moderno também não é senhor do seu tempo – a diferença é que ele já não sabe disso. 'Aproveitar bem o tempo' é um dos imperativos da vida contemporânea, que corresponde a uma série de possibilidades que de fato se abriram para o desfrute da vida privada nas sociedades liberais. O indivíduo, sob o capitalismo liberal, dispõe de uma enorme variedade de escolhas quanto ao desfrute de seu tempo livre, não mais regulado pelos ritos e pelas proibições da vida religiosa nem limitado pelas horas de luz ou pelo maior ou menor rigor das estações. Por outro lado, a marcação que caracteriza o tempo do trabalho (de forma desproporcional à oferta efetiva de oportunidades de trabalho) invade cada vez mais a experiência da temporalidade, mesmo nas horas ditas de lazer, marcadas pela compulsão incansável de produzir resultados, comprovações, *efeitos* de diversão, que tornam a experiência do tempo de lazer tão cansativa e vazia quanto a do tempo de produção (KHEL, 2009, p.124-125).

Não é incomum encontrar no sujeito que deprime as marcas de uma identificação com o significante *depressão*, que fala das dores do viver, mas que ao mesmo tempo confere uma identidade a esse sujeito, muitas vezes perdido e desorientado em relação a o que se identificar ou impossibilitado de se identificar com os ideias de homem dessa sociedade – o *super-homem*. As identificações históricas com os sintomas depressivos conferem um lugar privilegiado para estes sujeitos no discurso do Mestre – da medicina e da psiquiatria. Nos contextos organizacionais, muitas vezes, verifica-se a ocorrência de uma série de casos de adoecimento parecidos e antes desconhecidos pela instituição. Sob a marca de um mesmo diagnóstico, a organização deve enfrentar o fato. Isso pode se referir aos casos de lesão por esforço repetitivo, às depressões, ou às situações de assédio moral, por exemplo. Não se pode descartar a possibilidade de que sejam casos de adoecimento que passem por uma identificação histórica aos quadros de adoecimento, e que, em alguma medida, sinalizam um mal-estar do sujeito. Nesse sentido, a constatação de que a depressão seja a principal causa de afastamento do trabalho pode dizer, e muito, do que nessa relação vai mal. No entanto, num contexto de incertezas e da vivência de constantes perdas, estar deprimido pode conferir um lugar a esse sujeito, ou melhor, uma identidade. "A segurança identitária, mesmo às custas de uma psicopatologização, quase dispensa o sujeito de interrogação acerca de sua posição e de seu desejo." (KHEL, 2009, p. 214). Nesses termos, a depressão fala da posição subjetiva do sujeito, que não quer se questionar sobre seu desejo, que não quer se responsabilizar sobre o que lhe acomete, relegando ao médico, ao psicólogo e à ciência um saber sobre seu padecimento. Essa posição aponta uma contradição: o sujeito sofre, mas se beneficia do seu sofrimento.

Demissão subjetiva foi como Lacan designou a posição do sujeito que se deprime: aquele que sofre da única culpa justificável, em psicanálise, a culpa por ceder em seu desejo. Não se trata de supor que a alternativa para as depressões seria o domínio egóico e consciente do *objeto* do desejo. O desejo, em psicanálise, é por definição inconsciente – e seu objeto, perdido. A posição do sujeito ante o objeto (perdido) de seu desejo determina seu lugar no fantasma, de onde ele ensaia sua versão inconsciente a respeito do que o Outro quer dele. Dessa posição sobre a qual se sustenta a estrutura, o neurótico, forçosamente, deverá cair – se não na vida, certamente ao longo de uma análise. Mas o depressivo é aquele que se deixa cair [...] (KHEL, 2009, p.58).

Se o depressivo é aquele que se deixa cair, sua queda aponta que ele cede de seu desejo, mas que ao mesmo tempo não dá conta das exigências do Outro. Por isso, sucumbe. Segundo Khel (2009, p.103),

O depressivo é aquele que se retira da festa para a qual é insistentemente convidado; sua produção imaginária empobrecida não sustenta as fantasias que deveriam promover a crença na combinação aparentemente infalível entre o espetáculo e o capital. Os depressivos, cujo número parece aumentar na proporção direta dos imperativos de felicidade, são incômodos na medida em que questionam esse projeto. Daí seu parentesco com os melancólicos pré-modernos, que sofriam por ter caído do (suposto) lugar de onde pretendiam atender à demanda do Outro.

Nesses termos, pode-se entender a depressão como um sintoma social que sinaliza aquilo que resiste no sujeito. O sujeito resiste ao consumo e a seu ideal de felicidade, resiste ao imperativo de gozo a qualquer preço, resiste ao ideal de homem produtivo e bem-sucedido, resiste ao modelo de trabalhador ideal impetrado pelo capital. E seu sentimento de culpa por não corresponder a esses ditames do capital é o mais legítimo que pode haver em seu ser, já que revela que ele cedeu mesmo foi de seu desejo. Como sinaliza Quinet (1999), já que a tristeza é o afeto correlato à dor de existir, as formas de tristeza na atualidade podem ser entendidas como extravios do desejo. E se o desejo se extravia, o sujeito perde suas referências para fazer o laço ao outro e também para viver.

A psicanálise

entende o depressivo, assim como todo o ser falante, como um sujeito que se deu mal na estratégia escolhida para esquivar-se de um desejo (sempre enigmático). O psicanalista interpela o sujeito, não o corpo – ainda que a retificação subjetiva a que visa tenha efeitos sobre o funcionamento e a imagem corporais. Para a psicanálise, a medicação pode oferecer um auxílio valioso nos casos em que o deprimido não se sente em condições de comparecer ao consultório, nem de falar. A partir daí, o que a psicanálise oferece ao deprimido é a perspectiva de um percurso livre da pressa e da demanda do Outro – o que implica, entre outras, uma autorização para deixar de gozar. Livre dessa urgência, o analisando dispõe de um tempo distendido que caberá a ele preencher com sua fala, suas recordações, suas moções (tímidas, no início) de desejo (KHEL, 2009, p.297).

Essa proposta de trabalho visa à subjetivação do mal-estar que acomete o sujeito. Um trabalho psíquico afeito aos preceitos da clínica psicanalítica. Certamente um trabalho nestes moldes da clínica em intenção não cabe no contexto do trabalho,

ou na clínica que visa à Saúde do Trabalhador (Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador), no entanto, não se pode desconsiderá-la como um recurso que possibilita uma via para a subjetividade.

Pensarmos as condições possíveis de subjetivação do "mal-estar" na atualidade, visando sua simbolização como saída que envolva um processo criativo, demanda a necessidade de um "espaço" possível para o desdobramento das subjetividades por entre as brechas e fissuras dos discursos sociais que tendem a assujeitar as individualidades. Em suma, a possibilidade de criatividade simbólica como tarefa de significação e produção de sentido, que ponha em movimento o ser de desejo, depende, necessariamente, da capacidade e da permissividade, vinda do outro, de incitar as dimensões da dúvida, seja esta com relação a um diagnóstico e a uma prescrição terapêutica (no caso das depressões), seja na sua totalidade com relação às "verdades" sobre o ser humano disseminadas ideologicamente na contemporaneidade (TAVARES, 2010, p.162-163).

Fazer incidir o discurso da psicanálise no campo da Saúde do Trabalhador, especialmente no que se refere à Saúde Mental no trabalho e às depressões relacionadas ao trabalho, é abrir as vias para um processo de simbolização e subjetivação desses sujeitos que são acometidos pelo mal-estar que assombra as instituições de trabalho e o mundo do trabalho como um todo. Não que outras clínicas não possam acessar a subjetividade dos trabalhadores, mas o que se pode entender das clínicas em vigência no campo da saúde do trabalho, é que estão voltadas para aquilo que do corpo promove a doença, ou para aquilo que do trabalho e do processo de produção produzem a doença. A proposta da psicanálise, então, é compreender esse padecimento psíquico tão usual no mundo do trabalho – a *depressão* – desde a posição do sujeito em sua relação com os outros. Não se trata de uma individualização ou de uma localização no sujeito das causas do adoecimento. Mas de uma posição de tratamento que visa a que o sujeito se interrogue sobre a sua responsabilidade no adoecimento, buscando as formas de enfrentando que lhe implique, com o mais íntimo do seu ser, num resgate de seu desejo e na busca de outra posição subjetiva no mundo. Esse trabalho psíquico interroga a todo tempo a forma como os laços são estabelecidos nessa sociedade, questionando por extensão a forma de organização da vida e do trabalho no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo – que é a forma de organização e de produção social vigente na atualidade. Pode-se dizer que é um trabalho do sujeito que por extensão tem efeitos

no social, e que, portanto, tem uma implicação política, já que visa questionar e construir outras formas possíveis do viver e das relações entre os homens.

Ao entender a depressão como um sintoma social que sinaliza o mal-estar na atualidade, abre-se a via para articular aquilo que é do mais íntimo de cada um àquilo que é o mais geral de uma sociedade. É da clínica do caso a caso, da singularidade e da particularidade, que se parte para analisar e intervir sobre o que é particular de uma sociedade, ou seja, a forma como são estabelecidas as relações, as regras de convivência e o modo de produção da existência. Nestes termos, questionar é diferente de denunciar. Ao questionar, implica-se o sujeito e a sociedade em sua responsabilidade sobre os fatos, o que, na lógica da psicanálise, a partir de um trabalho que é sempre árduo, abre a possibilidade de mudanças. Ao questionar o ideal de felicidade, produtividade, consumo e bem-estar possibilita-se que os sujeitos possam criar e reinventar suas vidas mais em conformidade com seu desejo e com sua sexualidade, incorporando a tristeza e o mal-estar nas formas de viver. Isso indica a possibilidade de resistir àquilo que está em desacordo entre a exigência do Outro e o desejo do sujeito, de lidar de uma forma mais humana com o conflito e de tolerar as diferenças. Se a depressão, que incapacita e tira do convívio social aqueles que cedem de seu desejo, tiver um lugar de enigma para esta sociedade, e se ela puder ser trabalhada em sua relação com o social, pode-se, por intermédio dela, resgatar a possibilidade de uma vida mais humana e mais afeita à incidência do sujeito no campo social.

No que tange ao trabalho do professor na universidade, dois pontos devem ser considerados para a compreensão dos destinos da libido em sua relação com o trabalho: a *vivência do tempo* e a *reprodução da lógica do capital* nas atividades de trabalho. Em relação à vivência do tempo, observa-se que cada vez mais o tempo para a elaboração psíquica na realização do trabalho é exíguo. A ordem é produzir, sempre e mais, para atender às necessidades de um produtivismo acadêmico. Isso tem consequências para a produção do conhecimento, que é cada vez mais constituído sem contar com a riqueza da dimensão humana e subjetiva neste processo, já que as pesquisas experimentais dominam a ciência e o sujeito não disponibiliza do tempo necessário para as articulações imprescindíveis ao amadurecimento de sua produção. Da mesma forma, o tempo do trabalho invade a vida do sujeito, que para atender às exigências de produção ou estar em dia com as atualizações necessárias

à sua atividade, trabalha fora do local e do horário previstos. O tempo livre, de lazer, vira tempo de trabalho e muito do que se faz neste tempo livre se refere a alguma atividade que possa colocar esse profissional em condições de ser e estar mais competitivo no trabalho. Outro aspecto que se faz presente no trabalho docente é a lógica do trabalho na fábrica: as aulas devem ter qualidade, a *performance* do professor é avaliada pelos alunos, sua conduta em sala e na relação com os alunos está pautada por um manual de ética e boa conduta no trabalho e sua carreira está orientada por regras institucionais que prezam pela meritocracia. Assim, pouco espaço existe para que o sujeito se coloque na relação com seus alunos, para que possa expressar de forma livre sua articulação de conteúdos e propor uma avaliação que seja coerente aos seus preceitos de ensino. Essa é a lógica do sistema de capital: que a produção seja perfeita, de uma qualidade anteriormente estabelecida e que não saia dos padrões previstos. A possibilidade de transgredir a isso é o que imprime ao trabalho do professor a existência do sujeito, com seu desejo e sua forma de gozo, em sua relação com o trabalho. No entanto, nem todos são capazes de driblar essas regras e reinventar esse sistema preestabelecido de trabalho, e em alguma medida padecem por isso, pois não conseguem sublimar pelo trabalho. Esse é o mal-estar que se presentifica no trabalho do professor, que pela impossibilidade de se reconhecer no trabalho, pelo vazio que o trabalho incita, pelas usuais vivências de perdas no trabalho, paga com o seu ser: padece de depressão.

5 CLÍNICA E POLÍTICA: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso até aqui realizado empreendeu uma análise de como a doença e o sofrimento são tratados em um campo e uma clínica dedicados ao indivíduo em sua relação com o trabalho. Pode-se dizer da Medicina do Trabalho que esta *imputa ao corpo a causa e a responsabilidade pelo adoecimento*, e da Saúde do Trabalhador que esta *considera que as condições de trabalho degradantes e precarizadas são a causa do adoecimento*. Ambas as áreas, portanto, *não deixam espaço à implicação do sujeito naquilo que lhe acomete*. Assim, o lugar do sujeito nessas elaborações discursivas e práticas ligadas à saúde é desconsiderado ou negado.

Tomando-se como campo empírico o adoecimento e o trabalho de professores em uma universidade pública federal, percebe-se, na instituição que os acolhe e da qual fazem parte, que as práticas de saúde ora visam reabilitar o corpo para o trabalho, ora buscam nos processos de trabalho o local em que deve haver uma intervenção para que este não promova mais o adoecimento. No entanto, essas práticas não possibilitam um tratamento em que o trabalho psíquico seja primordial para superar as adversidades de uma sociedade que cada vez mais põe em seu horizonte as necessidades de produtividade, a urgência do consumo e o descaso com as relações humanas significativas e duradouras.

Pode-se dizer que se considera o sujeito que trabalha e o próprio trabalho como sendo datados e determinados pelo movimento de desenvolvimento das forças produtivas sob a égide do capital. Esse movimento é perpassado pelas relações de poder e pelos ditames que o sistema de capital imputa ao homem. Se atualmente o trabalho do professor é referenciado por uma série de transformações que o tornam um trabalho vazio de sentido e significado, hierarquizado, desvalorizado, estranhado, competitivo, individualizado, intensificado, atravessado pela ordem do produtivismo acadêmico e cada vez menos autônomo, sabe-se que isso tem consequências para a vivência e a produção de subjetividades relacionadas ao trabalho. Essa forma de trabalho é disseminada nos aparatos mais gerais da sociedade. Pode-se tomar como modelo de reprodução dessa forma de trabalho, aquele que é realizado no contexto das fábricas, especialmente na indústria automobilística. Rapidamente a ideologia deste trabalho e suas práticas são alastradas para as escolas, para as famílias e para

a sociedade como um todo. Isso é percebido nos sistemas de avaliação das escolas, nas exigências de produtividade e qualidade nos estudos, no *rankeamento* dos alunos, nos sistemas de meritocracia, na competitividade e no individualismo exacerbados. Isso que é o trabalho na fábrica, que em alguma medida se distancia da finalidade do trabalho humano, pois é atravessado pela lógica instrumental e racionalista, é disseminado como sendo a forma correta e adequada de trabalhar, ou seja, como norma. Trata-se, então, de um sistema de trabalho e de vida sob a égide do capital que torna a vida, o trabalho e as relações pouco investidos da libido do sujeito, pois não dá muito espaço para isso. Como sinaliza Khel (2009, p.27), "nenhuma reflexão crítica sobre a ordem social pode prescindir da análise dos dispositivos de engajamento libidinal dos sujeitos nas estruturas simbólicas que a determinam". Assim, para compreender a relação do sujeito com o trabalho e seus efeitos sobre a subjetividade e o adoecimento, deve-se empreender uma investigação sobre as possibilidades e impossibilidades de o sujeito se realizar neste trabalho, por via de sua libido, ou seja, pelo desejo e pelo gozo.

Não se pode considerar que as mudanças e transformações no mundo do trabalho ou no trabalho concreto sejam desprovidas da ação ou da intenção dos homens. Isso significaria dizer que o homem é um fantoche e que somente absorve essas determinações sociais, sem estar implicado nelas. Ao contrário, na análise que aqui se empreende, há muito do humano e do homem hipermoderno nestas novas determinações sociais de produção e reprodução da existência. Isso leva à indagação do lugar que o sujeito ocupa nessas relações e como, em alguma medida, resiste ou transgride pouco a um sistema que está aliado às exigências do capital. Tomando como referencial para análise os discursos de Lacan, entende-se que o sujeito, amarrado às tramas simbólicas do discurso capitalista se relaciona com objetos efêmeros e que seu saber está mediado pelo saber da ciência. É um sujeito que vale o que valem seus meios, o que ele tem para saber (SOLER, 1998). No entanto, sabe-se que tem um saber que não se presta à comercialização: o saber inconsciente, que resiste à industrialização e sinaliza o que é o mais singular e próprio de cada um. Quando esse saber não pode se colocar na relação do sujeito com o trabalho, o sujeito faz sintoma, indica que naquela relação algo vai mal. Essa compreensão sobre o adoecimento psíquico, que parte do sujeito e sua dinâmica, não é a mesma compreensão que se tem do adoecimento ao considerar as causas orgânicas ou

sociais do adoecimento. Não é o caso de desconsiderar esse organismo ou as condições concretas de vida social e trabalho na articulação com a doença. Esses saberes podem ser necessários, mas não são suficientes para explicar os casos de depressão e seu significativo aumento, seja no trabalho, seja em toda a sociedade. Se, como ensinou Freud, a pulsão é um conceito limite entre o psíquico e o somático, isso indica que só o corpo ou o organismo não são suficientes para explicar o sintoma psíquico. Para apreendê-lo é preciso que o corpo falante libidinal entre em cena.

Desde outro lugar, que é um lugar da clínica psicanalítica, pode-se empreender o processo de análise do sintoma do sujeito, não suprimi-lo, e tomá-lo em sua particularidade. Isso significa uma posição ética e política que não se assemelha às práticas encontradas hoje no campo da saúde em sua interface com o trabalho. Diante disso, entende-se que ao suprimir o sintoma, deixa-se escapar a possibilidade de entender seu sentido, incluindo o não sentido, ou seja, nega-se e desconsidera-se a existência do sujeito, que fala pelo seu sintoma.

A ética da psicanálise nos indica que há algo de irreduzível na relação do homem com a cultura, ou seja, que há algo irreduzível a toda identificação ou idealismo universalizante e que coloca a questão da singularidade e da liberdade dos sujeitos. Isso que é irreduzível não permite uma articulação a qualquer doutrina política, já que elas se pretendem universalizantes ou detentoras de uma verdade que fale daquilo que é o bem para todos. Articular a clínica psicanalítica à política incide em que a ética da psicanálise esteja presente, portanto, que daquilo que não se abre mão é a da possibilidade de emergência do sujeito. Em última análise, se o sintoma é aquilo que numa instância derradeira sinaliza a possibilidade de gozo do sujeito, seria possível questioná-lo? A política da psicanálise, que é a política do sujeito, portanto do sintoma e do desejo, considera que sim, que é possível e deve-se questioná-lo. Para a psicanálise, há algo ingovernável nos sujeitos e por isso mesmo a psicanálise deve fazer frente à política. Ao colocar que a política é a política do sintoma, sabe-se que sempre haverá algo nos sujeitos que escapa ao controle e ao governo. A psicanálise não visa comandar o desejo, o sintoma ou o mais-de-gozar, antes, ela busca elucidá-los. Há algo no desejo que é impossível de universalizar. É por isso que as políticas de saúde atuais, ao se pretenderem universais e generalizantes, não são direcionadas à emergência dos sujeitos. Nestes termos, vale lembrar Lacan, que sempre se fez afeito à análise dos movimentos do homem na atualidade e sempre

insistiu na incidência política da psicanálise – essa incidência que marca a importância do sintoma e está "encarregada de ir de encontro ao real que causa o sintoma" (SOLER, 1998, p.284).

Da modernidade à atualidade há novas formas de configuração das subjetividades, especialmente em função da relação do sujeito com o tempo e o espaço. Na atualidade o espaço tende a englobar o tempo, e o registro das experiências psíquicas fica empobrecido. No caso das depressões, pode-se dizer que elas são atualmente a forma mais contundente do mal-estar, já que "o mal-estar é o signo privilegiado e a caixa de ressonância daquilo que se configura nas relações do sujeito consigo mesmo e com o outro [...]" (BIRMAN, 2012, p.55). Se a saída da psiquiatria moderna é medicalizar esse mal, embasada que está no aparato científico, suprime-se o sujeito na condução do tratamento, mas os efeitos desse mal-estar continuam sendo reverberados para todos os lados. Pode-se dizer que a psiquiatrização do social, com a inclusão da tristeza como um mal a ser combatido, juntamente com a experiência do vazio, são importantes balizadores do mal-estar na atualidade. As queixas mais comumente encontradas na clínica são as queixas de *vazio*, de que *não há nada dentro de si*, que *já não há mais vitalidade* para a vida, para o envolvimento com as coisas ou com as pessoas. Para Birman (2012), essas pessoas perderam o sentido da sua existência e do mundo e não encontram mais razão para existir. A potência para a vida e para o trabalho se esvaiu, imperando nesses sujeitos a apatia e a impotência. Essas queixas, no entanto, falam daquilo que se manifesta fenomenologicamente do acometimento psíquico do sujeito. Em termos de uma leitura psicanalítica, pode-se dizer que "o real que nos habita provoca seu próprio desconhecimento e se manifesta na opacidade do sintoma de cada um ou do mal-estar na civilização" (AFLALO, 2012, p.149).

A depressão, como principal causa de afastamento do trabalho, indica que há um mal-estar na relação do sujeito com o seu trabalho e com a civilização. No entanto, ao mesmo tempo que esse quadro nosológico indica um conjunto de sintomas presentes no sujeito, não se pode desconsiderar que sob o signo da depressão fala-se também das tristezas do homem em sua relação com outros homens e com a civilização. Deve-se apreender, portanto, que a tristeza nem sempre é um sintoma, já que o sintoma decorre de uma escolha inconsciente. Por isso mesmo, cada sintoma é incomparável a outro sintoma, já que ele é signo da singularidade de cada sujeito,

da maneira que o sujeito tem de lidar com o gozo que o habita. Assim, para cada um, o trabalho deve ser tomado numa via particular, ele tem um sentido específico para cada sujeito. Ele é o que liga o sujeito ao mais coletivo da relação, mas também é expressão daquilo que é o mais particular de cada um, como possibilidade de investimento de sua libido, portanto de seu desejo e de seu gozo, no social. O trabalho diz de um laço social, certamente o mais evidente na atualidade, mas um laço que é determinadamente perpassado pelo discurso do capital. Quando esse laço perde o sentido e aciona do sujeito o seu vazio, quando implica as questões narcísicas do sujeito, quando demanda do sujeito que tenha que se haver com as perdas constantes existentes no mundo do trabalho, ele passa a ser um trabalho e um conjunto de relações que podem fazer adoecer.

Com todas as considerações sobre o adoecimento e o trabalho, não se pode dizer que o trabalho faça adoecer da mesma forma, ou que todos os sintomas são expressão da mesma realidade inconsciente. Se eles dizem de algo subjetivo, é justamente do mal-estar de cada sujeito em sua relação com a civilização. No entanto, para cada sujeito, que tem no sintoma a expressão de seu desejo e de sua forma de gozo, o padecimento se dá de uma maneira particular e única. Aqui é que os campos da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador não dão conta dessa dimensão do sintoma e do adoecimento psíquicos que diz do sujeito. Por isso é que se insiste na noção de que nestes campos o sujeito desaparece, pois não é considerado naquilo que determina o sofrimento e o adoecimento. Mesmo nas teorias sobre a subjetividade em sua relação com adoecimento psíquico relacionado ao trabalho que se dizem de orientação psicanalítica, pouco se percebe do sujeito ali, pois não se investe em uma clínica ou em uma atuação que faça valer os pressupostos que dão acesso ao sujeito, ou seja, que sejam intrínsecos ao discurso e à política da psicanálise.

Por mais que a Saúde do Trabalhador represente um avanço na forma de compreender o adoecimento no trabalho, especialmente o adoecimento psíquico, ao trazer a visada de que os processos sociais podem promover a doença, ou seja, uma visada que transpõe a doença relacionada ao organismo, ainda assim, ela não dá conta do sujeito, como conjecturado pela psicanálise. Dois pontos marcantes que demonstram isso é a utilização do conceito de saúde da OMS, que preconiza um ideal de saúde e a utilização dos manuais classificatórios das doenças. Além do

mais, trata-se de uma clínica que, ao classificar, generaliza. Ao se propor intervir nos processos de trabalho e ao afastar o sujeito do trabalho, acaba fazendo pelo sujeito uma operação de reforma, que em alguma medida desresponsabiliza o sujeito pelo seu sintoma, tornando-o um acessório no enfrentamento das situações que lhe causam prejuízo. Deve-se estar atento e advertido de que as leituras sobre o adoecimento e as intervenções no âmbito da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador *naturalizam as determinantes da doença e universalizam o adoecimento e o tratamento*. Assim, para esse campo da saúde e sua clínica, o padecimento psíquico não é de cada sujeito, mas de um coletivo de sujeitos, que sob determinadas situações reage da mesma forma, padece e adocece da mesma forma, tendo como direito o mesmo tratamento.

É na direção de atribuir outro sentido para a depressão ou os transtornos mentais em sua relação com o trabalho, que se trilhou o caminho percorrido até aqui. Para tanto, buscou-se em Freud as bases para compreender a incidência da sexualidade nas atividades humanas e todo seu esforço em realizar uma análise dos sintomas que considerasse a relação do sujeito com a civilização. Isso para dizer que os sintomas, que são do sujeito, em alguma medida, sinalizam o mal-estar de uma época histórica. Mas que estes sintomas ao mesmo tempo que sinalizam um mal-estar, apontam para aquilo que é o mais íntimo de cada sujeito – seu desejo e seu gozo. A teoria dos discursos de Lacan permitiu uma articulação acerca do lugar que o sujeito ocupa nas relações sob a égide do capital, e seus efeitos sobre o sujeito e a civilização. Um sujeito dejetado, uma civilização do efêmero, calcada em laços sociais frágeis, em regras pouco efetivas e relações de consumo desmedidas. Esse cenário, desenhado sobre o concreto das relações e do sistema simbólico que as enlaça, faz o sujeito adoecer, pois o afasta de seu desejo ou o torna insignificante do ponto de vista da vivência subjetiva. Quem dita a ordem do desejo é o capital – pela demanda de produção e de consumo.

A tese aqui defendida, de que *há uma insuficiência teórica nos campos da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador nas abordagens sobre o conjunto de problemas concernentes à saúde física e mental do sujeito trabalhador, seja por exclusivamente imputar ao corpo a causa e a responsabilidade por seu adoecimento, seja por considerar que apenas as condições de trabalho degradantes e precarizadas são a causa do adoecimento, não deixando espaço à implicação do sujeito naquilo*

que lhe acomete, demandou então uma outra leitura acerca da Saúde Mental no trabalho. Uma leitura que se calcou nos pressupostos da clínica psicanalítica e que, portanto, visa como horizonte político fazer incidir no campo da saúde relacionada ao trabalho o discurso psicanalítico.

A incidência do discurso psicanalítico no campo da *Saúde em sua interface com o Trabalho* se dá na medida em que seja possível questionar uma formação discursiva e uma prática que não sejam voltados ao sujeito e ao sintoma. Incidir o discurso da psicanálise no campo de uma saúde que se pretende coletiva e voltada para o trabalhador é promover um movimento em que se considere a particularidade do caso, em que se questione a naturalização da doença, em que se localize no sujeito em sua relação com o social a causa da doença, em que se questione o discurso vigente e as relações estabelecidas sob a égide do capital, enfim, que vise ao sujeito e o responsabilize por seu sintoma como a forma mais radical de resistência a um sistema que cada vez mais suprime o sujeito.

Fazer incidir o discurso da psicanálise não é promover uma clínica psicanalítica em intenção dos casos de depressão ou de outros transtornos mentais relacionados ao trabalho, até porque não teria razão de fazê-lo neste contexto. No entanto, a incidência do discurso se dá na medida em que sujeitos atravessados pelo discurso da psicanálise tenham um lugar no campo social e possam questionar a ordem vigente desde a ética da psicanálise e propor um trabalho clínico e institucional que considere o sujeito.

Concorda-se com Aflalo (2012, p.70) quando ela diz:

O sintoma *psi* sempre responde ao discurso dominante. Ele é sentido como mal-estar por não dar vez à singularidade de cada um, razão pela qual é legítimo dizer que não há clínica do sujeito sem clínica da civilização. De fato, o sintoma é cativo da civilização, mas isso não o torna social: ele pertence ao sujeito.

Nesses termos, fazer uma clínica do sujeito é fazer uma clínica da civilização. E isso é fazer incidir o discurso psicanalítico, seja no *campo institucional*, onde se dá o atendimento de trabalhadores diagnosticados com depressão, seja no *campo da saúde pública*, para onde muitos desses casos são encaminhados, seja na *sociedade em geral*, já que o psicanalista é eventualmente convidado a falar e fazer suas análises sobre os eventos traumáticos de uma sociedade.

REFERÊNCIAS

AFLALO, Agnés. **O assassinato frustrado da psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

AGUIAR, Fernando. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v.39, n.70, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2012.

ALBERTI, Sonia. Le discours capitaliste et le malaise dans la civilisation. **Hétérité**, Paris, França, v.1, p.83-104, 2001.

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello de (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ARAUJO, Luiz César G. de. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAUJO, Tânia Maria de; SENA, Ivone Paranhos de; VIANA, Márcia Azevedo; ARAÚJO, Edna Maria. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.149-159, jul./dez. 2005.

BARIANI, Isabel Cristina Dib; BUIN, Edimariz; BARROS, Raquel de Camargo; ESCHER, Carolina de Aragão. Psicologia escolar e educacional no ensino superior: análise da produção científica. *Psicologia Escolar e Educacional*, v.8, n.1, p.17-27, 2004.

BARROS, Celso A. de; GUIMARÃES, Líliliana A. M. Lesões por esforços repetitivos – LER: aspectos psicológicos. In: GUIMARÃES, Líliliana A. M.; GRUBITTS, Sonia (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v.1. p.59-69.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011a.

_____. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011b. p.3-21.

BERCHERIE, PAUL. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BERLINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. A clínica das depressões: questões atuais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.3, n.2, p.9-25, 2000.

BIRMAN, Joel. **O mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MPS/DATAPREV, 2010. v.19. 868p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2.ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CALAZANS, Roberto; IWASAWA, Tiago. Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.191-205, jul./dez. 2010.

CALDAS, Andréa do Rocio Desistência e resistência no trabalho docente: um estudo das professoras e professores do ensino fundamental da rede municipal de educação de Curitiba. 164f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

CALDAS, Heloisa; ALTOÉ, Sonia (Orgs.). **Psicanálise, universidade e sociedade**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011.

CAMARGO, Duílio Antero de; CAETANO, Dorgival; GUIMARÃES, Liliana A. M. **Psiquiatria ocupacional**: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Atheneu, 2010.

CAMARGO, Duílio Antero; OLIVEIRA, José Inácio de. Psiquiatria ocupacional e sua interface com a medicina do trabalho. In: CAMARGO, Duílio Antero de; CAETANO, Dorgival; GUIMARÃES, Liliana A. M. **Psiquiatria ocupacional**: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Atheneu, 2010. p.15-21.

CAMPANA, Carlos Luiz. Ramazzini. O clínico. In: RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000. p.313-322.

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.1, p.21-29, jan./jun. 2002.

CARMO, Paulo Sergio do. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CARVALHO, Diana. A psicologia frente a educação e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.1, p.51-60, jan./jun. 2002.

CHAVES, Sandra Souza da Silva; FONSÊCA, Patrícia Nunes da. Trabalho docente: Que aspectos sociodemográficos e ocupacionais predizem o bem-estar subjetivo? **PSICO**, Porto Alegre, v.37, n.1, p.75-81, jan./abr. 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CODO, Wanderley. Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, n.2, p.20-24, 1988.

_____. Uma revolução silenciosa em saúde e trabalho no Brasil. In: MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs;). **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa – o NTEP e a Previdência Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p.11-19.

_____. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley. **Saúde mental & trabalho**: leituras. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p.173-190.

CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça. Introdução. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Orgs.). **Saúde mental & trabalho**: leituras. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p.17-28.

CRUZ, Roberto Moraes. Nexo técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica para o Ntep. In: MACHADO, Jorge; SORATO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa: o Ntep e a Previdência Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p.256-272.

DARRIBA, Vinicius Anciães. **A violência na experiência da psicanálise**. Texto apresentado no III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Niterói, 2008. (Não publicado).

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortes-Oboré, 1992.

_____. Prefácio. In: MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.119-145.

DELOUYA, Daniel. **Depressão**: coleção clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DUARTE, Adriana. A produção acadêmica sobre trabalho docente na educação básica no Brasil: 1987-2007. **Educar em Revista**, Curitiba, n. especial 1, p.101-117, 2010.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: KYRILLOS NETO, Fuad; CALAZANS, Roberto. **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs**. Barbacena: EdUEMG, 2012. p.33-74.

DURAND, Mariba. **O medo no trabalho e na vida social: estudo psicanalítico da subjetividade brasileira**. São Paulo: Annablume, 2010.

ESPÍNOLA, Ademário Galvão. Entrevista com o professor Raimundo Estrêla. In: RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000. p.323-325.

FACÓ, Maria Lopes. **Um mosaico da depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais**. São Paulo: Escuta, 2008.

FARIA, José Henrique de. **Comissões de fábrica: poder e trabalho nas unidades produtivas**. Curitiba: Criar, 1987.

_____. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: UFPR, 1997.

_____. **Economia política do poder**. Curitiba: Juruá, 2004. 3v.

_____. **Epistemologia crítica, metodologia e teoria em estudos organizacionais**. Curitiba: EPPEO, 2012. (Workigng Paper).

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relime-Dumará, 1997.

FLECK, Marcelo P. de A.; LAFER, Beny; SOUGEY, Everton B.; Del PORTO, José Alberto; BRASIL, Marco Antonio; JURUENA, Mario Francisco. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.2, p.114-122, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREITAS, Joana Alice Ribeiro de. **Análise do sofrimento psíquico de trabalhadores de uma instituição pública federal**. Monografia apresentada ao Curso de Psicologia, UFPR, Curitiba, 2010.

FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1898/1988. v.3. p.249-270.

_____. A interpretação dos sonhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1900/1988. v.4. p.39-363.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1905/1988. v.7. p.119-231.

_____. Moral sexual civilizada. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1908/1988. v.9. p.167-186.

_____. Cinco lições de psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1909/1988. v.11. p.3-51.

_____. Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor - contribuições à psicologia do amor II. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1912/1988. v.11. p.159-174.

_____. O instinto e suas vicissitudes. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1988.

_____. Luto e melancolia. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1917/1988. v.14. p.245-270.

_____. Além do princípio do prazer. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1920/1988. v.18. p.13-75.

_____. Psicologia das massas e análise do eu. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1988. v.18. p.79-154.

_____. O futuro de uma ilusão. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1927/1988. v.21. p.13-63.

_____. O mal-estar na civilização. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1988. v.21. p.67-148.

_____. Por que a guerra? In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1933/1988. v.22. p.191-208.

_____. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Coordenação de Tradução: Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2004. v.1. 244p.

FUKS, Betty B. **Freud e a cultura**. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

GARCIA, Juan César. História de las instituciones de investigación em salud em América Latina, 1880-1930. **Educación Médica en Salud**, v.151, p.71-88, 1981.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Artigos de metapsicologia, 1914-1917**: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente. 7.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. v.1.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.2, p.189-199, maio/ago. 2005.

GAY, Peter. **Freud**: uma vida para nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GODINO CABAS, Antonio. **O sujeito na psicanálise de Freud e Lacan**: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GÓIS JUNIOR, Edivaldo. Movimento higienista na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **ConScientiae Saúde - Revista Científica, UNINOVE**, São Paulo, v.1, p.47-52, 2002.

GOMES, Jorge da Rocha. 2000: ano comemorativo do tricentenário da primeira edição do Livro de Bernardino Ramazzini. As doenças dos trabalhadores: uma obra instigante. In: RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000. p.297-311.

GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.13, n.1, p.133-148, 2010.

GUERRA, Andrea Maris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: CRV, 2010.

GUIMARÃES, Liliana A. M.; CARDOSO, Wilma L. C. D.; GRUBITTS, Sonia; MARTINS, Daniela de A. Prevalência de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. In: GUIMARÃES, Liliana A. M.; GRUBITTS, Sonia (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v.1. p.49-57.

HANS, Luiz Alberto. Comentários do editor brasileiro. In: FREUD, Sigmund. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Coordenação geral da tradução: Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p.137-144.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **Fenomenologia do espírito**. Petrópolis: Vozes, 1988.

_____. **A fenomenologia do espírito**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

JACQUES, Maria da Graça C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade** [online], v.15, n.1, p.97-116, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

JARDIM, Sílvia. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.36, n.123, p.84-92, 2011.

JARDIM, Silvia Rodrigues; GLINA, Débora Miriam Raab. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: GLINA, Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther (Orgs.). **Saúde mental no trabalho**: desafios e soluções. São Paulo: VK, 2000. p.17-52.

JERUSALINSKI, Alfredo; MERLO, Álvaro C.; GIONGO, Ana Laura (Orgs.). **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

JOHNSTONE, Rutherford T. **Medicina del trabajo e higiene industrial**. Buenos Aires: Nova, 1955.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. 5.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

KHEL, Maria Rita. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

KLEIN, Lígia Regina. **A construção das categorias infância e adolescência sob a produção fabril**: contribuição ao debate pedagógico. 129f. Relatório Final de Pós-Doutorado - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 7.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LACAN, Jacques. **O Seminário livro 7**: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1959-1960/2008.

_____. **O Seminário livro 8**: a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960-1961/1992.

_____. **O Seminário livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1962-1963/2005.

_____. **O Seminário livro 16**: de um outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968-1969/2008.

_____. **O Seminário livro 17**: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969-1970/1992.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p.238-324.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p.496-533.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, n.32, p.8-14, dez. 2001.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 432f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Textos 3: medicina social**. São Paulo: Global, 1983. p.1-22.

LHUILIER, Dominique. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p.22-58.

LIMA, Maria Elizabeth A. Trabalho e saúde mental no contexto contemporâneo de trabalho: possibilidades e limites de ação. In: ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luiz; MOTA, Daniel P. **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTR, 2011. p.162-172.

LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Bracarolla, 2004.

LUSTOZA, Rosane Z. O discurso capitalista de Marx a Lacan: algumas consequências para o laço social. **Revista Ágora**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.41-52, jan./jun. 2009.

MAISONNAVE, Fabiano. Na China, iPad sai de complexo semimilitar. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 abr. 2011. Mercado. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/me2404201102.htm>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

MANCEBO, Deise. Agenda de pesquisa e opções teórico-metodológicas nas investigações sobre trabalho docente. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.28, n.99, p.466-482, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

MARX, Karl. **Teses contra Feuerbach**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MENDES, Ana Magnólia. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: _____ (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a. p.29-48.

_____. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In: _____ (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b. p.49-62.

MENDES, René. A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois. In: RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000. p.275-283.

_____. (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2007a. v.1-2.

_____. Conceito de patologia do trabalho. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2007b. v.1. p.47-92.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, p.341-349, 1991.

MENDES, René; WAISSMANN, Willian. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2007. v.1. p.3-46.

MENEZES, Karia J.de. **Saúde do trabalhador em questão**: uma análise das concepções de saúde de profissionais que trabalham em um serviço de segurança e saúde ocupacional. Monografia de Conclusão de Curso - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MEZAN, Renato. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Bernardino Ramazzini - pai da medicina do trabalho - Tricentenário da Publicação do *De Morbis Artificum Diatriba*. In: RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000. p.285-296.

NOGUEIRA NETO, Delphim Soares. **Mal-estar no trabalho**: um estudo sobre suas formas de expressão no contexto do individualismo contemporâneo. 190f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Cláudio. O chiste, a mais-valia e o mais-de-gozar ou o capitalimo com uma piada. **Revista Estudos Lacanianos**, v.1, p.57-68, 2008.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. A reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.25, n.89, p.1127-1144, set./dez. 2004.

OMS. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde. Lisboa: World Health Organization, abr. 2002.

OSBORN, Reuben. *Psicoanálisis y Marxismo*. Buenos Aires: Siglo Veinte, 1943.

PAGÈS, Max; BONETTI, Michel; GAULEJAC, Vincent de; DESCENDRE, Daniel. **O poder das organizações**. São Paulo:Atlas, 1987.

PAIS, Keila Cristina. **A produção acadêmica sobre trabalho docente no ensino superior no Brasil do período compreendido entre 2000 e 2010**. Monografia de Conclusão de Curso - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

PAPARELLI, Renata; SATO, Leny; OLIVEIRA, Fábio de. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.36, n.123, p.118-127, 2011.

QUINET, Antonio (Org.). **Extravios do desejo**: depressão e melancolia. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 1999.

_____. A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, Antonio *et al.* (Orgs.). **Psicanálise, capitalismo e cotidiano**. Goiânia: Edições Germinal, 2002a. p.31-38.

_____. Não há futuro sem a psicanálise. In: ALONSO, Aristides. ARAUJO, Rosane (Orgs.). **O futuro da psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002b. p.29-46.

_____. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RAMOS, Cinthia Leticia. **Algemas reais e imaginárias no mundo organizacional**: a expansão do controle para além do tempo formal do trabalho. Dissertação (Mestrado) - FAE, Curitiba, 2013.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; LÉDA, Denise Bessa. O significado o trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia - UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 2004.

ROCHA, Lys Esther. Contribuições da medicina do trabalho para a psiquiatria ocupacional. In: CAMARGO, Duílio Antero de; CAETANO, Dorgival; GUIMARÃES, Liliana A. M. **Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2010. p.10-14.

ROUDINESCO, Elisabeth. **O paciente, o terapeuta e o estado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SATO, Leny; BERNARDO, Márcia Hespanhol. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.869-878, 2005.

SAURET, Marie-Jean. A pesquisa clínica em psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v.14, n.3, p.89-104, 2003.

SELLIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

_____. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2007. v.2. p.1141-1182.

_____. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SENNET, Richard. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SILVA, Gonçalo G.; SOUZA, Mônica L. P.; GOULART JÚNIOR, Edward; CANÊO, Luiz C.; LUNARDELLI, Maria C. F. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.34, n.119, p.79-87, 2009.

SOLER, Colette. **A psicanálise na civilização**. Rio e Janeiro: Contra Capa, 1998.

_____. **La querella de los diagnosticos**. (Curso 2003-2004). Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

SOUZA, Aurélio. **Os discursos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2008.

SOUZA, Hilda Maria Montes Ribeiro de. **Análise experimental dos níveis de ruído produzido por peça de mão de alta rotação em consultórios odontológicos:** possibilidade de humanização do posto de trabalho do cirurgião dentista. 107p. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

SOUZA, Paulo C. Z.; ATHAYDE, Milton. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.6-19, 2006.

TAVARES, Leandro A. T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo:** medicalização e (ex)-sistêmica do sujeito depressivo. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TAVARES, Leandro A.; HASHIMOTO, Francisco. A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.6, p.166-178, 2013.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TEIXEIRA, Marco Antonio Rotta. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.4, n.1, p.41-56, 2005.

_____. **A concepção freudiana de melancolia:** elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos. Dissertação (Mestrado) - UNESP, Assis, 2007.

TITTONI, Jaqueline. **Subjetividade e trabalho:** a experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador. Porto Alegre: Ortiz, 1994. v.1500.

TUMOLO, Paulo Sergio; FONTANA, Klalter Bez. Trabalho docente e capitalismo: um estudo crítico da produção acadêmica da década de 1990. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.29, n.102, p.159-180, jan./abr. 2008. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

VALAS, Patrick. **As dimensões do gozo:** do mito da pulsão à deriva do gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

VANIER, Alain. O sintoma social. **Revista Ágora**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.205-217, 2002.

VANIER, Alain; VANIER, Catherine. Entre subjetividade e cientificidade: a tomada de decisão hoje. **Revista Ágora**, Rio de Janeiro, v.13, n.2 p.275-292, jul./dez. 2010. Entrevista concedida a Pierre Louis Fort.

VAZ, Henrique. Senhor e escravo: uma parábola da filosofia ocidental. **Síntese - Revista de Filosofia**, América do Norte, 8 apr. 2013. Disponível em: <<http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/2175/2468>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

VIZZACCARO-AMARAL, André Luiz. Da polissemia conceptual à crise categorial do desemprego: novas formas do estranhamento no capitalismo do século XXI. In: ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luiz; MOTA, Daniel P. **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI**. São Paulo: LTR, 2011. p.56-83.

VORCARO, Ângela. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline Oliverira (Orgs.). **Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena MG: EdUEMG, 2010. p.11-23.

WAISSMANN, William; CASTRO, Jose Airamir Padilha de. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. In: TEIXEIRA, Pedro; VALLE, Silvio (Orgs.). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.15-25.

WANDERLEY, Alexandre Augusto Ribeiro. **A distímia e a construção do indivíduo insuficiente: um estudo sobre a depressão na contemporaneidade**. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2000.