

Da tristeza à depressão:

a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho

Luiz Carlos Brant¹
Carlos Minayo-Gomez²

Introdução

Ao escrever sobre a tristeza, percebemos a sua presença impregnando nossa escrita, perturbando-nos com pensamentos que gostaríamos de não ter. Um fracasso profissional ou amoroso; uma traição ou doença crônica inesperada; um reconhecimento não obtido ou desejo não correspondido formam, quase sempre, o fio do pavio “detona-dor” da tristeza humana. Isolamento, mutismo, lágrimas contidas ou derramadas - dimensões reconhecidas culturalmente como pertencentes à tristeza - são manifestações comuns. Sob o silêncio inscrito no corpo, parece haver uma contenda entre pensamentos, dúvidas e delírios para driblar a proximidade da morte, uma imagem comum nas situações de tristeza. Sob o imperativo da alegria, a qualquer preço, a nossa sociedade - avessa ao mal-estar - fez da tristeza algo fora de moda.

No âmbito do trabalho pós-industrial, a manifestação da tristeza tornou-se um tabu, e raros são os indivíduos dispostos a escutar a pessoa triste. A falta de tempo é a resposta comum para a ausência de laços e de redes capazes de proporcionar acolhimento ao sujeito e sua tristeza. Os voláteis gestos de solidariedade para desempregados ou para os alvos de assédio moral e sexual nas empresas têm a exata duração das manchetes da mídia, caindo no esquecimento quando novos interesses ocupam a pauta da agenda política. As buscas por soluções imediatas acabam por cercear a expressão do sofrimento, comprometendo a saúde e as estratégias de resistências dos trabalhadores.

A tristeza cravada nos corpos dos indivíduos do século 21 são insígnias da vida nua (Agamben, 2002). Com os contratos temporários e deslocamentos constantes, os trabalhadores transformaram-se em nômades. Logo, ter uma trajetória ocupacional estável e modos particulares de ser são raridades. Em contextos competitivos, trabalhar e viver têm deixado as pessoas mais tristes. Muitas empresas e organizações governamentais estão atravessadas por redes de intrigas e competições. Seus componentes, quase sempre, pertencem às reservas de mercado asseguradas pelo capital social das famílias. Nesses casos, a experiência de trabalho do colega é banalizada. O trabalhador, ainda que seja reconhecido institucionalmente, pode sofrer desbancamento de seu posto para destiná-lo aos “herdeiros”. Desta forma, privilegiam-se os mais privilegiados e se desfavorecem

¹ Graduado em Ciências Humanas. Centro de Estudos do Trabalho e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Francisco Sales, 1614/502 – Belo Horizonte, MG 30.150-221 interfaz@interfaz.com.br

² Graduado em Ciências Humanas. Centro de Estudos do Trabalho e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

os menos favorecidos (Bourdieu, 1989). É visível o esforço de alguns tentando fazer com que a expressão de tristeza adquira a fachada de bem-estar, evidenciando a fragilidade das estratégias para enfrentar as pressões. Outros tentam impedir que a manifestação da tristeza seja diagnosticada como doença – forma de evitar uma exclusão cercada de cuidados.

Trabalhadores, gestores e profissionais da saúde constroem estratégias de resistência contra o adoecimento e instituem espaços de escuta para a manifestação do sofrimento. Profissionais da saúde e gestores não sabem lidar com a expressão do sofrimento, tampouco que destino lhe dar. Apesar das condições adversas, alguns revelam sofrimentos e constroem resistências à lógica do adoecimento, conforme nossa experiência empírica. Constitui nosso objetivo, no presente artigo, focalizar as estratégias institucionais para lidar com a tristeza.

Buscamos reconstruir e compreender a trajetória dos discursos, partindo da manifestação da tristeza até chegar à homilia da depressão, passando pelas expressões de melancolia. Entendendo por trajetória o caminho percorrido entre as primeiras expressões de tristeza e o diagnóstico de doença. Procuramos identificar os dispositivos sociofuncionais capazes de transformá-la em distúrbio mental. Empreendemos, ainda, uma leitura acerca da psiquiatrização, enfatizando não apenas a sua lógica conceitual, mas as estratégias organizacionais capazes de levar o trabalhador triste ao adoecimento.

Abordagem teórico-metodológica

Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo, tendo como método de análise a hermenêutica-dialética, que busca as bases da compreensão da realidade por meio da linguagem, introduzindo o princípio do conflito e da contradição (Minayo, Deslandes, 2002). Entrevistamos 13 trabalhadores, 13 gestores e oito profissionais da saúde, selecionados por busca ativa, em uma empresa do setor de serviços, situada numa capital da Região Sudeste, do Brasil. Para compreender a tristeza e a depressão, foi necessário contextualizá-las, no âmbito das transformações da empresa investigada. Para tal, solicitamos à empresa *house organs*, publicados entre 1995 (início da reestruturação produtiva) e 2001 (ano das primeiras entrevistas).

Para compreender as manifestações da tristeza, os dispositivos e as vicissitudes da transformação desse mal-estar em depressão, interpretamos os depoimentos como enunciados. A relação instaurada entre pesquisador e entrevistados configurou uma situação que implicou entender a realidade com base em vários pontos de vista. Buscou-se penetrar em suas explicações, sobretudo, dialogar com as circunstâncias, considerando que a história está presente na situação. Na entrevista, procurou-se alcançar o domínio do que ainda não tinha sido colocado em palavras, ainda sem nomeação. Portanto, o trabalho de campo iniciou-se a partir do manifestado, seguido de um movimento de construção, desconstrução e reconstrução.

O presente artigo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, sob o parecer N° 06/03, aprovado em 02 de fevereiro de 2003.

A tristeza no Brasil: antigas heranças

A alegria pela constatação de que, nessas terras, em se plantando, tudo dá, logo se perdeu. Foi-se embora o embevecido dizer-sim ao aspecto global da vida tupiniquim, em sua eterna vontade de geração, fecundidade e necessidade de criação. Posteriormente, ao descobrimento do Brasil, “passou-se a viver nessa terra radiosa um povo triste. Legaram-lhe essa melancolia os descobridores que a revelaram ao mundo e a povoaram” (Prado, 1929, p.9). Os brasileiros parecem ter ficado ainda mais tristes por saberem-se tristes, com o sombrio diagnóstico da situação do País. O sucesso editorial da obra desse autor foi tão grande que, em 1931, chegava ao público a sua quarta edição. Assim, Retrato do Brasil abriu, a partir de 1930, caminho para grandes ensaios sobre o Brasil, como Casa Grande e Senzala, e Macunaíma. O herói sem nenhum caráter, na ficção, encarna a concepção de povo triste (Scliar, 2003).

Com efeito, apenas os “brasileiros aristotélicos” e Macunaíma ficariam felizes com a “tristeza nacional” - herança d’além mar. Para Aristóteles, a bílis negra (melaina Kole) determina os grandes homens. Na Grécia clássica, a tristeza equilibrada pelo gênio é coextensiva à inquietação do homem no Ser, havendo uma superabundância de humanidade. Mas, essa positividade não atingiu, nem mesmo, a obscura Era Medieval. A tristeza nunca mais seria vista com bons olhos no mundo ocidental.

Na Idade Média, os adeptos da Tristitia eram enviados ao inferno, repositório das amarguras, dos reclamos e das decepções. “Ao meio da jornada da vida, tendo perdido o caminho verdadeiro, achei-me embrenhado em selva tenebrosa. Tão triste que na própria morte não haverá maior tristeza” (Alighieri, 1981, p.25). Na teologia cristã, os tristes eram considerados solitários pecadores, pois, nessa perspectiva, a tristeza é um pecado. Ter um coração taciturno significa ter perdido Deus. Tomando por base a doutrina de Tomás de Aquino, as pessoas tristes eram misericordiosas - tinham paixão pela miséria - uma vez que o sofrimento de outro seria vivido como um mal pessoal. Os monges da Idade Média celebravam “a tristeza como ascese mística, um meio para atingir a verdade divina, dando provas de fé” (Kristeva, 1989, p.15).

Na Era Moderna, o sujeito triste era um arauto da fraqueza reprovado por Espinosa (1978), que situava a tristeza no âmbito da ética. Constituída por idéias inadequadas que instauram sofrimentos, a tristeza era concebida como uma dimensão humana que diminui ou entrava o pensamento e a capacidade de conhecer e de agir. A sua força afeta a natureza do corpo, tornando-o passivo. Com efeito, essa afecção é um ato que leva o sujeito a praticar poucas ações na vida.

Para Nietzsche (1978), manifestação do sofrimento e tristeza são dimensões diferenciadas. Enquanto a primeira pode gerar ações transformadoras da vida, a segunda é sempre uma debilidade. Paralisa o sujeito em momentos decisivos. Segundo sua argumentação, aquele que manifesta tristeza é desprezível, pois se trata de um verdadeiro pregador da morte. Abstenhamo-nos de despertar esses mortos ou de ferir esses vivos caixões, proclamava o filósofo de Leipzig.

Tristeza, modos de vida, trabalho e adoecimento

Na empresa pesquisada, o aumento de controle das atividades e a ampliação das estruturas de poder provocadas pela flexibilização – da produção, contratos e benefícios adquiridos – transformaram a vida pessoal e laborativa, exigindo adaptações. A dimensão temporal foi a que afetou com maior intensidade o modo de ser dos trabalhadores. As exigências de rapidez, agilidade e aceleração alteraram não apenas os processos, mas também o ritmo e os relacionamentos. “Na equipe a competição é grande. Cada um corre mais para ficar com o melhor lugar. Estamos adoecendo. Reivindicações, jamais. Muita gente tem medo de perder o emprego. Estou ficando triste e sem forças” (FG, Trabalhador operacional).

Se existia maior participação no processo de trabalho, havia também aumento dos agravos à saúde, medo e desmobilização coletiva. Enquanto a implementação de crescimento acelerado alinhava-se com sucesso ao projeto neoliberal da empresa, a constatação dos níveis de desgaste, tristeza, afastamentos por causas médicas e demissões enfraqueciam as estratégias de resistência.

Com as transformações tecnológicas e gerenciais, as perspectivas se abriram, mas essa não era uma regra igualitária para todos os setores. A vida pessoal, as relações familiares e os contatos sociais sofreram mudanças afetando, sobretudo, “os velhos de casa”. Para a gestora da área da saúde, FR, “com o horário flexível, minha vida tornou-se maluca. O discurso da empresa é ‘o possível eu faço agora, o impossível vai demorar um pouco’. Estou sendo consumida pelo tempo com a sensação de estar atrasada”. A flexibilização passou a significar estar à disposição para atender chamados, a qualquer hora. Nesse depoimento, percebe-se uma nostalgia com relação à época da rotina para entrar e sair da empresa. Ela expressa ressentimentos por não conseguir acompanhar a vida escolar do filho e a mãe idosa. “Como posso preservar minha vida conjugal, se a cada momento, eu estou viajando. Não há continuidade. Sinto cada vez mais triste.” A tristeza surge assinalando uma paralisia diante da possibilidade de perda de controle.

O processo de psiquiatrização provocava inquietação não apenas devido à medicalização da tristeza, diagnosticada como depressão, mas pela desqualificação produzida na concepção que os trabalhadores

tinham de si mesmos. Como afirmava, ainda, a entrevistada: “vou acabar deprimida. Vão prescrever antidepressivo para a minha dor de cabeça; é a prova do meu fracasso”. Nessa perspectiva, eram comuns as queixas de dor difusa que, em outras situações, vinham se configurando como causas de afastamentos por razões psiquiátricas. Já a tristeza era interpretada como sinônimo de fracasso, incompetência e desadaptação - tudo isso era próprio de um processo de transformação do sofrimento em adoecimento (Brant, Minayo, 2004)

A tristeza surgia como maldita, sobretudo, no meio gerencial, levando o indivíduo a sentir-se envergonhado e ao isolamento. Essa silenciosa consternação era diagnosticada como depressão. No entanto, parecia ser bem recebida pelo “paciente”, pois o peso moral da “doença” parece ser menor que o do sofrimento. A tristeza foi a segunda maior manifestação de sofrimento entre os gestores (43,7%). Esse sofrimento foi relacionado à pressão no trabalho, falta de reconhecimento e desconhecimento acerca da importância daquilo que se faz. A ausência de prazer - no sentido de gratificação - a falta de perspectiva de crescimento profissional e o desrespeito, também, foram mencionados (Brant, Dias, 2004).

A análise de outros depoimentos, notadamente dos profissionais da saúde, reforçou a tese da psiquiatrização. Evidências de uma prática profissional que interpretava queixas do tipo “estou triste ou deprimida” como enunciado de uma doença (Coser, 2003). A representação da tristeza como “transtorno emocional” aparece por meio de expressões como “coisa de doido” e “vivi no mundo da lua”. Para GS, “a tristeza tem a pior repercussão na carreira. O trabalhador triste é como lunático. Nos prontuários aparecem apenas queixas de dor, insônia e estresse. Alguns chegam, dizendo-se deprimidos. E, colegas médicos confirmam para ficar livre do paciente”. Além de chamar atenção para um cenário sombrio – demissões e perdas de cargos - esse profissional revelava um imaginário tecido em torno da pessoa triste e uma abordagem patologizante.

Crescimento organizacional e psiquiatrização da tristeza

Na empresa, observamos dezenas de homens trabalhando em pé, diante de grandes armários. A maioria, em silêncio, olhava fixamente para vários objetos contidos em uma das mãos, enquanto o braço levantava e abaixava, sincronizadamente, colocando-os em pequenos escaninhos. Enquanto isso, um supervisor, com relógio em punho, prancheta nas mãos e um olhar fixo, cronometrava. Para efeitos de avaliação, a margem de erro tolerada era de 3%. Rapidez e agilidade eram os quesitos mais valorizados, pois todas as encomendas recebidas deveriam ser enviadas aos seus destinos no mesmo dia, independentemente do número de homens e de objetos. Novamente, o tempo surgia como uma forte influência.

“Aqui existe a psiquiatrização da queixa. É impressionante a incidência de afastamentos por neurose, estresse, depressão [...]. A segunda maior queixa é da psiquiatria, a primeira é ortopedia” (CO, médico). A empresa atingiu uma marca histórica: “cumpru a meta de estar presente em todos os municípios” (House Organ, 2000, p.2). Todos os trabalhadores dos setores operacionais foram homenageados. Quando os trabalhadores passavam dos galpões fechados do setor operacional ao universo das ruas, havia transcorrido cerca de quatro horas. Iniciava-se a ilusória liberdade, princípio de um imenso labirinto a ser trilhado, cujo fio-guia era o destino de cada, para entrega domiciliar. A sacola sobre os ombros deveria ter 12 kg. No entanto, carregar até 18 kg era uma prática comum para não ter de retornar à empresa para o recarregamento; economizava-se, com isso, “uma segunda viagem”. A distribuição iniciava-se por volta das 12 horas. Almoçar no final da tarde, após a entrega, também era uma estratégia. A alimentação deixava o corpo pesado, sonolento e diminuía a marcha. Em contrapartida, a ingestão de água, durante a caminhada, proporcionava sensação de leveza e disposição, mas os obrigava a procurar banheiros públicos ou solicitá-los em bares. Enquanto isso, a ingestão de cafezinhos apaziguava a sensação de fome e alimentava não só a esperança de chegar em casa mais cedo, com a certeza da missão cumprida, como também “uma tristeza pois, com a privatização e as máquinas, não sei se eles vão manter um velho, que vive reclamando de dor. Cada dia eles aumentam as metas e com isso minhas dores vão piorando” (HD, trabalhador operacional).

A empresa comemorava os prêmios pelo recorde no tráfego de encomenda e planejava o ano de 2001. "Estabelecem como diretrizes: fortalecer os valores organizacionais, aumentar a receita, diminuir a despesa, obter a satisfação do cliente, universalizar a prestação dos serviços" (House Organ, 2000, p.3). Enquanto os meios de comunicação davam visibilidade à alegria dos gestores, nos bastidores encontravam-se alguns trabalhadores tristes e preocupados com a privatização. No setor médico, processava-se a psiquiatrização da tristeza.

Algumas manifestações do sofrimento emergiam sob a forma de dor - ardência, rigidez muscular e câimbras. As queixas iam desde um leve incômodo até uma dor aguda. Variavam de acordo com o horário do dia, intensidade dos esforços físicos, condições climáticas e presença de tristeza. Essas eram também alvos do processo de psiquiatrização. Onde se esperava acolhimento - lugar da palavra, da escuta e da construção de novos laços - operavam-se prescrições de psicofármacos, silenciando o sofrimento. O resultado final era a quebra das estratégias de resistência dos trabalhadores.

Diagnóstico de depressão e quebra de resistência

O percurso da manifestação da tristeza em direção ao diagnóstico de depressão se iniciava com o encaminhamento pelo supervisor e continuava na consulta médica. Quando o paciente começava a relatar a história de trabalho, instaurava-se um clima para fazer calar aquilo que não se julgava significativo. Segundo JF, do setor administrativo: "Eu estava aéreo. Logo meu supervisor me encaminhou. Eu mal comecei a falar, o doutor disse: você precisa de psiquiatra, é depressão. Foram as únicas palavras". Nesse curto e rápido trajeto entre a expressão do sofrimento e o diagnóstico, a participação do gestor era central como dispositivo de adoecimento. A percepção do gestor constituía elemento para caracterizar a expressão do sofrimento como problema de ordem médica. Na maioria dos casos, o trabalhador triste permanecia longos períodos absorvido pelos próprios pensamentos. Tal concentração deixava o indivíduo, visivelmente, desvitalizado, situação interpretada como preguiça ou desânimo. Não se levavam em consideração as condições de trabalho na conformação da "depressão". Era comum se recorrer à chamada "culpabilização da vítima", em que a responsabilização recaía, unicamente, sobre a subjetividade, entendida como algo próprio da relação do homem com o seu desejo (Brant, 2001).

"Se o cara tá estranho ou é questionador, a gente manda pro setor ocupacional. Passa primeiro pelos médicos do trabalho. Se ele achar que é pra médico de doido, ele dá a guia. As doenças comuns são encaminhadas para o convênio" (ML, supervisor operacional). O encaminhamento dos insubordinados aos determinantes organizacionais estabelecia uma dicotomia entre transgressão às normas estabelecidas e o processo saúde-doença-cuidado. O que transformava o setor de medicina ocupacional num dispositivo disciplinar cuja configuração se aproximava do modelo panóptico (Foucault, 1987). O supervisor fazia um breve relato acerca das suas percepções, na maioria das vezes, atravessado pelo tipo de relação com o subordinado. "Não é só preocupação com a saúde. Uma vez, eu estava triste, sentindo fracassado com as novas máquinas. Fiquei sabendo que o supervisor escreveu que eu era preguiçoso. A tristeza ficou mais forte; tive medo dela virar depressão" (PK, Trabalhador operacional).

Para alguns, a tristeza forte transformava-se em depressão e era capaz de levar ao auto-extermínio. As dificuldades para apropriação de novas tecnologias, em geral, geravam tristeza, experienciada como fracasso pessoal. Poucos faziam referências aos precários treinamentos. Além do choro de ressentimento e raiva era comum aparecer culpa - um sentimento de estar perdido e paralisado. "Fiquei tão triste que não quero trabalhar. Estou perdido, penso que tudo dará errado", conclui o entrevistado. A tristeza sugeria uma relação frouxa com a vida e a existência de um sujeito não comprometido. Sentir-se sem ânimo é sinal de impotência para o exercício de si (Espinosa, 1978). Entretanto, a manifestação da tristeza constituía-se, também, como positividade - estratégia de sobrevivência - uma forma de solicitar a presença do outro.

Da tristeza à alegria: a busca do acolhimento

O gerente administrativo NM, “colocado na geladeira” como punição pelas críticas à empresa, revelou que “medo e tristeza me atingem que chego a pensar em desistir”. Para ampliar nossa compreensão acerca da tristeza, buscamos os estudos transculturais de Uchoa (1997). A tradução do termo bambarra dussukassi é amargura. Depurando-o, dussu evocaria “coração que chora”. A coragem, a paixão e a energia – alojadas onde se encontram o coração e o fígado – expressam o verdadeiro significado da palavra dussu. Mesmo longe da intenção de estabelecer uma continuidade e homologia entre as diversas concepções de tristeza no tempo e no âmbito da cultura, poderia se afirmar que, tanto no “Inferno de Dante” como entre os bambarras e no depoimento do nosso gerente acima, o “coração que chora” suscita falta de desejo, energia, coragem e paixão.

Somente após “o mergulho na tristeza, mas de mãos dadas com um amigo” – nas palavras de um entrevistado – era possível vencer a tristeza na empresa. A crença na esperança do sopro acolhedor para curar a ferida existencial parecia favorecer a elaboração e superação desse mal-estar. O enfrentamento de uma perda, cuja tristeza é o seu dado de visibilidade, parecia capaz de restabelecer o desejo de viver e a alegria que “foram arrancados junto com o coração e jogados nos quintos dos infernos”, ainda segundo a expressão desse entrevistado. Quando se toma partido pela vida, pode-se viver corajosamente e com alegria. A força de existir varia de intensidade. Enquanto alegria é o aumento da força para existir e agir, tristeza é a diminuição. O desejo é a gênese de existir e de agir de forma determinada (Espinosa, 1978). Portanto, o desejo constitui ação transformadora - materializada no trabalho, por exemplo. E pode deixar o indivíduo dividido entre os planos apolíneo - desejos de manutenção - e dionísio, que marca os processos criativos, pois toda criação implica rupturas com o estabelecido. Caso contrário, é repetição.

Na empresa, a liberdade – autonomia decorrente do ato voluntário de escolha e não pertencente ao campo dos afetos, mas sim ao desdobramento interno daquilo que se é e naquilo que se faz – era cerceada por práticas de coibição que dificultavam a reconversão da tristeza em alegria. Em seguida, diagnosticava-se essa tristeza como depressão. Qual a utilidade do diagnóstico de depressão, se não o de autorizar a prescrição de psicofármacos e de invalidar o trabalhador por meio da atribuição da identidade de doente? “Falaram que eu não estava triste, estava doente, com depressão. Minha produtividade caiu. Então, me encaminharam pro médico. Ele passou medicamentos. Falei que não ia comprar, eu ia tomar chá” (RM, trabalhadora operacional). A tentativa de desapropriação da percepção acerca de si mesmo, do autocuidado e das estratégias de resistência ao adoecimento criavam dificuldades para o trabalhador pensar a respeito do próprio sofrimento. Desta forma, impedia-se a utilização de recursos próprios, como o do chá caseiro. “A própria depressão aponta muito mais na direção de ampliar a escravidão e a miséria existencial dos sujeitos do que a sua liberdade”, Coser (2003, p.36). A clínica contemporânea, ao esquecer a paixão triste, substituindo-a pela depressão, abandonou uma tradição que – de Aristóteles a Dante Alighieri, passando por Tomás de Aquino – lidava com a tristeza não como um estado anímico ou humor, mas como estado da alma. A manifestação da tristeza e sua articulação com o saber acerca de si chegavam ao fim no século 19. Enquanto isso nascia o discurso da depressão, trazendo à luz uma detalhada descrição sobre uma nova morbidade.

Depressão e medicalização: um futuro sem vida

Alguns entrevistados não diziam estou triste, mas, deprimido. Em seu depoimento, OJ, trabalhadora do setor administrativo, revelou “eu sou deprimida. Sinto culpa e desânimo. Digo para o doutor que é preciso aumentar a dose ou trocar de antidepressivo, pois o atual não está fazendo efeito”. O que faz uma pessoa, ao perceber-se triste, culpada, desanimada, apresentar-se como deprimida? Esse conjunto de manifestações sinaliza a socialização de um vocabulário médico, introjetado e usado de forma confusa. Na literatura especializada, os termos tristeza, melancolia e depressão são descritos com pouca precisão na delimitação de seus campos, produzindo quebra de parâmetros clínicos e semiológicos. Essa imprecisão conceitual desqualifica o saber clínico e nosológico, provocando confusões terminológicas e

éticas (Coser, 2003; Kristeva, 1989). Na tentativa de caracterizá-los, Mariuzzo (2004) afirma que a tristeza é sempre um estado da alma. Enquanto a melancolia é tanto uma doença como um estado de espírito. E conclui que depressão não é melancolia, mas uma patológica tristeza. Poderia um estado da alma transformar-se em morbidade?

O depoimento de PA, profissional da saúde, contribui para um melhor entendimento da questão. Durante a entrevista, ele mostrou um periódico psiquiátrico. Das quarenta páginas que compunham esse suplemento especial - tendo a depressão como temática - 17 eram de comerciais. Entre os psicofármacos veiculados, 12 eram antidepressivos, dois antipsicóticos, dois ansiolíticos e um para tratamento da esquizofrenia. Trata-se de um exemplo da "invasão da indústria farmacêutica" que a sociedade atual sofre. Ocorrem, também, tentativas de dominação da clínica clássica pela colonização farmacológica. Entre os transtornos apresentados, no periódico, destacam-se: depressão, depressão com ansiedade, transtornos obsessivos compulsivos (TOC), transtorno do pânico, TOC pediátrico, ansiedade, agitação, inquietação, insônia e melancolia. Esse profissional revelou que é comum encontrar, nos consultórios de colegas, revistas médicas, patrocinadas por laboratórios de porte, onde figuram embalagens de antidepressivos, prometendo acabar com a tristeza. "Periódicos médicos na sala de espera, logomarcas gravadas em canetas e nas agendas, constituem amostras-grátis que podem levar os pacientes a identificarem o próprio sofrimento com os sintomas veiculados".

Uma das estratégias do marketing de psicofármacos consiste em ter, como ponto central da campanha publicitária, a veiculação de doenças na mídia. Por exemplo, uma revista de circulação nacional (optamos por não citar a fonte), calcula, para os próximos anos, um "baixo astral global". Em 2020, a depressão ocupará o 2º lugar, depois das doenças cardíacas. A estimativa é de que 15% das pessoas terão, no mínimo, um episódio de depressão ao longo da vida. Outro veículo de comunicação declara: "pesquisa mostra que 26% dos entrevistados afirmaram já ter sentido, em grau leve ou muito grave, tristeza, depressão, preocupação ou ansiedade". O depoimento de OJ, trabalhadora do setor administrativo, assemelha-se aos resultados de algumas pesquisas internacionais acerca da efetividade do uso de antidepressivos: "Tomo antidepressivos há mais de dez anos. Com o tempo, foram as doses aumentando e minha alegria com a vida diminuindo. Mudei de médicos, de remédios e continuo deprimida". O uso prolongado de antidepressivos demonstra baixa efetividade. Segundo a literatura especializada, 40% dos pacientes e 34% dos médicos não estão satisfeitos com a efetividade dos tratamentos com antidepressivos. Os pacientes diagnosticados como deprimidos julgam que seus sofrimentos estão relacionados, sobretudo, com aspectos emocionais, e a maioria gostaria de trocar de tratamento. Para Assis (1964), não existe remédio certo para os males da alma. Entretanto, cabe indagar pela conjunção de forças e pelo contexto sombrio que encobrem os tratamentos da depressão, na atualidade. Para isso, precisaríamos de delineamentos mais precisos de alguns aspectos da medicina nos séculos 19 e 20.

Na medicina da Era vitoriana, ocorreu um deslocamento do eixo da visão moral da doença para a interpretação científica. A nascente psiquiatria, ao decretar o fim das crenças da cultura sobre a loucura, criou o conceito de doença mental, fazendo desaparecer o sujeito, sua explicação de mundo e sua possibilidade de repensar a vida e transformá-la (Brant, 2004). O termo depressão começa a aparecer nos dicionários médicos em 1860, sendo amplamente aceito, reduzindo, cada vez mais, o termo melancolia. Chegou-se a aconselhar deixá-lo para uso exclusivo dos poetas (Docherty, 1997). Logo, o termo depressão suplantou o da melancolia em função da aparente impressão fisiológica e metafórica de queda das funções que sugeria. Rapidamente, depressão tornou-se um quadro clínico comum, freqüentemente associado à perda da vontade de viver.

Considerações finais

O conjunto dos depoimentos revela a existência de trabalhadores, gestores e profissionais da saúde apresentando-se como vítimas de injustiças, especialmente, por não se verem reconhecidos naquilo que fazem, dizem e sofrem. Independentemente das múltiplas explicações que cada um pode oferecer, fica explícito o desamparo e o abandono.

Há ainda faltas éticas materializadas na produção e reprodução da psiquiatrização da tristeza, fato que inclui uma medicalização abusiva e indevida. Esse processo psicopatologizante, no contexto organizacional, destina-se a silenciar o sofrimento e quebrar as resistências dos trabalhadores. Tudo isso começa com a suposta atenção dos gestores quando encaminham, para o setor de saúde da empresa, trabalhadores tristes, vistos como inadequados aos padrões tecnológicos e gerenciais. A tentativa de silenciar a tristeza continua durante o atendimento profissional, no momento em que o “paciente” inicia as narrativas de vida e trabalho.

Caracterizar a manifestação da tristeza como problema de ordem médica e encaminhar o trabalhador para um médico, transforma a gestão num dispositivo de adoecimento. A troca de informações entre gerentes e profissionais da saúde sela pactos entre cuidados médicos e gestão, e destina-se ao fortalecimento do controle disciplinar, no âmbito da empresa. Ainda que a intenção seja a de “avançar na compreensão da problemática da tristeza”, esta prática revela uma perigosa e temível tecnologia de poder.

Os problemas ortopédicos e de depressão – as maiores causas de afastamento no setor operacional – não causam estranhamento. Ali, estão lotados trabalhadores originários das camadas populares cuja atividade não tem prestígio institucional, realizando tarefas essencialmente braçais e repetitivas. Concebê-los como os mais propensos à depressão é, certamente, uma estratégia de controle. Pois, a tristeza transformada em depressão é medicalizada e qualificada como morbidade. Assim, anestesia-se perdas relacionadas à sobrevivência e a reivindicações. Como distúrbio neuroquímico, a depressão exige a empresa da responsabilidade de rever o conjunto de suas práticas, nos períodos de transformações, e suas conseqüências nos processos de subjetivação dos trabalhadores.

Referências

- AGAMBEN, G. **Homo sacer: poder soberano e vida nua I**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- ALIGHIERI, D. **A divina comédia**. São Paulo: Abril Cultural, 1981.
- ASSIS, M. **Ressurreição**. Rio de Janeiro: Sedegra, 1964.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BRANT, L. **O processo de transformação do sofrimento em adoecimento na gestão do trabalho**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde e Trabalho) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2004.
- _____. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.6, n.1, p.221-31, 2001.
- BRANT, L.; DIAS, E. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.942-9, 2004.
- BRANT, L.; MINAYO, C. Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.213-23, 2004.
- COSEY, O. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DOCHERTY, J.P. Barriers to the diagnosis of depression. **J. Clin. Psychiatr.**, v.58, n.1, p.5-10, 1997.
- ESPINOSA, B. **Ética**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HOUSE ORGAN. **Assessoria de comunicação**. Ano 1, n.8, 2000.
- KRISTEVA, J. **Sol negro: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.
- MARIUZZO, P. A saga da melancolia. **Ciênc. Cult.**, v.56, n.1, p.51-2, 2004.
- MINAYO, M.; DESLANDES, S. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- NIETZSCHE, F. **Para além do bem e do mal**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- PRADO, P. **Retrato do Brasil: ensaio sobre a tristeza brasileira**. São Paulo: Duprat-Mayença, 1929.
- SCILIAR, M. **Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- UCHOA, E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, A.M. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997. p.87-112.

No trabalho pós-industrial, a tristeza tornou-se um tabu. Em contextos de competitividade, trabalhar e viver têm deixado as pessoas tristes. Buscamos reconstruir e compreender a trajetória que vai da expressão da tristeza ao diagnóstico de depressão em um estudo qualitativo, tendo como método de análise a hermenêutica-dialética. Entrevistamos 13 trabalhadores, 13 gestores e oito técnicos da saúde de uma empresa. Realizamos, também, análise documental de house organs. Constatamos que o adoecimento se iniciava quando gestores encaminhavam pessoas tristes para o setor médico, onde eram tratadas e medicalizadas como depressivas. Algumas informações entre gestores e técnicos da saúde revelavam deslizes éticos. O diagnóstico de depressão eximia a empresa da responsabilidade na configuração daquela vida triste. Concluímos que esse diagnóstico constitui uma forma de não ressignificar a tristeza e sua relação com o trabalho. É uma ferida ética que implica excluir aquele que não apresenta semblante de bem-estar.

Palavras-chave: Sofrimento. Depressão. Saúde do trabalhador. Trabalho.

From sadness to depression: the transformation of one malaise into illness in work

In postindustrial work, sadness has become taboo. In contexts of competitiveness, working and living make people sad. We sought to reconstruct and understand this path, going from expression of sadness to diagnosis of depression, in a qualitative study using the hermeneutic-dialectic analysis method. We interviewed 13 workers, 13 managers and 8 health technicians from one company. We also conducted document analysis on house organs. We observed that the process of becoming ill began when managers sent sad people to the medical sector, where they were treated medically as cases of depression. Some information from managers and health technicians revealed ethical lapses. The diagnosis of depression exempts the company from responsibility for making that life sad. We concluded that this diagnosis constitutes a way of not giving other meaning to sadness and its relationship with work. This is an ethical injury that implies exclusion of individuals without an appearance of well-being.

Key words: Suffering. Depression. Occupational Health. Psychology of work.

De la tristeza a la depresión: la transformación de un malestar en enfermización en el trabajo

En el trabajo post industrial, la tristeza se ha convertido en un tabú. En contextos competitivos, trabajar y vivir tristes a las personas. Procuramos reconstruir y comprender la trayectoria seguida desde la expresión de la tristeza al diagnóstico de depresión. En estudio cualitativo, teniendo como método la hermenéutica dialéctica, entrevistamos a 13 trabajadores, 13 gestores y 8 técnicos de la salud de una empresa. Fue realizada también análisis documental de House organs. Constatamos que la enfermización comienza cuando gestores encaminan trabajadores tristes al sector médico, donde son tratados y medicados como depresivos. Algunas informaciones entre gestores y técnicos de la salud revelan deslices éticos. El diagnóstico de depresión exime a la empresa de responsabilizarse por la configuración de la tristeza. Concluimos: la aceptación de este diagnóstico constituye una forma de no vincular la tristeza E con el trabajo. Es una herida ética que implica excluir quien no muestra semblante de bienestar.

Palabras clave: Sufrimiento. Depresión. Salud laboral. Trabajo.

Recebido em 18/05/07. Aprovado em 02/05/08.