

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva

**Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados ao
Trabalho em Bancários de Cuiabá, Mato Grosso**

Silmara de Souza Campos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Diversidade sociocultural, ambiente e trabalho

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Luís Henrique da Costa Leão

Cuiabá
2020

Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho em Bancários de Cuiabá, Mato Grosso

Silmara de Souza Campos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, ambiente e Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Luís Henrique da Costa Leão

**Cuiabá
2020**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO-GROSSO
PRÓ REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança. Cuiabá - MT -
78060-900 Tel.: (65) 3615-6252 – E-mail: secretaria.ppgsc.ufmt@gmail.com

FOLHA DE APROVAÇÃO

**TÍTULO: Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados
ao Trabalho em bancários de Cuiabá, Mato Grosso.**

AUTORA: Silmara de Souza Campos

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada em 17 de abril de 2020.

Presidente da Banca/Orientador: Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso/PPGSC-ISC/UFMT

Examinador(a) Interno(a): Prof. Dr^a. Marta Gislene Pignatti
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso/PPGSC-ISC/UFMT

Examinador(a) Externo(a): Prof. Dr^a. Ana Paula Muller de Andrade
Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO/Paraná)

Examinador(a) Suplente: Prof. Dr^a. Haya Del Bel (Gisele Mocci)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso/PPGSC-ISC/UFMT

CUIABÁ-MT, 15 de maio de 2020.

Prof.^a Dr.^a Marina Atanaka

SIAPE 0416312

Coordenadora do Programa de Pós Graduação
em Saúde Coletiva/UFMT

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

C198n Campos, Silmara de Souza.
Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados ao trabalho em Bancários de Cuiabá, MT / Silmara de Souza Campos. -- 2020
114 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Marcos Aurélio da Silva.
Co-orientador: Luís Henrique da Costa Leão.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuiabá, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Itinerário Terapêutico. 2. Narrativas. 3. Transtorno Mental relacionado ao trabalho. 4. Bancários. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Dedicatória

À minha querida vózinha Sebastiana, no auge dos seus 110 anos, um exemplo de mulher trabalhadora que, através do suor de seu trabalho sempre lutou para manutenção da sua sobrevivência e de seus filhos,

Aos bancários deste país,

AGRADECIMENTOS

À Deus por abençoar os dias da minha vida, pela força e coragem concedida no decorrer desta etapa, muito obrigada Senhor.

Aos meus pais Walter e Nadir, a quem amo e admiro muito, que sempre me apoiaram e demonstraram a importância do estudo na vida das pessoas,

À minha querida irmã Simone, parceirona de todas as horas, te amo irmã! Sem sua ajuda esta etapa não seria possível,

Ao meu irmão Walter, minha cunhada Simone e sobrinhos (Thiago e Isabella) queridos,

Ao professor Prof. Dr. Luís Henrique da Costa Leão, o orientador da primeira fase deste trabalho e que, devido à sua licença para qualificação, veio a se tornar coorientador no segundo ano deste projeto, obrigada pelo incentivo, ensinamentos e apoio nos momentos difíceis,

Ao Professor Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva, o coorientador da primeira fase do projeto e que passou a ser o orientador em definitivo deste trabalho, os mais sinceros agradecimentos: primeiramente por prontamente aceitar a coorientação e depois, no decorrer de toda esta trajetória, por todos os ensinamentos, pela paciência, acolhida e por ser mais que um professor. A minha mais sincera admiração e gratidão eterna por nortear meus caminhos até aqui,

À Professora Dr.^a Marta Gislene Pignatti por toda ajuda, conselhos, ensinamentos, por sempre estar de braços abertos a acolher todos os seus alunos e sempre estar disposta a ajudar,

Aos professores e técnicos do PPGSC-ISC/UFMT, muito obrigada por todos os ensinamentos,

Aos colegas e à Coordenadora do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador/ SES-MT, Lauren Cristiane, por toda a ajuda, discussões, material bibliográfico, em especial à “velha guarda”: Leoni, Edson e Marlene, pela parceria há mais de 15 anos, onde pudemos despertar este olhar diferenciado para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras,

À diretoria do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e do Ramo Financeiro de Mato Grosso (SEEB/MT), por me apoiar desde o início e por toda a disponibilidade em colaborar com todas as fases da pesquisa. A minha mais sincera admiração pelo seu trabalho,

A todos os trabalhadores e trabalhadoras do sistema financeiro bancário que se dispuseram a colaborar com as entrevistas, mesmo diante de tanta pressão: vocês foram os principais atores deste processo!

Aos colegas da Escola Ulisses Cuiabano, em especial: Dimas, Chênia e Carla, que tanto me ajudaram,

Aos amigos do coração: Ricardo, Natalina, Alexandra, César e Antônia por todo o apoio, pelas conversas, ideias e pela valorosa ajuda na fase das entrevistas,

Aos colegas do PPGSC/2018, em especial a duas pessoas maravilhosas que foram muito importantes em todo este processo: Nara e Mariana, muito obrigada por toda a ajuda, compartilhamento, troca de experiências, conselhos,...“Migris” vocês são demais!

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação e para a minha construção como pessoa.

Campos SS. Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho em Bancários de Cuiabá, Mato Grosso [Dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, 2020.

RESUMO

A relação entre processo produtivo e a saúde dos trabalhadores/as não é uma relação de neutralidade. O processo de modernização tecnológica ocorrido nas últimas décadas ocasionou mudanças nas relações econômicas, culturais e sociais, no modo de produção das sociedades, alterando não só o modo de trabalhar, mas também modificando o perfil de morbidade dos trabalhadores/as. As alterações estruturais e organizacionais do modo de produção foram mais intensificadas a partir da década de 90, onde inúmeros setores da economia foram afetados, principalmente o setor terciário, dentre os quais destacamos os trabalhadores/as do sistema financeiro bancário. Como resultado dessa nova forma de organização, temos a diminuição dos postos de trabalho, programas de demissão em massa e a precarização das vagas remanescentes. Diante deste cenário, a disputa entre os trabalhadores/as é cada vez mais acirrada. A pressão constante ao longo de sua vida laboral, combinada com o perfil psicológico de cada trabalhador/a, pode interferir no nível subjetivo, culminando nos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT). A pesquisa tem como objetivo analisar os Itinerários Terapêuticos (IT) dos trabalhadores/as bancários da região de Cuiabá/ MT, percebidos com TMRT, através de suas narrativas, possibilitando evidenciar as trajetórias adotadas por estes trabalhadores/as na busca do cuidado, as experiências vivenciadas neste trajeto, suas percepções e significados na escolha do tratamento a ser realizado. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, houve a aplicação de um roteiro com questões abertas dirigidas a bancários com algum TMRT e dirigentes sindicais de Cuiabá. A sistematização, tratamento e interpretação das informações obtidas no IT foram realizadas por meio da Análise das Narrativas. Os relatos propiciaram adentrar no mundo das relações de trabalho revelando por meio de suas narrativas, como a reestruturação produtiva do trabalho no setor financeiro tem repercutido de forma negativa na saúde destes trabalhadores/as, principalmente com a fusão dos bancos em grandes blocos. As alterações despersonalizaram as fontes de poder, impondo a lógica produtiva e política de outros países no ambiente bancário, tanto na forma da organização física (agências) quanto na operacional (do trabalho). As narrativas evidenciaram situações extremas de humilhações, assédio moral e pressão das mais variadas formas. O medo do desemprego é o fator que reprime o trabalhador/a a questionar a forma como a organização do trabalho é realizada e a se rebelar contra o sistema. Outro fator impeditivo é a crise vivenciada pelos sindicatos, dificultando ainda mais a organização destes trabalhadores/as. O primeiro marco enfrentado por estes trabalhadores/as evidenciado nas narrativas foi a quebra da expectativa entre o idealizado (a entrada do banco) e o real (o dia-a-dia do trabalho). Este rompimento entre o imaginado e o real desempenha uma situação contraditória atuando na subjetividade dos (as) trabalhadores/as, acionando dispositivos defensivos para lidar com a realidade, como por exemplo, negar a percepção do risco. Os bancos expropriam a subjetividade desgastando a identidade dos indivíduos. Assim a política de metas, a falta de reconhecimento, o clima competitivo, o assédio moral da chefia aparece, como fatores desencadeadores do sofrimento reconhecido nas narrativas como o limiar entre o processo saúde-doença. Outro fato evidenciado foi o papel fundamental que a família e a religião exercem para evidenciar as alterações comportamentais dos sujeitos, como refúgio e também como suporte para o tratamento. Falar sobre o TMRT ainda é considerado um tabu para os bancários. Em tempos de altos índices de desemprego a sujeição a uma situação de trabalho precarizada é tida como alternativa para manutenção da subsistência desta categoria. A recompensa monetária é feita em detrimento da saúde e do silêncio destes trabalhadores/as.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico, Narrativas, Transtorno Mental relacionado ao trabalho, Bancários.

Campos SS. Narraciones sobre trastornos mentales relacionados con el trabajo en Bancários de Cuiabá, Mato Grosso [Disertación del Maestro]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, 2020.

RESUMEN

La relación entre el proceso de producción y la salud de los/las trabajadores/as no es una relación de neutralidad. El proceso de modernización tecnológica que se produjo en las últimas décadas ha provocado cambios en las relaciones económicas, culturales y sociales, en la forma de producción de las sociedades, cambiando no solo la forma de trabajar, sino también modificando el perfil de morbilidad de los/las trabajadores/as. Los cambios estructurales y organizativos en el modo de producción se intensificaron más desde la década de 1990, donde numerosos sectores de la economía se vieron afectados, principalmente el sector terciario, entre los cuales destacamos a los/as trabajadores/as en el sistema financiero bancario. La consecuencia a esta nueva forma de organización, tenemos la reducción de empleos, programas de despido masivo y la precariedad de las vacantes restantes. Ante este escenario, la disputa entre trabajadores/as es cada vez más feroz. En lugar de compañeros de trabajo, se encuentran compitiendo, en busca del prójimo objetivo a alcanzar el siguiente paquete de servicios que se ofrecerá para mantener su trabajo. La presión constante a lo largo de su vida laboral, combinada con el perfil psicológico de cada trabajador/a, puede interferir a nivel subjetivo, culminando en trastornos mentales relacionados con el trabajo (TMRT). La investigación tiene con el objetivo analizar los Itinerarios Terapéuticos (IT) de los trabajadores/as bancarios en la región de Cuiabá / MT, percibidos con TMRT, a través de sus narrativas, lo que permite resaltar las trayectorias adoptadas por estos/as trabajadores/as en la búsqueda de atención, las experiencias vividas en este camino, sus percepciones y significados al elegir el tratamiento a realizar. Después de la aprobación del Comité de Ética de Investigación y la aprobación del Término de Consentimiento Libre e Informado por parte de los sujetos de la investigación, se aplicó un guión con preguntas abiertas dirigidas a los empleados del banco con algunos TMRT y líderes sindicales en Cuiabá. La sistematización, el tratamiento y la interpretación de la información obtenida en la TI se llevaron a cabo a través del Análisis de Narrativa. Las cuentas han permitido entrar en el mundo de las relaciones laborales, revelando a través de sus relatos cómo la reestructuración productiva del trabajo en el sector financiero ha tenido un impacto negativo en la salud de estos/as trabajadores/as, especialmente con la fusión de los bancos en grandes bloques. Los cambios han despersonalizado las fuentes de poder, imponiendo la lógica productiva y política de otros países en el entorno bancario, tanto en la forma de organización física (agencias) como operativa (trabajo). Las narraciones destacaban situaciones extremas de humillación, acoso moral y presión en las más variadas formas. El miedo al desempleo es el factor que reprime al trabajador/a para cuestionar la forma en que se organiza el trabajo y para rebelarse contra el sistema. Otro factor que obstaculiza el proceso es la crisis de los sindicatos, que dificulta aún más la organización de estos/as trabajadores/as. El primer hito al que se enfrentaron estos trabajadores/as, evidenciado en los relatos, fue la ruptura de la expectativa entre lo idealizado (la entrada del banco) y lo real (el trabajo diario). Esta ruptura entre lo imaginado y lo real reproduce una situación contradictoria que actúa sobre la subjetividad de los trabajadores, desencadenando dispositivos defensivos para hacer frente a la realidad, como la negación de la percepción del riesgo. Los bancos expropiaron la subjetividad desgastando la identidad de los individuos. Así aparecen la política de metas, la falta de reconocimiento, el clima competitivo, el hostigamiento moral del liderazgo, como factores que desencadenan el sufrimiento reconocido en las narrativas como el umbral entre el proceso salud-enfermedad. Otro hecho destacado fue el papel fundamental que la familia y la religión juegan en la puesta de relieve de los cambios de comportamiento de los sujetos, como refugio y también como apoyo al tratamiento. Hablar de la TMRT sigue siendo considerado un tabú para los empleados/as del banco. En épocas de alto desempleo, el sometimiento a una situación de trabajo precario se toma como una alternativa para mantener la subsistencia de esta categoría. La recompensa monetaria es a expensas de la salud y el silencio de estos/as trabajadores/as.

Palabras clave: Itinerario terapéutico, narrativas, trastorno mental relacionado con el trabajo, trabajador/a del banco.

ABSTRACT

The relationship between the production process and workers' health is not a neutral relationship. The process of technological modernization that has taken place in recent decades has brought about changes in economic, cultural and social relations, in the mode of production of societies, altering not only the way they work, but also changing the morbidity profile of workers. The structural and organizational changes in the mode of production were more intensified from the 1990, where many sectors of the economy were affected, especially the tertiary sector, among which we highlight the workers in the banking financial system. As a result of this new form of organization, with the reduction of jobs, mass dismissal programs and the precariousness of remaining vacancies. Before this scenario, the dispute among workers is increasingly incited. In the place of workmates there are competitors, in search of the next target to be hit or the next package of services to be offered to maintain their jobs. The constant pressure throughout their working life, combined with the psychological profile of each worker, can interfere with the subjective level, culminating in Mental Disorder related to work. The research aims to analyze the Therapeutic Itineraries (TI) of bank workers in the Cuiabá/ MT region, perceived with Mental Disorder related to work, through their narratives, making it possible to highlight the trajectories adopted by these workers in their search for care, the experiences they have experienced in this trajectory, their perceptions and meanings in the choice of treatment to be carried out. After approval by the research ethics committee and the consent of the term of free and informed consent by the research subjects, a script was applied with open questions addressed to bank employees with some Mental Disorder related to work and union leaders in Cuiabá. The systematization, treatment and interpretation of the information obtained in the TI were carried out through the Analysis of Narratives. The accounts have made it possible to enter the world of labor relations, revealing through their narratives how the productive restructuring of labor in the financial sector has had a negative impact on the health of these workers, especially with the merger of the banks into large blocks. The changes have depersonalized the sources of power, imposing the productive and political logic of other countries in the banking environment, both in the form of physical organization (agencies) and operational (labor). The narratives highlighted extreme situations of humiliation, moral harassment and pressure in the most varied forms. The fear of unemployment is the factor that represses the worker to question the way work is organized and to rebel against the system. Another impeding factor is the crisis experienced by the unions, making the organization of these workers even more difficult. The first milestone faced by these workers evidenced in the narratives was the breach of expectation between the idealized (the entrance of the bank) and the real (the day-to-day work). This break between the imagined and the real plays a contradictory situation acting on the subjectivity of the workers, triggering defensive devices to deal with reality, such as denying the perception of risk. Banks expropriate subjectivity by wearing out the identity of individuals. Thus the politics of goals, the lack of recognition, the competitive climate, the moral harassment of the leadership appear, as factors that trigger suffering recognized in the narratives as the threshold between the health-disease process. Another fact highlighted was the fundamental role that the family and religion play in highlighting the subjects' behavioral changes, as a refuge and also as a support for treatment. Talking about TMRT is still considered a taboo for bank employees. In times of high unemployment, the subjection to a situation of precarious work is taken as an alternative for maintaining the subsistence of this category. The monetary reward is at the expense of the health and silence of these workers.

Keywords: Therapeutic Itinerary, Narratives, Mental Disorder related to work, Bank employees.

Lista de siglas

BACEN	Banco Central
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior
COSAT	Coordenação Técnica da Área de Saúde do Trabalhador/a
CEF	Caixa Econômica Federal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CMN	Conselho Monetário Nacional
CNF	Confederação Nacional das Instituições Financeiras
CUT	Central Única dos Trabalhador/aes
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IT	Itinerário Terapêutico
ITs	Itinerários Terapêuticos
MCA	Medicina Complementar/Alternativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
PDV	Plano de Demissão Voluntária
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SB	Síndrome de Burnout
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SEEB/MT	Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e do Ramo Financeiro de Mato Grosso
SEGES	Secretaria de Estado de Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SFN	Sistema Financeiro Nacional

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIRC	Sistema Integrado Regional de Compensação
ST	Saúde do trabalhador/a
SUMOC	Superintendência da Moeda e do Crédito
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMRT	Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do trabalhador/a

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1. Organograma de uma Agência Bancária da Caixa Econômica Federal	32
Figura 2. Escolaridade dos participantes segundo gênero.....	89
Quadro 1. Lista de Transtornos Mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS N.º 1.339/1999	40
Quadro 2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa- Sindicalistas	57
Quadro 3. Caracterização dos sujeitos da pesquisa- Bancários	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 O SISTEMA FINANCEIRO NACIONAL	25
2.2 A ESTRUTURA BANCÁRIA E SEUS SETORES	31
2.3 A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES: O TRABALHADOR E A TRABALHADORA DO SISTEMA FINANCEIRO BANCÁRIO	33
2.4 O PROCESSO DE TRABALHO BANCÁRIO, O SOFRIMENTO E O TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO (TMRT)	36
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	41
3.1. A RECONFIGURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SOCIAL DOS BANCÁRIOS	41
3.2 A NOÇÃO DE DOENÇA, A CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL DA DOENÇA MENTAL E A PRODUÇÃO DA SAÚDE	43
3.3 MEIOS DE REPRESENTAÇÃO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA: AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE	46
3.4. TIPOS DE ABORDAGEM: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	48
3.5. A IMPORTÂNCIA DA NARRATIVA NA CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	51
3.6. LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	52
3.7. COLETA DE DADOS	52
3.8. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
3.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	55
4. RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	56
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	57
4.2 O CONTEXTO SOCIAL DOS ENTREVISTADOS E DAS ENTREVISTADAS	63
4.3 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: OS DESENCADEADORES DA DOENÇA	69
NA PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS	69
4.4 A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS BANCÁRIOS ..	74

4.5 OS ELEMENTOS COMUNS NAS NARRATIVAS	83
4.6 AS NARRATIVAS SEGUNDO O GÊNERO.....	88
4.7 AS NEGATIVAS DA ENTREVISTA: O NÃO COMO RESPOSTA.....	92
4.8 NARRATIVAS SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE E A PERSPECTIVA DE FUTURO.....	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
6 REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE I-	112
Roteiro de Entrevista- Bancários.....	112
APÊNDICE II-	113
Roteiro de Entrevista- Sindicalistas.....	113
APÊNDICE III	114
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	114

APRESENTAÇÃO

O panorama da Saúde Mental no estado, assim como no país e no mundo, tem se tornando um problema de saúde pública e merecido destaque em pesquisas, graças à reestruturação produtiva do modelo capitalista.

Trabalho como técnica na Coordenadoria do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Mato Grosso há quase dezesseis anos (COCER/SVS/SES-MT), atuando diretamente com o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN/MT e tenho acompanhado o quanto o agravo “transtorno mental” é subnotificado e subdiagnosticado, uma vez que a informação é quase inexistente no sistema.

Deste modo, a partir desta problemática, procurou-se delimitar a população-alvo da pesquisa. Como ponto de partida, foi realizada uma revisão bibliográfica e em seguida, visitas a duas unidades do Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (a Unidade Central e o Centro Integrado Adauto Botelho/Álcool e Drogas). Estas visitas tiveram como intuito encontrar trabalhadores/as que, após o cumprimento das normativas éticas, pudessem vir a contribuir com a fase de entrevistas da pesquisa. As opções foram descartadas, pois os pacientes em tratamento nestas unidades apresentam o seguinte perfil: a grande maioria são pessoas oriundas do sistema prisional (fora do mercado de trabalho), outra parcela é internada e abandonada pelos familiares (com quadro de transtorno mental na fase crônica), ou ainda, internadas há anos fazendo uso de medicamentos fortes (muitas vezes impossibilitados de serem entrevistados), o que poderia ser um viés para o objetivo da pesquisa.

Como se mostraram infrutíferas as opções já citadas, escolhemos a categoria dos trabalhadores bancários, por se tratar de uma categoria com histórico na literatura brasileira de sofrimento por pressões no ambiente de trabalho, Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, e escassez de trabalhos sobre a temática no estado. Desta forma, foi estabelecido um primeiro contato via e-mail com a diretoria do Sindicato dos Bancários (SEEB-MT), explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a parceria quanto ao agendamento das entrevistas. O Projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/Saúde-UFMT), em agosto de 2019. O SEEB-MT se dispôs a intermediar o agendamento das entrevistas, após a aprovação do Comitê de Ética, sendo um grande colaborador nesta pesquisa.

Para atender aos objetivos propostos esta dissertação foi organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo trata da introdução do trabalho, fazendo uma sucinta abertura sobre o

percurso de toda a pesquisa. O segundo capítulo, uma faz uma breve descrição sobre o Sistema Financeiro Brasileiro (SFB) com foco na organização e na disposição da estrutura bancária e dos seus setores neste arranjo, as mudanças sofridas no decorrer da história desta categoria (as alterações estruturais e organizacionais do modo de produção) e como foram sentidas estas mudanças pelos trabalhadores/as.

No terceiro momento, tratamos sobre como o processo de trabalho atua na construção da identidade social dos bancários, a construção social da doença mental para esta categoria, o Itinerário Terapêutico (IT), utilizando como referencial os estudos de Arthur Kleinman (1988); a noção de doença na produção de saúde, as práticas integrativas utilizadas e a importância da narrativa na construção do IT sob a perspectiva de Propp (1984), Goffman (1985), Maluf (1993), Rabello e Alves (1999), Langdon (2001) e Castellanos (2014). Neste capítulo também foram descritos em seções, o local e a população de estudo, a metodologia utilizada para a coleta de dados, a organização e sistematização para a análise das entrevistas, além dos aspectos éticos.

O capítulo final trata dos resultados obtidos e sistematizados nas entrevistas, caracterizando os entrevistados, o contexto social de cada um, a percepção dos participantes sobre o processo saúde doença, a experiência da doença e o IT dos bancários. Foram considerados também nos resultados, os elementos comuns nas narrativas, as narrativas segundo o gênero e as expectativas de futuro na visão destes trabalhadores/as.

Dessa forma, esta pesquisa se justifica como uma ferramenta importante para fomentar o estudo dos transtornos mentais no estado, mais precisamente na população dos trabalhadores/as bancários, em que o agravo tem uma grande incidência, tratando o assunto de forma preventiva, já que o controle é perfeitamente possível nos estágios iniciais, proporcionando uma economia aos serviços de saúde em longo prazo.

1 INTRODUÇÃO

A modernização tecnológica ocorrida nas últimas décadas vem ocasionando mudanças nos processos de produção, na organização do trabalho e nas relações sociais de produção do mundo todo (SELLIGMANN-SILVA, 1994; JINKINS, 1995). No Brasil, este processo acompanhou quase que concomitantemente as modificações ditadas por países do primeiro mundo e isto pode ser percebido com mais destaque, a partir da década de 1980, com a utilização da informatização produtiva, da implantação de métodos “participativos” de adesão e sujeição dos trabalhadores/as aos planos das empresas inspirados no Toyotismo, dos sistemas de produção *just-in-time*¹ e *kaban*, alicerçados por programas de qualidade total (SILVA e NAVARRO, 2012). Essas modificações foram a resposta encontrada diante das imposições e concorrência das empresas transnacionais e também da necessidade em tentar coibir o avanço do novo sindicalismo que se estruturava fortemente na época (ANTUNES, 2006).

A década de 1990 é marcada pela ampliação da inovação tecnológica, o advento da internet, automação industrial, redução do número de empregados e demissões em massa. Segundo Antunes (2006, p.18), os setores mais afetados na época foram: metalmeccânico, automobilístico, petroquímico, siderúrgico e bancário, foco desta pesquisa. O autor chama a atenção para o fato de que, embora no Brasil o fordismo ainda tenha se preservado “em vários ramos produtivos e de serviços”, as práticas toyotistas, difundidas pela indústria japonesa, foram assimiladas com muita força por vários setores.

Várias mudanças ocorreram no processo tradicional de produção em série, assim como significativas transformações nas relações de trabalho. A lógica da produção das empresas passa a depender diretamente da demanda (do consumo), em um sistema denominado de estoque mínimo. A lógica vigente existente na produção taylorista-fordista, que se baseava no ciclo produção/mercado/cliente, dá lugar à lógica da produção flexível no sentido cliente/mercado/produção (LAZARATO, 2002). Com a flexibilização na demanda da produção, vários setores são terceirizados, vigorando contratos sazonais. O conceito adotado pelo modelo taylorista-fordista em que cada sujeito ocupava seu posto de trabalho, operando uma máquina, é modificado no toyotismo, onde cada trabalhador/a deve operar várias máquinas, atuando em

¹Segundo Slack, Chambers, Johnston (2002), o Sistema de Produção *just-in-time* (JIT) “é uma abordagem disciplinada, que visa aprimorar a produtividade global e eliminar os desperdícios”. Os autores alegam que o JIT possibilita que a produção de bens ou serviços da empresa seja feita de forma eficaz em termos de custo, uma vez que fornece a quantidade correta, no momento correto e locais corretos. Assim, a empresa utilizará o mínimo de instalações, equipamento, materiais e recursos humanos.

vários segmentos da produção. Esse modelo dá origem a um trabalhador/a multifuncional, generalista, mas por outro lado, sem especialização (OLIVEIRA, 2001).

Especificamente para a categoria dos bancários, o processo de transformação ocorre de uma forma particular, uma vez que o trabalho desenvolvido no setor financeiro não envolve transformação de mercadorias na forma “unidade valor de uso/ unidade de troca”. O produto do trabalho de quem lida no ramo financeiro é transformado em documentos e registros que representam a mercadoria-dinheiro e a transformam em juros (JINKINS, 1995). Na concepção de Jinkins, este processo de produção é considerado um “fetiche autômato perfeito”, onde os juros fazem parte da mais-valia tirada do trabalhador/a no processo de produção.

Concomitante a estes acontecimentos, as décadas de 1980 a 1990, no Brasil, foram marcadas pela inconstância econômica e a implantação dos Planos Cruzado e Real que pretendiam reduzir os altos índices da inflação do país. Desta forma, a automação tecnológica redefiniu tarefas, extinguiram agências e consequentemente, os postos de trabalho. O processo de trabalho do setor financeiro foi totalmente modificado passando configurar metas por produtividade, venda de produtos, pressão constante dos clientes. O trabalhador/a qualificado/a dá lugar ao profissional polivalente, generalista, vendedor, denominado por muitos autores como “bancário vendedor” (ANTUNES, 2006; SILVA e NAVARRO, 2012; DAVID, 2014).

As relações sociais também foram alteradas: os que anteriormente eram tratados como colegas de trabalho assumem agora o lugar de concorrentes em uma constante competição para o cumprimento de metas rigorosas e produtividade. Outro fato importante é a crise a qual passam os sindicatos, com restrições quanto à sua autonomia e perda de sua força na defesa dos direitos destes/as trabalhadores/as. Neste sentido, Selligmann-Silva (1994, p. 92) argumenta que “a desqualificação do trabalhador/a e do seu trabalho se justifica, em decorrência do aumento de assalariados despedidos”. Para manter seu emprego, submetem-se a contratos terceirizados, longas e extenuantes jornadas de trabalho com sobrecarga de atividades, múltiplas exposições ocupacionais, sujeição à flexibilização das leis trabalhistas e de direitos sociais duramente conquistados (ANTUNES, 2006; LACAZ, 2007, SILVA e NAVARRO, 2012; BAHIA, 2014; ARAÚJO, 2017).

Os clientes por sua vez, que recebem o serviço a cada dia que passa e, muitas vezes, sem se dar conta, são forçados a utilizar canais de autoatendimento, linhas telefônicas, *internet banking*, em um processo crescente de desqualificação e descaracterização do profissional, possibilitando a exclusão de toda uma classe de trabalhadores/as do processo de trabalho (DAVID, 2014, p. 58-60). As transformações sofridas no Sistema Bancário Brasileiro caminham em consonância com o sistema econômico, priorizando o aumento da produtividade e do capital. Para

garantir o seu êxito, precisam intensificar a exploração da força do trabalho e, consequentemente, o desgaste da saúde do trabalhador/a (LARA, 2011, p. 79).

Assim, no decorrer do desempenho de suas funções, os trabalhadores/as recebem os impactos de um sistema que tem como foco a produção e o consumo. Como consequência direta dessa organização, o trabalhador/a pode desencadear, ao longo de sua vida laboral, inúmeras manifestações de adoecimento físico e também psíquico. As cargas psíquicas, combinadas com o perfil psicológico de cada trabalhador/a, podem interferir no nível subjetivo, culminando em sofrimento, reações ansiosas ou depressivas.

Brant e Minayo-Gomez (2004, p.220) conceituam sofrimento mental como

um “estado de expectativa diante do perigo”, pressupõe a existência de um registro, de um código linguístico que permite identificar, nomear e comunicar determinadas percepções avaliadas como ameaça.

O conceito sofrimento tem sido interpretado pelo modelo biomédico como a presença de uma doença, sendo muitas vezes diagnosticado como estresse, ansiedade ou depressão. Para Leão e Minayo-Gomez (2014, pág. 4651) interpretá-los desta forma centraria a causalidade no corpo ou na instância psíquica do indivíduo, deixando de considerar as relações sociais e o fenômeno que as têm originado, no caso o trabalho.

A forma como um determinado fato é representado para os indivíduos (grave ou não), aliado às suas características biológicas e sociais pode ou não ser capaz de desencadear um sofrimento. Na maioria das vezes, a palavra sofrimento é relacionada ao psíquico, ao passo que a palavra “dor” é associada a uma sensação penosa que incide no corpo dos indivíduos. Várias pesquisas corroboram com o fato de que, em grande parte, o sofrimento mental do/a trabalhador/a é consequência direta da organização do trabalho (BORSOI, 2007, p.105; LANCMAN e UCHIDA, 2003, p.81).

Dejours considera que o sofrimento no trabalho pode ser entendido “como o espaço de luta que ocorre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar, e, de outro, a doença mental ou a loucura” (DEJOURS, 1993, p. 153). O bem-estar seria a ação, no caso o trabalho, desenvolvido em um ambiente satisfatório, gratificante, tornando a ação prazerosa ao trabalhador/a. Em contrapartida o sofrimento estaria relacionado à ideia de dominação, sujeição do trabalho e, quando isso ocorre, se imprime repulsa, rancor ao produto. Assim, para Dejours (1987, p. 25), o sofrimento pode propiciar uma ruptura do equilíbrio psíquico, sendo manifestado em uma doença mental.

Para Szasz (1980, p.59) o conceito de doença mental para o modelo biomédico seria utilizado para identificar uma deformidade da personalidade. Nesta linha o autor ainda discorre

que, doença (corporal ou mental) seria o afastamento de alguma norma claramente definida. Diferentemente da doença física que se daria como uma anomalia na estrutura anatômica ou fisiológica do corpo, a doença mental seria uma ruptura entre os indivíduos e as relações sociais.

Assim a falta de reconhecimento, os baixos salários, as situações degradantes (como pressão por metas, competição entre os colegas, humilhações), o medo do desemprego pode fazer adoecer, manifestando-se muitas vezes, como um transtorno mental relacionado ao trabalho, o TMRT (LACAZ, 2007, p. 757-759; ARAÚJO et al., 2017, p.3236; LEÃO, 2014, p.141).

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) define como transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho os casos resultantes de estresse pós-traumático decorrente do processo de trabalho, quer seja oriundo de fatores pontuais (como uma exposição a agentes tóxicos), quer seja a fatores ligados à organização do trabalho (como pressões decorrentes do processo de trabalho, política de recursos humanos, problemas envolvendo assédio moral, ou até mesmo adversidades oriundas da hierarquia organizacional da empresa (BRASIL, SINAN, 2016).

A Nota Informativa N.94/2019-DSASTE/SVS/MS conceitua o TMRT, definindo-o como

todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.

Portanto o trabalho, que desempenha um papel de integração social, cultural, de composição da subjetividade e de subsistência, quando não apresenta significação ou reconhecimento para o indivíduo que o executa, pode desencadear sofrimento aos trabalhadores/as. Para Dejours (1992, p.122) a organização do trabalho não cria doenças mentais específicas, mas "o

defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas".

Para o sistema financeiro, principalmente depois da reforma tecnológica, a presença de um/a trabalhador/a com TMRT pode ser considerada para a gestão (e para os próprios colegas) como uma influência negativa à produção e ao lucro do banco (especialmente quando se faz necessário ausentar-se para tratamento, licença). Para Gaulejac (2007, p.237), esse modelo econômico faz o trabalhador/a perder o próprio sentido da vida, sendo considerado um ocioso, desocupado.

Como o agravo TMRT não é algo tangível, a percepção do trabalhador/a perante a alteração psíquica pode demorar a acontecer. Não há uma manifestação fisicamente notada no corpo do indivíduo e ele mesmo pode não se enxergar doente ou até mesmo negar a sua doença. Esta concepção também se encontra vinculada à questão da produção, pois se a doença não é evidenciada, o indivíduo pode continuar desempenhando suas funções. Desta forma, como há uma exigência de um permanente bem-estar do trabalhador/a pelo empregador, mascara-se o sofrimento, a dor para continuar desempenhando a sua função. Este discurso foi frequentemente notado nas narrativas desta pesquisa.

Quando os TMRT chegam a ser diagnosticados nos sistemas de saúde, são transformados em patologias individuais, tendo muitas vezes, a sua causalidade relacionada ao corpo (biológico) ou como uma disfunção psíquica, raramente fazendo o nexos causal com as relações sociais e de trabalho (LEÃO e MINAYO GOMEZ, 2014, p. 4651). Esse modelo tem como foco encontrar a doença e não entender o sujeito no espaço de vida. No caso dos TMRT, é preciso que o cuidado médico tenha um olhar para além da doença e do corpo do indivíduo, identificando e estabelecendo quais fatores extracorpóreos estão influenciando a vida deste trabalhador/a. Amâncio Filho et al. (1997, p.34) ratificam esta discussão quando citam que “as doenças geradas pelo corpo, na concepção biomédica, têm mais respaldo nas unidades de saúde que as de ordem emocional”.

Os TMRT afetam significativamente o modo de pensar dos sujeitos, o seu comportamento e a interação com outras pessoas. Provocam sintomas como desequilíbrio emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória. São doenças consideradas democráticas na medida em que, podem aparecer nas mais variadas cidades, classes sociais, tipos de ambientes, gêneros e faixas etárias. Mas dentro das atividades laborais, encontramos uma prevalência maior entre militares, enfermeiros, professores e bancários.

Além dos prejuízos sociais, familiares e individuais, outro ponto importante a ser salientado é o impacto econômico que as incapacitações por doenças mentais geram. De acordo com o Anuário Estatístico da Organização Mundial da Saúde (OMS), que trata sobre a situação de saúde do mundo em 2018, os transtornos mentais graves geram, em média, 200 dias de faltas ao trabalho. No Brasil, aproximadamente 3% da população brasileira (cerca de 5,4 milhões de pessoas) sofrem de transtornos mentais severos que precisam de cuidados médicos contínuos e 6% a 10% (entre 10,8 e 18 milhões) acabam sendo vítimas de transtornos causados pelo uso abusivo de drogas e álcool (WHO, 2018, p. 9).

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, foram registrados no SINAN 8.474 casos de TMRT, de 2006 a 2017. Ao analisar o campo “evolução do caso” apenas 10% das notificações tiveram o campo cura assinalado na ficha de investigação, confirmando o caráter crônico ao acometimento desses transtornos e destacando a importância da prevenção.² Do total de trabalhadores brasileiros notificados neste período pelo SINAN, 5.063 eram mulheres e 3.411 homens.

Destas notificações, as trabalhadoras do sistema financeiro ocuparam o 6º lugar no ranking das ocupações que mais afastam por TMRT. Os homens, trabalhadores do sistema financeiro, ficaram em 9º lugar em afastamentos pelo mesmo agravo. Ao acessar o banco de dados do SINAN/MT, o período de 2007-2019 (12 anos), apresenta apenas 28 notificações para TMRT (atualizado em 06/11/2019).

Santana e Silva (2018, p.192) apontam que em 2008, no Brasil, entre as todas as notificações existentes no banco de dados de doenças e agravos de interesse à Saúde do Trabalhador/a, os TMRT estão entre os agravos menos contemplados nos sistemas de notificação, apontando para a problemática das subnotificações nos bancos de dados oficiais.

Outro dado que chama a atenção é a característica transitória que adquiriu esta categoria. O trabalho bancário que era sinônimo de estabilidade, considerado “para uma vida”, perdeu há muito esse *status*. Dados encontrados no site do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e do Ramo Financeiro de Mato Grosso (SEEB/MT; acesso em 29/10/2019), confirmam a instabilidade em se manter na carreira, principalmente para trabalhadores/as com mais de 30 anos de idade. Somente no mês de setembro de 2019, os bancos de todo país fecharam 1.928 postos de trabalho e o saldo acumulado de janeiro a setembro chegou a menos 3.328 postos de trabalho disponíveis. Isso se deve ao Plano de Demissão Voluntária (PDV) de dois grandes bancos privados.

²Fonte: Boletim Epidemiológico sobre Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006-2017. Pisat, UFBA, publicado em abril/2019, pp. 4-5.

O PDV prioriza a demissão dos trabalhadores/as mais antigos, causando um grande prejuízo econômico e social, uma vez que diminui os salários da categoria (normalmente os trabalhadores/as mais jovens passam a ganhar menos); consequentemente aumentam o lucro para os bancos, aumentam o número de desempregados, a pressão no ambiente de trabalho, sobrecarregam os funcionários que foram mantidos, propiciando o aumento dos adoecimentos. De acordo com levantamento do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) “a remuneração média dos bancários e bancárias admitidos até 29 anos é de R\$ 3.344,56. Para os trabalhadores/as demitidos/as com mais de 30 anos, a remuneração média pode chegar a R\$ 8.054,90, ou seja, 141% maior do que a dos admitidos com idade inferior aos 30 anos”.³

Desta forma esta pesquisa tem o intuito de evidenciar situações ocorridas no “*modus operandi*” do trabalho bancário, fazendo vir à tona problemas de toda sorte como desencadeadores de doenças, sociais, ambientais, trabalhistas e previdenciários. Enquanto profissional da Saúde, a obtenção dos resultados da pesquisa servirá como proposta para que investigações da Vigilância em Saúde do Trabalhador/a (VISAT) ampliem o olhar sobre o problema e possam contribuir com ações intersetoriais na proposição de melhorias para esta categoria.

Diante de toda a problematização apresentada, a pesquisa tem como objetivo, partir de uma abordagem qualitativa e sob a perspectiva socioantropológica, analisar os Itinerários Terapêuticos dos/as trabalhadores/as bancários/as de Cuiabá/MT, percebidos com TMRT, através de suas narrativas. Os conflitos entre capital/trabalho serão contextualizados sob o enfoque do materialismo histórico dialético sob a perspectiva de Jinkins (1995) e Antunes (2006).

Em razão destes fatores, é que se aponta aqui para uma pesquisa de caráter qualitativo, dentro do campo das ciências sociais em saúde. Segundo Martins e Iriart (2014, p. 275), “a antropologia da saúde tem abordado a experiência da enfermidade considerando que toda doença está envolta em uma rede de significados construídos intersubjetivamente”. Portanto, esta pesquisa, de abordagem socioantropológica, vai procurar desvelar, por meio das narrativas dos trabalhadores/as que se perceberam adoecidos, o que pode ocorrer no limiar entre a normalidade e o adoecimento (as experiências vivenciadas neste trajeto, suas percepções), revelando as mais variadas formas de terapias adotadas, a diversidade de fatores socioculturais e os significados que permeiam a vida dos sujeitos.

³Informativo referente à pesquisa realizada pelo Dieese sob título “Bancos cortaram mais de 3 mil postos de trabalho em 2019”. Informações obtidas em <http://www.bancariosmt.com.br/leiamais.aspx?id=6379>. Os dados da pesquisa do site são referentes a 2019. Acesso em 29/10/19 (Atualizada em 22/10/2019).

Além disso, a pesquisa busca alargar a compreensão de como e a partir de que momento os/as bancários/as experienciam o adoecimento. Os itinerários terapêuticos (ITs) possibilitam uma visualização das redes de relações sociais do/a trabalhador/a e não apenas a rede de serviços de saúde. Os percalços apontados nas narrativas dos ITs servirão de subsídios para apontar falhas nos sistemas de saúde evidenciando linhas estratégicas a serem tomadas pelos gestores. Priorizar linhas estratégicas com os recursos da informação fortalece a gestão e dá subsídios aos trabalhadores/as para que possam garantir seus direitos.

Em tempos em que deveriam ser criadas alternativas para minimizar e coibir os problemas de saúde e do ambiente originados pelo processo de trabalho, o poder legislativo do estado, vai à contramão de toda a ideia concebida na Reforma Sanitária, fornecendo ferramentas legais para dar anuência a novas formas de exploração, disfarçadas em um discurso de melhoria de emprego para a população. No auge deste processo temos a aprovação de uma Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017), que dentre tantos retrocessos, privilegia a precarização dos postos de trabalhos e terceirizações, aumentando a rotatividade, a exigência por metas e a instabilidade. A legislação legitima a insegurança e a pressão dos trabalhadores/as pela manutenção do seu posto de trabalho, incentiva ainda mais a concorrência, acaba com os laços sociais e afetivos nos ambientes de trabalho e de vida. Enfraquece os sindicatos e as articulações com as empresas fazendo com que o/a trabalhador/a fique à mercê das exigências do patrão. Lacaz (2019, p.680) descreve todos os reflexos do que chama de “ (Contra) Reforma trabalhista”, classificando-a como uma:

lei que advoga, canhestamente, o ‘negociado prevalecendo sobre o legislado’. Para a saúde dos trabalhadores traça um triste prognóstico dos seus reflexos: aumento do desemprego e do trabalho precário; aumento dos acidentes do trabalho e das incapacidades provocadas. Para os serviços públicos de saúde, a lei, ao liberar a terceirização nos serviços essenciais promove a terceirização da Saúde Pública, mecanismo para desmonte do Sistema Único de Saúde, abrindo espaço para sua privatização.

Com isso esta pesquisa também tem esta finalidade, de ouvir a voz silenciada desta categoria que está ficando cada vez mais invisibilizada e, consequentemente, doente. Desta forma, para manter sua subsistência e de sua família, se sujeita a estas condições de trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA FINANCEIRO NACIONAL

A relação direta entre o setor produtivo e o setor financeiro se evidencia a partir da ideia de que os instrumentos, as instituições e os mercados financeiros têm como função prover serviços financeiros, acompanhar a situação patrimonial das empresas, apontando mecanismos de redução de risco, na tentativa de minimizar os custos de transação e de informação inerentes a qualquer atividade de troca. O setor financeiro não se configura como um dos elos da cadeia produtiva. Embora o crédito seja fonte de receitas e resultados para uma determinada cadeia produtiva, o papel desempenhado pelo setor é o de realizar atividades econômicas articuladas, injetando recursos e financiamento aos elos que compõe a cadeia produtiva (MOORI, CALDEIRA e PROCÓPIO, 2006).

Nesse sentido, o sistema financeiro opera como um impulsionador de investimentos e capital para esta cadeia, atuando em qualquer um dos seus segmentos: de produção de matérias-primas, de comercialização, industrialização de produtos. Esse investimento pode ser de cunho governamental e privado, sendo gerido por instituições financeiras intermediárias que captam os recursos dos superavitários e emprestam a juros aos deficitários, denominados usualmente como banco (DURSKI, 2003; MOORI, CALDEIRA e PROCÓPIO, 2006; LEÃO e VASCONCELLOS, 2013, 2015).

Acompanhando o processo histórico do país, o Sistema Financeiro Nacional (SFN) foi construído gradativamente, adquirindo um papel fundamental na economia. Atualmente, caracteriza-se por ser um conjunto de financeiras e de instrumentos financeiros que têm como objetivo regulamentar, fiscalizar e executar as operações relacionadas à gestão da moeda e do crédito. O topo da pirâmide organizacional é constituído por três órgãos normativos: o Conselho Monetário Nacional, o Conselho Nacional de Seguros Privados e o Conselho Nacional de Previdência Complementar.

Na sua base, estão os órgãos operadores do sistema, compreendendo os bancos, as caixas econômicas, as cooperativas de crédito e instituições de pagamento, supervisionados pelo Banco Central do Brasil e tendo como órgão normativo, no topo da pirâmide, o Conselho Monetário Nacional (BRASIL, 2018 VIEIRA et. al., 2012). Encontra-se disciplinado na Lei nº

4.595/64, que dispõe sobre a política e as instituições monetárias, bancárias e creditícias. A Constituição Federal, em seu artigo 192, regulamenta que:

O sistema financeiro nacional deverá ser estruturado de forma a promover o desenvolvimento equilibrado do País e a servir aos interesses da coletividade, em todas as partes que o compõem, abrangendo as cooperativas de crédito. Será regulado por leis complementares que disporão, inclusive, sobre a participação do capital estrangeiro nas instituições que o integram. (BRASIL, 1988)

Definem-se como bancos as instituições financeiras que visam ao lucro e têm suas receitas através da oferta de serviços, que incluem as linhas de crédito, contas correntes entre outros (BRASIL, 2018). A reestruturação dos bancos é compreendida como uma característica das alterações porque vêm passando o próprio sistema capitalista, de intensificação da internacionalização do capital, acompanhado pela expansão do ideário neoliberal. O processo de trabalho também sofreu mudanças para se adequar às exigências do mercado. A reestruturação ocorreu mantendo um padrão, sendo moldada de acordo com as especificidades de cada banco (SEGNINI, 1999). Desta forma, o/a trabalhador/a passa a sofrer o impacto destas alterações que podem se manifestar de várias formas, inclusive afetando a sua saúde.

O Sistema Financeiro Nacional (SFN) teve sua primeira estruturação no início do século XVI, com a chegada da corte portuguesa ao país e a criação de um intermediário financeiro para as negociações, o Banco do Brasil. No início do período colonial as negociações eram realizadas através de trocas diretas de mercadorias, que eram empregadas como valor “moeda” ou através das próprias moedas vindas de Portugal (VIEIRA et al., 2012). A criação do Banco do Brasil não teve a intenção de estimular a economia local, mas assegurar a emissão de moeda para atender as necessidades da coroa portuguesa, já que a cobrança direta dos tributos era deficitária e a vinda da família real intensificou as relações comerciais estabelecidas com países europeus.

O retorno da família real para Portugal, em 1821, extingue as atividades do Banco do Brasil, sendo posteriormente, decretada a sua falência. Isto ocorreu, pois, ao retornar para Portugal, D. João VI, levou todo o lastro de ouro da instituição. Este fato conduziu para a diminuição das negociações e exportações brasileiras, contribuindo para o enfraquecimento do banco. Suas atividades foram encerradas em 1829 e sua liquidação foi determinada por decreto em junho de 1833(VIEIRA et al., 2012; SILVA et al., 2016).

Outros bancos foram criados a partir da primeira liquidação do Banco do Brasil, mas sem êxito. Destes, pode-se citar a primeira Caixa Econômica (na época da sua criação não havia o termo Federal) sediada no Rio de Janeiro em 1831e o primeiro banco comercial

privado, o Banco do Ceará, inaugurado em 1836 (encerrando suas atividades em 1839). Em 1838 é fundado, a partir de uma associação de comerciantes abastados, o Banco Comercial do Rio de Janeiro, impulsionando a criação de outros bancos comerciais na Bahia, Maranhão e Pernambuco (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, 2012)

Em 1851, por iniciativa do Visconde de Mauá, o Banco do Brasil retomou suas operações. Três anos depois, em 1853, o banco conta com a incorporação e fusão bancária de bancos estaduais de controle privado, de acordo com Lei nº 683/1853 (VIEIRA et al, 2012; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, 2012).

Na década seguinte, destacam-se dois acontecimentos importantes para a estruturação do sistema financeiro Nacional. A chegada dos primeiros bancos estrangeiros ao país, em 1863: o “London & Brazilian Bank” e o “The Brazilian and Portuguese Bank” (ambos sediados no Rio de Janeiro). O outro marco importante para o período foi a segunda tentativa em se criar a Caixa Econômica, através de um decreto de D. Pedro II em 1861, denominando-a como Caixa Econômica do Monte de Socorro. Neste período, o país já contava com quase 10 milhões de habitantes e o Rio de Janeiro com 250 mil moradores. Desde o período da sua criação a Caixa Econômica já manteria algumas de suas características: emprestar valores (sob a garantia de metais preciosos, pedras preciosas ou jóias), atender a população mais pobre e fomentar a cultura de “poupar economias”, incentivando a abertura de cadernetas de poupanças (principalmente em nome de crianças) (COSTA, 2012; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, 2012).

No final do século, a abolição da escravatura foi o marco histórico de surtiu efeitos em todos os segmentos da sociedade brasileira, inclusive na economia do país. Os grandes centros mostram os primeiros indícios da industrialização. Em contrapartida na agricultura o panorama é de perda de colheitas e escassez de alimentos. Este cenário culminou em uma recessão que perdurou até 1906 (COSTA, 2012).

O atual Banco do Brasil foi recriado em 1905, a quarta recriação com o mesmo nome, fruto da fusão entre o Banco do Brasil e o Banco da República do Brasil (Decreto nº 1.455, de 30.12.1905). Sua consolidação ocorre em 1906, quando se torna o principal banco do país. Para Costa (2012), o conflito em criar bancos emissores foi o responsável pela “criação-destruição-recriação do Banco do Brasil”.

O período entre 1905-1930 iniciou a estruturação do SF no país, com a criação da Inspeção Geral dos Bancos em 1920 e do Decreto nº 14.728, de 16.03.1921 que regulamentava a fiscalização dos bancos e das casas bancárias. Em 1921 foi criada a Câmara de Compensação

de cheques do Rio de Janeiro e somente em 1932, esta Câmara é criada em São Paulo (COSTA, 2012; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, 2012).⁴

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, ocorre um grande progresso nos sistemas financeiros mundiais e a criação de grandes instituições como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. Institucionalmente, a normatização e o controle do mercado financeiro brasileiro começam a ocorrer com o surgimento da Superintendência da Moeda e do Crédito (SUMOC), em 1945 e a consolidação de agências bancárias em diferentes regiões do país. Já, na década de 1950, foi fundado o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, atualmente conhecido como Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Foi quando os ganhos com a indústria começaram a superar os da agricultura na renda nacional (SEGNINI, 1998; VIEIRA et al., 2012; BRASIL, 2018).

A década de 1960 foi muito importante para o SFN. Em 1964, ocorre a chamada Reforma Bancária, criando a composição original do Sistema Financeiro Nacional, com a criação de um Conselho Monetário Nacional, mudando a SUMOC para o então Banco Central da República do Brasil, atual Banco Central do Brasil (BACEN). Os serviços de retaguarda dos bancos iniciaram um processo de automação com a introdução dos centros de processamento de dados. Neste período foi criado o Sistema Financeiro de Habitação, cujo operador era o Banco Nacional de Habitação (BNH). O BNH foi extinto na década de 1980, passando suas atribuições para a Caixa Econômica Federal (MENDES, 1993; VIEIRA et al., 2012; BRASIL, 2018).

Durante o “milagre econômico”, de 1966 a 1974, os empréstimos do setor privado evoluíram mais de 600% em termos reais. Os anos 70 foram marcados pela entrada de recursos externos, uma sensação econômica fictícia de liquidez de mercado e uma crescente dívida interna com significativo incremento da emissão de títulos governamentais para lastrear a dívida pública (MENDES, 1993).

Em meados da década de 1980, inicia-se em vários setores da economia a introdução de novas tecnologias e das novas práticas de gestão identificadas como “modelo japonês”. A economia começa a ser reestruturada adotando a ideia de racionalização nas empresas via Programas de Qualidade Total, inovações organizacionais, investimentos na produção, processo de certificação de fornecedores. Além disso, intensifica-se a “externalização” dos serviços de apoio, como alimentação, limpeza e vigilância. Essa lógica também é passada para o sistema

⁴A Câmara de Compensação de cheques somente irá atuar de forma integrada em 1969, com a criação Sistema Integrado Regional de Compensação (SIRC). Informações obtidas em: Confederação Nacional das Instituições Financeiras. Acesso em fevereiro de 2020. Disponível em: <https://cnf.org.br/historia-do-sistema-financeiro-nacional-viagem-de-1808-a-2002/>.

bancário com investimentos pesados em automação, o que ocorreu em todo o setor (CARTONI, ARAÚJO e JUSTO, 2001).

Neste processo de reestruturação os bancos atuaram de duas formas: como agente no processo e sujeitos das alterações vivenciadas nos processos produtivos, pois passaram a ter que se adequar à lógica de “livre mercado”. Esse processo foi um verdadeiro desastre para o/a trabalhador/a bancário. Segundo Segnini (1998, p. 187):

A rede bancária no Brasil, em 1993, era constituída por 245 bancos, 17.194 agências e 13.326 postos de atendimento; em maio de 1997, 225 bancos significavam 16.418 agências e 14.859 postos de atendimento. O processo de concentração bancária, por meio de corporações, fusões e privatizações, possibilitou a expansão da participação do capital estrangeiro no sistema bancário, sobretudo no setor de varejo bancário, pela intermediação financeira e política do Banco Central do Brasil. Todas essas medidas provocaram uma forte redução no mercado de trabalho bancário, tanto pela eliminação de postos de trabalho superpostos, superposição de agências, reestruturação das formas de gestão, fusão de postos de trabalho, bem como pelo uso intensivo das tecnologias da informação. Dessa forma, se em 1986 a categoria representava um milhão de trabalhadores, em 1996 foi reduzida para 497 mil bancários, ou seja, em dez anos, 503 mil postos de trabalho foram suprimidos.

A década de 1990 destaca-se pelas mudanças organizacionais e estruturais ocorridas no sistema bancário, como a inclusão de produtos de venda, diminuição dos postos de trabalho e transformações tecnológicas (com expansão das agências online, caixas eletrônicos, os bancos 24 horas). Em relação aos demais ramos produtivos do país, o setor bancário foi o que mais implantou tecnologias e inovações organizacionais no período (MARQUESI e GIONGO, 2016).

O marco econômico da época foi a estabilização da moeda em 1994, pelo Plano Real, na tentativa de reordenar a economia brasileira. Nesse processo de reestruturação do sistema financeiro, sob coordenação do Banco Central, destaca-se a redução dos níveis inflacionários, a maior abertura da economia (com corte de subsídios para os setores inadimplentes, restringindo o crédito para estes setores) e a extinção de instituições que não se adequavam ao novo modelo (SEGNINI, 1998). Essa nova concepção que aperfeiçoa a exploração capitalista intensifica pressão no trabalho, quer seja fisicamente, quer seja psicologicamente, numa lógica de instabilidade contínua. A instabilidade, a imprevisibilidade do trabalho, aliado às novas tecnologias dá um caráter transitório para o trabalho bancário (GRISCI e BESSI, 2007).

O novo século é marcado pelo avanço das novas tecnologias impactando de imediato no ambiente bancário. Dentre esses avanços temos o uso da internet, das redes sociais, dos celulares e principalmente, da banda larga. A concorrência, a necessidade de estar cada vez mais próximo ao seu cliente, a multiplicação dos produtos oferecidos, a oferta de serviços 24 horas,

transforma a dinâmica do processo de trabalho nas agências, exigindo cada vez mais de seus funcionários. Grandes centros de processamento de dados, de serviço em agências e de compensação de cheques, são substituídos por automação, atendimento eletrônico e serviços terceirizados. A comodidade da substituição do papel-dinheiro pelo cartão magnético e, contraditoriamente, a responsabilidade sob a questão de segurança são fatores que passaram a ser gerenciados pelos bancos, agora de forma terceirizada, pelos “gestores de cartões”. Outra forma de terceirização velada é a dos correspondentes bancários, como casas lotéricas, que passaram a desempenhar atividades que antes eram executadas pelos trabalhadores e trabalhadoras das agências (BANCÁRIOS/SP, 2018).

Atualmente, levando-se em consideração aos lucros obtidos pelos bancos, os quatro primeiros lugares do ranking mundial são ocupados por bancos chineses. Na sequência, entre os dez maiores, ainda aparecem quatro bancos dos Estados Unidos, o HSBC do Reino Unido e Mitsubishi UFJ, do Japão. Apesar dos Bancos Chineses concentrarem os maiores lucros, os bancos americanos empregam seus ativos com uma eficácia mais lucrativa de capital. Este fato pode estar relacionado ao mercado ainda fechado da China sob interferência do Estado, diferentemente dos Estados Unidos. O Brasil irá ocupar a 53ª posição nesta lista, mas apresenta destaque na América latina, com os quatro primeiros lugares ocupados por bancos brasileiros.

A lista dos cinco maiores bancos da América Latina, segundo ativos são: Banco Itaú Unibanco, (Brasil, com US\$ 33, 890 bilhões), Banco do Brasil (Brasil, com US\$ 24, 623 bilhões), Bradesco (Brasil, com US\$ 23, 339 bilhões), Caixa Econômica Federal (Brasil, com US\$ 17, 184 bilhões) e Bancolombia (Colômbia, com US\$ 6, 020 bilhões).⁵

Se considerarmos a quantidade de clientes, o ranking é alterado. Destacam-se no Brasil os bancos com maiores números de correntistas: o Banco Bradesco (com 99.684.907 clientes), a Caixa Econômica Federal (com 93.525.623 clientes), o Banco Itaú/Unibanco (com 80.803.452 clientes), o Banco do Brasil (com 66.072.966 clientes) e o Banco Santander (com 46.395.772 clientes).⁶

Mato Grosso conta com um total de 320 agências das quais 137 estão localizadas na cidade de Cuiabá (42,81%). Destas, 66 agências são públicas/mistas e 71 pertencem a bancos privados. Ainda de acordo com o levantamento realizado com informações obtidas no sindicato

⁵Informações obtidas em: <https://epocanegocios.globo.com/Mercado/noticia/2019/09/lucro-dos-maiores-bancos-do-mundo-cresceu-10-vezes-na-ultima-decada.html>. Atualizada em 19 de setembro de 2019. Acesso em 23/02/2020.

⁶O ranking da pesquisa foi realizado levando-se em consideração a quantidade de clientes e não o capital pertencente a cada um. Informações obtidas em: <https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/os-bancos-com-mais-reclamacoes-no-terceiro-trimestre-segundo-o-bc/> As informações são referentes a outubro 2019. Acesso em 23/02/2020.

dos bancários de Mato Grosso⁷, aproximadamente 80% dos bancários são filiados na sua base sindical, totalizando 2.404 trabalhadores/as. Deste número, 1.343 desempenham suas funções em bancos públicos (exercendo o regime de economia mista ou pública) e 1.061 bancários/as em bancos privados.

2.2 A ESTRUTURA BANCÁRIA E SEUS SETORES

Com o surgimento da moeda no período das grandes civilizações, os atos de emprestar, tomar emprestado e guardar dinheiro de outros, foram quase inevitáveis. Acredita-se que os fenícios tenham desenvolvido as primeiras operações bancárias, entretanto, o nome banco foi concebido pelos romanos: significava a mesa em que eram realizadas as trocas de moedas (FGV, 2018).

A Resolução 2.099 do Conselho Monetário Nacional, de 1994, define que:

bancos comerciais são instituições financeiras privadas ou públicas que têm como objetivo principal proporcionar suprimento de recursos necessários para financiar, a curto e a médio prazo, o comércio, a indústria, as empresas prestadoras de serviços, as pessoas físicas e terceiros em geral. A captação de depósitos à vista, livremente movimentáveis, é atividade típica do banco comercial, o qual pode também captar depósitos a prazo. Deve ser constituído sob a forma de sociedade anônima e na sua denominação social deve constar a expressão “Banco”.

As agências bancárias podem sofrer diferenciações quanto ao organograma hierárquico dos setores de acordo com a política desempenhada pelo banco (se é público ou privado). Como representação, tomamos como modelo o organograma de uma agência da Caixa Econômica Federal (CEF) e as funções desempenhadas em cada setor (Figura1).

⁷ Informações obtidas em acesso ao arquivo do SEEB/MT, acesso em 27.11.2019.

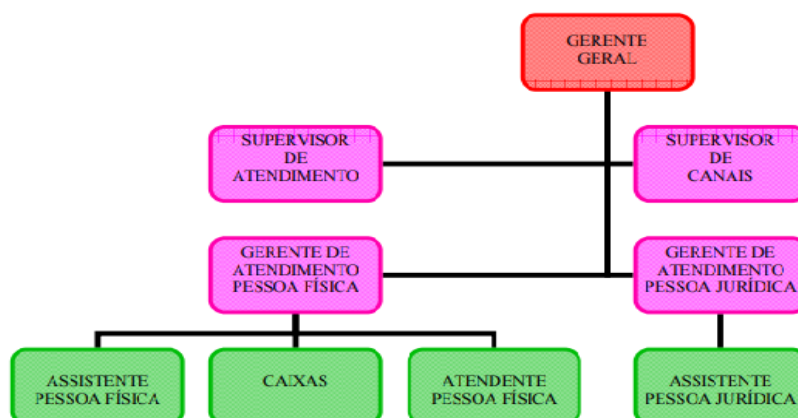


Figura 1. Organograma de uma Agência Bancária da Caixa Econômica Federal

Fonte: Nogueira et. al (2013, p. 4)

De uma forma bem simplificada, uma vez que os próprios bancos não definem claramente as atribuições dos setores, a coordenação geral da agência fica sob competência do Supervisor do Banco, também denominado em alguns organogramas como Gerente Geral (Figura 1), sendo este responsável por atuar no relacionamento de clientes de pessoa jurídica ou física, fazendo análises de crédito. Também realiza a pós-venda de abertura de contas e negócios, supervisionando a sua área de abrangência.

Aos gerentes (que podem ser da área administrativa e comercial) cabe a responsabilidade pelo desenvolvimento comercial e institucional da agência, sendo um elo entre chefias intermediárias. Realizam a gestão dos recursos humanos da empresa, atuam com os clientes, recebem materiais e malote, fiscalizam a venda de produtos, respondem pela abertura de chamadas aos caixas eletrônicos, assinam livros da tesouraria, analisam contratos, prestam contas para a inspetoria, quando acionados.

Na estrutura da agência também pode haver o cargo de subgerente, responsável pelo desenvolvimento comercial e institucional, dando suporte ao gerente, responsável pelas operações de crédito, desconto de cheques, duplicatas, implantação de limites nas contas, ações com cartão de crédito.

Os assistentes de pessoa física e jurídica acompanham as carteiras de clientes, as negociações e aprovações de limite de crédito e negociações de pagamento de pessoa física e jurídica. Muitas vezes são responsáveis pelo pré-atendimento na agência, fazendo a triagem de clientes, encaminhando para os serviços. Podem atuar auxiliando os clientes com as máquinas de autoatendimento. Já os caixas atuam diretamente no atendimento ao público, realizando a co-

brança de títulos, abertura de contas e venda de produtos bancários, podendo também atuar nos postos de atendimento bancário (dentro de outras empresas).⁸

2.3 A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES: O TRABALHADOR E A TRABALHADORA DO SISTEMA FINANCEIRO BANCÁRIO

Os bancários e as bancárias exerceram um papel muito importante na construção da história da classe trabalhadora brasileira. Antes da década de 1920, não havia uma identidade de categoria estabelecida e estes/as trabalhadores/as eram inseridos no grupo dos comerciários. Nesse período, o SFN estava ligado, predominantemente, aos setores agrícolas, sobretudo à cafeicultura de exportação. A primeira entidade sindical de bancários do Brasil surgiu em São Paulo, na forma de uma Associação de Funcionários de Bancos. Após uma grande greve iniciada na década de 1930, em Santos (SP), reivindicando melhorias salariais e condições sanitárias devido à alta incidência de tuberculose, a associação passa à categoria de sindicato.⁹

Em Mato Grosso, a categoria começa a se mobilizar na década de 1950, para modificar a realidade de exploração a que os bancários e as bancárias eram submetidos, tendo que cumprir uma jornada diária de 10 horas. No dia 30 de janeiro de 1953, foi fundada a Associação dos Bancários de Mato Grosso, passando à categoria de sindicato, em 1962. O reconhecimento do sindicato junto ao Ministério do Trabalho ocorre em 1963. Nesta ocasião, o sindicato de contava com 891 bancários/as no estado e 260 em Cuiabá. Hoje, em Mato Grosso a categoria contabiliza aproximadamente 2.700 bancários e bancárias sindicalizados¹⁰.

No início da década de 60 os bancários e as bancárias conseguiram se organizar nacionalmente através de uma federação, possibilitando uma melhor articulação entre os trabalhadores e as trabalhadoras da sua base. Na época o sindicato dos bancários, assim como outros sindicatos, era filiado ao Comando Geral dos Trabalhadores, CGT. Com o fortalecimento da organização entre as categorias foram organizadas duas grandes greves nacionais, conquistando

⁸Informações sobre as atribuições dos cargos e carreiras dos bancários obtidas nas seguintes páginas: <https://www.iobconcursos.com/noticias-sobre-concursos/entenda-o-que-faz-o-escriturario-do-banco-do-brasil/1821>. Acesso em 28/12/2018.

<https://www.catho.com.br/profissoes/>. Acesso em 28/12/2018

Brasil. Lei Ordinária nº 9.650/1998 de 27/05/1998. Dispõe sobre o Plano de carreira dos servidores do Banco Central do Brasil e dá outras providências. [Online] Acesso em 28/12/2018.

⁹Informações obtidas na página do Sindicato dos Bancários de Santa Rosa/RS. Disponível em <http://www.sindicatodosbancarios.com.br/historico.aspx>. Acesso em 28/12/2018.

¹⁰Informações obtidas na página do Sindicato dos Bancários de Mato Grosso. Disponível em <http://www.bancariosmt.com.br/paginas.aspx?pg=sobre>. Acesso em 28/12/2018.

além de reajustes salariais, o compromisso do governo em estudar a fixação salário mínimo profissional, ganho adicional por tempo de serviço, 13º salário e o fim do trabalho aos sábados. A sequência de greves e conquistas é interrompida com o Golpe de 1964. Neste período, militares foram responsáveis por intervenções e invasões nos sindicatos, impedindo a livre organização das categorias, a prisão ou assassinato dos principais líderes, além da intervenção do Ministério do Trabalho. O intuito era desarticular o movimento político-sindical da época, através do fechamento de sindicatos ou da indicação de novos dirigentes de acordo com os anseios do governo militar (GREGÓRIO, 2006).

Na década de 1970 o movimento sindical volta a se articular, mas esta tentativa ainda é marcada por forte repressão. Avanços como auxílio-refeição, foram conquistados nesta época, assim como a luta pela anistia ampla, geral e irrestrita.¹¹

A partir da década de 1980, há uma significativa mudança no status da profissão de bancário, ameaçada pelo desemprego advindo de processos de automatização de serviços. Este processo de reestruturação dos bancos é compreendido como uma das características constitutivas do próprio capitalismo, só que mais amplo, com formação de grandes blocos e internacionalização do capital (SEGNINI, 1999). A década de 1980 foi marcada por eliminação de postos de trabalho, superposição de agências, reestruturação das formas de gestão e uso intensivo de tecnologias da informação (SEGNINI, 1999; GRISCI e BESSI, 2004).

A categoria dos bancários sofreu um grande corte nos postos de trabalho de todo o país. Em janeiro de 1991 contavam com 754 mil trabalhadores/as, passando a 394.500 funcionários em outubro de 2000 (COSTA, 2001). Com a chegada da tecnologia, à medida que o trabalhador/a era liberado de suas tarefas, havia maior exigência para venda de produtos aos clientes, valorizando os profissionais que melhor se adaptassem ao acesso rápido às informações. Muitos bancos estatais, que estavam sob intervenção do Banco Central do Brasil, foram vendidos e os que restaram também passaram por “ajustes”, sendo criados programas de demissão voluntária. Os planos de cargos e carreiras passaram a ser substituídos por “merecimento”. A meritocracia tem sido entendida como cumprimento das elevadas metas de venda e produtividade.

O resultado da nova readequação do sistema bancário para os profissionais foi o grande número de desempregados, a precarização e intensificação do trabalho, bem como o crescimento da competição e da produtividade. O site do sindicato dos bancários de Mato Grosso

¹¹Informações sobre o Movimento sindical bancário obtidas em: <https://spbancarios.com.br/historia>. [Acesso online 06/02/2020]

(SEEB/MT) ¹² relata a problemática a que passam os trabalhadores e trabalhadoras, quando publica em sua página que

a função do sindicato é sempre estar ao lado da categoria, combatendo os desmandos dos banqueiros, sempre ávidos por maiores lucros em detrimento dos bancários que são obrigados a submeter-se a toda sorte de situações. Com isso, sofrem com doenças ocupacionais, assédio moral e assédio sexual, chegando até mesmo ao extremo de suicidar-se, devido à histeria das metas impostas pela dinâmica dos bancos.

Alguns sindicatos, porém, passam a atuar de maneira fomentar uma política de monetarização do risco. Isto porque muitas das negociações realizadas e aprovadas na mesa de discussões entre sindicatos e patronal, tinham como principal exigência o recebimento de adicional de insalubridade. Neste entendimento, o recebimento desse adicional pelos/as trabalhadores/as seria uma forma de compensar a precariedade das condições de saúde a que passava a categoria. Assim, o/a trabalhador/a passa a aceitar que a penosidade e as más condições do processo de trabalho sejam pagas em dinheiro ao invés de exigir mudanças neste processo (SELLIG-MANN-SILVA, 1994, p.102).

No modelo neoliberal, “o ser humano se torna um capital que convém tornar produtivo” (GAULEJAC, 2007, p.33). A lógica é a produção, a rentabilidade. Nesse sentido, os profissionais passam a incorporar a cultura do alto desempenho para se manter empregada. Segnini (1999, p.196) chama a atenção para outro aspecto evidenciado na reestruturação: a categoria dos bancários, historicamente era envolvida por certo “status e até mesmo um “glamour social”. Os bancários e as bancárias se distinguiram de outras categorias pelo alto nível de escolarização dos profissionais em relação a outras profissões. Com a automação do serviço e as terceirizações, a qualificação profissional não é mais uma exigência, fazendo com que a profissão seja desvalorizada também no aspecto social.

A diminuição considerável de trabalhadores da categoria também teve um grande impacto na luta pelos direitos. As atividades sindicais passaram para o campo das ações judiciais, enfraquecendo também a representatividade dos trabalhadores e trabalhadoras e colocando em dúvida a própria existência da profissão, já que perderam a sua identidade, diminuíram o contingente de trabalhadores e trabalhadoras e, conseqüentemente, o poder de articulação e representatividade dos sindicatos (GRISCI e BESSI, 2004; SEGNINI, 1999; BANCÁRIOS/SP, 2018).

A reestruturação produtiva assolou o processo de trabalho bancário, atendendo às perspectivas do capitalismo globalizado, concentrando cada vez mais o lucro. Este processo se estabelece com um discurso ilusório em transformar o trabalhador e a trabalhadora em empreen-

¹² Acesso online em <http://www.bancariosmt.com.br/paginas.aspx?pg=sobre>

dedores. O novo modelo propõe a satisfação dos anseios, mexe com o ilusório. Neste engodo, o trabalhador e a trabalhadora “encantados” pela perspectiva de progredir, de se tornar parte da corporação, caem em uma estrutura produtiva de confinamento 24 horas. O trabalho já não é mais restrito ao espaço do banco. O ritmo das corporações é o que prevalece.

O processo aconteceu de forma gradual, desarticulando toda a estrutura bancária, quer seja física (bancos, agências), quer seja de recursos humanos (número de trabalho e trabalhadoras) e até mesmo quanto à organização sindical (com a diminuição de trabalhadores/as há também o enfraquecimento dos sindicatos, menor poder de articulação e visibilidade política). Os próprios clientes passaram a desempenhar atividades para os bancos.

Este modelo é caracterizado pela rapidez na produção, responsabilização dos atores, cumprimento de metas e excelência. A excelência por sua vez, estimula a competição, o perfil “predador”. Nesse propósito, a meritocracia dita regras do poder, assevera a perversidade, bonificando os trabalhadores que atendem às exigências impostas, estigmatiza os que não atingem os objetivos esperados. Essa relação causa frustração, sofrimento, sensação de fracasso, incomformidade e gera o fantasma das demissões.

Os efeitos causados na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras são percebidos não apenas no organismo como um todo (já que a estrutura física está articulada com a psíquica). Transcendem a questão individual, afetando as relações familiares e sociais. É inegável que a forma com que o processo de trabalho vem sendo desenvolvido propicia a manifestação de doenças. Além disso, a promessa de satisfação enreda o trabalhador e a trabalhadora submetendo-o a um processo nocivo, que causa instabilidade, gera conflitos e precariza as relações.

2.4 O PROCESSO DE TRABALHO BANCÁRIO, O SOFRIMENTO E O TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO (TMRT)

O processo de globalização da economia, aliado às inovações tecnológicas, têm provocado modificações no mundo do trabalho, com predomínio de atividades que exigem cumprimento de metas rigorosas, produtividade, domínio de atenção, múltiplas exposições ocupacionais, longas jornadas, terceirizações, monotonia de tarefas, competição pela manutenção do posto de trabalho, isolamento social, conflitos interpessoais, flexibilização das leis trabalhistas e a possibilidade do desemprego (BARBOSA, 2014).

Essas mudanças tiveram reflexo não só no trabalho, mas principalmente na saúde humana com aumento nos casos de TMRT, descrito nos trabalhos de Lacaz (2007, p. 757-9), Pa-

pparelli et al. (2011, p.118), Brant e Minayo-Gomez (2011, p.940), Bahia (2014, p.12), Araújo (2017, p.3236), Cordeiro (2016, p. 51). Segundo Jacques e Amazzarray (2006), a problemática do sofrimento psíquico não é uma singularidade dos dias atuais. Os primeiros indícios documentados foram evidenciados na obra de Ramazzini¹³, em 1700, onde foram relatados problemas dos escriturários da época, em decorrência da rapidez e atenção exigidas pela função (no passado descrito pelo autor como escriturários, atualmente substituídos pelos bancários).

O trabalho apresenta grande relevância na vida das pessoas sendo fonte de subsistência, integração, posição social, autoafirmação e mais valia dentro de um grupo. Atua como um constituinte da subjetividade, no modo de vida e na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Desta forma, a ideia do desemprego, além de gerar uma ameaça à subsistência (do indivíduo e de sua família), também acarreta na perda do papel social que o/a trabalhador/a desempenha naquele meio. Esta possibilidade pode acabar gerando sentimentos angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos. Segundo a publicação, Doenças relacionadas ao trabalho-Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (OPAS/MS, 2001, p. 161)

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Assim, exigências do trabalho, associadas às condições individuais do/a trabalhador/a, poderão repercutir negativamente sobre a sua saúde física e mental. Corroboram para essa visibilidade os inúmeros casos de suicídio, depressão, afastamentos, desvios de função, evidenciando que:

A vivência psíquica dos trabalhadores no cotidiano do trabalho é mediada por diversas situações: formas de gestão da tarefa; características do trabalho real; por saberes construídos; por relações sociais e profissionais e por sua história

¹³Bernardino Ramazzini- Professor de medicina, poeta e músico, escreveu o livro “As Doenças dos Trabalhadores”, título original “*De Morbis Artificum Diatriba*”, cuja primeira edição é datada de 1700 e lhe concedeu o título de “Pai da Medicina do Trabalho”. O livro é um compêndio de todas as doenças dos operários da época, mas que persistem em algumas profissões até os dias atuais, realizado através de observações e pesquisas a campo pelo autor. Para Ramazzini “o médico que vai atender um paciente proletário não deve se limitar a pôr a mão no pulso, com pressa, sem antes informar-se das condições de trabalho deste trabalhador” (RAMAZZINI, 2000, p.286).

de vida, interagindo de forma complexa e resultando nas elaborações psíquicas de prazer-sofrimento. (CODO, 2002, p.175)

Desta maneira, o trabalho que pode produzir realização e reconhecimento pode também se transformar em fonte desencadeadora de adoecimento para o trabalhador e a trabalhadora. Os significados negativos obtidos no processo de trabalho, como por exemplo, um constante descontentamento, ações repetitivas, ou uma superexploração podem resultar em *desprazer*. Esse desprazer leva, por sua vez, ao sofrimento que pode culminar em doença mental (CODO, 2006).

Dejours (1987, p. 9-10) revalida esta ideia quando cita que o sofrimento implica, antes de tudo, em um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental. O sentimento de prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho, constituindo-se em um fator de homeostase e de desenvolvimento para os indivíduos. Para que isso ocorra, o trabalho deve permitir que cada indivíduo possa aliar as necessidades físicas ao desejo de executar suas tarefas. Nesta mesma ótica, Dejours (1987, p. 9-10) afirma que o sofrimento é sentido quando há um desgaste em relação ao trabalho, vivenciado na forma de desânimo e descontentamento. O sofrimento seria o limiar entre a saúde e a doença.

Brant e Minayo-Gomez (2004, p. 214) também não reconhecem a manifestação de sofrimento apenas como uma negatividade do ambiente de trabalho. Os autores apreendem que, muitas vezes, a pressão exercida no trabalhador ou na trabalhadora não é percebida pelos indivíduos como uma ameaça. Assim a manifestação do sofrimento nos indivíduos se constituiria em uma positividade quando esta permite evidenciar, alertar, o início de alguma alteração psíquica, sinalizando também a necessidade de transformações no processo de trabalho. Os autores ainda reforçam que a manifestação do sofrimento pode variar de indivíduo a indivíduo, mesmo sendo de um mesmo grupo familiar, cultural, social e mesmo quando são submetidos às mesmas condições ambientais. O que é sofrimento para um não precisa ser, necessariamente, sofrimento para o outro. Nesse sentido, para os autores, o sofrimento passa a ser “um bem do sujeito” (BRANT e MINAYO-GOMEZ, 2011, p. 396).

Cordeiro (2016, p. 8) conceitua o sofrimento como um bem do sujeito, caracterizando-o como um incômodo ou mal-estar mediante a percepção de um “perigo ou ameaça” e pela sua insistência em permanecer em condições desfavoráveis. A autora ainda cita que essas condições são responsáveis para impulsionar os sujeitos a uma ação transformadora. O Ministério da Saúde do Brasil reconhece o sofrimento como uma problemática e, tal fato é evidenciado conceitua que

os determinantes do trabalho que desencadeiam ou agravam distúrbios psíquicos irão, geralmente, se articular a modos individuais de responder, interagir e adoecer, ou seja, as cargas do trabalho vão incidir sobre um sujeito particular portador de uma história singular preexistente ao seu encontro com o trabalho. O processo de sofrimento psíquico não é, muitas vezes, imediatamente visível. Seu desenvolvimento acontece, de forma “silenciosa” ou “invisível”, embora também possa eclodir de forma aguda por desencadeantes diretamente ocasionados pelo trabalho. (BRASIL, 2001, p.31)

Nesse sentido, determinados fatores oriundos do processo de trabalho podem desencadear quadros psicopatológicos diversos, como os transtornos de ajustamento, as reações de fadiga, cansaço, estresse, alcoolismo, depressões graves e incapacitantes (BAHIA, 2014, p.20). A reorganização do trabalho globalizado é o desencadeador de sofrimento na medida em que o/a trabalhador/a não se reconhece na organização, não há o estabelecimento de uma identidade com determinado grupo e não há a lógica do apego, do pertencimento.

O modelo de trabalho desenvolvido pelos bancários reflete bem essa lógica. Há uma cultura de quebra de “laços de solidariedade”, hostilidade no ambiente de trabalho (SILVA et. al., 2016a, p.6) e esse fator pode ser um desencadeador do adoecimento. A ética e a empatia são deixadas de lado quando se é estimulado a trapacear, a desrespeitar em busca de um cargo, de uma bonificação. Isto pode ser observado nas entrevistas da pesquisa, quando o trabalhador ou a trabalhadora narram que

“não vêem o cliente como uma pessoa, mas como um negócio. Se não tem o “feeling” para investidor, nem perde tempo [...] mas se arrepende” (B1)

“A relação com os colegas é muito ruim, você não pode contar as coisas, desconfia de tudo e de todos. Isso faz ficar com raiva, sem paciência. Nas reuniões não há elogio, só cobrança. É muito duro você conduzir uma equipe quando todos estão querendo o seu lugar. Torcem pelo fracasso do outro, você conta nos dedos com quem contar, é muito triste. Reunião de confraternização é só para constar no social” (B3)

Essa dinâmica extrapola o ambiente físico do banco direcionando tal comportamento às centrais e postos de atendimento. Todas as áreas entrevistadas, de banco público ou privadas atuam de forma semelhante. Atingir a meta é o foco e, neste intuito, valores são corrompidos.

O comportamento “*workaholic* ou *workaddict* (viciados pelo trabalho), é esperado nesse sistema” (SILVA et. al., 2016a, p.6). Outro ponto é o desrespeito no sentido de resguardar os espaços destinados à vida dos indivíduos, o trabalho absorve todo o tempo, o trabalhador/a deve estar disponível, *full time*.

Dejours (2004, p. 18) descreve situação semelhante quando cita que o trabalho não é meramente a relação “salário x emprego”, é mais que a venda da força de trabalho pela remuneração, são as relações: trabalha-se para alguém, com alguém. Para este autor, “trabalhar não é

tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto”. O autor ainda cita que o reconhecimento, no sentido de reforçar positivamente o engajamento, o esforço desempenhado pelo trabalhador/a, seria uma forma de atenuar essa situação de sofrimento. Nessa teia de relações que envolvem o trabalho, o reconhecimento é um fator importante, ligado à valorização do investimento, do esforço e do sofrimento que é empregado no ato de laborar.

Gaulejac (2007, p.237) ressalta que esse modelo tem como objetivo apenas “canalizar a energia psíquica a fim de transformá-la em força de trabalho”. Cabe à empresa gerenciar as consequências deste modo de funcionamento, oferecendo instrumentos tão eficientes para avaliar os custos sociais e psíquicos causados ao trabalhador/a, quanto àqueles que são utilizados para mensurar os benefícios e perdas financeiras.

A incerteza na manutenção do seu posto de trabalho, aliada ao enfraquecimento dos sindicatos (como órgão articulador na defesa dos interesses dos seus associados) têm colocado os trabalhadores e as trabalhadoras em uma posição muito delicada. Muitas vezes, são compelidos a trabalhar doente por medo de afastar-se, sujeitando-se às pressões e ao sofrimento psíquico, recorrendo a remédios paliativos ou psicotrópicos. Além disso, o medo e a vergonha de enfrentar seus colegas e ser estigmatizado, chamado de preguiçoso ou louco, fazem com que estes trabalhadores e trabalhadoras relutem em aceitar que precisam de ajuda, aumentando a invisibilidade dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, dificultando o adequado dimensionamento e conhecimento do problema, para que se possa adotar de medidas de promoção e proteção da saúde desta população em questão.

Como verificado nos relatos da pesquisa, muitas vezes o/a trabalhador/a reconhece as situações de risco para a sua saúde, mas se submete aquela condição inadequada (como o ritmo de trabalho, pressão da chefia, assédio moral). Para Sato e Bernardo (2005, p.876) essa submissão consciente parece estar se tornando um fator adicional de sofrimento psíquico.

Pensando nesta problemática, o Ministério da Saúde propôs uma Lista de Transtornos Mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS N.º 1.339/1999.

Quadro 1. Lista de Transtornos Mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS N.º 1.339/1999

TRANSTORNO MENTAL E DO COMPORTAMENTO RELACIONADO AO TRABALHO	CID
Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais	(F02.8)
<i>Delirium</i> , não-sobreposto à demência, como descrita	(F05.0)
Transtorno cognitivo leve	(F06.7)
Transtorno orgânico de personalidade	(F07.0)

Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado	(F09.-)
Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho)	(F10.2)
Episódios depressivos	(F32.-)
Estado de estresse pós-traumático	(F43.1)
Neurastenia (inclui síndrome de fadiga)	(F48.0)
Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional)	(F48.8)
Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos	(F51.2)
Sensação de estar acabado (síndrome de <i>Burnout</i> síndrome do esgotamento profissional)	(Z73.0)

Fonte: BRASIL, 2001 [adaptado pelo autor].

Embora o trabalhador e a trabalhadora necessitem de um processo de trabalho que minimize o dano a sua saúde (e não de um catálogo de doenças), a Lista de Transtornos Mentais e do comportamento relacionado ao trabalho vem contribuir como uma ferramenta institucionalizada para o estabelecimento do nexos causal com o trabalho, na medida em que estabelece e classifica as principais doenças ocupacionais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1. A RECONFIGURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SOCIAL DOS BANCÁRIOS

Ao ingressar em um banco, quer seja através de concurso ou processo seletivo, indivíduos com as mais diversas características passam a compartilhar objetivos e o mesmo sistema sociocultural. Os objetivos vão ao encontro dos interesses das organizações e também dos próprios trabalhadores e trabalhadoras. Nesse sentido, compartilham crenças, valores, hábitos, entre outros, direcionando suas ações a um contexto preexistente, definindo assim as suas identidades (FERNANDES e ZANELLI, 2006).

A identidade social é compreendida como um dos elementos da identidade pessoal e está relacionada às relações e interações que acontecem na vida social dos sujeitos: quem é ou não é, a que grupo pertence, em que contexto histórico (BERGER e LUCKMANN, 1985; VELOSO E FRANÇA, 2008). Os autores consideram o trabalho, as esferas públicas ou privadas onde os indivíduos estão organizados e os grupos que constituem essas organizações, como pilares da identidade social. A identidade social difere da identidade pessoal porque a segunda

é uma constituição psicológica sobre o conceito de si para o próprio indivíduo, construída de acordo com o ambiente em que se está inserido, envolvendo, entre outras coisas, as estruturas sociais, a cultura e o histórico das relações (FENANDES E ZANELLI, 2006).

O trabalho tem um papel fundamental na construção do homem como ser social porque, segundo Antunes (1995), “vivemos sob sua égide moral e depois porque é um espaço de construção referencial para os sujeitos”. Nas organizações, a identidade dos indivíduos vai sendo construída através de um conjunto de normas, valores e concepções que são tidas como verdadeiras e certas para aquele cenário. Isto porque os indivíduos vão se diferenciando e se igualando conforme os vários grupos sociais aos quais faz parte. Quando a organização forja a identidade dos indivíduos para aquele meio, o que se pretende é garantir a harmonia (no sentido de controle dos pares) e a produtividade. São os valores e crenças compartilhados que definem o modo de pensar dos membros da organização (FENANDES E ZANELLI, 2006).

As mudanças tecnológicas ocorridas no setor financeiro alteraram objetivamente a forma como trabalho é realizado e subjetivamente, o modo como os sujeitos se percebem inseridos na organização. O sentimento de pertencimento apontado para aquele grupo se torna fragilizado na medida em que as relações se tornam utilitárias, temporárias e enfraquecidas. Para Veloso e França (2008, p.14):

Os bancários se compreendem como parte de uma categoria, mas não no sentido de união, coesão. Um coletivo que compete entre si, que já não é mais tão unido, que não tem o status e o poder de antes. Sentem que são parte de um agrupamento e não de um coletivo estruturado e organizado politicamente.

Assim como a saúde e a doença, o processo de construção da identidade do indivíduo não é algo esgotado, precisa ser reafirmado constantemente pelo ambiente social, num processo contínuo. O trabalho tem papel fundamental porque irá influenciar tanto a construção da identidade individual quanto a sua forma de inserção destes sujeitos no meio social. O aparecimento de uma doença ou agravamento relacionado ao trabalho, como um TMR, pode acarretar na vulnerabilidade da identidade dos trabalhadores e trabalhadoras, quer seja individualmente, como socialmente (DRUMOND, 2002).

Cristophe Dejours considera que, reconhecer o papel do trabalho na construção da identidade do ser humano não implica afirmar, porém, que o trabalho se realiza sempre com sofrimento. Sobre esse aspecto particular do trabalho, o autor esclarece que, embora o trabalho comporte cotas de sofrimento, ele pode se transformar em realização e satisfação pessoal quando se obtém reconhecimento. Os assalariados e assalariadas, quando sofrem, não esperam o salário como equivalente pelo seu sofrimento, mas o reconhecimento do trabalho pelos outros:

superiores e clientes certificam a utilidade econômico-social do trabalho; já os colegas admiram a capacidade profissional existente por trás do trabalho. Pelo reconhecimento o sofrimento não foi em vão, ele foi justificado em algo, serviu para alguma coisa.¹⁴

3.2 A NOÇÃO DE DOENÇA, A CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL DA DOENÇA MENTAL E A PRODUÇÃO DA SAÚDE

Para a medicina moderna do século XVIII, reduzir a doença ao corpo do doente, demonstrando a complexidade da experiência do sofrimento como algo tangível, que possa ser submetido às condições de regularidade, previsibilidade e generalização exigidas, lhe garantiu o ‘status’ de ciência. Nesse sentido, a psiquiatria nasce dentro de um dilema: seu objeto de estudo *pathos*/sofrimento não está na dimensão orgânica, mas subjetiva. Se a biomedicina, para possuir a cientificidade, precisa de algo tangível, orgânico, como tratar o sofrimento se ele faz parte da subjetividade do paciente? Para minimizar este dilema a psiquiatria passou a tratar o sofrimento através de uma via de causalidade orgânica (SILVEIRA, et al., 2014). Esse pensamento sofre duras críticas de Cecílio (2001, p.120), quando contrapõe o modelo biomédico, comparando-o como uma linha de montagem no tratamento da doença, tendo como perspectiva, a cura.

Além da consolidação do modelo biomédico, outros dois pontos merecem ser discutidos nesta seção. Como o trabalhador e a trabalhadora relatam a percepção da sua enfermidade, diante da influência de suas relações socioculturais? A partir desta percepção, como estes sujeitos buscam o caminho do tratamento?

Nos estudos sobre itinerários terapêuticos, a narrativa é uma ferramenta fundamental na interpretação dos sentidos de sofrimento, adoecimento e cura. É pela narrativa de sua própria história de vida que o indivíduo pode revelar como veio a adoecer, ou mesmo quais os fatores que podem ter contribuído para isso. As singularidades e particularidades dos sujeitos não advêm apenas das diferenças biológicas. Contribuem para esta composição o contexto socioeconômico, a singularidade cultural e o trabalho que cada um está desempenhando (KLEINMAN, 1988; CASTELLANOS, 2010; LANGDON e WIIK, 2010). Ao admitir que há um problema com o seu estado de saúde mental, o trabalhador e a trabalhadora não estão apenas “adqui-

¹⁴Apud: Drumond (2002, p.10). Entrevista publicada pelo jornal suíço Le Courier e reproduzida no Brasil pela Revista Caros Amigos, São Paulo, n. 26, p. 16-17, maio 1999, com tradução de Leda Leal Ferreira e edição de Ana Maria Ciccacio.

rindo uma doença”. Eles passam a enfrentar um estigma historicamente construído em torno da doença mental. Assim, estar doente significa o fracasso, a ineficácia da tentativa de negação da doença, o medo dos constrangimentos sofridos, da ameaça à produtividade e da sua própria permanência na instituição (DEJOURS, 2007).

Esse medo justifica-se, pois, a assistência à saúde mental foi marcada por práticas de exclusão, estigmatização, violência, cárcere e poder dado ao modelo biomédico. Na Idade Média, a então denominada “loucura”, era vista como um ato demoníaco, uma possessão, acarretando em perseguições, exílio em sanatórios ou até mesmo na forma de um expurgo social, onde os mendigos, andarilhos e loucos eram capturados e retirados das cidades, que ficavam no entorno do Rio Reno, e levados para a “Nau dos Loucos” (*Stultifera Navis*). Com isso, evitava-se que estas pessoas ficassem perambulando pelas cidades, “interferindo na ordem” (Foucault, 1972, p.12).

No Brasil, esta história foi marcada também pela criação de inúmeros hospícios por todo o país. O cuidado ao doente mental era baseado no isolamento social, com longos períodos de internação. O preconceito aos doentes, o estigma do “improdutivo social”, quer seja no âmbito familiar, como na sociedade, reforçava o tipo de conduta empregada e o “aceite pelo tratamento” (BRASIL, CCSMS, 2018)

Falar do transtorno mental não se trata apenas de falar sobre uma doença, mas sim de enfrentar o medo, a condenação social e a exclusão que a envolvem. A aceitação da doença também é um ato de coragem, uma vez que o trabalhador e a trabalhadora passam a ser considerados anormais em uma cultura que tem como característica diferenciar e distanciar tudo que foge do padrão de normalidade e de “condição humana” (SCORSOLINI-COMIN e FIGUEIREDO, 2018).

O modelo biomédico predominante na maioria das sociedades ocidentais tem como característica a ênfase à doença e não ao doente. Nessa ótica a doença é tida como *disease*, e sob esta perspectiva, o que a origina são apenas microrganismos ou outros fatores de origem orgânica, não importando a narrativa do doente. O ser fica despossuído da própria vontade e do próprio saber, se tornando um objeto para o profissional médico. Nessa concepção, a experiência da doença é considerada como um simples reflexo do universo patológico. A Antropologia Médica surge rompendo com esse paradigma, decompondo a doença em três realidades denominadas “*illness*”, “*disease*” e “*sickness*” (ZEMPLÉNI, 1994, p. 138).

Na perspectiva antropológica, *illness* significa adoecimento, referindo-se à experiência subjetiva, ou seja, às formas de subjetivação decorrentes do processo adoecimento-enfermidade. A doença não é vista pura e simplesmente na concepção patológica, mas sim na

percepção do sujeito, como ele sente. O universo sociocultural do doente não é um obstáculo às práticas terapêuticas, mas tomado como uma forma de explicar a noção de doença e como se comporta diante dela, sendo um suporte para a efetividade dos programas terapêuticos. O termo *disease* significa doença, no sentido estrito de desequilíbrio orgânico. Representa o estado biofísico, a perspectiva adotada no modelo biomédico. O termo *sickness* é o mal estar, a crise, o distúrbio em si, representado como a realidade sociocultural da doença (KLEINMAN, 1978, LAPLANTINE, 1991, ZEMPLÉNI, 1994; UCHÔA e VIDAL, 1994, MOREIRA et al., 2016).

Segundo Alves (2015, p.33), a doença é concebida como um evento extraordinário que quebra a normalidade do cotidiano, uma experiência que seria comum a todas as sociedades humanas. A relação destas sociedades tende a variar de acordo com as especificidades culturais de cada uma, englobando dimensões de natureza social, psicológica e biológica, além da dimensão cultural (VERANI, 1994, p.91). Verani (1994, p. 92) conceitua “cultura” como sendo “um sistema simbólico ao qual se referem a visão de mundo e a cosmologia, bem como *ethos* e práticas (rituais ou não) de determinada sociedade”.

Para Canguilhem (1978, p.260), a doença da pessoa “normal” aparece como uma falha na sua credibilidade biológica. Nesse sentido, o sujeito só se classifica como normal porque nem todos assim são. Outro ponto apontado é que o limite entre o “normal e o patológico é impreciso quando há comparação entre indivíduos. O que pode ser normal para um em determinadas condições, pode ser patológico para outro indivíduo (CANGUILHEM, 1978, p. 145). Nesse sentido, reside a importância do IT, como um instrumento que permite pensar como os atores identificam e caracterizam os episódios de doenças. A doença é tida como uma “entidade” que impede o funcionamento “normal” do corpo. Este por sua vez, estando fora do padrão de normalidade passa a requerer tratamento.

O modo de vivenciar o sofrimento originado pela doença se manifestará de formas diferenciadas, de acordo com o tipo de espaço social ocupado por cada ator (ALVES, 2015, p. 39). Mol e Law (2014, p.43) corroboram com esta ideia quando citam que o corpo não é um todo delimitado, nem é evidentemente coerente: seus limites vazam. Metaforicamente as autoras citam que “*pedaços do exterior*” são incorporados no corpo ativo tentando unir-se a sua estrutura e cabe a cada um mantê-lo unido. A pessoa que falha em manter esta união, está propensa ao adoecimento.

No caso do IT de trabalhadores e trabalhadoras bancários diagnosticados com transtornos mentais relacionados ao trabalho, foram considerados o percurso adotado pelos bancários e bancárias na procura da cura. Nos relatos obtidos na pesquisa ficou evidente que, mesmo percebendo uma alteração comportamental, há uma grande dificuldade da aceitação da

doença pelos trabalhadores e trabalhadoras e demora na procura por cuidados. Isto pode estar relacionado ao estigma histórico por que passam os indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (“loucos”, “anormais”, “desequilibrados”). Segundo, porque não se trata de uma doença evidenciável fisicamente (sinais e sintomas físicos), mas uma doença que acomete a subjetividade dos sujeitos. Assim, se o modelo adotado é o biomédico, cabe ao/à trabalhador/a expor uma queixa subjetiva a um terceiro (o médico) que irá mensurar o acometimento do TMRT naquele indivíduo, podendo muitas vezes ser questionada a veracidade da sua queixa e o nexos entre o aparecimento do TM e a relação com o processo de trabalho. Este percurso nem sempre é fácil tanto para o trabalhador quanto para a que vão adiando a procura por cuidado, se automedicando, trabalhado doente. Daí a necessidade em realizar uma abordagem que nos propicie entender as dimensões das relações, das aflições e da escolha do tratamento.

Rabelo, Alves e Souza (1999, p.19) chamam a atenção para o não entendimento de um consenso padrão, sobre normas ou regras para os estudos de redes sociais e doença. Não há uma estrutura ou uma lógica explicativa a ser seguida, até porque não há uma linha que determine o curso das ações humanas. Os fenômenos humanos “não são objetos mudos, sem vida”. Os autores ainda concluem que os conceitos de enfermidade vão sendo criados, se alternando “dentro desta rede de luz e sombra, em que cada voz projeta uma imagem diferente sobre o objeto. “É no âmbito deste meio de harmonia e dissonância dialógica que a enfermidade adquire seu tom e perfil” (RABELO, ALVES, e SOUZA, 1999, p.19).

3.3 MEIOS DE REPRESENTAÇÃO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA: AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

As consequências organizacionais e individuais que são produzidas quando se adotam determinados modelos gerenciais podem ser desastrosas. Ao longo de sua história, a classe trabalhadora bancária brasileira passou por duas grandes transformações, sendo que a última reduziu e muito o número de trabalhadores, modificando consideravelmente o seu processo de trabalho. Primeiro os trabalhadores e as trabalhadoras perderam o *status* e respeito social que envolvia a carreira “bancário”. Posteriormente, os trabalhadores e as trabalhadoras remanescentes foram obrigados a se adaptar em um novo modelo organizacional que, a princípio, possuía um discurso atrativo e mexia com a vaidade do trabalhador/a.

Experimentando um falso papel de empreendedor, iludido em busca de “metas e recompensas” inalcançáveis, este novo *modus operandi* coloca o trabalhador e a trabalhadora em

constante posição de insegurança, assombrados pelo fantasma do desemprego, se sujeitando aos desmandos da gestão, onde são exigidos nada mais que perfeição, excelência, ser melhor a cada dia, produzir e obter lucro (GAULEJAC, 2007). Sendo assim a categoria de trabalhadores bancários se torna em um campo fértil para o surgimento dos TMRT. Não se trata de exclusividade ou privilégio perante os demais ramos produtivos encontrados no país. A intenção é exatamente a oposta.

Como os TMRT's muitas vezes se manifestam de forma gradativa e silenciosa, se faz necessário saber em que momento estes trabalhadores e estas trabalhadoras em sofrimento “se descobrem doentes”, como e quando resolvem seus problemas de saúde e quais as variedades de tratamento refletem estas escolhas. As escolhas expressam construções subjetivas dos indivíduos, que possibilitam explicar as aflições dos pacientes evidenciando as melhores possibilidades encontradas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a contemplar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, desde então, somente se expandiu. Estão inseridos, nessa política, recursos terapêuticos da Medicina Tradicional (MT) e Medicina Complementar/Alternativa (MCA). A finalidade é estimular, através de práticas naturais (como fitoterapia, meditação, homeopatia, medicina tradicional chinesa) eficazes e seguras, a prevenção de agravos bem como a recuperação da saúde, integrando o ser humano com o meio ambiente e sociedade. Estimula-se a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015).

Para TELES Jr. (2016, p. 99), a PNPIC é um avanço, na medida em que agrega novas práticas de se aprender e praticar saúde. Para o autor é um contraponto ao modelo biomédico, preponderante na atualidade, que fragmenta o ser humano em especialidades e tem como objetivo precípua a obtenção de lucro, não dando conta da demanda de pacientes. A lógica da PNPIC vem ao encontro do princípio da *integralidade* do SUS que, dentre outras premissas, considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades e pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para Rabelo (1999, p.136), a recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões contraditórias sobre a questão terapêutica evidenciam que “tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o/a paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados”. Especificamente em casos de TMRT, as narrativas descritas nos IT na busca de tratamento, apontam para escolhas

entre agências religiosas, procura pela prática de esportes, apelo ao uso de outros tipos de drogas (como forma de fuga ou alívio para as tensões), além da conhecida medicina tradicional.

No caso da escolha pela religião, muitas vezes o tratamento ocorre de forma simultânea ao modelo biomédico. Há um leque de possibilidades entre as agências religiosas que oferecem serviços de cura: desde terreiros de candomblé e umbanda, o espiritismo kardecista, as igrejas evangélicas e pentecostais. Para os indivíduos doentes ou seus familiares, há uma fronteira muito tênue entre a “doença de médico e a doença espiritual” (RABELO, 1999, p. 64). A autora ainda complementa que:

Se as drogas farmacêuticas são vistas como um elemento necessário no tratamento dos distúrbios mentais, sua associação à cura ou à melhora é, contudo, ambígua. Na maioria das descrições, o efeito das drogas é a produção no doente de um estado de calma. Por um ângulo, isto significa que as drogas conduzem a um gradual desaparecimento dos sintomas (especialmente da violência e da agitação) ou, ao menos, a um controle das manifestações mais severas da doença (tais como convulsões frequentes). Por outro, a calma indica um estado de inércia, letargia ou excessiva sonolência que, resultante das drogas, é visto como um fator espoliador da antiga vitalidade da pessoa doente. A calma dos pacientes garante a tranquilidade dos que deles cuidam, que não precisam mais se preocupar com as consequências dos seus comportamentos desviantes. Comumente, entretanto, isto resulta no sentimento doloroso de que o doente perdeu de vez sua condição de pessoa. O temor de que tal coisa possa acontecer provoca reações que variam desde uma decisão de interromper o tratamento médico até tentativas de trazer o paciente de volta à atividade. (RABELO, 1999, p. 66)

Muitas vezes, determinados tipos de tratamento tem a capacidade de despersonalizar os indivíduos, rompendo a conectividade e os elos com sua consciência. Os sujeitos estranham a si próprios.

3.4. TIPOS DE ABORDAGEM: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Esta dissertação tem como base a pesquisa qualitativa, utilizando-se do método etnográfico e das narrativas do Itinerário Terapêutico (IT), como ferramentas metodológicas para o entendimento de como o trabalho, ao mesmo tempo em que tem significação na vida dos indivíduos, contraditoriamente, pode ser o desencadeador de doenças, como no caso, os transtornos mentais diagnosticados em bancários que atuam no sistema financeiro de Cuiabá. Além de maior interação entre observador e observado, essa ferramenta permite construir a história destes trabalhadores e trabalhadoras por meio das narrativas de suas crenças, prioridades, linguagens e contexto social, descrevendo o IT traçado por cada trabalhador/a, dentro da sua realidade, na busca de uma possível cura.

O termo IT começou a aparecer em pesquisas da década de 1950, com denominações tais como *illness behavior* (comportamento do enfermo), *career of illness*, *etherapeutic itineraries* (traduzido como itinerário terapêutico). Vários pesquisadores se preocuparam com questões relacionadas aos ITs, com destaque aos trabalhos de Koos (1954) e Mechanic e Volkart (1961), citados por Gerhardt et. al. (2016, p. 29). Inicialmente, o aparecimento deste conceito permeava a lógica do consumo. Nessa perspectiva, os pacientes escolhiam determinadas formas de tratamento de acordo com a melhor relação custo-benefício. Este modelo passou a sofrer críticas, sendo considerado voluntarista racionalista e individualista (SIQUEIRA et al., 2016, p.180). Além disso, não questionava o modelo biomédico. O IT era interpretado somente sob o ponto de vista da demanda dos serviços de saúde (CABRAL et al., 2011, p. 4434).

Esta ótica começou a ser mudada na década de 70, quando um grupo de antropólogos e médicos de Harvard, preocupados em saber qual percurso tomado até chegar ao encontro paciente-médico-cura, desenvolveu uma concepção antropológica que contribuiu com a prática clínica, identificando as terapias escolhidas pelos pacientes. A contribuição mais significativa desta época foram os trabalhos de Arthur Kleinman, com os conceitos *the explanatory models* (modelo explanatório) e *health care system* (sistemas de cuidado à saúde). A lógica do pesquisador era propor uma visão alternativa, que ampliasse o olhar puramente biomédico, guiando-se também pelos aspectos culturais e sociais que poderiam orientar as escolhas das pessoas.

Nessa ótica, a doença passa a ser analisada como um processo experiencial cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais e então, deixa de ser vista como um evento meramente biológico (LANGDON, 1994; CABRAL et al., 2011, GERHARDT et al., 2016). O/A paciente sai da posição de submissão, de ser despossuído/a da sua própria vontade, não sendo mais um “corpo despersonalizado”. Nessa perspectiva, o olhar não é “unifatorial”, portanto, a visão biomédica (determinação, causa, efeito) não é mais exclusiva. Quando a fala dos sujeitos passa a ser ouvida, são levados em consideração os fatores multideterminantes da doença (sociais, cognitivos e culturais) e passa-se a considerar qual a significação que a saúde tem para estes sujeitos.

Para Kleinman o estudo da experiência tem algo de fundamental a ensinar-nos acerca da condição humana. Nada concentra tanta experiência e clarifica aspectos centrais da vida como uma doença grave. A doença crônica nos ensina sobre a morte, e o processo de lamentação por perdas é central para a cura. As narrativas de doença nos proporcionam informação de como os problemas da vida são criados, controlados, e têm significados. (MIYASHIRO, 1991, p.430)

Como um dos conceitos centrais nos estudos socioantropológicos de saúde, o IT revela práticas e estratégias de populações no enfrentamento de seus problemas de saúde, na busca de

cuidados terapêuticos. Para tanto, procura descrever e analisar as práticas individuais e socio-culturais de saúde identificando os caminhos percorridos pelos indivíduos (GERHARDT, 2006, p. 2449; SIQUEIRA et al., 2016, p.180). Alves e Souza (1999, p.133) definem o IT como “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição”. Os estudos sobre itinerários terapêuticos objetivam conhecer os processos pelos quais os indivíduos “escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinados tipos de tratamento” (ALVES e SOUZA, 1999, p.125).

Para estudar sistematicamente os traços cognitivos e problemas de comunicação do itinerário terapêutico, Kleinman propõe o Modelo Explanatório (*Explanatory Models*) e o conceito de Sistemas de Cuidado à Saúde (*Health Care System*).

O Modelo Explanatório é definido pelo autor como o conhecimento elaborado a partir de episódios de doenças e as formas de tratamentos que foram utilizados e que vão orientar qual setor do Sistema de Cuidado à Saúde serão acionados neste processo de cuidado. O autor faz uma distinção entre duas formas de Modelo Explanatório: o que é utilizado pelos profissionais de saúde (também denominado de “arenas profissionais”) e o modelo que será empregado pelos doentes e familiares (denominado de contexto social). Nesse sentido, devem ser considerados valores, normas de conduta, crenças e a própria expectativa em relação à doença (LANGDON, 1994, p. 9; UCHÔA e VIDAL, 1994, p. 500; ALVES e SOUZA, 1999, p.129; CABRAL et al., 2011, p. 4434; ALVES, 2015, p.32).

O segundo conceito, Sistema de Cuidado à Saúde (*Health Care System*) leva em consideração as práticas que são tomadas no processo de cura. Estas são divididas em três subsistemas, também chamados de arenas: Popular, *Folk* e Profissional. O setor de natureza profissional é constituído pelas práticas formais de exercício da medicina científica ocidental e medicinais tradicionais profissionalizadas. O subsistema de natureza Popular leva em consideração o contexto onde está inserido sujeito e sua rede de relações. Por fim, no subsistema *Folk* são representadas as práticas místicas, curadoras e religiosas que visam o cuidado (KLEINMAN, 1978, p.93; ALVES, 2015, p.32).

Nesta perspectiva, o universo sociocultural do doente possibilita a percepção e interpretação da doença, além dos mecanismos de cura distintos, de acordo com cada indivíduo ou grupo, dentro de cada uma das arenas escolhidas. No caso dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, a utilização do IT propicia recuperar o caminho dos trabalhadores e das trabalhadoras do sistema financeiro na busca do cuidado, tomando como ponto de partida a pessoa e não a doença em si. Neste percurso, nos cabe evidenciar em que momento da narrativa o profissional se vê saindo do limiar da “normalidade” e passando a se considerar “pessoa doente”.

Há que se deixar claro que a intenção da pesquisa não é apenas identificar e ressaltar a oferta dos serviços de saúde, mas sim evidenciar a sequência de decisões tomadas pelos indivíduos levando em consideração os anseios de cada um, sua visão de trabalho e suas possibilidades socioculturais. Para Rabelo, Alves e Souza (1999. p.12), uma abordagem centrada na experiência nos permite reconhecer dimensões importantes da aflição e do tratamento.

3.5. A IMPORTÂNCIA DA NARRATIVA NA CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Na narrativa da enfermidade ou *ilness narratives* (Kleinman, 1988), os sujeitos relatam cronologicamente uma sequência de fatos referentes a sua experiência de enfermidade, em consonância com a importância expressa por cada um, de acordo com suas orientações culturais e sociais. É descrita por inúmeros autores como a forma mais adequada da compreensão de vivência de experiências (KLEINMAN, 1988; BELLATO et al., 2016, ARAUJO et al., 2017).

A etimologia da palavra narrar, deriva do latim “*narrare*”, que significa “contar, relatar, narrar” literalmente, “tornar conhecido”, derivado de “*gnarus*”, “o que sabe”. Para o itinerário terapêutico, a narrativa tem importância na reconstrução da experiência do adoecer. É por meio deste instrumento que a informação, obtida por meio de uma entrevista, é transformada em conhecimento. Ao contar sua história, o indivíduo ressalta os pontos que mais tocam sua vida, particularizando aspectos do seu sofrimento (NUNES, CASTELLANOS e BARROS, 2010, p.1342). O seu escopo é reconstruir os eventos experienciados na perspectiva dos informantes. Langdon (2001, p.242) corrobora nesse sentido quando cita que “as narrações criam e recriam os modelos de realidade e também fornecem modelos para ação”.

Na narrativa os sujeitos se expressam e dão significado à sua dor, sua aflição atribuindo sentido para sua própria condição. Moreira et al. (2016, p.233) revalidam a compreensão de que o IT dá voz aos sujeitos, sendo gerador de histórias e não apenas de respostas isoladas a um conjunto de perguntas do entrevistador. Há uma espontaneidade na entrevista. Evitam-se interrupções e o narrador cria o seu enredo. O narrador é que julga o que é relevante contar ao interlocutor. A autora ainda complementa que é uma prática que não pode ser desvinculada das relações e do meio social. Há uma negociação velada entre narrador e interlocutor na interpretação dos significados e, para tanto, uma relação de confiança pelo narrador em contar sua história (BELLATO et al., 2016, p.215; MOREIRA et al., 2016, p.235).

Nessa perspectiva, a “leitura” da narrativa deve ser compreendida no processo atual em que está vivendo o narrador, concomitantemente à experiência vivida. Outro ponto a ser destacado é que a narrativa não é uma coleta assistemática de problemas. Há que se ter consciência da importância em se interpretar a fala dos sujeitos, das suas simbologias, significados, se apropriando da sua dimensão de vida (da realidade biopsicológica, dos aspectos sociais, culturais, religiosos), compreendendo também as expressões veladas na narrativa. Bellato et al. (2016, p. 216) concluem que “é trabalho do pesquisador entretecer as narrativas de forma a compor compreensões, fazendo ressaltar a diferença tanto quanto a complementaridade e sinergia dos sentidos”. Para tanto, se faz necessário um olhar atento, uma postura de interesse e respeito pelo outro, além de percepção do pesquisador para poder construir significados nas nuances e possibilidades dos relatos a serem colhidos.

3.6. LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na capital do estado, Cuiabá/MT. Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada, em 2018, na capital, é de 607.153 pessoas (a do último censo 2010 era de 551.098). A população ocupada, ou seja, trabalhando, é de 256.281 pessoas. A escolha do município se deve ao fato de ser o local onde está localizada a sede do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e do Ramo Financeiro de Mato Grosso (SEEB-MT), onde há a maior concentração de trabalhadores, trabalhadoras e de agências bancárias no estado. Segundo registros do SEEB-MT ao todo são 137 agências bancárias em Cuiabá (320 agências no estado de Mato Grosso) e 2.404 trabalhadores e trabalhadoras filiados na base sindical (este número representa 80% do total de bancários no estado). A maioria dos bancários e bancárias atua em bancos públicos.

3.7. COLETA DE DADOS

O levantamento bibliográfico tomou como referência a base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medline* (Bireme). Como o termo “Itinerário Terapêutico” não é um descritor, estabeleceu-se a mesma estratégia de busca adotada no trabalho de Gehardt et al. (2016, p. 34), utilizando as palavras-chave: caminho da cura, itinerário de cuidado, itinerário terapêutico, trajetória de cuidado. Foram priorizadas produções com texto na íntegra, em

português, espanhol e inglês. Os critérios de inclusão estabelecidos na busca foram publicações na área da saúde, de 2013 a 2018. Também foram pesquisadas teses e dissertações nos repositórios institucionais da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de Brasília (UnB). Foram privilegiados, na pesquisa bibliográfica, manuais, informes, cartilhas, guias, documentos institucionais ligados aos bancos e aos sindicatos. As informações colhidas na pesquisa embasaram a parte histórica deste projeto.

A escolha da categoria dos trabalhadores bancários ocorreu por se tratar de uma categoria com histórico na literatura brasileira de sofrimento por pressões e TMRT, com escassez de trabalhos sobre a temática no estado. Desta forma, foi estabelecido um primeiro contato via e-mail com a diretoria do Sindicato dos Bancários (SEEB-MT), explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a parceria quanto ao agendamento das entrevistas. Após a assinatura da Carta de Anuência, o presente projeto e os documentos em anexo foram enviados ao Comitê de Ética e Pesquisa, CEP-Saúde/UFMT, por meio da Plataforma Brasil, aprovado em agosto de 2019.

O SEEB-MT se dispôs a intermediar o agendamento das entrevistas através do seu Setor Saúde. A cada início de entrevista, quer seja com os trabalhadores e trabalhadoras, quer seja com os próprios dirigentes sindicais, houve o esclarecimento da finalidade da pesquisa e do teor do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 1) pela pesquisadora.

Os critérios de inclusão para a pesquisa, estabelecidos para a população de estudo foram: Trabalhadores e trabalhadoras do setor bancário, maiores de 18 anos, da ativa, aposentados/as, licenciados, que foram demitidos ou que pediram demissão, indicados pelo sindicato ou por outros colegas, que apresentem ou apresentaram, a partir de 2000 (segunda fase de reestruturação do processo bancário), algum tipo de TMRT. Estão incluídos nesta população as diferentes áreas de trabalho (comercial e operacional) e quaisquer outros cargos efetivos que compõe o organograma da instituição. Foram entrevistados: três (3) sindicalistas e seis (6) bancários/as, que se percebiam ou foram diagnosticados com algum tipo de TMRT.

Como forma de auxiliar a coleta de informações, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo I e Anexo II), no intuito de nortear as narrativas do IT e facilitar posteriormente a sistematização das informações. O roteiro de entrevista foi disposto em duas partes. A primeira apresenta dados pessoais, profissionais e sociais. A segunda apresenta temas abertos, baseados nos objetivos da pesquisa, com perguntas norteadoras no sentido de encorajar o entrevistado ou a entrevistada a descrever toda a sua trajetória desde a sua percepção sobre o trabalho no banco, as manifestações de sofrimento apresentadas, o culminar na doença e a bus-

ca da cura. A ideia inicial era que as entrevistas fossem gravadas. Infelizmente, houve muita resistência dos bancários e bancárias neste sentido. Embora constantemente fosse assegurada a preservação da identidade dos entrevistados e das entrevistadas em todo o curso da pesquisa, apenas um entrevistado concordou com a gravação. Fica muito evidente o medo em ceder a entrevista e, principalmente, gravá-la. Dos agendamentos realizados, quatro (4) entrevistas restaram infrutíferas, uma vez que os/as entrevistados/as não compareceram ao local estabelecido e também não atenderam mais as ligações, demonstrando claramente a recusa em participar da pesquisa.

3.8. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

À medida que as entrevistas foram realizadas, imediatamente eram transcritas, armazenadas em arquivos digitais e sistematizadas juntamente com as informações obtidas no diário de campo, com acesso exclusivo da pesquisadora. Para a sistematização e tratamentos das informações obtidas, foi utilizada a metodologia da *Análise de Narrativas*, sob a perspectiva de Propp (1984), Goffman (1985), Maluf (1993), Rabello e Alves (1999), Langdon (2001) e Castellanos (2014).

Para Rabello e Alves (1999), nos relatos de aflição de um locutor há uma síntese de situações e eventos vividos, apresentados de forma articulada e não apenas como uma descrição de acontecimentos factuais. Para os autores, essa ordem cronológica é considerada como uma unidade “lógico-semântica”, a qual o narrador estabelece uma ordem cronológica situada em “seu mundo”. Cada uma destas unidades demonstra-se necessária e plenamente justificada. Estas performances buscam legitimar, frente a um representante (no caso o pesquisador), a significação de sua experiência/drama social.

Nesta perspectiva, as interpretações e significados das identidades pessoais (*self*), narradas na entrevista, são apresentados como uma performance do “eu-narrador”, com movimentos, expressões, posturas, vivenciando sua experiência. É nesse momento que o indivíduo reflete sobre sua vida, externalizando e validando o seu sofrimento. Neste momento ele também reflete sobre as suas possibilidades para o futuro. Maluf (1993, p.61) e Langdon (2001, p. 252) utilizam a descrição de sinais encontrados nas narrativas, uma vez que cada uma delas apresenta uma estrutura pré-concebida, como um enredo. As autoras descrevem o episódio da doença nas

narrativas em estágios. Refazendo a trajetória de Propp (1984), Maluf (1993) sintetiza o esquema sequencial em cinco fases:

- (1) A situação de equilíbrio;
- (2) A degradação da situação;
- (3) O estado de desequilíbrio;
- (4) A procura e a descoberta; e
- (5) O restabelecimento do equilíbrio inicial.

O trabalho de Langdon (2001) apresenta apenas quatro fases: *ruptura*, *crise*, *tomada de decisão* (negociação) e *restauração da vida* (cura). Nesse sentido, a partir da leitura das informações armazenadas em arquivos separados, as narrativas foram sistematizadas em uma planilha em Excel de tal forma que fossem evidenciadas em todas as entrevistas os estágios descritos segundo Maluf (1993) e Langdon (2001), para que se pudesse identificar sequências dos ITs adotados por cada um dos sujeitos da pesquisa.

3.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos para a realização desta pesquisa estão em conformidade com o previsto na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O roteiro de entrevistas (Anexo 1 e Anexo 2), bem como o Projeto de Pesquisa “Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho em Bancários de Cuiabá, MT” e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso (CEP/Saúde), através da Plataforma Brasil, sob o número de protocolo CAAE:13562619.2.0000.8124 e Parecer nº:3.511.338 de 15 de agosto de 2019.

Visando preservar a identidade dos entrevistados e das entrevistadas, os participantes serão identificados por meio de nomes fictícios, assim como não será identificada a instituição a qual trabalham ou trabalharam. Além de ser irrelevante para a pesquisa, iria contra os princípios éticos, pois não foi requisitada autorização às instituições bancárias.

Este projeto não contou com financiamento. Os recursos necessários para a execução da pesquisa ficaram a encargo da própria pesquisadora.

4. RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O agendamento das entrevistas foi iniciado imediatamente após a aprovação do Comitê de Ética, ocorrendo no período de 17 de agosto de 2019 a 6 de novembro de 2019. A princípio, foram 14 entrevistas agendadas, cinco desmarcadas, restando nove efetivamente realizadas. Estas entrevistas foram divididas em dois segmentos: Sindicalistas e Bancários/as (Quadro 02 e 03). A participação dos sindicalistas se justifica porque atuam diretamente no atendimento de bancários e bancárias que procuram o sindicato com alguma queixa de saúde ou reclamação trabalhista (que poderiam fornecer informações importantes e outro olhar para o entendimento do IT). O primeiro contato foi feito por telefone (indicação do sindicato ou colegas), com agendamento confirmado pelos entrevistados e mesmo assim, uma parcela significativa de trabalhadores e trabalhadoras não apareceu ao local de encontro. Outras vezes o contato telefônico ocorria, mas ao saber da finalidade da pesquisa, havia o bloqueio do telefone ou a própria negativa em ceder à entrevista (mesmo alguns sujeitos estando afastados devido ao TMRT).

A grande maioria dos indivíduos entrevistados mostrou uma grande tensão ao responder as entrevistas, como se estivessem sendo vigiados. Em alguns casos houve a negativa em se alongar em algumas respostas, talvez por desconfiar que pudesse ser reconhecido ao relatar tal fato, mesmo enfatizando que um dos maiores cuidados da pesquisa era preservar a identidade dos entrevistados, das entrevistadas e dos bancos. Outro fator que merece destaque é que dos trabalhadores e trabalhadoras entrevistados, apenas um aceitou a gravação da entrevista, reforçando mais uma vez a hipótese do temor em ser reconhecido/da, em se expor. Foram evidenciados dois tipos de medo ao realizar a primeira abordagem aos sujeitos com perfil esperado para esta pesquisa: primeiro em os participantes admitirem apresentar um problema de saúde (talvez pelo próprio estigma que envolve o TMRT) e o segundo pelo medo do desemprego. O estigma de ser taxado como um doente mental, “doido” ou até mesmo “louco” foi citado tanto nas narrativas dos sindicalistas quanto dos próprios bancários. As performances de gestos e emoções observadas nas entrevistas foram registradas em diário de campo, servindo de subsídio para a análise das informações.

No itinerário terapêutico foram demonstrados os elementos encontrados nas narrativas. As informações encontradas foram correlacionadas com os referenciais teóricos e com os objetivos da pesquisa, buscando encontrar a ordem cronológica, a significação que foi dada a cada trabalhador e trabalhadora e o percurso adotado por eles.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

O número total de entrevistados foi nove e todos desempenharam alguma função em agências bancárias. Deste total, três trabalham na atual gestão do sindicato e seis trabalhadores continuam desempenhando suas funções em bancos (um dos entrevistados pediu demissão há 06 meses). Dos nove trabalhadores e trabalhadoras, sete foram acometidos por algum TMRT. Apenas dois sindicalistas não relataram apresentar em algum momento da sua vida laboral TMRT, mas lidam com atendimento a trabalhadores e trabalhadoras com transtornos mentais, daí a importância em colher estes relatos.

Quadro 2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa- Sindicalistas

Data da Entrevista	Entrevistado	Idade	Gênero	Escolaridade	Estado civil	Trabalhava em banco público/privado	Função**	Tempo na função	Tempo no sindicato
12/09/2019	S1	53 anos	Masculino	Ensino Superior	Casado	Privado	Sindicalista	4 anos	21 anos
01/10/2019	S2	55 anos	Masculino	Ensino Superior	Casado	Privado	Sindicalista	3 anos	6 anos
01/10/2019	S3	50 anos	Feminino	Especialização	Casada	Privado	Sindicalista	3 anos	11 anos

*Fonte: Dados coletados pela autora.

** Embora os entrevistados exerçam funções variadas no Sindicato, foram caracterizados apenas como Sindicalistas a fim de preservar sua identidade.

Cada entrevistado/a foi caracterizado/a, preservando a identidade dos mesmos, sendo divididos em dois grupos: Bancários/as (B) e Sindicalistas (S), conforme observado nos quadros 2 e 3 e nas características abaixo descritas.

Quadro 3. Caracterização dos sujeitos da pesquisa- Bancários/as

Data da Entrevista	Entrevistado	Tipo de TMRT	Idade	Gênero	Escolaridade	Estado Civil	Filhos	Trabalhava em banco público/privado	Função	Tempo na função	Sindicalizado
17/08/2019	B1	TA	35 anos	Masculino	Especialização	Solteiro	Não possui	Público/Mista	Gerente de Relacionamento	13 anos	Sim
01/10/2019	B2	Dep	37 anos	Feminino	Especialização	Casada	Possui 1 filho	Privado	Gerente de Negócios e Serviços II	07 anos	Sim
07/10/2019	B3	TA/Dep	51 anos	Feminino	Especialização	Divorciada	Cria uma sobrinha	Público/Mista	Gerente de Financiamento Habitacional	25 anos	Sim
11/10/2019	B4	TA	52 anos	Masculino	Especialização	Casado	Possui 2 Filhas	Privado	Gerente de Contas (Personalitè)	21 anos	Sim
30/10/2019	B5	SP/TA	37 anos	Feminino	Mestrado	Casada	Possui 1 filha	Privado	Gerente de Agência	07 anos	Sim
06/11/2019	B6	SP	27 anos	Masculino	Superior Completo	Solteiro	Não possui	Privado	Atendente (Escriturário)/Caixa	04 anos	Sim

*Fonte: Dados coletados pela autora

** Legenda: TA= Transtorno de Ansiedade, Dep=Depressão, SP=Síndrome do Pânico

- **Sindicalista 1 (S1):** Foi o primeiro sindicalista a ser entrevistado (12/09/2019) e o segundo no total de entrevistados. Tem 53 anos de idade, sexo masculino, casado, escolaridade de nível superior. A entrevista foi agendada na sede da CUT, no período matutino, realizada por indicação de uma das diretoras. Mostrou-se acessível ao conceder a entrevista. Foi logo contando que trabalhou por 12 anos em um banco privado e citou que sofreu assédio moral para sair do banco e entrar no sindicato. Faz parte do sindicato desde 1998 e acredita que sua categoria tem pouca consciência de classe. Reforçou que para ser dirigente sindical abdicou da ascensão da carreira de bancário. Justifica sua fala explicando que quando a pessoa vai para o sindicato o plano de cargos e carreiras “estaciona” naquela função e ele passa a receber o salário correspondente à função que desempenhava no momento da saída, sem a possibilidade de progressão na carreira. Esteve em outras gestões do sindicato ocupando outros cargos. Demonstrou muita preocupação com o desmonte dos sindicatos, o medo pela perseguição que estão enfrentando e pela Revolução 4.0.
- **Sindicalista 2 (S2):** Foi o segundo sindicalista a ser entrevistado (01/10/2019) e o terceiro no total de entrevistados. A entrevista ocorreu na sede do sindicato no período matutino. Tem 55 anos (o entrevistado com mais idade), sexo masculino, casado, escolaridade de nível superior. Trabalhou por 20 anos em um banco privado e seu último cargo foi o de Gerente de Negócios. Está a seis anos no sindicato e já atuou em outras gestões e em outros cargos, como por exemplo, o Diretor de Saúde do SEEB/MT. Quando trabalhava no banco apresentou Síndrome de Burnout¹⁵. A entrevista foi marcada por momentos de raiva, incerteza e, algumas vezes, desânimo. Demonstrou muita preocupação com o rumo que a categoria vem levando e certa angústia em não poder fazer mais. Já presenciou incontáveis surtos e desmaios de colegas nas agências por causa da pressão no ambiente de trabalho. Diz que não é contra a tecnologia, porque ela é um caminho sem volta. Também está preocupado com a concorrência dos bancos digitais.

¹⁵A Síndrome de Burnout (SB) (do inglês, "burn" que significa queima e "out" exterior), também conhecida como Síndrome do esgotamento profissional é caracterizada como um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A síndrome é comum em profissionais que atuam sob pressão e responsabilidades constantes, como profissionais da saúde, educação, policiais, bancários, jornalistas, dentre outros. Acesso online em <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em 07/03/2020.

- **Sindicalista 3 (S3):** Foi a terceira sindicalista e a quarta no total de entrevistados (01/10/2019). A entrevista ocorreu no período vespertino, na sede do SEEB/MT. Tem 50 anos, sexo feminino, nível de escolaridade superior, com especialização (pós-graduação). Trabalhou em banco privado como caixa e escriturária. Está no sindicato desde 2009 e há seis anos no mesmo cargo. Complementou algumas respostas da entrevista com dados extraídos dos arquivos do sindicato. Primeira pessoa a ser contatada no sindicato e que se prontificou a colaborar com a pesquisa no sentido de ser a intermediária em contatar os bancários com TMRT para a pesquisa. Ao responder o questionário, se mostrou com certa apreensão. Ela é a pessoa chave no acolhimento e atendimento dos bancários que procuram o sindicato nas questões relacionadas à queixas e problemas de saúde.
- **Bancário 1 (B1):** Primeira entrevista realizada no sábado, em uma área reservada de uma grande padaria da cidade (17/09/2019). Trabalha em um banco público, sexo masculino, 35 anos, solteiro, sem filhos, nível superior, com especialização (pós-graduação). Trabalha há 13 anos no banco e ocupa o cargo de Gerente de Relacionamento. Passou no concurso com 22 anos. Sonhava em ter emprego fixo e melhoria nas condições de vida (residem, na sua casa, apenas ele e a mãe que era empregada doméstica). Dá ênfase que, antes da entrada no banco, a família passava por dificuldades financeiras e era pobre. O emprego era uma possibilidade de melhoria de vida. Hoje vê sua jornada de trabalho como “Jogos Mortais”¹⁶ no sentido da pressão, cobrança, demanda da clientela. Sente arrependimento por não conceder ou autorizar empréstimos a pessoas de baixa renda, sabendo da necessidade delas, mas que para o banco, quanto à questão de lucro, não seriam investidores rentáveis. De todos os entrevistados, este foi o que mais reclamou estar sofrendo pressão da chefia e em certas declarações fica nítido o “assédio moral”¹⁷. Ao lembrar certos fatos quase chegou a chorar. Fala várias vezes

¹⁶O entrevistado faz alusão a uma sequência de oito filmes estadunidenses, sob o título de “Saw”, nos Estados Unidos e “Jogos Mortais” no Brasil. O filme, do gênero Suspense/Terror lançado em 2004, foi escrito por James Wan e Leigh Whannell e dirigido por James Wan. Na história, um assassino em série leva suas vítimas a situações limítrofes em que, para sobreviver tem que desvendar enigmas mortais. Desta forma o entrevistado compara as metas a serem cumpridas como os enigmas do filme. Outro fato a ser considerado na comparação do entrevistado com o seu ambiente de trabalho é que no filme, apenas uma vítima conseguiu sobreviver aos testes, mas não sem ficar com danos psicológicos. Acesso online em <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-57410/>. Acesso em 08/03/2020.

¹⁷O Assédio Moral é caracterizado por comportamentos abusivos, que expõem os trabalhadores e trabalhadoras de forma repetitiva e prolongada às situações que afetam sua integridade física e principalmente psíquica. Segundo Soares e Oliveira (2012, p.195), na literatura científica a primeira definição de assédio moral foi proposta por

que não queria mais ter que voltar ao trabalho e que, contraditoriamente, precisa daquilo para se sustentar e sustentar sua mãe. Também declarou que “não tem direito de ficar doente” e tampouco ninguém da sua casa (citando um episódio em que a mãe foi internada no hospital com medicação venal e teve que pagar alguém para acompanhá-la porque a chefia não parava de ameaçá-lo, cobrando sua presença na agência). Nem se moveu com o fato de que sua mãe estava hospitalizada e ele era seu único filho. Foi o único entrevistado que citou “Meditação Prânica” como alternativa para melhorar a tensão.

- **Bancário 2 (B2):** A entrevista desta bancária ocorreu através do contato do sindicato, local onde ocorreu o agendamento da mesma. Na ordem de execução, foi a quinta entrevista realizada, a segunda entre os bancários. A participante é funcionária de um banco privado, onde trabalha há sete anos. Ocupa o cargo de gerente de negócios e serviços e foi contratada por meio de uma indicação para participar de uma seletiva de candidatos à vaga. Acabou passando e fazendo carreira no banco. Ao entrar, pensava na melhoria financeira. Acabou ficando doente e está afastada por depressão. Dos entrevistados foi a que mais se conteve, com respostas breves e em algumas se negou a responder. As suas respostas nunca foram além do que era estritamente perguntado. Foi a única que citou que além do cansaço e sofrimento psíquico, também sofria dores físicas. Relata que, na sua opinião, o maior problema enfrentado não é a pressão por metas, mas a forma de distribuição de deveres. Além disso, em algumas respostas, o discurso adotado parece querer se culpabilizar pelo que aconteceu quando cita que “*ela deveria se cobrar menos, que agora ela procura ser menos rigorosa consigo mesma*”. Em poucos momentos fala da cobrança sofrida. Deixa claro que não se sente frustrada com o trabalho, mas com certas coisas que lá acontecem.
- **Bancário 3 (B3):** Entrevista realizada em 07/10/2019 em uma sala aos fundos do CE-REST/MT (local de preferência da entrevistada, pela facilidade de deslocamento). Trabalha em um banco público. Dos entrevistados nesta pesquisa, é a que trabalha há mais tempo e a proximidade da aposentadoria está sempre em seu discurso. Entrou no banco por concurso, o que foi um orgulho para a família, por conta da perspectiva de melhoria financeira. Ela mesma cita que “*era chique na época, trabalhar no banco*”. A entrada

no banco foi um impulso para montar sua casa – na época estava noiva, prestes a casar. Contou dos traumas que sofreu trabalhando dentro do cofre, o isolamento dos demais – “*você nunca sabia o que estava acontecendo lá fora*” –, a responsabilidade em trabalhar com grandes valores, o risco de assalto. Sofre os efeitos dessa fase até hoje. Relatou de forma bem negativa a relação com os colegas. Outro ponto que merece destaque é dizer que o banco colaborou para o fim do seu casamento, pelo fato de não ter filhos (cuidou de uma sobrinha) e por ter começado a fumar (descontava as crises de ansiedade fumando; deixou de fumar há quatro anos). Tem pânico em ficar sozinha e medo de engasgar com qualquer coisa, inclusive água (atribui isso ao período que trabalhou no cofre). Toma remédios para dormir. Cita a proximidade da aposentadoria como uma perspectiva para “*aproveitar a vida, pois estar no trabalho é um difícil exercício*”.

- **Bancário 4 (B4):** Entrevista realizada em 11/10/2019, a sétima realizada no geral de trabalhadores e trabalhadoras e a quarta entre o grupo dos bancários e bancárias. O entrevistado é do sexo masculino, trabalha há 21 anos em um banco privado e atualmente atua como gerente de contas *Personalité*. Acredito que a entrevista somente foi concedida por ter sido intermediada por um conhecido. Conta sobre o seu ingresso no banco, indicação de um colega da sua igreja (é católico). O começo foi no período de reestruturação tecnológica na capital. Fazia muita capacitação em outro estado. Cita que atualmente é difícil sair, é tudo *online*. Relata sobre as reuniões, as cobranças, ameaças – “*antes não era assim*”. Enfatiza uma forte ligação com a família e religião. Fala da pressão e do estresse em lidar com altos valores, da esposa reclamando que ultimamente tem andado muito nervoso, “*que não desliga*” e diz ter consciência que realmente estava diferente. Achou que poderia ser problema no coração, até pelo histórico familiar. Mas descobriu que não era. Agora ele está se policiando, diz ter consciência de que não dá para ter controle de tudo. Cita com insatisfação o fato de “*se empenhar o melhor que pode e nunca ser suficiente, não haver limite*”. Recorre à família e à religião como apoio para o enfrentamento dos seus problemas, mas também já recorreu a médicos.
- **Bancário 5 (B5):** Entrevista realizada em 30/10/2019, a oitava realizada no geral de trabalhadores e trabalhadoras e a quinta concedida entre os bancários. A entrevistada é do sexo feminino, trabalha há sete anos em um banco privado. Dos entrevistados, é a única que possui mestrado e a única que deixou bem claro que “*o banco nunca foi seu objetivo de vida, mas sim um meio de ganhar dinheiro*” (essa declaração foi dada logo nos primeiros minutos de entrevista). Cita que no momento de entrada do banco o pro-

cesso de trabalho não era como hoje, “*depois que houve a fusão com outro [banco] começou a pressão em todos os níveis do sistema*” desde superintendentes até os níveis mais baixos da hierarquia. Relata que “*a meta é desumana*”. Continua sua fala dizendo o jargão preferido dos seus superiores: bater os 100% de meta é obrigação, agora os 140% de meta batida sim, este é o diferencial. Fala que a pressão não é só presencial, através das reuniões. Diariamente, ao abrir a tela do computador, há um ranking online que aparece na tela inicial de todos os funcionários com um demonstrativo indicando todos os setores do banco por cores (verde=meta mensal 140% batida; amarelo=nível intermediário, tem que melhorar e vermelho=até 100%, meta não cumprida). A atualização é diária e serve para lembrar a cada funcionário da sua obrigação, dos riscos que seu emprego está correndo, “*da manutenção da sua cadeira, porque amanhã você pode não mais estar nela... porque banco não é entidade filantrópica*”. Fala da falta de sensibilidade dos chefes em lidar com todas as questões que envolvem empatia com o outro, principalmente as questões de doença. Foi única que citou não haver diferença salarial, ou mesmo de oportunidade de oferta de cargos, entre o sexo masculino e feminino. Ela explica que o banco tem como política não deixar a figura do gerente ser correntista na mesma agência em que trabalha (por questões éticas). Sendo assim, ela toma conta das contas correntes de colegas que ocupam o mesmo cargo que o seu, justificando a sua fala. Reclama da falta de sensibilidade de alguns clientes que não respeitam seu horário de descanso, suas refeições, férias, finais de semana e lazer. Essa disponibilidade sem fim lhe custou uma “*aversão à vida social, aglomerações, um total isolamento social, para não ter que encontrar com clientes e ter que ficar falando do serviço no seu momento de descanso*”. A sua agência sofreu dois assaltos: foi amarrada, amordaçada e fala do absurdo que sofrem porque, além do trauma sofrido, passam por auditoria para sanar qualquer suspeita sobre o caso (mesmo com todo o abalo do assalto, para a auditoria, os funcionários são os primeiros suspeitos). Sua indignação também é manifestada quando fala que o trabalhador mal tem tempo de se recuperar da violência sofrida pelo assalto. Tão logo sejam cumpridas as exigências legais sobre o roubo, a agência volta a ser aberta não importando se os trabalhadores ou as trabalhadoras têm condições psicológicas, físicas ou, até mesmo, se houve morte. Complementa dizendo que o banco nunca fica no prejuízo, pois os trabalhadores da agência que passaram por um assalto ficam sem receber o bônus, até que seja recuperado o montante do roubo (mesmo cumprindo a meta por todos os meses subsequentes de 140%). Compara os bancários e as bancárias a “zumbis sociais”, pois “*é como você estivesse constantemente anestesiado, a sensação*

é parecida com uma droga viciante: você ganha bem, se veste bem, tem boa aparência, mas parece que você não está ali, levam sua alma junto”. Já fez tratamento para síndrome do pânico e transtorno de ansiedade. A ansiedade ainda persiste. Fala em sair do banco para acabar com seu sofrimento, seus problemas.

- **Bancário 6 (B6):** Realizada em 30/10/2019, foi a nona entrevista realizada no âmbito geral de trabalhadores e a sexta entre os/as bancários/as. O trabalhador é o mais jovem dentre todos os entrevistados desta pesquisa, sexo masculino. Trabalhou por quatro anos em um banco privado como atendente/escriturário. Um parente o indicou para participar de um processo seletivo e, a partir daí, houve o ingresso. Conta com tristeza que o bancário se tornou um vendedor, quando o foco da função deveria ser voltado ao atendimento e não vendas. Relatou sobre a tensão em cumprir metas, do problema em fechar o caixa todos os dias. Foi o único a se queixar do aumento de peso como fuga para tanta tensão, que segundo ele, era descontada na comida. Não fazia atividade física por falta de tempo o que piorou ainda mais a situação. Contou como o assalto ocorrido na agência em que trabalhava repercutiu de forma traumática na sua vida fazendo-o repensar se aquilo valia à pena. Teve um bloqueio e não conseguiu mais voltar. Falou sobre o trabalho no caixa dizendo que *“os homens suportam melhor situações de tensão e conflito”*, mas ao relatar sobre o assalto demonstrou que o trauma se manifesta independente do gênero. Contou ainda que *“o assalto foi a gota d’água, que saiu do eixo”*. Falou também sobre as ameaças constantes nas reuniões, o medo do caixa não fechar todo dia. Fez tratamento para síndrome do pânico e mesmo contra a opinião familiar, resolveu pedir demissão. Faz seis meses que não trabalha mais no banco.

4.2 O CONTEXTO SOCIAL DOS ENTREVISTADOS E DAS ENTREVISTADAS

Como uma categoria de análise e, inserida dentro dos objetivos desta pesquisa, o contexto social dos entrevistados e das entrevistadas apresenta um padrão de uniformidade (como se os recursos humanos das instituições bancárias padronizassem o tipo de profissional e o contexto social dos seus funcionários), independente da instituição financeira contratante (pública/economia mista ou privada). Todos os entrevistados e entrevistadas da pesquisa apresentam nível de escolaridade superior, a maioria tem especialização – apenas uma das entrevistadas

possui mestrado. O resultado encontrado se coaduna com a pesquisa de Segnini (1999, p.197-8), que relata que os índices elevados de escolaridade não são resultado das exigências do posto de trabalho, mas do longo processo de desemprego que manteve os bancários mais escolarizados empregados. O desemprego excluiu os menos escolarizados, privilegiando os níveis mais altos de escolaridade e mantendo-os empregados.

Os bancários participantes desta pesquisa trabalham há, no mínimo, quatro anos na instituição, não permanecendo sempre na mesma agência bancária. A maioria dos sujeitos entrevistados tem mais de 25 anos, casados com, no máximo, dois filhos. Vale reforçar que foram escolhidos aleatoriamente, a partir dos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Há uma recorrência nas suas narrativas, quando relatam o ingresso na carreira de bancário como uma possibilidade de melhoria na condição financeira da família. Mesmo no caso de uma entrevistada que relatou “*não ter a pretensão de seguir carreira*” e que enxergava o emprego como uma forma de “*ganhar e guardar uma grana*” (B5). O advento da entrada/admissão, em uma instituição financeira, é tomado como um *status* ou uma forma de ascensão social (sair da faixa de pobreza e extrema dificuldade financeira. Segnini (1999, p. 196) argumenta exatamente sobre a construção deste perfil do trabalhador e da trabalhadora do setor bancário: uma classe envolvida por certo “status” e até mesmo um “glamour” social. Por meio desta construção, os bancários e as bancárias se distinguem de outras categorias pelo alto nível de escolarização dos/das profissionais em relação a outras profissões.

Segundo Sznelwar e Pereira (2011, p.59), sonhar é inerente a qualquer ser humano e o trabalho seria a parte integrante para a realização dos sonhos. Para Gaulejac (2007, p.249), o trabalho tornou-se elemento essencial para fixar a posição de cada um na sociedade e para canalizar as finalidades da existência sobre a carreira profissional. Isto pode ser observado nas seguintes narrativas:

“Quando eu entrei no banco, sonhava em ter um emprego fixo, com estabilidade e melhoria nas condições de vida. Em casa sou apenas eu e minha mãe, que sempre trabalhou como doméstica para nos sustentar. Minha família era bem pobre e passava por dificuldades. Com a minha aprovação no concurso, o emprego surgiu como uma possibilidade de melhoria na vida como um todo.” (B1)

“Eu estava trabalhando em uma empresa privada há alguns anos quando prestei concurso e fui aprovada. Era chique entrar no banco, além da segurança, da estabilidade e da melhoria na condição econômica que a minha casa passaria a ter. Entrei com 26 anos estava me preparando para casar, sonhava em poder ajudar o noivo a montar a nossa casa, em ascender economicamente e profissionalmente” (B3)

“a minha família sempre achou que ter um filho bancário era motivo de orgulho. Sempre gostei muito de trabalhar no banco. Antes era uma carreira de muito respeito. Me sentia privilegiado” (B4)

No decorrer da rotina do trabalho passa a ocorrer uma nova visão, um novo modo de significar o trabalho bancário. O impacto do dia-a-dia faz com que o trabalhador e a trabalhadora ressignifique aquele mundo de possibilidades e sonhos do ingresso e passe a lidar com a realidade do trabalho. Isto pode ser percebido nas observações do caderno de campo onde o entrevistado B1 compara a sua jornada e o seu ambiente de trabalho como se estivesse no Filme “Jogos Mortais”, referindo-se a cobrança, à exigência do melhor atendimento, do maior número de clientes atendidos, da maior quantidade de metas a serem atingida. Se pudessem cumprir todas as exigências diárias, evitariam problemas com a ouvidoria, mas o entrevistado diz que não têm condições.

Salienta que são tão cobrados que não vê o cliente como pessoa, mas sim como um negócio. Cita que eles abrem o computador e verificam o que ele te pode oferecer (possibilidade de negócios), porque não tem tempo para conversar. Ele diz que tem o “*feeling*” para sentir a pessoa. Ele diz que fica arrependido, pois deveria pensar nas pessoas, no sentido de facilitar a oferta de crédito, dos negócios. Deveria fazer o papel social, fomentar recursos para que as pessoas possam investir, mas ele não pode ser assim, porque o banco quer lucro (B1). As narrativas abaixo também reforçam o observado.

“No começo eu achava que era bom, não sabia que seria tanta pressão. É muita pressão você não acredita, [...]. Além disso, também tem a cobrança pelo cumprimento de metas e as demandas comerciais. Não tem como dar conta” (B2)

“O que é falado no momento da entrada condiz bem pouco com a realidade. Hoje o bancário não passa de um mero vendedor e custe o que custar você é obrigado a oferecer produtos e vender. O ideal seria o atendimento, as tarefas do dia-a-dia, que não são poucas. Sem falar na tensão na hora de fechar o caixa.” (B6)

Além de novos significados as alterações sofridas no processo de trabalho começam a trazer frustração, fazendo surgir uma nova configuração de realidade na vida do trabalhador e da trabalhadora. O trabalho passa a ser visto como ele realmente é, e não mais aquela idealização existente no momento da entrada do banco.

As redes sociais mencionadas nas narrativas têm como elemento central a mãe, quando os indivíduos são solteiros, ou a esposa/marido (companheiro/a), quando os indivíduos são casados. Geralmente são essas pessoas que acabam percebendo as primeiras alterações comportamentais dos trabalhadores e trabalhadoras. Neste caso os/as entrevistados/as mencionaram a insistência destes entes na procura por um diagnóstico mais detalhado, que comprovasse ou

descartasse a existência de uma doença. Foram raras as narrativas que mencionaram os colegas e as colegas de trabalho como identificadores de alguma alteração comportamental.

A narrativa do sindicalista (S2), vem ilustrar a importância do papel do marido/esposa, companheiro/companheira ao evidenciar a alteração comportamental. O sindicalista citou um atendimento a um surto sofrido por uma colega que o deixou muito chocado e frustrado com a situação. Ele mencionou que a pressão que esta colega vinha sofrendo era tanta que a bancária não conseguia mais descansar nem nas férias, que não tinha mais vida e que ela já saía de casa chorando para a sua agência bancária. Em um dia de trabalho, depois que ela já havia saído de casa nestas condições, o esposo da bancária foi até a agência desesperado, procurando o gerente-geral, gritando que tinha ido lá porque queria a sua esposa de volta. Com muita tristeza o sindicalista conclui que foi chamado para registrar o ocorrido e ver a situação a qual caminha a sua categoria causa nele uma grande sensação de impotência.

A família também é descrita como suporte, refúgio, cuidado e conforto para as situações de estresse. A resposta mais recorrente entre todos os entrevistados, quando perguntados o que mais gostam de fazer nos momentos de lazer: *“ficar em casa, com a família, em reuniões de família”*.

Apesar de a família ocupar um papel central no contexto social dos entrevistados, a religião e os laços sociais narrados nos núcleos religiosos exercem um papel importante na rede de relações dos bancários e como uma forma de amenizar a pressão sofrida no dia-a-dia.

“o que mais gosto de fazer nos momentos de lazer é ficar quieta em casa e sair com a minha família” (B2)

“nos momentos de mais ansiedade e solidão, vou à igreja messiânica, lá participo também de oficinas de Ikebana” (B3)

“A minha família é a base de tudo. Sou bem atuante na sua igreja. Minha família também é grande, nós sempre estamos fazendo algo. [...] A família, religião são refúgios para os momentos de sofrimento, pressão.” (B4)

Apesar do fato de mencionarem a religião como modo para amenizar a pressão na entrevista, não houve predomínio de nenhuma religião nas falas. O termo mais empregado foi “ir à igreja”. Um dos entrevistados também mencionou frequentar um templo de meditação prânica existente em Cuiabá (Casa OM).

Para Roazzi e College (1987, p.27), o ambiente e as relações sociais são elementos importantes para o entendimento dos processos mentais. Compreender o contexto social permite entender de que forma essas relações afetam os sujeitos. Vale ressaltar que estas relações são dinâmicas. À medida que a realidade muda ou vai adquirindo novos significados, pode haver

uma nova valoração na vida do indivíduo (uma seita ou religião pode ter importância hoje na vida da pessoa e amanhã não mais, mas também pode perdurar a vida toda).

Outro ponto importante referente ao contexto social dos entrevistados foram as relações mantidas com os colegas de trabalho. Essa questão foi a que mais apresentou divergência nas respostas. Percebe-se nas narrativas que a postura do gestor tem grande influência em conduzir a qualidade destas relações e do próprio ambiente de trabalho. Gaulejac (2007, p.52) descreve a postura dos gestores a partir da etimologia do termo *management* (que vem do francês *manège* = criador ou condutor de cavalos). A ilustração ao termo faz alusão à arte de “conduzir cavalos e fazê-los se comportar bem”. O autor argumenta que o gerenciamento empregado nos dias atuais tentou passar uma imagem liberal aos que exerciam o poder das empresas, mas na prática, ao ser colocado a serviço do poder financeiro, adquiriu outra conotação.

“Atribuo isso à pressão exercida pela chefe. Eu e meus colegas muitas vezes admitimos até que estamos mal, mas continuamos trabalhando. Principalmente os gestores porque temos medo de perder a função, somos mais cobrados. Sei que estou ali, mas lá fora tem 10 querendo entrar. [...] Sempre me achei muito otimista, pra cima, nem gostava de férias, gostava muito do que fazia. Agora quando saio de férias é um alívio, tenho até medo de voltar!” (B1)

No momento da entrevista, o participante estava de férias. Nesta mesma fala ele concluiu dizendo que,

“O dia em que ela não está na agência é um alívio para mim, para todos. Os outros subordinados chegam a segurar a urina o quanto podem para não passar perto dela.” (B1)

O entrevistado explica que a mesa da chefe fica perto do banheiro e gesticulando no ar faz uma demonstração da disposição dos lugares dos colegas e da mesa da chefe no setor onde trabalha. O trabalhador (B1) continua a fala dizendo que

“Ela grita que somos os “piores gerentes da galáxia”, outra fala constante dela é: “que espécie de gerente vocês são? “Exerce assédio com as gestantes também. [...] Antes dela eu não era assim, tinha saúde, vontade de ir trabalhar, de ir para a academia, eu era animado, [...] não tenho mais vontade de tirar férias. Até para tirar férias é “punk” porque a meta do mês das férias tem que estar batida, ou seja, tenho que trabalhar dobrado se quiser tirar férias, então o mês anterior às férias é uma tensão dobrada, que não dá nem ânimo. Ela começa a pressão antes: “olha é uma irresponsabilidade você sair de férias e deixar a meta sem bater” fazendo você se sentir culpado por sair de férias. (B1)

“Tenho boa relação com colegas. É uma relação e compreensão e paciência, senão não tem como” (B2)

“A relação com os colegas é muito ruim, você não pode contar as coisas, desconfia de tudo e de todos. Isso me faz ficar com raiva, sem paciência. Nas reuniões não há elogio, só cobrança. É muito duro você conduzir uma equipe quando todos estão querendo o seu lugar. Torcem pelo fracasso do outro, você conta nos dedos quem são seus reais parceiros e isso é muito triste. Reunião de confraternização é só para constar no social.” (B3)

“Como eu te disse você entra ali e é cada um por si. Mal dá tempo de ir ao banheiro. Tem muito colega ficando doente. Nas reuniões cobrança, ameaças. Antes não era assim. É cobrança de todos os lados” (B4)

“Já tive problemas com algumas chefias por não querer repassar para meus subordinados a fala que ouvia, a cobrança que vinha de cima” (B5)

Os casos descritos acima ilustram um processo de hostilidade como prática necessária e comum no cotidiano organizacional. Soboll e Jost (2011, p.259) legitimam neste sentido quando citam que o assédio moral pode ser incorporado no processo de gestão das organizações, quando a empresa legitima práticas de controle e disciplina fundadas em mecanismos ideológicos e psicológicos que pressionam os trabalhadores e as trabalhadoras no cumprimento da produtividade. Assim, reforçam um ambiente hostil e desumanizam as relações de trabalho.

Em sua obra, Sznelwar e Pereira (2011, p. 49) também descrevem sobre o modo de organização do trabalho e a relação entre os colegas. Para os autores, como o único meio de reconhecimento profissional é a promoção e, desta forma, não havendo cargo para todos, reduzem-se as possibilidades de desenvolvimento profissional, acirrando a competição. O trabalho é organizado de forma a privilegiar a individualização, sendo possível gratificar, responsabilizar e penalizar cada trabalhador e trabalhadora. Esta estratégia bloqueia as iniciativas de solidariedade, impede o fortalecimento de coletivos, acirra a competição e instala a solidão nos ambientes de trabalho. Assim o assédio moral aparece como uma patologia da solidão, como forma de dominação das instituições (DEJOURS, 2004).

A relação com os clientes também foi relatada nas narrativas abaixo. Muitas vezes foi traduzida como conflituosa, obstinada, hostil e, em certos casos, envolvendo até um conflito ético e moral. Na ânsia de atingir a sua meta, o bancário entra em conflito com seus valores pessoais por não poder, muitas vezes, expressar o que pensa ou sabe, em função da sua própria condição, uma vez que naquele momento está defendendo os interesses da instituição que trabalha.

“Nós somos tão cobrados que não vemos mais o cliente como pessoa, mas sim como um negócio. Abro o computador e vejo o que ele pode me oferecer (possibilidade de negócios), porque nós não temos tempo para conversar [...] A missão deveria ser pensada no social. Mas eu saio disso porque tenho que atingir a meta. Tenho que instigar a venda o produto que não quero, mas tenho que querer”. (B1)

“Também tem os clientes. Desenvolvi aversão às pessoas por causa dos clientes. Os clientes não têm o menor senso. Uma vez meu pai estava na UTI e não respeitaram isso, ficavam ligando, vendo se eu podia ver isso, aquilo. Eles acham que você está à disposição a qualquer hora. Nessa mesma época eu abria a agência todos os dias. ” (B5)

Ao contrário do que seriam esperadas, as mudanças tecnológicas ocorridas na organização do trabalho bancário aumentaram a demanda por produção e a exigência do tempo. Para atender os clientes e a demanda do serviço, o trabalhador e a trabalhadora não se desvinculam mais do seu posto de trabalho. Assim, a jornada de trabalho extrapola, amplia seu espaço e vai ganhando o tempo disponível da vida privada dos trabalhadores e trabalhadoras.

4.3 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: OS DESENCADEADORES DA DOENÇA NA PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Esta seção vem trazer à tona a percepção que os trabalhadores e as trabalhadoras têm sobre os efeitos da reestruturação do trabalho influenciando a sua saúde mental. Segundo Jenkins (2006, p.203) a reestruturação capitalista contemporânea cria e aplica formas sofisticadas de exploração, com mecanismos de controle do trabalho e adesão coercitiva do ideário patronal. A partir das narrativas dos entrevistados, é possível ressignificar o processo de trabalho e de adoecimento, possibilitando compreender o processo saúde-doença de acordo com o contexto sociocultural em que cada indivíduo está inserido (KLEINMAN, 1978; SELIGMANN-SILVA, 1994; RABELO et. al., 1999). Compreender o processo de adoecimento nas trajetórias de vida e trabalho dos participantes se faz importante para entender o percurso adotado no itinerário terapêutico.

Todos os trabalhadores e trabalhadoras que participaram das entrevistas (06), declararam que apresentam ou já apresentaram transtorno de ansiedade, depressão e síndrome do pânico. À medida que confidenciavam fatos do seu cotidiano no banco, retomar estas lembranças os deixavam bastante fragilizados, independente do gênero. Apenas um participante do grupo dos sindicalistas declarou não apresentar nenhum TMRT.

Em nenhum momento das entrevistas foi utilizado o termo Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho pelos participantes. Para os entrevistados, mencionar ser diagnosticado com transtorno de ansiedade, depressão e síndrome do pânico sugere um “aceite” do transtorno mental, mas de uma forma amena, como um estado transitório, passível de breve recuperação. Há um medo visível em falar ou ser taxado como portador de uma “doença mental” ou um TMRT. A conduta piora quando utilizado o termo “louco”, “pirado”, “doido”. As referências utilizadas sugerem uma conotação de despertencimento e rejeição do grupo: “não é mais como

nós”. Um sindicalista (S1) comentou sobre esse medo em se expor e perder o emprego. Na sua percepção o bancário simplesmente não admite que está com um problema, que tem uma doença. Por isso a negativa em falar. Ele justifica ainda que isto já faz parte desta categoria, porque eles têm que mostrar que são bem vestidos, que estão apresentáveis, alinhados, de acordo com o padrão esperado para a sociedade. Então se a pressão no trabalho faz com que ele saia deste perfil esperado, ele fica doente. Esta visão é reforçada na fala de um bancário

“É cada coisa que você ouve nas reuniões. É muita cobrança. Você tem que se policiar constantemente senão fica doído.” (B4)

As narrativas, como as impressões observadas pelos entrevistados e entrevistadas ratificam a representação cultural “possuir uma doença mental”. A identidade moldada pela categoria é mencionada como um motivo de orgulho, “o perfil social bancário”. Admitir estar com uma doença mental é comprometer esta representação (o indivíduo não se enquadra mais naquele perfil esperado). Para Rabelo et al. (1999, p.45) admitir uma doença mental é admitir um comprometimento no campo de atuação do juízo, da sua capacidade pessoal de discernimento nas interações sociais e do seu desempenho social. Nestas condições, o trabalhador e a trabalhadora preferem omitir ou adiar o quanto podem a existência da doença em detrimento da manutenção do seu emprego, afinal qual instituição financeira continuaria empregando trabalhadores e trabalhadoras mentalmente adoecidos? Os estudos de Littlewood & Lipsedge (1989), citadas em Rabelo et al. (1999, p.43), legitimam este relato ao mencionar que as expectativas que uma sociedade ou grupo nutrem sobre o comportamento de doentes mentais refletem-se sobre a maneira pela qual a doença é expressa.

Esse estigma histórico é apresentado na forma de negação da doença, automedicação e até adiamento do tratamento. Para Dejours (1987, p. 121), “a medicalização visa a desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental”. Fazer algo paliativo, maquiagem, ir adiando a situação e continuar trabalhando, na esperança que melhore, que passe. Na visão dos sindicalistas os bancos lucram em cima da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Eles reforçam o discurso que, tanto os bancários quanto as bancárias negam a doença até o fim. Um chegou a comentar que os trabalhadores tomam seu tarja preta e vão trabalhar até a exaustão (S2 e S3). Embora os bancários e bancárias experimentem esta situação, eles compartilham da mesma opinião dos sindicalistas. Este fato é evidenciado nas falas

“Nós muitas vezes admitimos até que estamos mal, mas continuamos trabalhando. Principalmente os gestores porque temos medo de perder a função, somos mais cobrados. Sei que estou ali, mas lá fora tem 10 querendo entrar. [...] Tomei Melatonina por conta porque não conseguia dormir.” (B1)

“Eu descontava tudo no cigarro para me acalmar.” (B3)

Além da negação da doença, outro fator presente em todas as narrativas referente ao processo saúde-doença, foi o termo “pressão”. A pressão foi referida frequentemente, fazendo alusão ao processo de trabalho, às metas exigidas ou à própria relação com a chefia. Em todas elas, foi considerada como o possível desencadeador do desequilíbrio da saúde, quer seja pelos sindicalistas ou pelos próprios bancários ou bancárias.

“Estou desiludido e insatisfeito porque por mais que você faça, que esteja no seu limite, eles sempre querem mais (referindo-se às metas). Às vezes você se arrebenta, mas mesmo assim, não é o suficiente. Nem sei se eles sabem o que é isso.” (B4)

Para os trabalhadores e trabalhadoras entrevistados, a pressão sofrida no ambiente de trabalho é um dos principais pontos que culminam na tensão e na sobrecarga psíquica. Gaulejac pondera que, neste modelo produtivo, o que se quer não é apenas a energia física e afetiva, mas também energia psíquica. O autor ainda questiona se isso é uma doença ou um mal-estar social, uma patologia ou a violência das condições de trabalho. Para o autor, se as condições de trabalho são desencadeadoras do adoecimento e, se este é manifestado na forma de sintomas psicossomáticos, conclui-se que estas não são doenças pessoais, mas sim fenômenos sociais (GAULEJAC, 2007, p.235). Leão e Brant (2015, p.1277) coadunam com essa ideia quando afirmam que o sofrimento humano, interpretado como doença, transtorno ou depressão, tem sua causalidade não no corpo biológico ou nas instâncias psíquicas, mas nas relações sociais.

Como se pode observar nos relatos abaixo, todos os trabalhadores e trabalhadoras entrevistados reclamaram da pressão sofrida no ambiente de trabalho e das metas.

“Ela (a gerente geral da agência) constantemente coloca para a equipe (demais gerentes de relacionamento) que ‘vocês não estão fazendo isso para mim estão fazendo para a empresa, então vamos tentar nos ajudar?’ Faz ameaças do tipo: ‘dia 20 o banco paga seu salário 100%, portanto, este dia, eu quero 100% da meta. O banco não paga seu salário a menos, portanto a meta não pode ser menos’. Atualmente a meta não é 100%, mas 120% (antes o índice era fechar com 117 cartões, hoje 120 no mínimo). Em uma das reuniões a chefe mostrou com as mãos que ‘família e trabalho têm que estar em uma balança equânime, família nunca acima.’ (B1)

“No começo era bom, mas não sabia que seria tanta pressão. É muita pressão você não acredita. Além disso, também tem a cobrança pelo cumprimento de metas e as demandas comerciais. Não tem como dar conta.” (B2)

“Eu não queria mais ir ao trabalho, todo dia tenho vontade de chorar. Saber que vou chegar lá, a mesa vai estar lotada, muito fogo para apagar, meta a ser cumprida e amanhã tudo novamente, Sei que não posso reclamar, porque há colegas que mesmo depois de tanto tempo no banco, ainda dão a entender que você está fazendo corpo mole.” (B3)

“O ideal seria mudar a forma de como ficou o trabalho. É tanta preocupação em bater meta que você não se envolve nem com quem está do seu lado. Não tem como ajudar o outro. É gente chamando o tempo todo”. (B4)

“Quanto maior o cargo, maior a pressão. A meta não é 100%, as chefias superiores em reuniões sempre têm o mesmo discurso: “100% é obrigação, o diferencial, para manter o seu emprego é que sua agência bata os 140%”. Ainda tem os recados no seu e-mail. Recados do tipo: “cuidem da sua cadeira, cuidem da sua mesa, porque amanhã tem alguém sentada nela”. [...]. Entendo que o banco tem que ter lucro, mas dentro de um padrão 100%, com metas possíveis de serem atingidas, sem essa coisa na cabeça da gente constantemente. Se existem analistas contratados para fazer esse cálculo do lucro, sabem que já é difícil o 100%, imagina o 140! 140% é desumano.”. (B5)

“É produtividade, perfeição no serviço, no atendimento, venda de produtos. A gente não dá conta. Fim do dia tensão com o fechamento do caixa, fim do mês tensão para cumprir a meta”. (B6)

Nos apontamentos do caderno de campo pode-se perceber que os sindicalistas apresentam a mesma percepção chamando esta forma de trabalho de “DESUMANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO” (ênfatizam). Na explicação do conceito muitos afirmam não ser contra meta, mas, o Sistema Financeiro quer 150%%, além do discurso da meritocracia. Assim, vivem com o fantasma da meta rondando todo o seu dia-a-dia, a ponto de, quando o trabalhador ou a trabalhadora chegam a ficar doentes. Além do sofrimento com a doença, vem a preocupação de como vai ser para se afastar, o que o colega vai fazer. Nesta ideia, se falta um, sobrecarrega e impacta ainda mais o trabalho do outro.

Outra referência desencadeada pela pressão no cumprimento de metas, narrada por alguns bancários, foi o arrependimento ocorrido pela oferta excessiva de produtos a clientes. Seduzidos pela possibilidade de promoções, bonificações ou até mesmo pelo simples cumprimento da meta, usam de inverdades, embutem serviços, taxas, produtos, podendo vir a causar prejuízos e até o endividamento dos clientes. Agem de acordo com preceitos eticamente condenáveis para atingir os objetivos das organizações de trabalho. Outro recurso é o distanciamento do cliente evitando que se crie uma relação pessoal, assim mais blindado estará em relação aos seus conflitos ético-morais. Alguns trabalhos conceituam esta atitude como sendo um sofrimento ético identificado (SZNELWAR, UCHIDA e LANCMAN, 2011; PAPPARELI et al., 2019).

Nas observações das narrativas dos trabalhadores e das trabalhadoras percebe-se muitas vezes, um arrependimento pela conduta exigida pela instituição. Tanto o trabalhador quanto a trabalhadora mencionam que deveriam fazer um papel social, auxiliando as pessoas na obtenção de créditos, mas ao contrário, eles estão preocupados em atingir a meta, instigando a venda de produtos que muitas vezes podem até endividar o seu cliente. E neste sentido, eles têm que lidar com esse conflito ético.

“Fico arrependido, pois deveria pensar nas pessoas [...] fomentar recursos para que as pessoas possam investir. A missão deveria ser pensada no social.

Mas saio disso porque tenho que atingir a meta. Tenho que instigar o produto que o cliente não quer, mais tem que querer” (B1)

O processo de fusão dos bancos também foi apontado nas narrativas como responsável pela intensificação da pressão e consequentemente desencadeador de impactos na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

“Era bem mais tranquilo quando entrei. Tinha metas, mas não era nada assim quanto à questão da pressão absurda que a gente tem hoje. No terceiro ano que eu entrei o banco fundiu com outro e mudou tudo: presidência, diretoria, regionais, superintendentes. Aí começou a pressão, em todos os níveis do sistema e que ia incidir na composição da remuneração, um bônus, variável à meta a ser alcançada. ” (B5)

Os reflexos da fusão dos bancos, criando grandes blocos financeiros despersonalizam as fontes de poder, impondo a lógica de produção e a política econômica de outros países. Esse impacto foi sentido bruscamente no ambiente de trabalho bancário, na forma da organização física (agências) e operacional (do trabalho). Nesse sentido, houve redução da quantidade das agências, o aumento da competitividade entre os trabalhadores e trabalhadoras, sobrecarga de trabalho, as exigências infinitas de desempenho, ameaça de demissão, forçando as capacidades corporais e psíquicas culminando no aparecimento de doenças (GAULEJAC, 2007; PAPPA-RELI et al., 2019). Neste processo de luta interna e resistência, os trabalhadores e as trabalhadoras não conseguem se reconhecer, constituindo assim uma nova subjetividade produzida pelo sistema capitalista.

O modo de organização reforça a competição acirrada, a negligência, a falta de respeito, que constituem um cenário propício para o desenvolvimento de sofrimento patogênico. (SZNELWAR e PEREIRA, 2011, p. 59).

Há que se levar em consideração a alta taxa de desemprego fazendo com que os trabalhadores e as trabalhadoras se submetam à precariedade das condições de trabalho para a manutenção do seu emprego. Viapiana et al. (2018, p. 182) corrobora nesse sentido quando propõe que neste cenário o trabalho gera altos níveis de desgaste ao nexo biopsíquico humano, prolongando as circunstâncias desgastantes até o esgotamento ou adoecimento. Aos desempregados e desempregadas pairam sentimentos de raiva, isolamento social, desvalorização, insegurança e tristeza, podendo culminar em quadros psicopatológicos de depressão e alcoolismo. A sensação é de total instabilidade para empregados e desempregados.

4.4 A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS BANCÁRIOS

A antropologia da saúde tem abordado a experiência da enfermidade considerando que toda doença está envolta em uma rede de significados construídos intersubjetivamente. A significação dessa experiência enfatiza como os sujeitos se expressam, organizam e compreendem sua aflição (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999). Esta seção procura organizar a transcrição das entrevistas por meio da metodologia da “Análise das Narrativas”.

Este tratamento metodológico considera a narrativa do IT como um drama social que obedece uma estrutura, com encadeamento de ações construídas em torno de uma situação de desequilíbrio. Por esta perspectiva, as narrativas são sempre construídas por fases ou elos, denominadas por Propp (1984) de feixes e por Langdon (2001) de eventos. Adotamos a classificação de fases utilizadas no trabalho de Maluf (1993), por se adequar mais à temática empregada neste trabalho. Estas fases se alternam quando há a ocorrência de alguma mudança sendo classificadas resumidamente como: (1) a situação de equilíbrio; (2) a degradação da situação; (3) o estado de desequilíbrio; (4) a procura e a descoberta; e (5) o restabelecimento do equilíbrio inicial (MALUF, 1993, p.61).

Seguindo a primeira fase da estrutura da narrativa, “a situação de equilíbrio”, as descrições de equilíbrio e “normalidade” presentes nos relatos dos bancários apontam para significações que demonstram a atuação da pessoa antes de apresentar a doença (RABELO et. al., 1999). Após as entrevistas serem transcritas e sistematizadas, podemos inferir que os bancários expressaram como a primeira fase “o momento da entrada no banco”. Neste ponto inicial os trabalhadores e trabalhadoras descrevem de forma idealizada a expectativa da entrada, o orgulho dos pais, o respeito social da carreira, os sonhos, a possibilidade de ascensão social e profissional. Estas representações sociais de normalidade podem ser observadas nas falas:

“Era chique entrar no banco, além segurança da estabilidade e da melhoria na condição econômica [...] sonhava em poder ajudar o meu noivo a montar a nossa casa, em melhorar economicamente e profissionalmente” (B3)

“Ter um filho bancário era um orgulho. [...] Sempre gostou muito de trabalhar no banco. Antes era uma carreira de muito respeito. Me sentia privilegiado” (B4)

Pode-se depreender que nesta primeira fase o ingresso ao banco era uma perspectiva concreta da realização dos sonhos destes trabalhadores e trabalhadoras, envolvidos a sentimento de orgulho, respeito e status que abrangia a carreira de bancário.

A instalação da “degradação da situação” (fase 2) é narrada por perspectivas diferenciadas pelos bancários. As narrativas revelaram que a situação de desordem (drama) começou a ser instalada com a venda dos bancos menores a grandes blocos criando alterações drásticas no processo de trabalho. A criação de metas inalcançáveis, a pressão para cumpri-las, a competição entre os colegas e a pressão da chefia também foram citados como signos relativos à ruptura da normalidade e foram apontados segundo o ponto de vista destes trabalhadores e trabalhadoras. Embora fosse mencionado de forma fragmentada pelos entrevistados, na prática este processo foi desencadeado de forma conectada.

Desta forma, com a fusão dos bancos foram criados grandes blocos financeiros que impuseram a lógica incessante da produção, precarizando a forma da organização do trabalho e as suas relações. Viapiana (2018, p. 178) valida esta discussão quando cita que as novas formas de gestão do trabalho atuam no processo saúde-doença afetando a subjetividade, engendrando emoções e sentimentos relacionados a processos de sofrimento e de adoecimento psíquico. Na concepção da autora, os vários âmbitos da vida (religião, política, trabalho, familiar) podem desencadear a instalação de dois tipos de processos: protetores (benéficos/ saudáveis para a vida humana) e destrutivos/ deteriorantes (insalubres, que geram privação ou deterioração da vida). No campo do trabalho, a forma o processo organizacional passou a se organizar pode contribuir para a instalação de processos destrutivos, justificado na narrativa dos entrevistados. Para Dejours (1987, p.123), as descompensações psicóticas e neuróticas podem surgir dependendo da estrutura da personalidade de cada sujeito interagindo com três componentes da relação homem-organização do trabalho: a fadiga (que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade); o sistema frustração-agressividade (reações) e a organização do trabalho “como correia de transmissão de uma vontade externa (regulação) ”.

Na fase 3, “o estado de desequilíbrio” vai ser compreendido nas narrativas quando a realidade encontrada na vivência do dia-a-dia no banco não corresponde a idealizada no momento da contratação. A contradição entre as fases se estabelece porque a fase de equilíbrio é uma oposição, uma negação à fase de desordem, constatada também nos trabalhos de Maluf (1993) e Langdon (2001).

Este conflito e a oposição entre as fases descritas pelas autoras são claramente percebidos em uma das entrevistas onde a fase idealizada pelo entrevistado dá lugar à realidade vivenciada no cotidiano de uma agência bancária e o trabalhador (B1) cita que sua jornada de trabalho poderia ser comparada ao filme “JOGOS MORTAIS”, no sentido da cobrança, da exigência do melhor atendimento, da maior quantidade possível de clientes, do cumprimento da maior quantidade de metas atingidas. As narrativas abaixo também ilustram esta oposição:

“No começo era bom, mas não sabia que seria tanta pressão. É muita pressão você não acredita. Além disso, também tem a cobrança pelo cumprimento de metas e as demandas comerciais” (B2)

“O ideal seria melhorar a relação entre os colegas, a forma como os gestores impõem as metas, é cobrança de todos os lados, você se desdobra, mas não dá, você simplesmente não consegue, e isso te frustra, porque você acaba se sentindo sem serventia” (B3)

“Hoje é imediatismo, online, muita pressão. A carreira também se desvalorizou. Perdemos em tudo, prestígio, salário. Não me sinto motivado como antes. Já pensei muitas vezes em sair” (B4)

O trabalhador e a trabalhadora não mais idealizam o dia-a-dia no banco. E essa quebra de expectativa entre o idealizado e o real atua na subjetividade dos sujeitos. Dejours (1987, p.150) considera este tipo de comportamento como uma tática para lidar com a realidade ao se perceber um risco. Para o autor, quando é criada essa contradição, podem ser acionados dispositivos defensivos para lidar com a realidade, com o risco e o medo, como por exemplo, negar a percepção do risco. Talvez esse comportamento, aliado às necessidades intrínsecas de cada trabalhador/a, justificasse o fato de negar estar doente, tomar remédios por conta própria e continuar trabalhando.

A fase 4, “a procura e a descoberta”, assim como no trabalho de Maluf (1993, p. 73), tem por finalidade, reconhecer ou identificar o problema, o momento para procurar restabelecer a ordem, ou seja, como os sujeitos procuraram meios para a cura. Para tanto, a busca da ajuda terapêutica só vai ocorrer quando os sujeitos se percebem com um problema de saúde, que necessite de ajuda, o que Kleinman chama de estar em um “estado socialmente desvalorizado” (MARTINS e IRIART, 2014). Além do estigma – definido como um atributo depreciativo para desqualificar, desvalorizar ou discriminar uma pessoa (GOFFMAN, 1985) – que o indivíduo que desenvolve um TMRT carrega a dificuldade em sair para tratamento também mascara o fato de se evidenciar o momento exato da percepção da doença.

Muitas vezes o próprio trabalhador ou a trabalhadora, os colegas do trabalho, antes da família até podem verificar algo errado no comportamento destes sujeitos, mas a dificuldade em sair do posto de trabalho e procurar ajuda, faz com que utilizem formas paliativas em remediar a situação. A pressão da chefia pode ser evidenciada nesta narrativa ilustra o citado:

“É muito difícil sair. Trabalhei com caxumba, com febre, passando mal, mas nem pude sair. Depois, ao acaso fiquei sabendo que era caxumba, mas os sintomas já tinham passado. A minha chefe não gosta de dispensar os funcionários para ir ao médico. ” (B1)

Um entrevistado ilustrou a gravidade da situação citando o caso de uma colega que quase morreu. Disse que outra colega vivia comentando que ela estava amarela, com ar de cansada e a chefe se pronunciou em tom ríspido, para que ela parasse de dizer isso para a outra porque “vai que ela vai ao médico, descobre o que tem e pega afastamento”. Um dia a colega estava bem mal e a outra a colocou no carro e foram ao médico. Foi internada diretamente na UTI. O médico disse que se ela demorasse mais uma semana morreria de infecção generalizada. Na fala, o trabalhador explica que tudo isto aconteceu porque a colega fez um tratamento dentário, não respeitou o período de repouso necessário e voltou a trabalhar por causa da pressão da gerência. Comentou que em decorrência disso, a infecção se espalhou e se alojou no coração. Outras narrativas demonstram que essa atitude não é um caso isolado na conduta das chefias,

“Não tenho o direito a ficar doente, não tive sossego nem quando a minha mãe estava doente. A minha mãe estava com soro no braço e eu com telefone no ouvido e a chefe aos berros no telefone questionando porque sai e deixei tudo sem resolver. Ela queria a resolução do problema, naquela hora.” (B1)

“Uma vez meu pai estava na UTI e não respeitavam isso, ficavam ligando (superiores e clientes), vendo se podia ver isso, aquilo. Se eu ia voltar para a agência, porque eu tinha que estar lá.” (B5)

A experiência da enfermidade faz referência à forma como os indivíduos ou os grupos sociais percebem e respondem a um dado episódio de doença, de acordo com a cosmologia a que estão inseridos (ALVES, 1999). Mas é necessário que o sujeito reconheça que há um problema e que o identifique como sendo um problema de saúde. O universo sociocultural dos sujeitos possibilita a percepção e interpretação da doença, além dos mecanismos de cura distintos a serem tomados, de acordo com cada indivíduo ou grupo, dentro de cada arena escolhida (KLEINMAN, 1978; MARTINS e IRIART, 2014). Nas narrativas, os sujeitos muitas vezes reconheciam que havia algo de diferente no seu comportamento, mas diante de tanta dificuldade em se “permitir” estar doente acabam adiando o tratamento. Outros afirmavam que alguém da família chamou atenção para uma mudança de atitude, um isolamento, estabelecendo inicialmente uma ordem rompida como atestam os relatos:

“Agora me sinto desanimado, esgotado, brigo demais em casa, nervoso, com muita vontade de dormir. Minha mãe falou que estou diferente. Sempre gostei de sair, conversar. Atribuo isso à pressão exercida pela chefia. [...] Perdi a vontade de ir trabalhar, de conversar, me sinto mais triste, apenas com vontade de dormir e eu nunca foi assim” (B1)

“Comecei a me sentir triste, com medo, tenho muita dificuldade para dormir, me desligar. Também comecei a sentir fortes dores musculares” (B2)

“Apresentei quadros de ansiedade e pânico em ficar sozinha [...]. As minhas colegas notaram a irritação, o nervosismo, meu irmão que é médico também notou e ele disse que eu estava ansiosa e deprimida. Passei a tomar remédios para dormir sob orientação do meu irmão que é médico” (B3)

Nesta entrevista a trabalhadora ainda descreve que o medo de ficar sozinha tem se intensificado e que o ápice da sua crise, que a deixou preocupada, foi ter a sensação de que tomasse água, iria engasgar. Então, só passou a tomar água se alguém estivesse perto dela. Por causa disso, morre de medo de ficar sozinha, também disse que sofre de insônia e atribui todo este estado à tensão sofrida no trabalho. Outros entrevistados também reforçam estes estágios de crise

“Eu me lembro bem desse dia, como se fosse hoje. Eu já estava casada e foi um dia que estava tentando falar com meus pais, Fiquei horas ligando sem resposta e comecei do nada a pensar tanta besteira, uma paranóia, um desespero, começou a faltar ar, taquicardia, passei muito mal e comecei a chorar desesperadamente. Por fim nada tinha acontecido, havia chegado uma visita e eles saíram com ela pela cidade. Foi aí que eu caí em mim e pensei: eu não tô bem, eu não sou assim, preciso procurar ajuda. ” (B5)

“Tudo estava me assustando (depois de um assalto). Saí do meu eixo, disse em casa que eu não voltava mais ao banco, daí para frente ia chegando a hora de trabalhar e lá vinha aquela coisa ruim, uma tristeza sem fim, boca seca, vontade de ir na direção contrária, ficar em casa, dentro do quarto isolado. Se fechava os olhos via aquilo novamente. Procurei um psiquiatra. Foram mais de dois meses para poder me recuperar, mas pedi demissão antes” (B6)

Salvo raras exceções, a tristeza, irritação, nervosismo, crise de choro, desânimo, insônia, isolamento, foram os principais tipos de relatos que levaram os entrevistados a buscar ajuda terapêutica. Alguns sintomas físicos como dores musculares e taquicardia também foram relatados aliados às queixas de TMRT. No decorrer das narrativas, foi descrita uma sequência ordenada de fatos que nos permite inferir que o aparecimento destes estados/sintomas ocorreu em decorrência de dois fatores principais: da pressão suportada no ambiente de trabalho ou após episódios de grande violência (como assaltos, humilhações sofridas pela chefia, brigas com colegas).

Destaca-se nos relatos que integrantes da família ou mesmo colegas de trabalho foram os primeiros a notar uma alteração no comportamento dos sujeitos. Este fato não descarta a possibilidade do próprio entrevistado ter percebido este sinal de alteração antes de todos e tê-lo mascarado, como narrado pela bancária B5. Desta forma, quantos sinais foram disparados pelo corpo até a ocorrência de um evento grave como o narrado? Quantas vezes foram utilizados outros recursos confirmando que o regime de trabalho da atualidade está em desacordo com os biorritmos dos indivíduos, principalmente no que se refere às cargas e ritmos de trabalho, resultando em adoecimentos (DEJOURS, 1987; FRANCO et. al., 2010). Portanto, as narrativas não

refletem apenas a experiência da enfermidade, mas contribuem para a experiência da manifestação dos sintomas e do sofrimento enfrentado por cada entrevistado (MARTINS e IRIART, 2014).

“Em casa meus familiares comentaram sobre o meu distanciamento e que eu estava mais nervosa, agressiva. Com a morte da minha mãe as coisas pioraram e muito (ela não resistiu a um derrame). Ficou ainda mais fragilizada. Logo depois a sobrinha, que eu criava como uma filha se casou. A vida pessoal estava uma bagunça e no trabalho a pressão de sempre. Fui diagnosticada com depressão profunda, tomo medicamentos para dormir e para as palpitações. Tomo remédios tarja preta até hoje para dormir. ” (B3)

“Faço acompanhamento com psicólogo e médico (psiquiatra). Sei que nosso dia-a-dia não é fácil para ninguém. Acredito que as empresas poderiam pensar em fazer melhorias no ambiente de trabalho para que as pessoas trabalhassem felizes e se motivassem a querer estar sempre ali, a rentabilidade seria bem maior, mas eles não pensam assim, ...deveria haver mais estudos voltados em pessoas, diálogos, terapias. ” (B2)

Neste trecho da narrativa de B2, nota-se que o trabalhador, embora esteja fazendo tratamento com psicólogo e psiquiatra (ele posteriormente esclarece a especialidade do médico quando solicitado pelo pesquisador), se sente menos constrangido em mencionar o tratamento realizado com o psicólogo do que com o psiquiatra. O entrevistado apenas cita “médico” como uma forma de esconder o tratamento relacionado a um transtorno mental (no caso, declarado como depressão). Aparentemente, mesmo com a sua anuência em conceder a entrevista, o trabalhador ainda tenta “maquiar” trechos dos relatos como forma de minimizar a situação a qual se encontra.

Na fase cinco (5), denominada como “restabelecimento do equilíbrio inicial”, serão apresentadas as alternativas tomadas pelos trabalhadores e trabalhadoras na busca da cura. Este momento o sujeito “se entende como doente” e passa a desenvolver uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica, chamada de “carreira da enfermidade” (KLEINMAN, 1978, MARTINS e IRIART, 2014; GERHARDT et. al., 2016)

Quando perguntado aos trabalhadores o que os fez parar e pensar que havia algo de errado com a sua saúde e quais as estratégias para lidar com eventuais problemas emergentes nas situações de trabalho, todos disseram recorrer ao modelo biomédico predominante. Por se tratar de trabalhadores com um nível maior de escolaridade e de certo modo, com certa compreensão acerca da sua situação de saúde, ao partir para as escolhas sobre o profissional a ser procurado, relataram que inicialmente, buscaram um médico generalista, como um clínico geral associado ao serviço de saúde privado (convênio médico da empresa).

Em uma das narrativas o entrevistado (B3) citou o irmão médico como escolha do profissional de saúde. As colegas de trabalho já haviam chamado a sua atenção para o seu constante estado de irritação e nervosismo. O irmão da entrevistada B3, também percebeu o quadro,

concluindo que ela estava ansiosa e deprimida. A entrevistada passou a tomar remédios para dormir sob orientação do seu irmão.

Após a primeira avaliação médica (na maioria dos entrevistados, realizada por um médico generalista), os trabalhadores e as trabalhadoras foram aconselhados a procurar um especialista como um psiquiatra, um psicólogo ou os dois. O modelo biomédico é imposto, no momento da admissão destes trabalhadores, para atestar e justificar documentalmente a ausência do trabalho para tratamento de saúde. Estes trabalhadores e trabalhadoras são inseridos em uma lógica de competição e despersonalização de suas escolhas. Para Seligmann-Silva (1994, p.101), há que se ter cuidado com alguns tratamentos psicológicos, principalmente os inseridos nas empresas, ou encaminhado por elas, destinados a amortecer conflitos e garantir que os sentimentos e valores dos trabalhadores sejam contidos e moldados de acordo com os interesses da produção. Para a autora, esse tipo de oferta tem o intuito de esgotar as determinações do trabalho, reduzindo a questão a aspectos individualizados.

Percebe-se, que a biomedicina ainda ocupa um lugar de destaque na escolha dos tratamentos a serem seguidos pelos entrevistados, pois determina, de acordo com seus critérios, os indivíduos que serão considerados normais e os que irão se enquadrar nas definições de uma patologia. Portanto, “ser doente” é passar adquirir um rótulo dentro de uma organização social, afetando a imagem do indivíduo para ele mesmo (enquanto identidade) e para os outros, como revelado nas narrativas acima (SOUZA, 1999).

Os trabalhadores e as trabalhadoras entrevistados também demonstraram nas narrativas abaixo a procura por diferentes especialidades até chegar a suspeita de um TMRT. Alves (2015, p. 36) observa que, na busca de determinado tratamento médico, os sujeitos apresentam um propósito: estabelecer uma linha de conduta para a obtenção do tratamento. A fala de B4 revela neste aspecto, pois, dentre as possibilidades de sintomas sentidos pelos trabalhadores e trabalhadoras, cogita-se procurar aquele que atenda às suspeitas de patologias existentes no seu corpo e não às relacionadas à sua mente, como no caso de um TM. Inicialmente as suspeitas pairam em doenças que envolvam aspectos físicos e não psíquicos destes sujeitos. Quando o médico cita esta possibilidade, a surpresa é evidente na fala dos entrevistados

“Achei que poderia estar infartando. Fiz exames com cardiologista, mas não deu nada alterado. O médico suspeitou que pudesse ser algo de fundo emocional e pediu que eu procurasse um neurologista e psiquiatra para ver a questão da taquicardia e insônia. Na época estranhei, ...psiquiatra?? Tomei o medicamento por uns 30 dias e a corrida no parque tem me ajudado bastante. (B4)

“Na época dos assaltos fui diagnosticada com síndrome do pânico e ansiedade. Fiz tratamento com psiquiatra e psicólogo e atualmente só faz tratamento para ansiedade...” (B5)

Com a confirmação do TMRT, a doença passa a ser uma “entidade fixa”, caracterizada pela perspectiva biomédica. O aceite desta nova situação na vida dos sujeitos passa a requerer reformulações de concepções que permitam a realização do tratamento (ALVES, 2015).

Os esportes, a prática da *Ikebana* (arte de compor arranjos de flores com simbolismos) e a religião também foram alternativas tomadas visando a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde mental. O esporte foi o item mais mencionado dentre as práticas tomadas pelos entrevistados. Há algumas instituições financeiras públicas que realizam campeonatos de voleibol, concursos nacionais de talentos, viagens, no sentido de realizar integração entre os funcionários. O incentivo às práticas esportivas a fim de mitigar os danos do ambiente de trabalho apresenta boa aceitação entre os bancários e as bancárias. Este incentivo não foi evidenciado por parte da gestão dos bancos privados, embora alguns sujeitos incrementem o tratamento de saúde com práticas esportivas como pilates, musculação, caminhadas e corridas em parques da cidade.

A religião também uma alternativa citada na promoção da saúde mental. Muito dos entrevistados mencionaram participar com frequência de algum tipo de religião. As religiões citadas nas entrevistas foram: católica, messiânica, evangélica e uma espécie de templo de cura prânica situado na capital, denominado “Casa OM”. Um fato que não se pode deixar de citar é que estas práticas eram utilizadas para alguns entrevistados.

Outros passaram a adotá-las depois do evento TM. A frequência em praticar uma determinada doutrina religiosa é facilitada porque a maioria dos eventos ocorre nos finais de semana, onde os trabalhadores e trabalhadoras podem comparecer. Já a prática esportiva necessita de um maior empenho por parte destes trabalhadores e trabalhadoras que muitas vezes saem mais tarde, cansados e resolvem voltar para casa a ter que ir a algum parque ou academia. Isto pode ser representado nesta narrativa:

“Às vezes volto para a casa me sentindo um lixo porque tento, corro, faço de um tudo e é como se não tivesse feito nada. Tenho feito academia “igual minha cara”, porque tenho que vencer o cansaço mental”. (B1)

Para muitos bancários a visão acerca do sindicato é de apoio, proteção, além de mediador nas questões relativas à saúde. Esta situação tem sido recorrente nos casos em que os peritos do INSS recusam evidenciar o TMRT (e o seu nexos com o trabalho), impedindo a concessão da licença médica. Na ocorrência destes casos os trabalhadores e trabalhadoras, munidos de atestados e exames, solicitam ao departamento de saúde do SEEB/MT a expedição de um laudo documental sobre a situação de saúde destes trabalhadores como forma a respaldar o atestado

médico e os exames. Para Rossi (2011, p.281), há uma cultura dos peritos do INSS em desqualificar a dor. É comum que trabalhadores e trabalhadoras, de posse dos resultados clínicos do seu médico atestando que não têm condições de trabalhar, ao se dirigirem à perícia do INSS tenham o seu pedido negado e a sua doença desqualificada, atestando que já estão curados e podem trabalhar. Outras vezes, solicitam que o paciente com transtorno mental indique onde está a dor. A fala do sindicalista (S3) corrobora com este pensamento quando ele cita que muitos bancários e bancárias recorrem ao sindicato, mais precisamente à Diretoria de Saúde, para emissão de laudos para o INSS. Ele acrescenta que os trabalhadores que os procuram, na grande maioria das vezes apresentam algum problema psicossomáticos, um distúrbio do sono ou pior, já tiveram surtos.

As narrativas sobre o IT dos bancários permitiram ter ideia do percurso adotado por esses trabalhadores e trabalhadoras. É perceptível uma ordem cronológica de fatos sobre a instauração do IT. Embora a saúde e o adoecer sejam experiências subjetivas e individuais, todos os/as entrevistados/as da pesquisa têm consciência que, de forma associada, a organização do trabalho aliada a política de metas, a pressão por cumpri-las e as relações no ambiente de trabalho, têm afetado de forma negativa a sua saúde e a de seus colegas.

Como primeira estratégia a negação da doença, automedicação e o uso de álcool são utilizados como paliativo para mascarar os efeitos da ansiedade, tristeza, sensação de desprezo e agressividade, evidenciáveis nos indivíduos. Nos relatos, as ameaças constantes, o medo de perder o cargo ou ser despedido, de ser considerado como louco, interferem na procura da cura. Com a piora dos sintomas ou na ocorrência de um episódio de surto/crise (perda da consciência, lapso de memória, crise de choro) o trabalhador/a chega ao seu limite e então ele, seus colegas ou familiares buscam ajuda.

As entrevistas confirmam o predomínio do modelo biomédico na busca de ajuda terapêutica pelos bancários. Ao fazer esta constatação, não significa dizer que há uma uniformidade no tratamento realizado pelos indivíduos. As respostas de como a doença é vivenciada pelos trabalhadores e trabalhadoras irá depender de vários fatores como o “corpo” onde ela se situa, os grupos sociais de apoio, quais as modalidades de tratamento adotadas, os arranjos da vida cotidiana de cada trabalhador e trabalhadora bem como contexto social de cada um.

Os homens entrevistados apresentaram certa resistência na busca do tratamento de saúde, certa incredulidade e aversão em admitir o diagnóstico de TMRT. Eles “aceitam” com mais facilidade as manifestações de adoecimento físico do que as de adoecimento psíquico (como se

pudessem dissociar esses dois elementos). As mulheres entrevistadas aceitam com mais facilidade.

O diagnóstico apresenta um grande impacto na vida dos trabalhadores, das trabalhadoras e de suas famílias. A licença para tratamento não é bem vista pelos colegas e superiores, fato este notado pela pressa em realizá-la. São raros os trabalhadores e trabalhadoras que se dispõem a admitir o diagnóstico e falar sobre isso. Por outro lado, os que resolveram contribuir com a pesquisa conseguem ter o entendimento de que a forma como é realizada a organização do trabalho nos bancos é a desencadeadora do seu adoecimento e que a doença não surgiu por um descuido com sua própria saúde.

4.5 OS ELEMENTOS COMUNS NAS NARRATIVAS

A experiência da enfermidade faz referência à forma como os indivíduos ou os grupos sociais percebem, respondem e reconstituem um dado episódio de doença. Embora haja inúmeros casos de bancários e bancárias afastados e trabalhando doentes, há uma grande dificuldade em adentrar neste universo, principalmente, se o assunto estiver ligado a algum TMRT. Mesmo com a intermediação dos sindicatos (ou por meio de conhecidos que se dispuseram a indicar trabalhadores/as diagnosticados com algum TMRT), com a explicação prévia da pesquisa garantindo o anonimato dos sujeitos e das instituições; a resposta negativa que obtive de muitos trabalhadores em fazer parte desta pesquisa foi expressiva. Os trabalhadores que aceitaram participar apresentavam muita desconfiança e medo (inclusive alguns sindicalistas). O momento atual para os sindicatos é de grande apreensão e um dos sindicalistas entrevistados revelou estar se sentindo vigiado, “pisando em ovos”.

Para os trabalhadores e trabalhadoras o primeiro ponto em comum descrito nas narrativas foi à forma como o processo de trabalho é executado nas agências. Isto foi relatado não apenas a um cargo específico. As entrevistas foram realizadas com participantes que desempenhavam as mais variadas funções, tanto em bancos públicos/economia mista, quanto privados. Todos os participantes citaram o processo de trabalho, a política de metas/produtividade e a relação (muitas vezes de violência e agressividade) com a chefia como desencadeadores de sofrimento, vivenciado na forma de desânimo e descontentamento.

Outro ponto compartilhado entre os participantes foi a quebra de expectativa entre o idealizado no momento da entrada do banco e o dia-a-dia de trabalho. Esse rompimento entre o idealizado e o real atua na subjetividade dos trabalhadores e trabalhadoras. Dejours (1987,

p.150) coaduna nesse sentido, considerando que, em uma situação de contradição, podem ser acionados dispositivos defensivos para lidar com a realidade, como por exemplo, negar a percepção do risco. Desta forma, os trabalhadores e trabalhadoras vão mascarando o desgaste diário da relação do trabalho, vivenciado na forma de desânimo, pressão, irritação, descontentamento (DEJOURS, 1987). Neste sentido pode-se concluir que o sofrimento seria o limiar entre a saúde e a doença.

“São blocos multinacionais muito poderosos. Com isso há venda dos menores, e nessa pressão por sobrevivência enxugam agências, os poucos trabalhadores que restam têm uma sobrecarga gigantesca de trabalho, acúmulo de funções, os PDV’s (Plano de demissão voluntária). Não há respeito pelos direitos trabalhistas, não existe mais isto. ” (B1)

“Quanto maior o cargo, maior a pressão. ” (B5)

A fala de um sindicalista (S1) que faz atendimento aos trabalhadores ilustra como a pressão no ambiente de trabalho pode afetar a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras de forma muito negativa. Neste relato S1 conta que um trabalhador apresentou crises de epilepsia quando criança, mas que devido a um tratamento realizado nesta época, havia sido controlada desde então. Bastou haver a rotina da pressão na agência que as crises apareceram novamente. Ao procurar tratamento, o médico especialista afirmou para este trabalhador que a situação do ambiente de trabalho fez com que as crises voltassem.

Como já mencionado anteriormente, em nenhum momento os trabalhadores e trabalhadoras confirmaram estar com algum TMRT, ao manifestarem as primeiras “alterações no comportamento”. Ao serem questionados por colegas ou alguém da família sobre essas mudanças comportamentais, vários entrevistados concordaram que recorreram à automedicação, pedindo nomes de medicamentos com colegas ou até mesmo ajuda nas farmácias, fazendo uso de calmantes naturais paliativos. Outros apelavam diretamente ao auxílio médico, uma vez que alguns ansiolíticos somente são vendidos com receita médica. Também foi recorrente o relato de uso de medicamentos para dormir.

“Sim, Melatonina. Tomei por conta porque não conseguia dormir. Um amigo que falou que tava dando certo pra ele e resolvi experimentar. ” (B1)

“Sim, tomo Clonazepan para dormir até hoje e remédio para acalmar durante o dia.” (B3)

“Fui diagnosticada com síndrome do pânico e ansiedade. Fiz tratamento com psiquiatra e psicólogo e, atualmente só tratamento para ansiedade. ” (B5)

O sindicalista S2 cita que a sua gestão tenta dialogar muito com os trabalhadores e trabalhadoras nas agências, porque é difícil para eles deixar o trabalho e procurá-los na sede do sindicato. Ele conta que, quando os trabalhadores ou as trabalhadoras procuram o sindicato, já estão usando tarja preta. Outro sindicalista entrevistado (S3) reforça essa narrativa quando cita que, no início os trabalhadores negam a doença até o seu limite, e em muitos casos trabalham doentes, até a exaustão.

O receio dos entrevistados e das entrevistadas em revelar o diagnóstico tem uma lógica na medida em que estes trabalhadores enfrentaram algum tipo de preconceito e estigma após a revelação do diagnóstico. Isto ocorre principalmente nos casos de afastamento ou pedido de laudo pelo sindicato. Percebe-se nas falas que os bancários entrevistados têm consciência do grande número de colegas afastados por algum TMRT e que este número só tem aumentado. Também têm consciência de que isto é um problema nacional e algo precisa ser feito, mas ainda têm muita dificuldade em querer falar sobre o assunto. A impressão que dá é que para estes trabalhadores e trabalhadoras, “algo deve ser feito”, mas não precisa necessariamente ser feito por ele/a.

Os bancários têm consciência desta problemática, mas preferem não se expor, mesmo que estejam ficando doentes. Sznelwar e Pereira (2011, p. 47) ratificam esta situação encontrada quando argumentam que nos bancos prevalece a impressão de que aquilo que foi determinado pela gestão é inquestionável. Sendo assim, percebe-se que dificilmente os trabalhadores e trabalhadoras propõem debater no local de trabalho as suas angústias, a forma como deve ser executado o trabalho, como foi constituída esta organização, a propositura das metas a ser alcançada ou a forma de interação a ser tomada com os colegas (considerando as relações hierárquicas).

“Eles têm medo de falar, medo de perder o emprego”. (B1)

A questão da violência¹⁸ ocorrida nas relações de trabalho foi outro item em comum entre os trabalhadores e trabalhadora. O tema foi apresentado nas narrativas de duas maneiras: a primeira como forma de abuso de poder, com ameaças da chefia, podendo vir a causar um dano psicológico; a segunda, os assaltos nas agências, descritos como a forma mais traumática de violência enfrentada no trabalho, afetando fisicamente e psicologicamente os trabalhadores e as

¹⁸A OMS define a Violência como “o uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, maldesenvolvimento ou privação”. No caso das situações ocorridas no ambiente de trabalho, a violência é classificada como interpessoal comunitária, que acontece com pessoas sem vínculos de parentesco, que podem ou não se conhecer (WHO, 2002, p.5).

trabalhadoras. Ao lembrar situações de violência, alguns trabalhadores e trabalhadoras chegaram a se emocionar. Outros pediram para que os aprofundamentos sobre esta questão não fossem feitos, demonstrando um visível desconforto em reviver aquela experiência.

“A minha chefe é muito autoritária, não é uma líder é uma chefe. Eu obedeco porque posso perder o cargo [...]. Ela chega a dizer que a nossa entrega não está no nível da nossa agência, por se tratar de uma agência de porte central. Ainda diz que, na nossa cabeça, vamos achar que estamos trabalhando muito, mas é psicológico, porque nós sempre podemos mais [...]. Os subordinados a ela chegam a segurar a urina o quanto podem para não passar perto dela, a mesa da chefe fica perto do banheiro. Ela grita que nós somos os “piores gerentes da galáxia”, outra fala constante dela é: Que espécie de gerentes vocês são? ” (B1)

“Vive por conta disto. Se não vende produtos se sente mal, ela faz você se sentir muito mal se não bateu a meta, um bosta. Nas reuniões é só “sim”, porque não adianta discutir. Ela vive dizendo “se eu dou a meta é para ser feita. “Você tem que me mostrar o que fez, tem que fazer por merecer este cargo”. (B1)

“Em um assalto, já cheguei a ser amarrada e amordaçada. É um absurdo o que acontece com o trabalhador quando isso ocorre. Não bastasse todo o pânico, sensação que vai morrer ali, ainda responde para auditoria. Ocorre mais ou menos assim: o banco nunca fica no prejuízo e cada agência tem um valor estipulado no mercado chamado de PDD (calculado de acordo com a estrutura física, montante de negócios), o valor do assalto é descontado deste montante. Assim, depois do assalto, mesmo que atinja todos os meses consecutivos a meta de 140%, ninguém ganha o bônus porque será descontado do lucro da agência até que se pague o prejuízo ocorrido com o assalto! ” (B5)

Os resultados encontrados nas narrativas referentes à questão das ameaças, à desvalorização e à perda da identidade também se assemelham aos descritos na pesquisa de Seligmann-Silva (1994, p.219), onde os bancários se autointitulavam “escravos ou animais”, referindo-se as ameaças sobre trabalho e a perda da liberdade. Quanto à questão de “ser reconhecido” pela chefia ou colegas, tanto as trabalhadoras quanto os trabalhadores se queixaram nas entrevistas sobre a falta de reconhecimento.

“Às vezes volto para a casa me sentindo um lixo porque tento, corro, faço de um tudo e é como se eu não tivesse feito nada”. (B1)

“É cobrança de todos os lados, você se desdobra, mas não dá, você simplesmente não consegue e isso te frustra, porque acaba se sentindo sem serventia [...]. Nas reuniões não há elogio, só cobrança. ” (B3)

“Estou desiludido e insatisfeito porque por mais que você faça, que esteja no seu limite, eles sempre querem mais. Às vezes você se arrebenta, mas mesmo assim, não é o suficiente”. (B4)

Dejours (1996, p. 20) cita o reconhecimento como um dos elementos fundamentais na construção da identidade do indivíduo, ocorrendo a partir das relações sociais do cotidiano. Ele ainda reforça que, “no mundo subjetivo, o sentido dado ao trabalho depende de jogos de identi-

dade e participação”. Os indivíduos esperam esta retribuição moral no trabalho na forma de reconhecimento. Gaulejac (2005, p.219) cita que este sentimento de dúvida que paira sobre não mais saber quais critérios ou atitudes recairiam recompensas ou sanções, impõe ao trabalhador e a trabalhadora uma incerteza constante da desaprovação e daí o “medo de ser posto fora do jogo”.

“Aí pensa sou o arrimo da família, [...] aí vê que precisa fazer, vem o medo de perder o cargo, porque criou e se acostumou com um padrão e não pode perder o cargo”. (B1)

“Gostaria de trabalhar com algo que não me desvalorize tanto, que tenha mais consideração e humanidade pelo outro”. (B6)

Na percepção dos sindicalistas os trabalhadores submetem às pressões, humilhações porque a disputa para se conseguir um emprego está muito acirrada. O/A sindicalista (S2) conclui que como consequência desta submissão o/a trabalhador/a perde a saúde para manter o emprego e depois perde dos dois. (S2)

O cansaço também foi outro ponto comum nas narrativas, descrito como um estado de esgotamento. Na corrida para a produtividade, este estado causa preocupação dos gestores porque é capaz de produzir confusão, falhas e consequentemente diminuição da produção. Assim, precisa ser combatido sempre (SELIGMANN-SILVA, 1994). Lembrando as referências etnográficas encontradas no trabalho de Duarte (1986, p.166-7), os termos “cansaço, aflição, irritação, opressão”, expressados pelos entrevistados nesta pesquisa, seriam descritos como um efeito físico decorrente do grande estímulo, no caso o trabalho, sendo transposto para uns “lôcus determinado da pessoa”. Assim, o excesso de estímulos pelo trabalho teria como efeito antagônico a resistência do corpo nervoso. Para Seligmann-Silva (1988, p.14), o cansaço chega à cronificação, passa a dominar as horas do não-trabalho, sacrificando a vida familiar, o lazer e a participação social.

O trabalho passa a ocupar o estado de saúde das pessoas, o tempo para momentos de lazer, para estar com a família, eliminando em alguns casos, até a possibilidade de se tornar mãe. Isto foi percebido nas falas dos participantes:

“O trabalho não é só o horário de atendimento da agência. Começam antes e terminam bem depois. O horário da agência é só para a captação dos problemas. A resolução é depois que ela fecha [...], precisamos praticar esportes, dormir, descansar e conversar com colegas porque todos estamos cansados e exaustos”. (B1)

“Não consigo conciliar o trabalho com a vida pessoal. Chego em casa exausta e pensativa (penso no que ficou para trás, o que vai ter que fazer em casa, o que terá que fazer no outro dia) ” (B2)

“Não consegui conciliar o trabalho com a vida pessoal. Não tive filhos [...]. Terminou o casamento e o trabalho colaborou bastante para isso. ” (B3)

Os bancários compreendem que estão trabalhando mais intensamente, extrapolando o horário de trabalho, percebendo salários menores em relação a outros períodos, realizando inúmeras funções. No entanto, também estão cientes que assim mantém o emprego, transformando o medo em produtividade (SEGNINI, 1999).

As narrativas também nos descrevem como é o padrão de trabalho bancário (quer seja em agências públicas ou privadas). Executado de forma ameaçadora, intensa, urgente, molda o perfil do/a trabalhador/a neste processo de trabalho. Todos os entrevistados disseram que não “eram assim”, que não se enxergavam assim, mas que ficaram assim em decorrência do processo de trabalho.

“Antes eu não era assim, tinha saúde, vontade de ir trabalhar, de ir para a academia, eu era animado” (B1)

“Foi aí que eu caí em mim e pensei: eu não tô bem, eu não sou assim, preciso procurar ajuda”. (B5)

“Meu comportamento mudou. Constantemente estava sem paciência. Tudo estava me deixando nervoso, ríspido, ...nunca fui assim” (B4)

Os novos signos adquiridos pela mudança do estado emocional como temperamento agressivo, raiva, irritação, tristeza, sofrimento, apatia, além de serem externalizados nas relações sociais, refletem descontentamento e mudança no “eu” de cada trabalhador e trabalhadora. Estes sujeitos têm consciência da mudança e querem voltar a ser como antes.

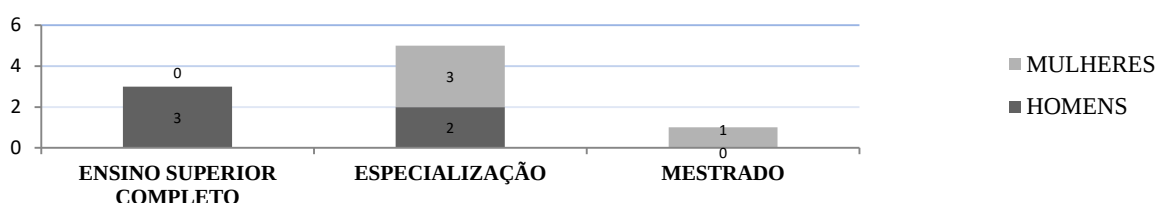
4.6 AS NARRATIVAS SEGUNDO O GÊNERO

Historicamente, a divisão sexual do trabalho bancário, até a década de 1960, privilegiava os homens. Os poucos cargos ocupados por mulheres, antes da reforma, eram ocupações específicas destinadas à faxina, recepção, telefonia, auxiliar de escrita, com salários muito abaixo dos valores médios da categoria para a época e jornada de trabalho predominantemente de 30 horas. Essa participação aumentou a partir da década de 1980, com cargos que exigissem maior responsabilidade e conseqüentemente, uma carga horária mais extensa (JINKINGS, 1995; SEGNINI, 1998). A Reforma Bancária passa a alterar este perfil, contudo prevalecem os

mecanismos de discriminação, a discrepância na perspectiva de ascensão na carreira e das condições salariais entre homens e mulheres. Este foi o item com respostas mais divergentes na opinião dos entrevistados.

Como citado anteriormente, as entrevistas ocorreram ao acaso, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Do total dos entrevistados (sindicalistas, bancários e bancárias), cinco se declararam do sexo masculino e quatro do sexo feminino (Quadros 2 e 3). Quanto à questão da escolaridade, segundo o gênero dos entrevistados, as mulheres apresentam níveis mais altos de escolaridade, com no mínimo especialização. A maioria dos homens entrevistados apresenta nível superior completo (Figura 2).

Figura 2. Escolaridade dos participantes segundo gênero



*Fonte: Dados coletados pela autora.

Quando perguntado aos entrevistados se há desigualdade de gênero entre a categoria, as respostas apresentadas foram bastante divergentes. Os homens entrevistados responderam “não notar” ou que “há pouca” desigualdade. Menos da metade dos entrevistados e das entrevistadas concorda que a questão da licença maternidade é um ponto preocupante para as bancárias, no sentido da pressão feita pela gestão em dispensá-las para o acompanhamento pré-natal ou mesmo para desfrutar a licença maternidade. Assim, o que deveria ser uma fase de alegria na vida destas trabalhadoras, passa a se tornar um problema pela pressão ocorrida no trabalho.

Quanto à opinião dos dirigentes e das dirigentes sindicais em perceber haver ou não desigualdade de gênero entre a categoria, a falta de consenso também se mantém. Uns concordam que o contingente de mulheres e de homens em cargos de chefia é equiparado, mas a desigualdade de raça é o ponto de desigualdade mais visível no setor (principalmente nos bancos privados, já que nos bancos públicos a questão de cotas ameniza esta diferença). Mas assim como a opinião dos bancários e bancárias houve também uma preocupação por parte dos/das sindicalistas sobre as demissões após o término da licença maternidade.

As narrativas abaixo refletem a perspectiva dos homens entrevistados sobre a questão da desigualdade:

“Não noto em quantidade de empregados, mas em cargos e quando as mulheres necessitam de licença maternidade” (B1)

“Não, sei dizer. Acho que não tem. Mas parece que o número está equilibrado na minha agência”. (B4)

“Neste setor, como em outros da minha agência acho que é igual. Mas acredito que para o serviço de caixa, os homens suportam melhor as situações de tensão, conflitos ou até as confusões que acontecem neste setor. É comum as colegas chorarem quando há este tipo de problema. ” (B6)

Quando a mesma questão foi respondida pelas mulheres bancárias, o resultado encontrado foi um pouco diferente. Apenas uma das entrevistadas, ocupante de um cargo de gestão, disse não notar a diferença de gênero; as demais citaram perceber a diferença.

“Sim, as mulheres demoram muito para conseguir um cargo, os homens ascendem bem mais rápido. Há o problema da maternidade. A maternidade passa a ser um “problema” se tem filhos, contornar as ausências, se não tem, passa a ser um potencial “vir a ter”. Com homem não é assim”. (B3)

“Não, no banco que trabalhei não tinha. Tinha sim muita mulher em vários níveis de hierarquia. O salário entre homens e mulheres no mesmo cargo era a mesma coisa”. (B5)

Culturalmente a identidade feminina carrega a função social de cuidadora da família, da casa e dos filhos. Diante disto, são colocados impedimentos sociais no desenvolvimento da profissional bancária, principalmente quanto às questões da maternidade. A introdução de mulheres no ambiente bancário foi uma estratégia utilizada pelo sistema financeiro, visando reduzir custos com pessoal, aumentar o nível de escolaridade dos profissionais contratados e melhorar os índices de desempenho em vendas (produtividade).

Nas entrevistas, foi constante o relato em adiar a maternidade por causa do trabalho ou até mesmo a citação de arrependimento em não ter tido filhos por causa do trabalho. As mulheres são constantemente colocadas à prova, tendo que muitas vezes se desdobrar, em um ambiente que já não é mais tão masculinizado, mas que ainda carrega historicamente as desigualdades estruturais das relações de trabalho.

Esses conflitos relacionais de gênero e de disputa por uma posição em um ambiente onde prevalecia o gênero masculino também são apresentados por Gaulejac (2014, p.55) que cita que os homens em posição profissional inferior à de uma mulher refletem certa insatisfação com seu sucesso profissional, vivendo uma situação de fracasso, de questionamento da sua virilidade. Em contrapartida, para a mulher há um esforço adicional empreendido para ascender profissionalmente e isto repercute na sua subjetividade e conseqüentemente, na sua saúde (JINKINGS, 1995; SEGNINI, 1998). Este evento pode ser observado no comentário do entre-

vistado B6 citando o fato das colegas chorarem no trabalho quando sofrem pressões da cliente-la. Para ele, *“os homens suportam melhor a tensão”*.

Quanto ao fato de lidar com a doença, os entrevistados do sexo masculino tiveram mais dificuldade em se expressar. Além do estigma que o TM carrega, a questão da virilidade masculina em esconder a dor é cultural, no sentido de demonstração de fraqueza. Assim, dificilmente expressam o seu sofrimento. Somente falam quando o caso toma grandes proporções, como em episódios de surtos ou quando a doença já está crônica.

As mulheres expressam e manifestam mais os sentimentos, assim como a questão da doença. Um fato curioso é que em alguns relatos sobre mulheres que ocupavam cargos de chefia, foi evidenciada uma alteração na conduta do padrão feminino. Diante da necessidade em se impor no ambiente de trabalho, superar as barreiras do gênero em um ambiente masculinizado, as mulheres começaram a apresentar um perfil mais agressivo, viril. Isto pode ser observado nos relatos:

“Acho que o treinamento de gestores deve ser revisto. As pessoas que estão em cargo de chefia têm que saber lidar diante de tanta cobrança. Tudo é para ontem, as pessoas vão continuar doentes. Chefe pensa muito em ego. Ela mesma diz “olha lá, tenho que receber todas as plaquinhas de reconhecimento” precisamos de chefes humanos. Somos a 5ª melhor agência do país, mas ninguém que fazer um “happy hour”, uma festinha. Ninguém tem pique, estômago. Aí obriga os gestores diretos a obrigar sua equipe a comparecer e nos cobra se este ou aquele não vai, e “por que não foi? “Por qualquer motivo você é acusado de “não ter gestão. “ (B1)

Vale ressaltar que a entrevistada B5 alega a negativa da sua resposta com base na questão do rendimento. Ela justifica que, como cuidava da conta corrente de outros colegas com mesmo nível hierárquico, tem conhecimento de que os valores se equiparam.

De acordo com estes relatos podemos inferir que as alterações ocorridas no processo de trabalho bancário propiciam no aparecimento de TMRT, mas para as trabalhadoras estas alterações se deram de forma mais incisiva, atingindo muito mais a subjetividade das mulheres do que dos homens. Primeiro porque historicamente, o ambiente bancário sempre foi masculinizado e extremamente competitivo e as mulheres para ocupar este espaço, tiveram que introjetar estas características. Depois porque, para conquistar, se manter e tornar-se um “capital lucrativo” para a instituição, muitas vezes tem que abrir mão de atributos da sua própria estrutura biológica, como por exemplo, a possibilidade de ser mãe ou não, por causa do trabalho. Ocupar um determinado cargo ou posição dentro da instituição financeira pode fazer esta questão ser postergada ou simplesmente dispensável.

4.7 AS NEGATIVAS DA ENTREVISTA: O NÃO COMO RESPOSTA

O número de contatos e entrevistas negadas pelos trabalhadores e trabalhadoras chamou a atenção, repercutindo nas discussões apresentadas nesta seção. Os contatos eram referenciados primeiramente pelos sindicatos, por conhecidos, amigos de conhecidos. Dois fatos chamaram a atenção: a negativa se deu tanto pelos trabalhadores e trabalhadoras que estavam afastados (em tratamento de saúde) quanto pelos que estavam desempenhando suas funções (trabalhando).

A recusa de aproximadamente 50% dos trabalhadores e trabalhadoras contatados em conceder a entrevista remete à discussão de um comportamento que se propaga coletivamente entre os bancários. A possibilidade em revisitar as situações do ambiente de trabalho, fazendo vir à tona estes problemas (a partir da sua perspectiva) e externar a trajetória da doença, poderia estar causando medo e repulsa nestes trabalhadores. A recusa ocorreu das mais variadas formas: pessoalmente, por meio de familiar, na forma de bloqueio de WhatsApp, no agendamento e não comparecimento no local da entrevista.

O padrão coletivo de comportamento de “negação” nos permite inferir sobre uma estratégia de defesa destes trabalhadores e trabalhadoras no sentido de não querer falar sobre o que acontece no ambiente de trabalho, por serem reprimidos demais, por ser penoso demais e até mesmo pelo fato do estigma que o TM carrega. Selligmann-Silva (1988, p. 234) atribui este tipo de comportamento como uma defesa consciente e deliberada, como uma luta que impede estes trabalhadores e trabalhadoras em pensar sobre si mesmos e sobre o seu trabalho.

Na impossibilidade de enfrentar uma situação ameaçadora, é mais fácil negar a realidade. Admitir para si próprio a penosidade enfrentada no ambiente de trabalho, que este pode ser o motivo do seu adoecimento e, pior, se dispor a falar com outro sobre isso, pode ter desencadeado o comportamento de recusa. Ao admitir um TMRT o trabalhador e a trabalhadora têm consciência do estigma que recairia sobre eles. Além disso, há o medo em passar a ser visto pelos colegas e pela própria organização como uma pessoa que não mais inspira confiança para desempenhar suas funções no trabalho. Assim a negativa evitaria o pensar, eliminaria momentaneamente o problema não tocando no assunto, excluindo da sua consciência. É o que Dejours classifica como a “negação da percepção” (1987, p. 150) demonstrada como formações reativas contra o medo, uma defesa específica do trabalho.

Em tempos de maior intensificação do desemprego, evidenciar a insatisfação gerada pelo trabalho pode colocá-lo em risco. Assim os trabalhadores e trabalhadoras acabariam por se sujeitar a ambientes cada vez mais precarizados, abstraindo seus riscos.

O comportamento dos sujeitos contatados foi expresso de duas formas: com a recusa da entrevista ou com o aceite, expondo uma postura totalmente diferenciada do primeiro grupo. Embora alguns sujeitos se mantivessem contidos nas suas narrativas, revelaram ter consciência da pressão sofrida no ambiente de trabalho, do sentimento de impotência perante as relações abusivas com a chefia, os sentimentos de raiva, o desânimo. Este grupo ainda reconhece que a forma como é organizado o trabalho bancário tem contribuído para o aparecimento de TMRT. Desta forma, suportam o trabalho desgastante como se estivessem envolvidos em um transe para sua sobrevivência. Uma entrevistada chegou a citar o termo “zumbi” para este tipo de comportamento fazendo alusão a estar naquela situação “de corpo mas não com a alma”. Desta forma como uma defesa, o trabalhador se resguarda e passa a automatizar ações e comportamentos a fim de amenizar a sua dor para continuar trabalhando.

4.8 NARRATIVAS SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE E A PERSPECTIVA DE FUTURO

Os participantes da entrevista ocupam os mais variados cargos na hierarquia organizacional de uma agência bancária (quer seja pública ou privada). O clima na instituição financeira é descrito pela maioria dos entrevistados como “de tensão e pressão para o cumprimento de metas”, consideradas por todos como abusivas, independente do tipo de instituição financeira.

A relação com os colegas foi descrita de forma contraditória. Em algumas narrativas, foram descritas pelos trabalhadores e trabalhadoras como fundamentais, tidas como um apoio no ambiente de trabalho. Em outras foram descritas como de extrema concorrência, desconfiança, sendo um fator negativo para as relações pessoais. A postura do gestor na condução de sua equipe também exerce influência em aumentar a pressão e a concorrência, interferindo diretamente na mediação do sofrimento dos trabalhadores e trabalhadoras. Alguns até sugeriram que a postura do gestor deveria ser repensada:

“Penso que o treinamento de gestores deve ser revisto. As pessoas que estão em cargo de chefia têm que saber lidar diante de tanta cobrança. Tudo é para ontem, as pessoas vão continuar doentes”. (B1)

Quando perguntados sobre sua situação atual de saúde, os relatos começam num tom de desânimo, suspiros, descréditos. Mesmo havendo recusa por parte dos trabalhadores e trabalha-

doras em falar sobre seu problema, é nítido que todos os participantes (bancários, bancárias ou sindicalistas) têm conhecimento sobre a sua atual situação de saúde e reagem a seu modo diante desta constatação. Para os entrevistados a negação e a automedicação é um comportamento bem evidenciado. Em outras narrativas os sintomas orgânicos localizados no corpo, seguidos de alterações psíquicas como raiva, desmaios, desânimo também foram descritos como indícios de adoecimento pelos trabalhadores e trabalhadoras.

Há que ser considerado que a maioria dos bancários e bancárias participantes já havia experienciado algum tipo de TMRT, embora relatasse nos discursos: transtorno de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, como forma de amenizar a sua situação de saúde e também em não associar um transtorno mental à sua pessoa. Muitas vezes as narrativas ganhavam um enfoque mais de denúncia do que a própria descrição do IT. Era como se, de alguma forma, pudessem penalizar quem tinha causado tanto sofrimento.

Os sindicalistas se expressaram com grande preocupação acerca do futuro da categoria e isto pode ser percebido nas narrativas:

“ (Olhar de desânimo com a pergunta, silêncio) Acredito que haverá uma mudança drástica na organização da categoria e até mesmo no mundo do trabalho, com a vinda das agências digitais e mundo digital ”. (S1)

“Preocupante, ...percebo de forma acelerada a diminuição dos trabalhadores bancários e tem várias coisas envolvidas como a tecnologia, ...não sou contra a tecnologia porque sei que é um caminho sem volta, mas há as consequências dos bancos digitais (FINTECS =Banco Digital). Com isso, as pessoas agora passarão a abrir a sua conta sem saber quem está do outro lado. É a desregulamentação do Sistema financeiro. Hoje várias empresas funcionam dando crédito. Saímos com mais de um milhão de trabalhadores e hoje contamos com aproximadamente 40 mil. A sede dos banqueiros em aumentar o lucro tem feito isso. Já disse que não sou contra a tecnologia, também tenho que olhar para o acesso das pessoas, pois há muitas pessoas que sequer são bancarizadas assim como há muitas cidades do interior que sequer têm uma agência...” (S2)

“Não é a tecnologia que deve ser responsabilizada pela degradação do trabalho, mas sim a forma organizacional no interior da qual ela está operando como meio técnico. Ao unir estas ferramentas organizacionais, com as novas tecnologias informacionais, o capital aumentou a exaustão, a intensificação do tempo de trabalho gerando o “desmonte” do trabalhador/a na sua subjetividade, sociabilidade e individualidade”. (S3)

A manutenção da carreira de bancário é um ponto comum nas narrativas, aliada à forma de obtenção dos lucros do sistema financeiro. Diante de tantas reestruturações às quais o sistema financeiro tem passado, restou aos trabalhadores e trabalhadoras adequarem-se às condições exigidas se quiserem manter o seu emprego. Dejourn faz menção a este tipo de “adaptação ao

novo”, constante na história dos bancários no país, classificando-a como um tipo de “adesão” às novas condições de trabalho, ocasionando o desgaste na estrutura mental destes trabalhadores e trabalhadoras, em decorrência do sofrimento gerado para realizar estas adequações (1987; p.91).

A visão dos trabalhadores e trabalhadoras sobre a sua perspectiva de futuro apresentou questões controversas, pois em alguns casos, mesmo o trabalhador ou a trabalhadora querendo não depender mais da instituição financeira, ainda conservam esperança no futuro, achando que o que estão passando é só uma fase. Em outra narrativa a entrevistada deixa claro que não viveu até agora e que pretende se aposentar para viver. Duarte (1986, p.194) avaliou a ânsia do trabalhador pela aposentadoria como sendo um precioso e cobiçado bem, uma estratégia final, um “desafogo da vida duramente desgastada”

Outro trabalhador por sua vez, cita a instabilidade da profissão fazendo referência a “peças que podem ser descartadas”

“Aposentar e aproveitar a vida” (B3).

“Não penso em ficar para sempre no banco, mesmo com tantos anos. Antes pensava assim, queria se aposentar no banco, mas com tanta instabilidade e ameaças a gente cansa, ...nunca sei como vais ser o dia de amanhã, por melhor que você faça você sabe que é apenas uma peça que pode ser descartada a qualquer momento. É duro, mas é assim. Aprendi que eu tenho que ver o meu lado também” (B4)

“Acho que esta é uma carreira que vai acabar sendo extinta. Subi muito rápido no banco, mas antes podia flexibilizar, o crédito era mais acessível, as pessoas tinham mais possibilidades e os funcionários tinham esse poder de negociar com o cliente. Hoje já sei que o crédito é pré-aprovado e já está tudo engessado, a pessoa viabiliza tanto documento e você já sabe que não vai ser aprovado. Pensa em sair do banco. ” (B5)

“Trabalhar com algo que não me desvalorize tanto, que tenha mais consideração e humanidade pelo outro”. (B6)

As narrativas sobre a questão do futuro, embora controversas, revelaram um desejo de mudança no trabalho, quer seja no próprio local de trabalho, atuando em outra profissão ou aposentando. Este resultado vai de encontro com a análise de Gaulejac (2014 p. 150) que evidencia o desejo dos sujeitos em “corrigir a realidade” se livrando da posição social que define a sua identidade. Mudar de vida tem um significado social.

Quando questionado exclusivamente aos trabalhadores bancários, qual a sua percepção sobre o principal problema relacionado ao sofrimento enfrentado no trabalho, a pressão por metas, a rotina de estresse, a insatisfação, a falta de reconhecimento do gestor, o ambiente de trabalho, sempre estiveram presentes nas respostas como observado nos trechos das narrativas:

“Eu acho que é a pressão por metas, a forma de distribuição de deveres, a rotina de estresse, isso faz com que a pessoa se sinta inútil e incapaz, coisa que não é”. (B2)

“Ter que ir passar aquelas horas ali, passando mal, muitas vezes medicada, mediando conflitos da chefia, dos clientes, dos colegas, me convencendo que vai melhorar, todo dia é um exercício estar ali”. (B3)

“Estou desiludido e insatisfeito porque por mais que você faça, que esteja no seu limite, eles sempre querem mais”. (B4)

Quando perguntado aos bancários quais as estratégias realizadas para enfrentamento dos seus problemas, embora em algum momento das entrevistas os participantes revelaram ter recorrido a consultas e diagnósticos médicos, a valoração dada pelos trabalhadores e trabalhadoras sobre as estratégias que apresentam resolutividade na vida de cada sujeito é apresentada de forma diversa. Embora a trajetória da busca pelo tratamento seja individual, ela vai se materializar no âmbito social dos trabalhadores e trabalhadoras. Podemos notar nos trechos:

“Esportes, dormir, descansar e conversar com colegas porque todos estamos cansados e exaustos”. (B1)

“Faço acompanhamento com psicólogo e médico. Sabemos que nosso dia-a-dia não é fácil para ninguém. Acredito que as empresas poderiam pensar em fazer melhorias no ambiente de trabalho para que as pessoas trabalhassem felizes e se motivassem a querer estar sempre ali, a rentabilidade seria bem maior, mas eles não pensam assim”. (B2)

Embora o modelo biomédico imposto seja utilizado para legitimar e atestar a doença, estes trabalhadores têm recorrido a outras práticas. Além de mencionar esportes, vislumbrar novas formas de gestão para minimizar a pressão no trabalho, foram consideradas nas narrativas frequentar cultos religiosos, estimular as relações familiares e até mesmo mudar de emprego, como enfrentamento dos problemas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos propiciaram adentrar no mundo das relações de trabalho de bancários e bancárias do município de Cuiabá, revelando por meio de suas narrativas, como a reestruturação produtiva do trabalho no setor financeiro tem repercutido de forma negativa na saúde destes trabalhadores e trabalhadoras. O impacto da fusão dos bancos em grandes blocos despersonalizou as fontes de poder. Neste sentido, passou a impor a lógica produtiva e política de outros países no ambiente bancário, tanto na forma da organização física (agências) quanto na operacional (do trabalho).

O medo do desemprego é o principal fator impeditivo que coíbe os trabalhadores a questionar a forma como a organização do trabalho é realizada e a se rebelar contra o sistema. Outro fator impeditivo é a crise enfrentada pelos sindicatos, que vivenciam um período de desmonte e enfraquecimento, dificultando ainda mais a organização destes trabalhadores.

O primeiro marco enfrentado pelos trabalhadores e trabalhadoras evidenciado nas narrativas foi a quebra da expectativa entre o idealizado (a entrada do banco) e o real (o dia-a-dia do trabalho). Este rompimento entre o imaginado e o real desempenha uma situação contraditória atuando na subjetividade dos sujeitos, acionando dispositivos defensivos para lidar com a realidade, como por exemplo, negar a percepção do risco. Os bancos expropriam a subjetividade desgastando a identidade dos indivíduos. Assim a política de metas, a falta de reconhecimento, o clima competitivo, o assédio moral da chefia, aparecem como fatores desencadeadores do sofrimento reconhecidos nas narrativas como o limiar entre o processo saúde x doença.

O estigma de um TMRT na vida destes sujeitos não coaduna com a construção social do perfil bancário (bonito, bem apresentável, alto nível de escolaridade, com habilidades específicas exigidas para o desempenho da função). Sendo assim, a primeira alternativa “ao se perceber” doente relatada nos ITs foi a negação da doença, mascarando seus efeitos com alternativas que visassem mitigar o sofrimento. A família e a religião apresentam papel fundamental ao evidenciar a mudança comportamental dos bancários e bancárias, como suporte para o tratamento e é tida como o porto seguro destas trabalhadoras e trabalhadores.

O início da busca por tratamento normalmente ocorre a partir de alterações comportamentais, crises de choro, desmaios, sensação de perseguição pela chefia ou surtos desencadeados em decorrência de assaltos. A dificuldade em procurar tratamento também é atribuída pela pressão da chefia coibindo as ausências. Como o TM na maioria das vezes não apresenta sinais e sintomas corpóreos, como as doenças que acometem o organismo, são interpretados pelas

organizações como “corpo mole”, preguiça, comodismo, aumentando o sentimento de exclusão, inutilidade e o desgaste psicológico dos trabalhadores e trabalhadoras.

O IT é marcado pela perspectiva biomédica, através da procura de médicos do sistema particular, dada a imposição de um sistema que visa legitimar e atestar a doença para que os trabalhadores possam fazer jus a sua ausência do trabalho, despersonalizando as escolhas de cura da maioria destes sujeitos.

Desta forma, a maioria dos trabalhadores entrevistados procurou especialistas como psiquiatras e psicólogos. Apenas um entrevistado aliou a este modelo, seções de tratamento em um templo de meditação e cura prânica. A procura de esporte e religião também foi uma alternativa utilizada para aliviar a tensão. Todos os bancários e bancárias entrevistados apresentaram algum TMRT, mas utilizaram outras terminologias que não fizessem referência ao termo transtorno, como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, na tentativa de imputar um estado transitório, com iminente possibilidade de cura. Todos os entrevistados e entrevistadas relataram, fazer uso de ansiolíticos, calmantes, de uso noturno e diurno, em pelo menos uma fase do tratamento. A automedicação também foi relatada. Há relatos de trabalhadores e trabalhadoras que deixaram o tratamento por conta própria. Apenas os sindicalistas mencionaram ter atendido casos de bancários com dependência do álcool, como forma de aliviar a pressão no trabalho.

Embora os bancários sejam uma categoria com nível de instrução superior a outras categorias, falar sobre o TMRT ainda é considerado um tabu. A impressão da monetarização do dano à saúde fica bem clara. A recompensa monetária é feita em detrimento da saúde e do silêncio destes trabalhadores. A perspectiva do adoecimento (*illness*) é adiada para dar lugar à recompensa monetária, com a anuência destes trabalhadores. Em tempos de altos índices de desemprego a sujeição a uma situação de trabalho precarizada é tida como alternativa para manutenção da subsistência desta categoria.

6 REFERÊNCIAS

Alt, LP. Pereira, LV. O Setor Público Brasileiro. Revista dos Empregados da Caixa. Ano 2, nº 7. Rio de Janeiro. 2006. p.15-19. [Online] Disponível em: https://www.caixa.gov.br/acaixa/asp/historia_e_missao.asp. Acesso em 03/02/2020.

Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-138.

Alves, PC. Itinerário Terapêutico e os nexos de significado da doença. [online] Revista de Ciências Sociais. 2015. (42). p. 29-43.

_____. Itinerário Terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt, TE; Pinheiro, R; Ruiz, ENF e Silva Junior, AG. [organizadores]. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro. 2016. 440p.

Amâncio Filho, A; Moreira, MCGB. [orgs]. Saúde, trabalho e formação profissional [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 138 p.

Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995. 16ª Edição.

Antunes, R. [organizador] Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Editora Boitempo, 2006. 528p.

Araújo, TM; Palma, TF e Araújo, NC. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 22 (10): p.3235- 3246. 2017

Bahia, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/a. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/a. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho. Salvador: DIVAST, 2014. 60p.

Bancários SP. 90 anos fortalecendo a democracia Bancários de São Paulo [online] CUT 1923 – 2013. Disponível em: http://spbancarios.com.br/Uploads/PDFS/424_Livro_90%20anos%20Cap%202.pdf. Acesso em 05.01.2019. Capítulo2.

Bancários MT. Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e do ramo financeiro. SEEB/MT. Quem somos [online]. <http://www.bancariosmt.com.br/paginas.aspx?pg=sobre>. Acesso em 05.01.19.

Banco Itaú Carreiras. [online] Disponível em: <https://www.italu.com.br/carreira>. Acesso em 28.12.18.

Banco Bradesco. [online] Disponível em: <https://banco.bradesco/html/classic/resultado-busca/index.shtm?q=&s=Classic>. Acesso em 28.12.18.

Barbosa, RMB. Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores e fatores associados entre servidores da Universidade Federal de Mato Grosso. [Dissertação Mestrado]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso. 2014. 113p.

Bernardes, AG; Pelliccioli, EC; Guareschi, NMF. Trabalho e Produção de Saúde: Práticas de Liberdade e Formas de Governamentalidade. *Psicologia & Sociedade*. 2010. 22(1). p.5-13.

Bellato, R., Araújo, LFSA, Maruyama, SAT, Ribeiro, ALR, História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. In: Gerhardt, TE; Pinheiro, R; Ruiz, ENF e Silva Junior, AG. [organizadores]. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro. 2016. 440p.

Berger, P.; Luckmann, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 24. Ed. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985. 248p.

Borsoi, ICF. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1. p.103-111. Rio Grande do Sul. 2007.

Brant, LC; Dias, EC. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004.20(4): 942-949.

Brant, LC. O processo de transformação do sofrimento em adoecimento no âmbito da gestão do trabalho. [Tese. de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. 92 p.

Brant, LC; Minayo-Gomez, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004.9(1): 213-223.

_____. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In: Minayo-Gomez, C; Machado, JMH; Pena, PGL. (orgs). *Saúde do trabalhador/a na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

Brasil. Banco Central do Brasil. A Estrutura do Sistema Financeiro Nacional. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/legado?url=https:%2F%2Fwww.bcb.gov.br%2Fhtmls%2Fdeorf%2F199812%2Ftexto.asp%3Fidpai%3Drevsfn199812>. Acesso em 05.01.2019.

_____. Banco Central do Brasil. Resolução nº 2.099/1994. Brasília, DF. 2018. Disponível em: https://www.bcb.gov.br/pre/normativos/busca/downloadNormativo.asp?arquivo=/Lists/Normativos/Attachments/43270/Res_2099_v1_O.pdf

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. [online]. DOU. 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf. Acesso em 28.12.18.

_____. CSSMS- Centro Cultural do Ministério da Saúde. Memória da Loucura [online]. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>. Acesso em 17.06.2018.

_____. Lei nº 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. Diário Oficial da União de 20.9.1990.

_____. Lei Ordinária nº 9.650/1998 de 27/05/1998. Dispõe sobre o Plano de carreira dos servidores do Banco Central do Brasil e dá outras providências. [Online] Acesso em 28/12/2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. [Online]. Dados Populacionais do Município de Cuiabá/MT. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 10.02.19.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20.03.19.

_____. SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. DRT Transtorno Mental.[online]. Publicado em 2016.Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/drt-transtorno-mental>. Acesso em 20.03.19.

Brêtas, A.C.P.; Gamba, M.A. Enfermagem e saúde do adulto. Barueri: Manole, 2006. p. 145-53.

Canguilhem G. O Normal e o Patológico. [Traduzido de: Le Normal et Le Pathologique] 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1978. p. 270.

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2011. 16(11): p.4433-4442.

Camargo PO. A evolução recente do setor bancário no Brasil [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 322 p. Disponível em: SciELO Books.<http://books.scielo.org>. Acesso em 28.12.18.

Cardoso MCB, Araújo TM. Os Centros de Referências em Saúde do trabalhador/a e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2016. 41. E7. p.14.

Cartoni AMC, Araújo DMC, Justo CRM. Reestruturação produtiva e negociação coletiva nos anos 90. Revista brasileira de Ciências Sociais. 2001. Vol. 16, nº 45.p. 85-111.

Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. 2014. Ciência & Saúde Coletiva. V 19 (4):1065-1076.

Castro BVP. Sofrimento social de trabalhador/aes rurais assentados na contracorrente do agro-negócio no Vale do Juruena - MT [Dissertação] Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá. 2017. 110p.

Catho Profissões. [Online] Disponível em: <https://www.catho.com.br/profissoes/>. Acesso em 28/12/2018.

Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R; Mattos, RA de. [Org.] Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro. UERJ, IMS. ABRASCO, 2006. p. 117-130.

CNF. Confederação Nacional das Instituições Financeiras. A História do Sistema Financeiro Nacional. Viagem de 1808 a 2002. 2012. [Online]. Disponível em: <https://cnf.org.br/história-do-sistema-financeiro-nacional-viagem-de-1808-a-2002/>

Codo W. et al. Saúde mental e trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes; 2002. p.173-179.

Codo W. Por uma psicologia do trabalho. Ensaio recolhidos. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2006.

Costa FN da. História Bancária em Movimento. Unicamp. São Paulo. 2012 [Online]. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/2012/08/10/historia-bancaria-em-movimento/>. Acesso em 03/02/2020.

Costa ML, Bernardes AG. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. Saúde e Sociedade. São Paulo. V. 21. Nº4. 2012. p.822-835.

Cordeiro APS. Trabalhador/a Bancário no século XXI: Sofrimento como potência de vida e resistência ao adoecimento. [Dissertação Mestrado] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2016. 125p.

CUT. Central Única dos Trabalhador/aes. [Internet]. História e Saúde do Trabalhador/a. [acesso em 09/08/2018] Disponível em: www.cut.org.br/

David ML. A transformação dos processos de trabalho e a descaracterização da profissão de bancário. Repositório UFSC. TCC. Florianópolis. Jun 2014. p. 59-61.

Dejours C. A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez. 1987.158p.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. V. 1, 173 pp.

_____. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Selma Lancman & Laerte I. Sznelman [organizadores]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004. 346 pp.

_____. Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos [tradução Vanise Dresch]. Porto Alegre: Dublinense, 2017. 144pp.

Dropa A, Biavaschi MB, Vazquez B. Terceirização, correspondentes bancários e a Justiça do Trabalho. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2017. Vol.32. Nº94. p.1-18

Drumond VAT. O papel do trabalho na construção da identidade do trabalhador/a [Dissertação de Mestrado]. In: O Princípio da Integração do Trabalhador/a na Empresa no Sistema Jurídico-

Constitucional Brasileiro. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais. 2002.11p.

Durski GR. Avaliação do desempenho em cadeias de suprimentos. Revista FAE, Curitiba. 2003. Volume 6, n.1, p.27-38.

Duarte LFD. Da vida nervosa nas classes trabalhador/aas urbanas. Jorge Zahar Editora. Rio de Janeiro. 1986. 290 p.

Fernandes KR, Zanelli JC. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. Revista de Administração Contemporânea. Vol.10. Nº1 Curitiba. Jan/Mar. 2006. p.55-72.

Ferreira AP, Carvalho APC. Saúde do Trabalhador/a: Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Bancários. Revista Ciência e Trabalho. 2017. [59]: 128-134.

FGV Online. Fundação Getúlio Vargas. A origem dos bancos [online]. São Paulo. Disponível em: www.ead2.fgv.br/ls5/centro_rec/docs/a_historia_dinheiro.doc. Acesso em 28.12.18.

Foucault M. A história da loucura. São Paulo: Perspectiva. 1972. P. 12

Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador/a e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo. 2010. Vol. 35. Nº 122. p. 229-248.

Furlani JRA. Como funciona o Sistema Financeiro Nacional [online]. Banco Central Universidade. 2013. Fonte BC Universidade. Disponível em: https://www.bcb.gov.br/Pre/bcUniversidade/Palestras/Palestra_SF04062013_Furlani.pdf. Acesso em 28.12.18.

Gaulejac V. Gestão como Doença Social. Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. [tradução Ivo Storniolo]. Aparecida/SP. Editora Ideias & Letras; 2007. 338p.

_____. A neurose de classe: trajetória social e conflitos de identidade. [tradução de Maria Beatriz de Medina, Norma Takeuti (col)]. 1ª Ed. São Paulo. Editora Via Lettera, 2014.192p.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(11): 2449-2463. p. 2449.

Gerhardt TE, Burille A, Muller TL. O estado da arte da produção científica sobre Itinerários Terapêuticos no contexto brasileiro. In: Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc Editora; 2016.p.33.

Godinho, MR, Ferreira, AP; Fayer, VA; Bonfatti, RJ, Greco, RM. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais no Brasil. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. Rio de Janeiro. 2017. 15(1):88-100.

Goffman, E. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes. 1985. 118p.

Gomide; DC. O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre Políticas Educacionais. XII Jornada do HISTEDBR. [Online] Universidade Estadual de Campinas. São Paulo. 1992.14p.

Gregório MO. sindicalismo brasileiro, o golpe de 1964 e alguns desdobramentos. Em debate: Revista Digital.[Online] ISSN 1980-3532. Florianópolis. 2006. p.57-70.

Grischi CLI, Bessi VG. Modos de trabalhar e de ser na reestruturação bancária. Revista Sociologias. Porto Alegre. 2004. Vol. 6, Nº. 12. pp. 160-200

IOB Concursos. O que faz um escriturário do banco do Brasil. [Online] Disponível em: <https://www.iobconcursos.com/noticias-sobre-concursos/entenda-o-que-faz-o-escriturario-do-banco-do-brasil/1821>. Acesso em 28/12/2018.

Jacques MGC, Amazarray, MR. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. Boletim de Saúde. Porto Alegre.Vol. 20. Nº 1. pp.93-105.

Jaques AG, Ziliotto DM. As contingências do trabalho bancário: Um estudo sobre os mecanismos de mediação e defesa do sofrimento Revista Interação em psicologia.2017. Vol. 21, Nº 01.p. 1-27.

Jenkins, N. O mister de fazer dinheiro. Automação e Subjetividade no trabalho bancário. Boitempo Editorial. São Paulo.1995. pp.135.

Jogos Mortais. Sinopse. [Online] Disponível em:<http://www.adorocinema.com/filmes/filme-57410/>. Acesso em 08/03/2020.

Kleinman, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems.Soc. Sci. & Med.Pergamon Press Ltd. Printed in Great Britain.1978.Vol. 12. pp. 85

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000. 5(1):151-162.

_____. Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007.

_____. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhador/aes. Saúde do Trabalhador/a em tempos de mudanças sociais e ambientais. Editorial. Vol. 24. N3. Rio de Janeiro. Março. 2019.p.680.

Lancman S. e Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. São Paulo. 2003, Vol. 6, pp. 79-90.

Langdon EJM. Comentários sobre “doença versus enfermidade na clínica geral”, In: Helman, C. Campos. 2009. 10(1):113-117.

_____, EJM. A negociação do oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-étnico. [Trabalho apresentado para o concurso de professor da UFSC].1994.

_____, EJM. A Doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*. 2001.Vol. V (2): 241-260.

Langdon, EJM, Wiik, FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2010; 18(3). p.9.

Lara R. Saúde do trabalhador/a: considerações a partir da crítica da economia política. *Revista Katál*. Florianópolis. 2011. V. 14, n. 1, p. 78-85.

Lazzarotto GDR. Modos de Experimentar o Não-trabalho: Desemprego no Contexto da Reestruturação Bancária. In: Fonseca, TMG (org.). *Modos de trabalhar, modos de subjetivar*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 222p.

Leão LHC e Brant LC. Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do Trabalhador/a. *Revista de Saúde Coletiva*.Vol.25. N.4. Rio de Janeiro. 2015.p.1271-1292.

Leão LHC e Minayo-Gome, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador/a. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12). 2014. p. 4649.

Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador/a (Renast): uma rede que não enreda. 2011. In: *Saúde, Trabalho e Direito: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Educam. Rio de Janeiro. 2011. 463 p.

Leão LHC, Vasconcellos LCF. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. São Paulo. 2013. 38(127): 107-121.

Leão LHC, Vasconcellos LCF. Cadeias produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo. Volume. 24. Número. 4, 2015. P. 1232-1243.

Maluf SW. *Encontros Noturnos. Bruxas e Bruxarias na Lagoa da Conceição*. Editora Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro. 1993. pp.187.

Marquesi GS, Giongo CR. Trabalhador/aes bancários em sofrimento: Uma análise da literatura nacional. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. Rio Grande do Sul. 2016. 16(3). p. 220-235.

Martinez HA. *Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente*. Universitat Rovirai Virgili. Barreto JB, tradutor. Belo Horizonte; 2006.

Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2014. V. 24 [1]. p.273-289.

Mattosinho MMS, Silva DMGV. Itinerário terapêutico do adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1 e seus familiares. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2007. Ribeirão Preto. V. 15. N°. 6, p. 1113-1119, 2007.

Mende. AL. A Reforma do Sistema Financeiro Nacional. Revista Estudos Avançados. Brasília. 1993. p. 215-220.

Mendes JMR e Werlang R. Sofrimento Social. Serv. Soc. Soc. São Paulo. 2013. Nº. 116, p. 743-768.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Edição. São Paulo. Hucitec. 2014. 407p.

Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do Trabalhador/a na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Minayo-Gomez C e Brant LC. A temática do sofrimento nos estudos sobre Trabalho e saúde. In: Minayo-Gomez, C et. al. Saúde do Trabalhador/a na Sociedade Brasileira Contemporânea. 2013. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. P.385-408.

Minayo-Gomez, C e Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador/a: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12 (Supl.2): 21-32, 1997.

_____. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 8(1): 125-136, 2003.

Ministério da Fazenda. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017. Adoecimento Mental e trabalho. A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília. 2017. 32p.

Ministério da Saúde do Brasil. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Define a Política Nacional de saúde do trabalhador/a e trabalhador/aa (PNSTT). Diário Oficial da União. 2012.

_____. Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União. 2016.

_____. Portaria Nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário Oficial da União. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. Ed. Brasília. Publicado em 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf . Acesso em 20.03.19.

_____. Nota Informativa Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS. Disponível em :<https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?>). Acesso em 28/08/19.

_____. Saúde de A a Z. Síndrome de Burnout: o que é, quais as causas, sintomas e como tratar. [online] Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em 07.03.2020.

Miyashiro G. [Resenha] *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition* por Arthur Kleinman, Basic Books, Inc. New York, 1988. *Cadernos de Saúde Pública*. RJ, 7(3): 430-435, jul/set.1991.

Mol A, Law J. Embodied Action, Enacted Bodies: the Example of Hypoglycaemia. *Ontology in Medical Practice*. Duke University Press. 2014. Vol. 10: (2-3), p. 43-62

Moori RG, Caldeira A, Procópio EM. O papel do crédito bancário no desempenho da cadeia produtiva: um estudo de caso na cadeia produtiva da avicultura de corte brasileira. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*. São Paulo. Volume 8, Número 3, 2013. p. 252-265.

Moreira D, Bosi MLM, Soares CA; Uso de narrativas na compreensão dos Itinerários Terapêuticos de usuários com sofrimento psíquico. In: *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc Editora; 2016. p.229.

Muylaert CJ, Júnior VS, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. 2014. N 48(Esp2):193-199.

Nunes, EDN, Castellanos MEP e Barros NFB; A Experiência da Doença: da entrevista à narrativa. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2010. 20(4): p.1341-1356.

Nogueira GN, Lopes CALL, Silva GFR, Farias APS. A percepção dos colaboradores de uma agência bancária sobre o seu trabalho. X Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2013. Pernambuco. P. 1-12.

Oliveira RMR de. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - Ler / Dort no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/a do Espírito Santo - CRST/ES [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador/a e Ecologia Humana. Rio de Janeiro. 2001.173p.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde no Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças relacionadas ao Trabalho. Manual de Procedimentos para os serviços de Saúde. Dias; ECD [organizadora]. Almeida, IM [colaboradores]. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2001. 580p.

Paparelli R, Sato L, Oliveira F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo. 2011. Vol. 36 (123): p.118-127.

Paparelli R, Almeida TB de; Silva DLD da, Morgado LP. Adoecimento bancário: construção de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento do desgaste mental relacionado ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Vol.44. São Paulo. 2019. p.8

Paula RA de. A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso. [Dissertação]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Mato Grosso. 2013. 175p.

PISAT. Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador/a. Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador/a/UFBA. Boletim Epidemiológico Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006–2017. Bahia. 2019. Edição Nº 13. P. 1-5.

Propp VI. Morfologia do conto maravilhoso. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1984, p. 210 a 212.

Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264p.

Rabelo MCM, Alves PCB. Tecendo *Self* e Emoção nas Narrativas de Nervoso. In: Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 187-204p.

Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Signos, Significados e Práticas relativas à Doença Mental. In: Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 43-73p.

Revista Época Negócios. O lucro dos maiores bancos do mundo cresceu 10 vezes na última década. Atualizado em set. 2019. [Online]. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Mercado/noticia/2019/09/lucro-dos-maiores-bancos-do-mundo-cresceu-10-vezes-na-ultima-decada.html>. Acesso em 03.02.2020.

Revista Exame. Os bancos com mais reclamações no terceiro trimestre de 2019 segundo o Banco Central. Atualizado em out. 2019. [Online]. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/os-bancos-com-mais-reclamacoes-no-terceiro-trimestre-segundo-o-bc/>. Acesso em 23/02/2020.

Revista Poder 360. Os 5 maiores bancos do país. Atualizado em set. 2019. [Online]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/economia/5-maiores-bancos-do-pais-lucraram-r-246-bilhoes-no-2o-trimestre/>. Acesso em 03/02/2020.

Ribeiro MB. Financiamento do Investimento Produtivo na Economia Brasileira. Tese (Doutorado em Economia) – Departamento de Economia da Universidade de Brasília. Disponível em Repositório Institucional da Universidade de Brasília. 2006. 151 p.

Roazzi A, College W. O desenvolvimento individual, o contexto social e a prática de pesquisa. Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília. 1987. Vol. 7. Nº2. p.27.

Rossi EZ. As consequências psíquicas do adoecimento por LER/Dort: o fracasso do processo de reabilitação e a volta ao trabalho. In: SNELWAR, L. I. (org.). Saúde dos Bancários. 1ª edição. São Paulo: Publisher Brasil: Editora Gráfica Atitude Ltda, 2011. p. 263-286.

Ruhena RCLB. O Sujeito Bancário em Face da Reorganização do Trabalho nos Bancos. [Dissertação] Repositório da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. 2004. 149 p.

Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da Saúde do Trabalhador/a no SUS: limites, avanços e desafios. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador/a; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Coordenação de Saúde do Trabalhador/a, 2008. p.192. Disponível em: http://www.2pontos.net/preview/pisat/hp/upload/cap_vinte_anos_SUS.pdf. Acesso em: 30/09/2018.

Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005. 10(4). p. 869-878.

Scorsolini- Comin F, Figueiredo IA. Concepções de saúde, doença e cuidado em *Primeiras estórias*, de Guimarães Rosa. *Saúde Sociedade*. São Paulo. 2018.v.27, n.3, p.883-897.

Seligmann-Silva E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994, 324 p.

_____. O Campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). In: Seligmann-Silva E. *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez; 2011. p. 33-114.

_____. Os vínculos entre condições de trabalho e saúde mental. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol.8. Nº 2. Brasília. 1988. p. 13-16.

Segnini. LRP. Reestruturação nos Bancos no Brasil: Desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Revista Educação & Sociedade*. São Paulo. Ano XX. Nº 67, 1999. p. 1-27.

_____. Relações de Gênero no Trabalho Bancário Informatizado. *Cadernos Pagu*. São Paulo. (10) 1998. pp.147-168.

Silva JL, Navarro VL. Organização do trabalho e saúde dos trabalhador/aes bancários. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 20(2):[9]. São Paulo. 2012. p.1-9.

Silva MP, Bernardo MH, Souza HA. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 2016. 41: e23. p. 12.

Silva SW, Gonçalves JE, Souza DVR, Pereira WF, Fonseca LR. O Sistema Financeiro Nacional Brasileiro: contexto, estrutura e evolução. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2016. V. 14, N. 1, p. 1015-1029.

Silveira LC, Feitosa RMM, Palácio PDB. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 19-33, abr. 2014.p.15.

Siqueira SM, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 21(1):179-189, 2016. p.181.

Skalinski LM, Praxedes WLA. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*. Maringá, 25 (2): 305-316, 2003.

Slack N, Chambers S, Johnston R. *Administração da Produção*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002. 748 p.

Soares A, Oliveira JA. Assédio moral no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Vol. 37. N. 126. São Paulo. 2012. p.195-202.

Soboll LA, Jost RCF. Assédio Moral no trabalho: uma patologia da solidão usada como estratégia de gestão organizacional. In: Sznelwar, LI [organização]. Saúde dos bancários. 1ª. Ed. – São Paulo: Publisher Brasil: Editora Gráfica Atitude Ltda, 2011.249-260.

Souza IMA. O asilo Revisitado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In: Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 139-168p.

Szasz, TS. O mito da doença mental.1980. São Paulo. p 58-62 [Online]. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2148566/mod_resource/content/0/o%20mito%20da%20doen%C3%A7a%20mental.pdf. Acesso em 08/04/20.

Sznelwar LI [organização]. Saúde dos bancários. 1ª. Ed. – São Paulo: Publisher Brasil: Editora Gráfica Atitude Ltda, 2011.360 p.

Sznelwar LI, Pereira L. Trajetórias de trabalhador/aes bancários- entre o sonho e o real do sofrimento patogênico. In:Sznelwar, LI [organização]. Saúde dos bancários. 1ª. Ed. – São Paulo: Publisher Brasil: Editora Gráfica Atitude Ltda, 2011. 45-62pp.

Sznelwar LI, Uchida S, Lancman S. A subjetividade no trabalho em questão. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP. V. 23, Nº. 1. 2011. p. 11-30.

Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos Avançados. São Paulo. 30 (86), 2016. p.99-112.

Veloso HM, França ACL. Expressão da Identidade Social entre Bancários: Um Estudo do Trabalho como Referência para Construção do Sujeito. Anais do XXXII Encontro da ANPAD. [Online] Rio de Janeiro. 2008.16p.

Verani CBL. Parte II. Sistema de crenças e práticas médicas. A construção social da doença e seus determinantes culturais. A doença da reclusão do Alto Xingu, In: Santos, RV e Coimbra Jr., CEA ,orgs. Saúde e povos indígenas [Online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 251p.

Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, Nº Especial 4. 2018. p. 175-186.

Vieira AG, Pereira HFS, Pereira WNA. Histórico do Sistema Financeiro Nacional. Revista E-locação. São Paulo. Volume 02 – Ano 1 – 2012. p. 146.

WHO. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs. World Health Organization. Part. 2. Washington D.C. 2018. p.9 [Online]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/. Acesso em 28/09/19.

_____.World Report on Violence and Health. Informe Mundial sobre La violencia y La salud: resumen. Organización Mundial de La Salud. Washington, D.C. 2002.[Online] Disponível em:https://www.who.int/violence_injury/2002. Acesso em 11/12/2019.

Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cadernos de Saúde Pública. 1994. 10 (4): p.497-504.

Zempléni AA. “Doença” e suas “Causas”. Pinto, SUC, tradutor. Cadernos de Campo, São Paulo. 1994. N°04, p.137-163.

APÊNDICE I-

Roteiro de Entrevista- Bancários

I. Dados de identificação:

- 1.1. Gênero:
- 1.2. Idade:
- 1.3. Estado civil:
- 1.4. Filhos (não/sim/quantos):
- 1.5. Escolaridade:
- 1.6. Tempo de banco:
- 1.7. Cargo atual:
- 1.8. Sindicalização (não/sim):

II. Temas:

- 2.1. Contexto de entrada no banco.
- 2.2. Expectativas de quando entrou no banco.
- 2.3. Impressões acerca do trabalho no banco. Como seria o seu ideal?
- 2.4. Relação com colegas chefia e clientes.
- 2.5. Percebe se há desigualdade de gênero na sua categoria?
- 2.6. Há diferença salarial entre homens e mulheres que ocupam o mesmo nível hierárquico?
- 2.7. Impactos na vida social. (Concilia trabalho com vida pessoal?)
- 2.8. O que gosta de fazer nos horários de lazer? (Terapias alternativas, Místicas, Esportes Radicais, Barzinhos)
- 2.9. Impressões gerais acerca de sua condição de saúde.
- 2.10. Compreensão acerca de processos de adoecimento no trabalho (se percebe angustiado, com medo, triste, sem vontade de voltar ao trabalho?).
- 2.11. Houve algum motivo para se sentir assim?
- 2.12. Precisou recorrer a medicamentos para se acalmar, dormir?
- 2.13. O que te fez parar e pensar que havia algo de errado com sua saúde.
- 2.14. Estratégias para lidar com eventuais problemas emergentes nas situações de trabalho:
- 2.15. Visão acerca da atuação do sindicato.
- 2.16. Perspectivas e desejos para o futuro.
- 2.17. Qual (is) o (s) principal (is) problema (s) relacionado (s) ao sofrimento (aflição, crise, mal estar) enfrentado (s) nos diversos contextos em que estão inseridos?
- 2.18. Quais as principais estratégias utilizadas para o enfrentamento desses problemas?

APÊNDICE II-

Roteiro de Entrevista- Sindicalistas

I. Dados de identificação

- 1.1. Gênero:
- 1.2. Idade:
- 1.3. Função:

II. Temas:

- 2.1. Percepções gerais acerca da condição de saúde do coletivo.
- 2.2. Percebe se há desigualdade de gênero na sua categoria?
- 2.3. Há diferença salarial entre homens e mulheres que ocupam o mesmo nível hierárquico?
- 2.4. Compreensão acerca de processos de adoecimento no trabalho; Principais queixas da categoria.
- 2.5. Têm conhecimento das principais causas de afastamento dos trabalhadores da sua base sindical.
- 2.6. Estratégias coletivas de luta contra o adoecimento no trabalho bancário.
- 2.7. Perspectivas para o futuro da carreira.
- 2.8. Perspectivas para a saúde dos trabalhadores.

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “**Narrativas sobre Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho em Bancários de Cuiabá, MT**”, realizada pela mestrandia Silmara de Souza Campos, sob orientação do Prof. Dr. Luís Henrique da Costa Leão e coorientação do Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva, do Instituto de Saúde Coletiva/ISC, da Universidade Federal de Mato Grosso. O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Saúde e está registrado sob o Nº de Protocolo CAAE: 13562619.2.0000.8124 e Parecer nº: 3.511.338 de 15 de agosto de 2019.

Inúmeras pesquisas têm alertado que os trabalhadores, ao decorrer de sua vida laboral, podem sofrer os impactos dos meios de produção. Como consequência direta dessa organização, os trabalhadores podem apresentar manifestações de adoecimento físico e também psíquico. No setor financeiro isto pode ser percebido após a reforma tecnológica, com a automação de setores e a reestruturação das práticas de gestão cada vez mais voltadas para a produtividade e o aumento do número de afastamentos por Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho (TMRT).

Desta forma, a pesquisa tem como objetivo analisar os Itinerários Terapêuticos dos trabalhadores bancários da região de Cuiabá/ MT, percebidos com Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, através de suas narrativas, possibilitando evidenciar linhas estratégicas que possam contribuir com políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores. Ou seja, através dos relatos obtidos na pesquisa, serão evidenciados o momento em estas pessoas se perceberam doentes e quais os caminhos adotados na busca da cura.

Caso concorde em participar da pesquisa você será submetido a uma entrevista agendada para o dia e local que você definir. Caso você permita a entrevista, a mesma será gravada em um aparelho gravador de voz e depois será transcrita para a realização da análise. Você responderá perguntas sobre o contexto do trabalho no banco, expectativas, relação colegas, condições de vida, saúde. A entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e, caso haja necessidade de maior aprofundamento ou esclarecimento, você poderá ser contatado para uma nova entrevista. As informações coletadas neste estudo são confidenciais e anônimas, isto é, o seu nome e as suas informações não serão reveladas a ninguém. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com profissionalismo e sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os dados serão analisados apenas para fins acadêmicos (produção de um trabalho de mestrado) e científicos (publicação de artigos). A participação nessa pesquisa não envolve risco físico, mas eventualmente, para alguns trabalhadores, a retomada do tema pode suscitar

emoções como angústia, tristeza, frustração e irritabilidade. A qualquer sensação de perturbação emocional ou desconforto, você poderá solicitar a interrupção da entrevista. Se preferir, poderá solicitar a remarcação da entrevista para outro momento. Caso haja um desconforto emocional causado pela retomada dos eventos traumáticos sofridos devido à entrevista, a entrevistadora deverá ser comunicada nos telefones de contato existentes neste termo, para encaminhamento ao Centro Integrado de Assistência Psicossocial do Estado (CIAPS), Unidade de Pronto Atendimento CIAPS Adauto Botelho, situado na Av. Adauto Botelho s/n – Bairro Cophema, telefone (065) 3661-4350 ramal 210, bem como, de comum acordo entre as partes, outras providências necessárias ao atendimento (como despesas de deslocamento e alimentação ao participante e seu acompanhante; quando necessárias), caso haja algum dano acarretado ao participante exclusivamente ocorrido em decorrência da entrevista.

Essa pesquisa não trará benefício direto para você, mas ao narrar sua história, você atribui outro significado, chamando a atenção para esta problemática, possibilitando melhoria nas condições de trabalho de inúmeras pessoas.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo a você. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer penalidade.

Este documento foi feito em duas vias, sendo que uma delas é sua, e a outra é da pesquisadora. Em caso de necessidade contate a pesquisadora Silmara de Souza Campos; Fone: (65) 99698-2617 ou pelo e-mail campossil@yahoo.com.br. e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso – CEP SAÚDE UFMT localizado Rua Fernando Correa da Costa, número 2367, bairro Boa Esperança, CEP 78060-900, telefone (65) 3615-8254.

Declaro estar ciente do inteiro teor e ter recebido uma via deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, e estar de acordo em participar do estudo proposto.

Cuiabá, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador