

FATIMA ITSUE WATANABE SIMÕES

A CONSTITUIÇÃO DO MUNDO PSÍQUICO E AS DOENÇAS
RELACIONADAS AO TRABALHO

ASSIS

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FATIMA ITSUE WATANABE SIMÕES

**A CONSTITUIÇÃO DO MUNDO PSÍQUICO E AS DOENÇAS
RELACIONADAS AO TRABALHO**

Dissertação apresentado à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof^o. Dr. Francisco Hashimoto

ASSIS

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Simões, Fátima Itsue Watanabe
S593c A constituição do mundo psíquico e as doenças relacionadas ao trabalho / Fátima Itsue Watanabe Simões. Assis, 2008
173 f.
Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.
1. Trabalho – Aspectos psicológicos. 2. Saúde e trabalho.
3. Psicanálise. I. Título.
CDD 150.195 158.7

FATIMA ITSUE WATANABE SIMÕES

A Constituição do Mundo Psíquico e as Doenças Relacionadas ao Trabalho

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP para a obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA (Area de concentração: Psicologia e Sociedade. Linha de Pesquisa: Subjetividade e Saúde Coletiva)

Data da Aprovação:

BANCA EXAMINADORA

Presidente: PROF. DR. FRANCISCO HASHIMOTO – UNESP /ASSIS

Membros: PROF. DR. MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS – USP –
RIBEIRÃO PRETO

PROF. DRA. WILKA CORONADO ANTUNES DIAS – UNESP/ASSIS

DEDICATÓRIA

A

Mario e Rosa

Meus pais

Nancy, Neide, Maria,

Neusa e Elci

Minhas irmãs

Alvaro e Ligia

Esposo e filha

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui registrados vários agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Francisco Hashimoto, meu orientador, que tendo sido meu professor e supervisor desde a época de graduação; desempenhou papel fundamental em minha formação pessoal e profissional, proporcionando-me diversas oportunidades de aperfeiçoamento durante o acompanhamento desta pesquisa. Com sua sensibilidade e sabedoria, permitiu um repouso seguro para as minhas angústias e incertezas, ofertando-me o tempo necessário para a elaboração e a construção da pesquisa. Por meio de sua dedicação e de seu afeto, também aprendi a sonhar, a realizar e a trabalhar sem tanto desgaste mental.

Aos Professores Doutores Manoel Antônio dos Santos e Wilka Coronado Antunes Dias pela generosidade com que, durante o exame de qualificação, fizeram sugestões valiosas, que muito colaboraram para a forma final deste trabalho.

Ao Alvaro, amado esposo e dedicado companheiro, com quem tenho o prazer de partilhar todos os momentos de minha vida. Em sua companhia posso experimentar a profundidade de sua generosidade e a intensidade de sua cumplicidade. Suas contribuições estão presentes nas entrelinhas de minha vida e neste trabalho através de suas sugestões, sua incansável leitura e cuidadosa revisão de meus trabalhos.

À Ligia, filha querida, com quem aprendo todos os dias a força da vida e a cada instante me mostra novas maneiras de amar e de ver o mundo.

Aos meus pais e minhas irmãs, os quais por meio de suas demonstrações de amor incondicional possibilitam-me a liberdade de pensamento para escrever e viver. Com eles sinto-me estimulada a não desistir. São também a razão de ser de todo este trabalho.

Aos funcionários da Biblioteca pela presteza com que sempre me atenderam.

À coordenadora Mary Yoko Okamoto (FAP) pelas oportunidades de trabalho e de desenvolvimento pessoal.

A Irene Vaz, Coordenadora da Atenção Básica (Prefeitura Municipal de Assis), por acreditar em meus ideais e possibilitar a sua realização através da concessão das dispensas necessárias de meu trabalho; o que tornou possível a concretização desta pesquisa.

A Natália Soares pela paciência e dedicação na formatação do trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa (CNPQ): Figuras e Modos de Subjetivação no Contemporâneo e em especial à amiga Karin Telles pela atenção nos momentos finais da pesquisa.

Ao meu colega de trabalho e amigo José Carlos Brigatto pela compreensão, incentivo e por sua ajuda inestimável durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho.

A todos os funcionários da UBS Jardim Paraná, por compreenderem as minhas ausências e, ainda assim, propiciarem um ambiente de trabalho agradável e gratificante.

A Nobuko por me receber e acolher carinhosamente sempre que precisei.

Aos amigos Emery e Eduardo, Daniela e Edson, Andréia, Nilcéia, Livia e Rosinei pela lealdade e companheirismo.

Ao Auro e Márcia, amigos de todas as horas, pela solicitude e por permitirem que a Ligia, minha filha, fizesse parte de sua família.

Expresso, finalmente, minha gratidão aos meus pacientes e, em especial, aos participantes desta pesquisa, por acreditarem em minha proposta de trabalho e pela disponibilidade de partilhar comigo seus sentimentos. Todos eles, mesmo permanecendo no anonimato, ofereceram subsídios fundamentais para que a pesquisa pudesse ser realizada.

SUMÁRIO

Introdução.....	10
Capítulo I	
A Constituição do mundo psíquico.....	43
1. Conceitos Fundamentais.....	43
2. O Aparelho Psíquico.....	46
3. O Conceito de Pulsão.....	52
4. O Papel do Outro na Constituição do Conceito.....	60
Capítulo II	
A Psicossomática Psicanalítica.....	67
Capítulo III	
A constituição do Psiquismo e o adoecimento no trabalho	90
1. Apresentação e Análise dos dados.....	90
2. A Compreensão das vivências dos trabalhadores e a sua relação com a doença.....	90
3. Primeira Entrevista: Aline.....	94
4. Segunda Entrevista: Regina.....	108
5. Terceira Entrevista: Pedro.....	124
6. Quarta Entrevista: Ed Carlos.....	134
Síntese conclusiva.....	150
Referências.....	163
Anexos.....	171

SIMÕES, F. I. W. *A constituição do mundo psíquico e as doenças relacionadas ao trabalho*. Assis, 2008. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. 173 p.

RESUMO

O exercício de uma atividade profissional proporciona ao ser humano fazer parte da vida em sociedade, como membro de uma cultura. Nessa perspectiva, o trabalho confere a possibilidade de construção de identidade profissional e pessoal. Entretanto, há algumas situações em que o trabalhador adoece. O presente estudo tem por objetivo principal compreender a relação existente entre a constituição do mundo psíquico do indivíduo, ou seja, a formação inicial da mente humana, que é subjetiva e inconsciente, e a ocorrência da doença relacionada ao trabalho; que é a doença decorrente do exercício profissional. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas psicológicas semidirigidas e individuais com quatro participantes que receberam diagnóstico de doença relacionada ao trabalho. A psicanálise e a psicossomática psicanalítica constituem as principais referências teóricas desta dissertação. Como resultado deste estudo, pôde-se observar que as experiências infantis e as relações que se estabelecem no seio familiar são determinantes para a constituição do *psiquismo humano e interferem na vivência profissional destes trabalhadores. Entretanto, fatores relacionados ao ambiente de trabalho também contribuem decisivamente para o adoecimento do indivíduo no trabalho. Os entrevistados apresentavam algum componente psíquico que facilitava a ocorrência da doença relacionada ao trabalho, mas todos queixavam-se da sobrecarga de trabalho, falta de humanização nos ambientes de trabalho e atribuíam o agravamento de seu quadro de saúde às más condições e à insalubridade do ambiente onde se desenvolvem as atividades profissionais. Os entrevistados apresentaram impedimentos para voltarem a exercer atividades laborativas em função do adoecimento no trabalho e apontaram a aposentadoria por invalidez como a única possibilidade de resolução, pois não haveria como retornar à vida no trabalho. Em todos os casos estudados, nenhuma empresa possui programa de assistência e reabilitação dos trabalhadores vítimas de doença relacionada ao trabalho. Em termos de políticas públicas, é possível notar a escassez de serviços especializados para atender a essa demanda. A identificação de tais relações entre o psiquismo e as doenças relacionadas ao trabalho fornece subsídios para outras formas de apreender as relações que se estabelecem entre saúde e trabalho.*

Palavras-chave: Psiquismo. Adoecimento. Trabalho. Psicanálise. Psicossomática.

ABSTRACT

SIMÕES, F. I. W. The constitution of the psychic world and the diseases related to the work. Dissertation (Master Degree). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. UNESP, 2008, 173 p.

The exercise of a professional activity provides the human beings the possibility of making part of the life in society, as members of a culture. In this perspective, the work confers the possibility of the construction of the professional and personal identity. However, there are some situations in which the worker gets sick. The present study has as principal objective to comprehend the existent relation between the individual's psychic world constitution, that is to say the initial formation of the human mind, which is subjective and unconscious, and the occurrence of the disease related to the work; the disease derived of the professional exercise. To the data collection, semi-directed psychological and individual interviews with four participants, who received diagnosis of disease related to the work, were utilized. The psychoanalysis and the psychoanalytic psychosomatic constitute the main theoretical references of this dissertation. As results of this study, it was possible to observe that the childish experiences and the relations established in the familiar heart are determinant to the constitution of the human psychism and interfere in these workers' professional living. However, factors related to the work environment also contribute decisively to the individual to get sick in the work. The interviewees presented some psychic component that facilitated the occurrence of the disease related to the work, but all of them complained about the work overload, lack of humanization in the work environment and they attributed the aggravation of their picture of health to the bad conditions and the insalubrity of the environment where the professional activities are developed. The interviewees presented impediments to return to exercise the work activities in the function of getting sick in the work and they indicated the pension by unsoundness as the single possibility of resolution, since there are not conditions to return to the life in the work. In all of these studied cases, no company has a program of workers' attendance and rehabilitation, victims of disease related to the work. In terms of public politics, it is possible to observe the scarceness of specialized services to attend this need. The identification of these relations between the psychism and the disease related to the work furnished subsidies to other manner of apprehending the relations established between health and work.

Keywords: Psychism. Diseases. Work Psychoanalysis. Psychosomatic.

INTRODUÇÃO

A psicanálise, comumente conhecida como a ciência que investiga o inconsciente, empreende sua busca para o conhecimento da mente humana, através da investigação dos processos mentais onde os fenômenos inconscientes, a vida pulsional e a vida interior são aspectos importantes a serem considerados quando pensamos sobre a forma pela qual o ser humano ressignifica as suas experiências e produz sentido para si, nas organizações, nas sociedades e em suas produções culturais (HERRMANN, 2004). Ela pode auxiliar-nos a pensar sobre os novos paradigmas sociais, assim como pode ser um instrumento que permita reequacionar antigos problemas da sociedade atual.

Esta ciência possui um campo de investigação particular e autônomo e utiliza-se de procedimentos próprios e específicos. No campo do conhecimento científico, centra sua pesquisa na área da subjetividade humana e nos fenômenos que atravessam a constituição do ser humano, cuja existência é singular e histórica. Concebemos que o homem sempre constitui-se na relação que estabelece com as outras pessoas e com o mundo à sua volta.

A psicanálise ocupa-se do sofrimento que as mazelas da vida possam ter deixado registradas na existência da pessoa; alguns desses rastros podem configurar-se como reverberações no corpo do indivíduo. Nessa vertente, a psicanálise pode ser definida como a arte da escuta do sofrimento humano.

Relações entre a teoria psicanalítica e o campo que estuda os distúrbios psicossomáticos, constituem-se na atualidade campos amplo e fecundo, que nos leva a pensar as proposições com que Freud (1921) defende que as formulações psicopatológicas de cada época são derivadas dos valores morais, éticos e estéticos, expressam a cultura de um povo, e podem representar o mal-estar na atualidade que, juntamente com o imaginário da época, são os co-produtores na construção de novos sintomas.

A relação entre o contexto cultural e a psicopatologia é sem dúvida um campo que merece uma exploração mais acurada. Vão despertando interesse a anorexia, a bulimia e as doenças psicossomáticas. Estas manifestações, ainda que muito diferentes entre si, têm sido freqüentemente evocadas, em seu conjunto como patologias atuais ou contemporâneas (FERRAZ, 2005).

Atualmente questões relacionadas ao corpo são temáticas freqüentes na imprensa falada e escrita; basta ver a quantidade de reportagens e artigos em jornais e revistas que diariamente versam sobre esse assunto.

O corpo é freqüentemente fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se meio de expressão do mal-estar contemporâneo (FERNANDES, 2003) (FERRAZ, 2005). O corpo seria, por excelência, o local atingido pelo sofrimento que não pôde ser simbolizado, marcando a falência do aparelho psíquico no trabalho de processamento da estimulação que foi submetido. Se é esse o mal do qual padecemos, procuramos, através da escuta do sofrimento psíquico humano, refletir sobre as origens e as causas desta dor que muitas vezes é compelido a ser dramatizada no próprio corpo da pessoa. Interessou-nos saber se essa forma específica de lidar com o conflito psíquico está relacionada à constituição do psiquismo de cada pessoa, aos fatores sociais, ou quais fatores que propiciam a eclosão da doença ocupacional. Partimos da inquietação acerca das razões pelas quais algumas pessoas, submetidas às mesmas dinâmicas sociais, mesmas dificuldades, adoecem enquanto outras não; consideramos que concorrem para a constituição deste indivíduo, fatores biológicos, desejos e a história individual e pessoal que produzem certo padrão de comportamento e adoecimento.

Nas últimas décadas pesquisas têm sido desenvolvidas sobre a análise do sofrimento psíquico do trabalhador, levando-se em conta a dimensão emocional do trabalho e as repercussões que o mundo laborativo exerce sobre o indivíduo.

O trabalho e a saúde mental do indivíduo têm-se constituído atualmente como um território muito fértil em que novos estudos têm tomado corpo e ganhado expressão, através da construção de novos suportes teóricos que embasam a análise da relação que o sujeito estabelece com o trabalho. Nosso interesse pelas questões que envolvem as doenças relacionadas com o trabalho e pela compreensão do corpo que estas pessoas possuem data da época em que esta pesquisadora trabalhava no Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do estado de São Paulo e integrava a equipe de um Programa de Reabilitação, atendendo à demanda de Psicologia Infantil.

Entretanto, no prédio em que funcionava o referido programa, havia outro setor, também mantido pela Prefeitura Municipal desta cidade, que era denominado Centro de Fisioterapia Ortopédica, cuja função consistia em atender a toda a demanda de pacientes do município que necessitassem de Fisioterapia Ortopédica. Atendiam-se, por exemplo, pacientes pós-cirúrgicos, acidentes de trabalho e portadores de doenças decorrentes do trabalho. Alguns desse pacientes, após realizarem o número de sessões prescritas pelo médico, obtinham melhora na doença e tinham “alta médica”. Outros, recidivamente, renovavam seus pedidos de solicitação de fisioterapia e “nunca” tinham melhoras com o tratamento.

Curiosamente, eram solicitados com certa freqüência alguns encontros com esses pacientes ou com a equipe para “discussão de casos”. Os motivos eram não evolução no tratamento de certos pacientes, a queixa de sintomas físicos (esses pacientes eram denominados de psicossomáticos pelos profissionais) e a dificuldade demonstrada pelos profissionais para abordar esse tipo de paciente.

Essa possibilidade de estabelecer um contato com questões relacionadas ao adoecimento corpóreo trouxe-nos inquietações que nos instigaram a buscar a integração e a sistematização dos conhecimentos sobre as relações entre o psíquico e o somático.

No horizonte desta busca do conhecimento acerca desse campo enigmático, que pesquisar sobre essa temática pareceu-nos uma necessidade eminentemente teórica, clínica e social, advinda do encontro com pacientes somáticos.

No Brasil, foi somente a partir da segunda metade do século XIX, que as inter-relações entre aspectos do trabalho e da saúde do trabalhador passam a serem motivos de preocupação para a administração pública e para a medicina. Influenciada pela cultura francesa, a medicina brasileira inicia um processo de alerta em relação aos males que instituições como cemitérios, hospitais, fábricas e presídios poderiam oferecer à saúde da população concomitantemente à busca pelo controle sobre estes espaços.

Uma das maneiras de adequar e solucionar estes problemas seriam o Estado, com o auxílio da classe médica, controlar as ações das instituições através do planejamento urbano. Dessa forma, a medicina e o Estado assumem o controle político, disciplinador e normalizador da sociedade da época. Nesse período, algumas teses são apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e nelas são explicitadas as preocupações com a localização das fábricas, as instalações físicas e as interferências e os riscos que estes estabelecimentos desempenhavam na saúde de seus trabalhadores. Alguns trabalhos apontam para a dificuldade dos pesquisadores em desenvolver a pesquisa, uma vez que os proprietários das fábricas negaram-se a recebê-los em seus estabelecimentos (BANHO, 1853 apud MENDES, 1985).

Segundo Mendes (1995) a evolução do conhecimento da Patologia do Trabalho foi influenciada por questões sociais, políticas, econômicas e tecnológicas que interferem nos modos de agir, pensar e produzir em cada período histórico. Assim, é possível observar na conjuntura internacional a migração da Patologia do Trabalho do âmbito da Medicina Social para o da Higiene e seus desdobramentos de Medicina Legal e de Saúde Pública.

No âmbito da Medicina Social, o diagnóstico “das doenças dos trabalhadores” é observado através dos perfis de morbidade e mortalidade de trabalhadores pertencentes a diferentes categorias profissionais. Assim, a causa da

doença não era apenas fruto do desequilíbrio orgânico, mas também decorrente do processo de trabalho.

Após este período, a partir dos trabalhos de Pasteur (1822-1895) e Koch (1843-1910), surge a era bacteriológica, que traz em seu bojo a idéia de, que para cada doença, existe um agente etiológico. Ao eliminar a causa da doença, sua erradicação ou prevenção seriam alvos perfeitamente atingíveis. Dentro desta perspectiva, surgiram novos enfoques para a Patologia do Trabalho. A Medicina Legal responsabilizou-se pela Medicina do Seguro, que compreende o estudo das relações estabelecidas entre o nexos causal das doenças e a função laborativa desempenhada pelo trabalhador, a fim de que fosse possível assegurar ao funcionário uma compensação financeira pelo seu adoecimento. A Medicina da Higiene cuidou de identificar as causas das doenças no trabalho, para que pudessem ser prevenidas.

Para que as doenças profissionais fossem objeto de reparação pecuniária, estas foram equiparadas aos acidentes de trabalho, uma vez que os mesmos são a somatória de pequenos acidentes. Posteriormente, essas doenças foram denominadas doenças profissionais específicas.

Com o crescente adoecimento de funcionários, tornou-se necessária a instalação de fóruns para troca de experiências e definição de parâmetros e critérios para o julgamento destes casos. Em 1906, na cidade de Milão, foi realizado o I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho. Após o II Congresso, ocorrido em Bruxelas, os acidentes de trabalho foram equiparados às doenças profissionais e, posteriormente, algumas doenças profissionais foram agrupadas, em forma de tabelas tendo, assim, a garantia do pagamento de seguro. Em 1919, com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), as tabelas que relacionavam e reconheciam as doenças profissionais são então, elaboradas de forma tripartite com a participação do governo, dos empregadores e dos trabalhadores. Estas listas permaneceram durante longos anos como referência para elaboração de leis que regeram as cláusulas dos agravos à saúde do trabalhador. O Brasil chegou a adotar este sistema, mas com uma diferença: o sistema era mais aberto, o que permitia a inclusão de novas patologias.

Neste período, no Brasil, era o tempo da chamada Primeira República, cuja economia baseava-se na agricultura, particularmente na produção do café, voltada para exportação. Com o objetivo de garantir o despacho das mercadorias e de evitar que doenças (como peste, cólera, varíola) prejudicassem o seu comércio, era importante que as áreas de circulação desta mercadoria, especialmente os portos, fossem saneadas.

Os serviços de saúde pública estavam sob a responsabilidade da Diretoria Geral da Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior. Oswaldo Cruz, médico, estava à frente dessa Instituição. Para combater as endemias urbanas e rurais, adotou-se o modelo das campanhas sanitárias. Este período foi marcado pela organização de campanhas contra a tuberculose e ações concentradas no combate às endemias rurais e de doenças infecciosas relacionadas ao trabalho, que influenciavam diretamente a produção agrícola; representando perigo para a população do campo, e para aquela, vinda de outros países para trabalhar na agricultura cafeeira.

Para auxiliar no combate das endemias rurais, a Instituição Rockefeller ofertou suporte financeiro e institucional e o ensino da Saúde Pública. Apesar desta intervenção, assuntos relacionados às condições de vida e saúde dos trabalhadores ganharam força e representação entre a categoria. Inspiradas nos movimentos sindicais europeus, as lideranças ideológicas iniciaram um movimento social para mobilizar a classe operária e exigir a valorização dos trabalhadores. Iniciou-se então um período de greves (1907-1920), contabilizando-se mais de duzentas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

No Brasil, assim como ocorreu na Europa, o deslocamento do eixo da patologia do trabalho para a Medicina do seguro provocou, também no Brasil, o estreitamento da óptica das doenças dos trabalhadores (termo criado por Ramazzini em 1700) para o das doenças profissionais, equivalentes aos acidentes de trabalho (MENDES, 1995).

Em 1929 houve queda da Bolsa de Nova Iorque e a partir de 1930, Getúlio Vargas, assumiu a Presidência do Brasil. Esses fatores contribuíram para que houvesse uma longa crise do café, em decorrência da desvalorização deste

produto no mercado internacional. Conseqüentemente, houve o deslocamento do pólo econômico para os centros urbanos e outros empreendimentos industriais na região centro-sul do País.

Esta mudança de região produtora propiciou o surgimento, na economia brasileira, de uma nova categoria de trabalhadores constituída essencialmente por assalariados, provenientes dos setores industriais e de transportes.

Para manter o processo de centralização dos recursos e de poder, criou-se em 1930 o Ministério do Trabalho. Foram nomeados por este órgão inspetores médicos do trabalho para realizarem inspeções higiênicas nos locais de trabalho e para produzirem estudos sobre acidentes e doenças profissionais.

Esta época foi marcada pela preocupação, por parte do Estado, com a Patologia do Trabalho. Foi nesse período, também, que se concentraram grandes publicações científicas que influenciaram o setor e que mantêm sua pertinência em decorrência da atualidade dos temas abordados. Os estudos versavam sobre condições de higiene e salubridade das minas na região de Minas Gerais e o impacto das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, etc.

Após a Segunda Guerra Mundial, havia grande empenho do setor industrial em recompor o pólo industrial. Esse esforço refletiu-se no elevado índice de acidentes de trabalho e na ocorrência de doenças do trabalho. A tecnologia industrial desenvolveu-se e com ela, novas tecnologias, novos equipamentos e novos produtos surgiram exigindo a elaboração de uma nova divisão internacional do trabalho. O Ministério do Trabalho vê-se impotente para mediar problemas relacionados à saúde do trabalhador decorrentes dos processos de produção. Instala-se a descrença sobre este órgão com elevada insatisfação da classe operária e dos empregadores, que se vêem obrigados a arcar com os custos diretos e indiretos decorrentes dos problemas de saúde. Surge a “saúde ocupacional”, especialmente dentro das empresas de grande porte, com o intuito de intervir sobre o ambiente de trabalho e prevenir agravos à saúde.

Assim de um lado, a Saúde Ocupacional passa a ser considerada como um ramo da Saúde Ambiental; de outro, desenvolvem-se fortes unidades de higiene industrial (MENDES, 1995).

A partir da década de 50, em Niterói, estado do Rio de Janeiro, é instalado o Serviço de Higiene Industrial, decorrente do convênio firmado entre o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e o governo estadual, posteriormente, São Paulo também foi agraciado com este órgão. Estes núcleos realizavam pesquisas visando identificar os problemas de saúde ocupacional emergentes para a posterior elaboração da hierarquização dos principais itens de interesse para a saúde dos trabalhadores. Esse levantamento de dados era obtido através da realização de inquéritos preliminares nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro e nas minas de carvão.

Ainda na década de 50, iniciou-se o ensino da Medicina do Trabalho nas escolas de Medicina. A década de 60 foi marcada pelo desenvolvimento da Patologia do Trabalho, pela ampliação da Subdivisão de Higiene e Segurança Industrial do Serviço Social da Indústria (SESI) e pela criação da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (lei 5.161 de 21 de Outubro de 1966).

Com essa mudança de paradigma, da valorização dos aspectos sociais da doença para as causas específicas, as “doenças dos trabalhadores” podem ser nominadas e associadas a agentes etiológicos específicos. Entretanto, se, por um lado, essa associação favoreceu que se criassem medidas de controle e prevenção das doenças, por outro lado, esse deslocamento escamoteava outras naturezas e dimensões do problema, refletindo a ideologia prevalente e, ao mesmo tempo, alimentando-a.

Durante o período do final do século XIX até o meio do século XX, a Patologia do Trabalho dedicou atenção às doenças profissionais, quer pela gravidade real do problema, quer pelas necessidades dos sistemas de seguro. Por volta de 1950, consolidou-se um vasto conhecimento a respeito das doenças profissionais e começaram a ser editadas revistas e coletâneas sobre este tema, as quais passaram a exercer influência no pensamento sobre a Patologia do Trabalho e nas práticas correspondentes.

Com a evolução e aperfeiçoamento dos estudos e pesquisas neste setor percebeu-se que não era possível restringir as doenças profissionais ao âmbito dos

danos à saúde produzidos pelo trabalho, uma vez que o impacto sobre adoecimento do sujeito dá-se de forma inespecífica. Daí surge o conceito de *doenças relacionadas com o trabalho*, ou melhor, de outras doenças relacionadas com o trabalho, já que as ditas profissionais também o são.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o termo doenças relacionadas com o trabalho pode ser um termo apropriado para descrever agravos outros que, em adição às doenças profissionais legalmente reconhecidas, ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou as condições de trabalho contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, porém em graus variados de magnitude.

A partir da década de 80, vários profissionais de saúde e outros, tais como, filósofos, engenheiros e cientistas sociais, empenham-se na busca da transformação da organização, no tocante às condições e ao processo de trabalho, com o objetivo de resgatar a crença de que pode haver um trabalho sem sofrimento, sem dor ou morte. Desenvolveu-se em diferentes regiões do país a *saúde do trabalhador*. Enquanto perspectiva de mudança, esse “movimento” tem características básicas: ao adquirir conhecimentos sobre as relações que se estabelecem entre o trabalho e os processos saúde-doença, os trabalhadores almejavam participar e interferir politicamente neste setor para que houvesse a transformação das condições de trabalho e do ambiente de trabalho, bem como da realidade em que viviam.

Este processo social, denominado “saúde do trabalhador”, desdobrou-se em várias iniciativas e expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986. Na medida em que conferência trata de temas gerais da política nacional de saúde, como financiamento, modelos de gestão, participação comunitária, decidiu-se pela organização de conferências temáticas, dentre as quais a de saúde do trabalhador. Como desdobramento desta Conferência, foi realizado no mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Diversos temas abordados nestas conferências foram incluídos na nova Constituição Federal de 1988.

De acordo com Mendes (1995), muitos atores contribuíram para a construção de um novo olhar para as questões de saúde relacionadas ao trabalho. Dentre eles, podemos destacar: assessorias técnicas sindicais (levantando riscos e constatando danos para a saúde e socializando o saber advindo dessas pesquisas); técnicos (lutam por melhores condições de trabalho através da capacitação de profissionais e da produção de conhecimentos) e ambulatórios especializados em atender a demanda da patologia do trabalho.

No desenvolvimento do campo da prática, devemos registrar, para fins históricos, o Ambulatório de Doenças Profissionais da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), implantado em 1972, mediante convênio celebrado com a Escola Paulista de Medicina e fechado em 1976, e o Ambulatório de Medicina do Trabalho da Unicamp, que funciona desde 1978 (MENDES, 1995).

Da produção da Universidade de Campinas (UNICAMP) relativa à patologia do trabalho, destaca-se a tese de doutoramento de René Mendes, sobre epidemiologia da silicose e o livro do mesmo autor sobre Medicina do Trabalho: Doenças Profissionais, publicado em 1980; a tese sobre Asbestose de José Luiz Riani Costa; a tese de Eduardo Melo de Capitani, sobre Pneumoconiose da rocha fosfática; a tese de Ericson Batagin sobre silicose em trabalhadores de cerâmica, e a tese de Sérgio Roberto de Lucca, sobre acidentes dos trabalhos fatais.

Concebido como Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais, foi inaugurado em 1984, em convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a Fundacentro. Desde então, este estabelecimento tem-se destacado no diagnóstico e no tratamento de casos de doenças profissionais na região de Minas Gerais.

Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, destaca-se o trabalho da professora Marcília Medrado Faria, que vem concentrando a produção do conhecimento na esfera dos problemas de desgaste do trabalhador industrial, avaliados pelos acidentes de trabalho, por doenças profissionais, doenças

relacionadas com o trabalho e sofrimento - em sua relação com a organização do trabalho e com as políticas públicas e privadas.

Atualmente, a Saúde do Trabalhador encontra-se amparada na nova Lei Orgânica de Saúde, que define e estabelece as competências do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 1990 apud MENDES, 1995).

A Constituição Federal, através do Artigo 200, destaca a saúde do trabalhador como uma das atribuições do SUS. A Lei 8.080/90, assim define a Saúde do Trabalhador

Um conjunto de atividades que se destinam à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, através de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, e também à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96 (NOB – SUS 01/96) orienta os princípios e diretrizes do sistema, incluindo a saúde do trabalhador, como campo de atuação da atenção à saúde. A partir dessa norma foi elaborada a Norma Operacional da Saúde do Trabalhador (NOST), publicada na Portaria n. 3.120, de 01 de julho de 1998.

A Constituição Federal determina que o Ministério do Trabalho inspecione o trabalho no âmbito nacional e que cabe a cada estado ou município desenvolver estratégias próprias de vigilância em saúde do trabalhador.

Por princípio, a atenção à saúde do trabalhador exige o envolvimento de uma equipe multiprofissional, constituída por médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos trabalhando com um enfoque interdisciplinar para tratar da manutenção da saúde do trabalhador no SUS.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução CFM n.1.488/1998, independentemente da área de atuação ou especialidade médica ou local de atuação, são atribuições dos profissionais que prestam assistência médica ao trabalhador: assistir ao trabalhador através de encaminhamentos, elaborarem pareceres ou outros documentos que atestem a necessidade de afastamento do trabalho para tratamento ou para recebimento de

benefícios. Deve inclusive, quando solicitado, fornecer cópia dos exames e prontuário médico.

Dentro destas equipes, cabe ao médico realizar onexo causal ou técnico entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador, sendo este trabalho o ponto de partida para a indicação da terapêutica e o diagnóstico correto bem como para a adoção de ações no âmbito do sistema de saúde (MINISTÉRIO, 2001).

Para estabelecer onexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental), exames complementares devem considerar: a literatura atualizada; a história clínica e ocupacional; depoimento e a experiência dos trabalhadores; estudo do local de trabalho e da organização do trabalho; os dados epidemiológicos, a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas; identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes; conhecimentos e práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área de saúde.

De acordo com os estudos do Ministério da Saúde (2001), as principais dificuldades para estabelecer onexo causal decorrem da ausência ou imprecisão na identificação de fatores de risco e/ou situações a que o trabalhador está ou esteve exposto, potencialmente, lesivas para a sua saúde; da ausência ou imprecisão na caracterização do potencial de risco da exposição; de conhecimento insuficiente quanto aos efeitos para a saúde associados com a exposição em questão; desconhecimento ou não valorização de aspectos da história de exposição e de clínica; necessidade de métodos propedêuticos e abordagem por equipes multiprofissionais, nem sempre disponíveis nos serviços de saúde.

Lamentavelmente, na formação médica e na dos demais profissionais que integram a equipe destacada para realizar a investigação das relações que se estabelecem entre a saúde, o trabalho e a doença, nenhuma ou pouca atenção tem sido dada ao desenvolvimento desta habilidade, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade em identificar e estabelecer elementos que dêem sustentação para as suas hipóteses diagnósticas, a relação causal com o trabalho

desempenhado pelo trabalho e a indicação de procedimentos para o estabelecimento da terapêutica adequada, inclusive para a reabilitação.

Cabe ao profissional médico ou a equipe responsável pelo atendimento ao trabalhador: orientar o trabalhador e seus familiares, quanto ao seu problema de saúde e os encaminhamentos necessários para a recuperação da saúde e da melhoria da qualidade de vida; determinar o afastamento do trabalho ou da exposição ocupacional, caso a permanência no trabalho represente um fator de agravamento do quadro ou retarde a sua melhora ou caso as limitações funcionais impeçam o trabalho; notificar à autoridade sanitária ao INSS ou outro órgão ao qual o trabalhador esteja vinculado por meio de instrumentos específicos, de acordo com a legislação de saúde municipal e estadual. Atenção especial deve ser dada à decisão de voltar ao trabalho. É importante avaliar se a empresa ou a instituição oferece programa de retorno ao trabalho e que respeite suas eventuais limitações, evitando a exclusão do trabalhador no seu local de trabalho.

Como foi destacado anteriormente, antes da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde não era um direito constitucional e nem um princípio universal. Apesar da rede pública de serviços de saúde disponibilizar atendimento a todos os trabalhadores, um modelo alternativo de atenção à saúde do trabalhador, sob a denominação de Programa de Saúde do Trabalhador, busca construir uma atenção diferenciada para os trabalhadores e um sistema de vigilância em saúde, com a participação dos trabalhadores.

Com a instituição do SUS (Sistema Único de Saúde), o Estado deve garantir através de políticas econômicas e sociais o acesso aos serviços de saúde a todo e qualquer cidadão indiscriminadamente e independentemente de sua raça, sexo ou condição material. Portanto, ações de saúde passam a ser atribuições do gestor municipal pactuado com os demais municípios de sua jurisdição estadual. As ações de saúde compreendem a promoção de saúde, a prevenção de acidentes e doenças no trabalho, a sua assistência e reabilitação.

De acordo com o Ministério (2001) no que diz respeito aos programas e serviços que desenvolvem ações especializadas em Saúde do Trabalhador existem no Brasil cerca de 150 programas, centros de referência, serviços, núcleos ou

coordenações que funcionam com graus variados de competência, organização, recursos e práticas de atuação

Uma das formas de prestar assistência ao trabalhador é por meio da implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Entretanto, há muitas dificuldades para articular as estratégias de implantação dentre as quais podemos destacar: falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais do sistema com a temática da saúde-doença relacionada ao trabalho o que leva à crônica incapacidade técnica para o diagnóstico e o estabelecimento da relação das doenças com o trabalho; deficiência de recursos materiais para o diagnóstico; não reconhecimento das atribuições do SUS no tocante às ações em vigilância dos ambientes de trabalho; pouca participação dos trabalhadores; falta integração entre técnicos de saúde e trabalhadores para a compreensão da complexidade da situação de saúde do trabalhador em conjunturas e espaços específicos e, a partir daí, traçar estratégias comuns para superar as dificuldades; indefinição de mecanismos claros e duradouros para o financiamento de ações em saúde do trabalhador.

Apesar das dificuldades apontadas acima para a implantação e manutenção de serviços voltados para a saúde do trabalhador, a humanização da atenção na gestão SUS torna-se uma prioridade, o que leva o Ministério da Saúde a implementar a Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo o Ministério (CLINICA AMPLIADA, 2007), ao direcionarem-se estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada. Com essa proposta, os serviços de saúde tendem a aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença, e incorporar o conhecimento acerca da situação de exclusão em que vivem seus usuários, em função das desigualdades sociais que ainda existem no país.

Dessa forma, não são poucas as situações em que o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. Algumas dessas dominações podem passar despercebidas, como é o caso das relações de gênero; as doenças relacionadas com o trabalho (LER/DORT) causadas pela super

exploração, pelas condições de trabalho inadequadas ou por formas de gestão autoritárias também são exemplos. Neste aspecto, o SUS representou uma nova etapa na construção da cidadania do País, pois o respeito à saúde deve contemplar todos os cidadãos, também na sua condição de trabalhadores (MAENO & CARMO, 2005).

Com isso, a prevenção de acidentes de trabalho e das doenças causadas pela sobrecarga no trabalho ou originárias do exercício profissional não devem restringir-se apenas aos aspectos físicos do trabalho, tais como, condições ambientais, máquinas, substâncias tóxicas, etc.

Atualmente está surgindo a preocupação com os aspectos emocionais envolvidos com o trabalho. A dimensão emocional do trabalho é importante porque emoções não identificadas podem ser somatizadas, pois este conflito, quando não elaborado na mente, pode drenar-se para o corpo (DURAND, 2000) (DEJOURS, 1992).

O trabalho pode ser considerado como fonte de prazer, satisfação e possibilidade de ascensão social ou também como prestação de serviços à sociedade. Por outro lado, apesar da escravidão ter sido abolida oficialmente na maioria dos continentes, ela ainda pode ser vivida em alguns territórios não muito distantes de nossa casa. Para muitos, o trabalho pode ser sinônimo de escravidão, exploração e sofrimento.

Independentemente da compreensão pessoal que se possa ter acerca do trabalho, é ele quem garante ao ser humano a sua inserção no mundo da cultura e da civilização. Acena também para a possibilidade da conquista de uma identidade social para o sujeito, para o seu reconhecimento social e para a possibilidade da conquista de sua independência e de sua maturidade emocional.

Trabalhar é inscrever-se no tecido social por mediação de uma práxis, aceitando a ordem simbólica que o constituir. Trabalhar é disciplinar-se, é abrir mão da onipotência e da arrogância primitivas, é poder assumir os valores da cultura com a qual, pelo trabalho, nos articulamos organicamente (PELLEGRINO, 1987, p.202).

O exercício de uma atividade profissional leva o indivíduo a fazer parte da vida em sociedade, como membro da cultura. Mas para ser aceito pela sociedade é necessário que renuncie ao princípio do prazer e passe a viver sob a égide do

princípio de realidade. Ao optar por um trabalho, revive o complexo edípico. Só que então, o intercessor não é mais o pai, mas sim a cultura. É a aceitação de um trabalho que irá viabilizar a concretização do pacto social e este definirá o tipo de relação que o indivíduo estabelecerá com o meio em que vive.

Ofereço à sociedade minha competência e minha renúncia ao princípio do prazer, sob forma do meu trabalho [...] a renúncia edípica prefigura e torna possível a renúncia posterior, exigida pelo trabalho (PELLEGRINO, 1987, p. 202).

As renúncias pulsionais iniciam-se na infância com a vivência do complexo edípico e são novamente reeditadas no momento em que o indivíduo ingressa no mundo do trabalho. As relações que a criança estabelece com os seus progenitores produzem impressões e deixam marcas em seu psiquismo, que a acompanharão por toda a sua existência. Segundo Dejours (1992), a criança é sensível ao sofrimento psíquico que seus pais vivenciam no trabalho, podendo chegar a confundir-se e fundir-se a eles em suas angústias infantis, por meio deste sofrimento. A qualidade destas vivências é que determinará o tipo de relacionamento que o indivíduo estabelecerá com o mundo externo. Estas impressões podem ser revividas no trabalho por ocasião do sofrimento produzido por ele. É nas relações de trabalho que pode ser possível articular o encontro de sua história pregressa com as situações de conflito geradas no trabalho.

Na tentativa de evitar o desprazer e afastar o sofrimento psíquico advindo do meio externo, o aparelho psíquico investe no trabalho por meio do processo de sublimação.

Laplanche e Pontalis definem sublimação como:

Processo postulado por Freud para explicar actividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Freud descreveu como actividades de sublimação principalmente a actividade artística e a investigação intelectual. Diz-se que a pulsão é sublimada na medida em que é derivada para um novo alvo não sexual ou para objectos socialmente valorizados”(LAPLANCHE & PONTALIS, 1988, p.638).

Entretanto, este processo não é totalmente eficiente e, por isso, não elimina completamente a tensão. Isoladamente as atividades artísticas ou intelectuais, não impedem o sofrimento; traz apenas um alento, o que faz com que o sujeito tenha de buscar outros meios socialmente reconhecidos para aliviar a sua tensão. Esta parcela que não é satisfeita pela sublimação pode ser transformada em produção laborativa e é por meio desta atividade que o indivíduo almeja o reconhecimento pessoal; esse fator contribui para a construção de sua identidade.

Dejours (1992) também identifica outro processo que é de fundamental importância para que ocorra a identificação do sujeito com a organização laborativa. Trata-se de um processo denominado ressonância simbólica.

Ressonância simbólica é o espaço de articulação e encontro entre a história do indivíduo, que foi construída ao longo de sua existência, a organização do trabalho e a realidade social. Se o encontro entre a história pessoal e a realidade do trabalho é celebrado harmonicamente, podemos dizer que houve um encontro saudável com o trabalho. Então, este processo pode gerar prazer, reconhecimento e contribuir para a construção de uma identidade positiva do sujeito. Aliás, a busca pelo reconhecimento por parte do outro contribui para a construção do próprio ser humano, bem como lhe confere recompensa social pela sublimação e contribui para a preservação sua saúde física e psíquica.

Quando o indivíduo, apesar das dificuldades advindas do seu trabalho sente-se capaz de executá-lo e conciliar os seus desejos e as necessidades organizacionais, então o trabalho adquire um sentido positivo. Esse processo foi denominado por Dejours (1992) de sofrimento criativo.

A sociedade impõe regras e restrições ao homem, que, a todo instante, para minimizar o sofrimento e possibilitar o convívio social, vê-se obrigado a ajustar os seus relacionamentos mútuos e controlar os seus impulsos através de renúncias. É na luta entre o sofrimento criativo e o patológico que o exercício profissional desenvolve-se e é neste cenário que o homem busca a sua satisfação, reconhecimento, realizações e a construção de sua identidade. Freud (1996 (1930{1929})), em *O Mal-Estar na Civilização*, defende que as possibilidades de

felicidade são apenas momentâneas e são determinadas pela própria constituição psíquica:

[...] existem muitos caminhos que podem levar à felicidade passível de ser atingida pelos homens, mas nenhum que o faça com toda segurança [...] se não podemos afastar todo o sofrimento, podemos afastar um pouco dele e mitigar outro tanto [...] quando consideramos o quanto fomos malsucedidos exatamente nesse campo de prevenção do sofrimento, surge em nós a suspeita de que também aqui é possível fazer, por trás desse fato, uma parcela de natureza inquestionável - dessa vez, uma parcela de nossa própria constituição psíquica [...] (FREUD, 1996 (1930{1929})), p. 92-3).

Se a felicidade é algo meramente subjetivo (FREUD, 1996 (1930{1929})), cabe, então, ao ser humano buscar alento para as suas frustrações nos relacionamentos interpessoais que estabelece dentro da sociedade. Entretanto é justamente a civilização, na qual ele participa que tenta manter sob controle a expressão da agressividade de um indivíduo.

A vida em sociedade requer renúncias, escolhas e frustrações e em determinados momentos diante de emoções intensas, o indivíduo não consegue expressar-se pela via da palavra então, pode haver respostas somáticas como defesas contra o sofrimento psíquico.

Eva, Vilaro & Kubo (1994) apontam que um dos motivos pelos quais a Psicossomática Psicanalítica de P. Marty (1918-1993) afastou-se da Psicanálise é porque os psicanalistas da época ocupavam-se exclusivamente do mundo psíquico e, desta forma, desprezavam o corpo e as relações que se estabelecem com o outro e com o meio em que vive.

Entretanto, os psicanalistas acima citados defendem que apesar de circunscrever o trabalho analítico às experiências emocionais da pessoa, os seguidores de Marty ocupam-se da personalidade do paciente, a qual seria a causa dos sintomas e das doenças. Para Bezerra (apud TAVARES, 2004), o homem não nasce sujeito, ele se torna sujeito a partir das trocas que estabelece com os seus pares, da mesma forma que na constituição de sua subjetividade, estão implicados

elementos que são universais, que aparecem na experiência de indivíduos pertencentes a qualquer cultura.

Dessa forma, é possível notar a importância que as experiências infantis e as relações que se estabelecem no seio familiar adquirem para a formação do indivíduo e o quanto esta herança psíquica interfere na vivência profissional deste sujeito. Entretanto, também é impossível negar que há causas sociais e culturais que condicionam e interferem na constituição da subjetividade do homem no mundo do trabalho; ou seja, as dificuldades que emergem no âmbito do trabalho não podem ser atribuídas meramente a dificuldades subjetivas de lidar com conflitos emocionais, mas podem ser expressão de um determinado contexto social ou até mesmo de uma cultura.

Aspectos emocionais relacionados ao trabalho têm sido levados em consideração quando do adoecimento do sujeito, uma vez que emoções que não têm uma via adequada de expressão podem ser somatizadas, ou seja, o corpo torna-se palco para os conflitos emocionais, os quais podem ocasionar o afastamento do trabalho. Aspectos emocionais que permanecem inconscientes podem interferir na eclosão de uma doença orgânica e no curso de seu desenvolvimento.

A psicanálise e a psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall podem constituir uma ferramenta importante para articular o conhecimento médico à prática clínica e o sofrimento humano advindo de sua trajetória de vida. Dessa forma, podem fornecer-nos subsídios importantes para a compreensão da cultura e das formulações psicopatológicas de cada época.

Buscamos através deste estudo, entender como se processa o funcionamento do psiquismo humano e, a partir dessa compreensão, tentar vislumbrar outras formas de engendrar possibilidades de escuta do sofrimento psíquico para que, a partir dessa reflexão sobre o adoecimento no trabalho, seja possível restituir ao outro, novas possibilidades de expressar o sofrimento mental.

Entendemos que o trabalho faz parte da vida do homem e tal é a sua importância que ocupa não apenas algumas horas de seu dia como também tende a organizar a sua existência e auxilia na constituição de sua identidade pessoal,

profissional e na construção de sua subjetividade. O trabalho também possibilita ao homem participar e organizar a sua vida em sociedade.

O exercício profissional, por vezes, pode ocasionar um desgaste à saúde mental e física do trabalhador e que em alguns casos pode refletir no adoecimento corpóreo do indivíduo.

Atualmente, estudos sobre a relação entre o ambiente de trabalho e as tarefas organizacionais e os casos de adoecimento e de perda da sanidade mental – que por vezes até levam à morte – possibilitam um novo olhar sobre as questões da saúde e do trabalho (FRANÇA, 2007).

O fato é que, vez ou outra, todos nós somatizamos. Aliás, essas manifestações somáticas são as formas habituais de defesa e, diga-se de passagem, são muito freqüentes como modalidade de resposta psíquica diante de um conflito mental.

Desde o nascimento, o aparelho mental teve de desenvolver formas para aliviar a descarga da tensão e obter o equilíbrio pulsional diante das situações de angústia e frustração do cotidiano.

O problema é que alguns indivíduos encontram na somatização a forma habitual de reação frente a todo e qualquer evento que envolva um aumento de tensão psíquica. Evidentemente, cada ser humano possui sua maneira de defender-se dos conflitos afetivos bem como tem um limiar para suportar as tensões provenientes do mundo interno ou do externo.

Algumas saídas encontradas pelo aparelho psíquico podem ser saídas criativas apesar do conflito; outras serão soluções por via somática, uma vez que não foi possível elaborar mentalmente a vivência conflitiva. É o sofrimento que não é possível nomeá-lo através da palavra ou conforme define McDougall (1996), é o sofrimento sem palavras.

A expressão psicossomática do conflito psíquico é o horizonte último desses atos que tomam o lugar do imaginário e da capacidade de sentir; é a regressão mais profunda e primária do ser. O corpo se transforma em um campo de batalha, como se a luta aí travada exigisse esse preço para ser ouvida “[...] as

manifestações psicossomáticas são silenciosas até sua eclosão ruidosa no corpo [...], elas são verdadeiros emissários da pulsão de morte” (McDOUGALL,1994).

Reiteramos que, para subsidiar nossas reflexões, nos apoiaremos nos referenciais teóricos da psicanálise e na psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall, que acreditamos ser útil nesta busca de produção de novas significações para o adoecimento do sujeito no trabalho mediante a compreensão da complexidade do adoecer do ser humano e de suas formas de expressão.

Um dos caminhos pelos quais é possível ao homem compreender a cultura e interferir nas formulações psicopatológicas de cada época é através do reposicionamento dos sujeitos frente à doença, à cultura, enfim, perante a vida.

É possível afirmar que a dualidade pulsional é inerente ao ser humano. Entretanto há algumas situações em que o aparelho psíquico não consegue administrar este conflito, podendo culminar na formação de um processo patogênico denominado sintoma. O organismo encontra na via somática uma forma de escoamento dos conflitos e tensões originárias do mundo interno.

Apesar de compreender que as experiências infantis são importantes para a formação do ser humano e que o fator da experiência emocional pode interferir na avaliação de seu estado de saúde e em seus modos de ser, agir e estar no mundo, aspectos relacionados à organização do trabalho, dos modos de execução e ao ambiente do trabalho também devem ser levados em consideração, quando analisadas as enfermidades decorrentes do trabalho.

Um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) revela que em todo o mundo 160 milhões de pessoas sofrem dos males associados ao trabalho. Pelo menos 2,2 milhões de indivíduos morrem por ano em decorrência de doenças laborais e de acidentes provocados pelas más condições de trabalho. Entre as enfermidades estão os transtornos mentais (como depressão, ansiedade e síndrome do pânico), distúrbios osteomusculares (caso da Lesão por Esforço Repetitivo, a LER), cardiopatias, dores crônicas e problemas circulatórios. As categorias mais afetadas são a dos bancários, professores, profissionais de telemarketing e do comércio, motoristas de ônibus, controladores de voo e trabalhadores da saúde. Por outro lado, de acordo com a OIT, no Brasil, 3,5% do PIB (Produto Interno

Bruto) são gastos anualmente com as doenças relacionadas com o trabalho e com acidentes de trabalho. De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social cerca de 140 mil trabalhadores ficaram fora de seus empregos por mais de 15 dias consecutivos em função de doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho (REVISTA PSICOLOGIA-CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2007).

Pesquisas realizadas pelo King's College de Londres revelam que é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de depressão e ansiedade causadas pela alta pressão no trabalho. De acordo com estes dados acima, os números são alarmantes e, portanto, além de pensar as interferências do psiquismo no adoecimento do trabalhador, também devem ser objetos de investigação desta pesquisa as condições de trabalho, questões de segurança ao desempenhar determinados tipos de serviço, a exposição a situações de risco de estresse no desempenho das atividades laborativas, o papel do profissional da psicologia no acolhimento desses profissionais que adoeceram e os serviços especializados para atender a essa demanda.

Dentro das políticas públicas voltadas para a área da saúde, a Saúde do Trabalhador representou um avanço na área do conhecimento científico e pode ser considerada uma nova forma de olhar e de explicar as relações que se estabelecem entre os processos saúde-doença, dentro os quais se incluem o adoecimento e a morte de trabalhadores, a partir do estudo das relações que se estabelecem com os processos de trabalho. Entretanto, cumpre-nos questionar os serviços especializados existentes que prestam atendimento em saúde do trabalhador e que participam da reabilitação dos trabalhadores vítimas de agravos relacionados ao trabalho e as ações em vigilância na área da saúde; com o objetivo de contribuir para a continuidade e a qualidade da prestação de serviços neste setor. Ao mesmo tempo, deve-se cuidar para que os casos de adoecimento no trabalho sejam devidamente diagnosticados e notificados para que continuem a alimentar os bancos de dados, propiciando o desenvolvimento de pesquisas científicas na área.

Outro fator que deveria ser objeto de nossos questionamentos e inquietações diz respeito a como o profissional da área da Psicologia poderia contribuir para a humanização do trabalho, atuar na prevenção e promoção da

saúde mental do trabalhador. Poderia ainda ser objeto de investigação a possibilidade de execução e o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria das condições dos processos de trabalho, que geram ansiedade e competitividade e sobre as condições de segurança nos ambientes de trabalho para a redução das doenças e dos acidentes de trabalho.

Por último, mas não menos importante, poderíamos tentar propor, a partir deste trabalho, outras diretrizes que possam contribuir para o campo da saúde do trabalhador, e postular linhas de intervenção psicossociais para a população, e, com isso, talvez seja possível posteriormente, em nível de saúde pública, abrir um espaço para que se discutam as condições de trabalho, haja vista que sempre se interfere nos funcionários e dificilmente no trabalho.

Assim, o presente estudo tem por objetivo principal compreender a relação existente entre a constituição do mundo psíquico do indivíduo, ou seja, a formação da mente humana e a ocorrência da doença relacionada com o trabalho, que é aquela decorrente do exercício profissional do trabalhador.

Pretende-se, a partir desta compreensão, tentar vislumbrar outras formas de engendrar possibilidades de escuta do sofrimento psíquico para que seja possível restituir ao outro, novas possibilidades de expressão do sofrimento mental decorrentes do exercício profissional.

E como objetivos específicos procuram-se investigar se a formação inicial da mente humana, que é subjetiva e inconsciente, interfere na escolha da forma pela qual um indivíduo reage diante do sofrimento advindo do trabalho e compreender os fatores objetivos e subjetivos que podem estar implicados no adoecimento do ser humano no trabalho.

Para alcançar estes objetivos optou-se por examinar mais detalhadamente alguns aspectos da vida dos entrevistados, a saber: a infância; a adolescência; o encontro com o trabalho; a percepção do adoecimento; se o adoecimento chegou a afetar a vida pessoal ou o desempenho no trabalho; se o entrevistado consegue estabelecer alguma relação entre a sua doença atual e o seu modo de agir diante de situações de conflito.

Apresentar esta proposta de pesquisa, não significa privilegiar uma determinada dimensão do trabalho em detrimento de qualquer outra, pois, sabe-se que o campo das doenças relacionadas ao trabalho é assunto fecundo e complexo. A etiologia das doenças relacionadas ao trabalho tem origem multifatorial que envolve vários aspectos da constituição subjetiva do ser humano (como a dimensão social, orgânica, emocional, etc) e o trabalhador pode sofrer prejuízos em sua saúde devido à relação que estabelece com o seu trabalho.

Este percurso teórico de investigação é apenas uma maneira possível de olhar os dados coletados e de consolidá-los, configurando-se, portanto, somente como uma estratégia metodológica que tem o intuito de ampliar o campo de visão desta questão, obter uma compreensão detalhada de determinados aspectos da constituição do psiquismo humano considerados de maior relevância sob a ótica do referencial teórico adotado e dessa forma, tornar possível a investigação do psiquismo e sua relação com o adoecimento no trabalho.

Para alcançar os objetivos ora propostos é necessário estabelecer parâmetros para a coleta e a análise de dados. É um estudo de caso, e a metodologia adotada baseia-se principalmente nas formulações do referencial teórico da psicanálise. A opção por este enfoque dá-se enquanto um caminho metodológico que nos proporcionará uma forma de escuta aberta a novas codificações e que levaria a uma via de acesso ao psiquismo humano.

O presente estudo está baseado no método clínico, pois utiliza - se de recursos clínicos de uma relação para obter dados do comportamento do entrevistado no decorrer da entrevista. Para Bleger (1989) este comportamento inclui o que recolhemos aplicando a nossa função de escutar, observar e de vivenciar a vida de uma pessoa à medida que se observam, investigam e pesquisam os fenômenos psíquicos e as várias áreas do comportamento do entrevistado.

Dentro do método clínico, a forma de estabelecer as constantes que levam à comparação da eficácia deste método se faz via estabelecimento do “*setting*” ou moldura da análise, sobre a qual Herrmann (1991) explicita a importância de não se transformar no próprio objeto de análise, deixando para segundo plano

justamente a constituição psíquica do paciente que se faz presente para que este processo ocorra. Com outras palavras, Bleger (1989) refere que o campo da relação interpessoal é predominantemente estabelecido e configurado pelo entrevistado e que deve haver um enquadramento rígido que consiste em transformar um conjunto de variáveis em constantes da observação, tais como a atitude técnica e o papel do entrevistador, os objetivos, o lugar e o tempo da entrevista. Este enquadramento funciona como uma padronização do contexto para que estes não entrem em ambigüidade, sob pena de que a observação não se transforme em algo caótico do qual não é possível extrair conclusões válidas (GARCIA, 2002).

O método clínico permite que haja o entrelaçamento entre objetividade e subjetividade, demonstrando que o próprio processo de investigação mobiliza e modifica tanto o objeto de estudo quanto o investigador, possibilitando, assim, a compreensão e a reflexão acerca do fenômeno.

A entrevista psicológica é um instrumento de investigação tem diversos usos e finalidades, de acordo com a área de atuação profissional do entrevistador e com os objetivos. Aqui nos interessa a entrevista psicológica, em que se buscam objetivos psicológicos.

De acordo com Bleger (1989), a entrevista enquanto técnica tem os seus próprios procedimentos e métodos em que são aplicados conhecimentos científicos, sendo considerado o ponto de intersecção entre ciência e necessidades práticas. Esse aspecto da entrevista faz coexistir na figura do entrevistador – o psicólogo- as funções de investigador e de profissional.

Assim, a entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém a possibilidade de levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica. Para alcançar estes objetivos, é necessário que se estabeleça um campo particular no qual se estabelecerá um enquadramento que funciona como uma espécie de padronização da situação de estímulo que oferecemos ao entrevistado, para que deixe de funcionar como variável para ele.

A partir do enquadramento de suas técnicas e métodos a entrevista, tem a função de observar dados sobre a história do paciente que ele mesmo desconhece. Então, é através da relação estabelecida – a relação transferencial – que se torna possível o conhecimento do conteúdo que emerge através do comportamento não-verbal (GARCIA, 2002).

Entre as diferentes formas de entrevista, optamos pela entrevista semidirigida pelo fato de que esta modalidade de investigação permite que, a partir de um pré-estabelecido roteiro de questões, o entrevistado desfrute liberdade para expor as suas idéias e, assim, o entrevistador pode conhecer exhaustivamente o entrevistado e, a partir disso, formular hipóteses e interpretar com mais precisão os dados coletados.

Para alcançar a finalidade da presente pesquisa, que era compreender a relação existente entre a constituição do mundo psíquico do indivíduo, isto é, a formação da mente humana e a ocorrência de uma doença decorrente do exercício profissional do trabalhador, foi elaborado um roteiro semi-estruturado de entrevista (Anexo 3).

Vale ressaltar que é necessário ao entrevistador ter flexibilidade suficiente para permitir que o entrevistado, na medida do possível, configure o campo da entrevista segundo a sua estrutura psicológica, ou seja, o desenvolvimento da entrevista e a interação entre ambos dependem das características de personalidade do entrevistado. Assim, a elaboração de um roteiro semi-estruturado pode permitir uma melhor comparação sistemática dos dados coletados durante o processo de análise realizado pelo entrevistador.

Esse processo que se utiliza da entrevista como instrumento técnico de observação e compreensão é acompanhado por dois fenômenos fundamentais: a transferência e a contratransferência. A transferência é um fenômeno inconsciente, em que os impulsos, os sentimentos e as defesas referentes ao passado de uma pessoa são transportados para outra pessoa, do presente. É uma atualização de experiências e sentimentos vividos no passado. É, portanto, uma repetição de relação objetal antiga em que o entrevistado designa papéis ao entrevistado e este deve se comportar em função destes.

A contratransferência são as respostas do entrevistador às manifestações do entrevistado, e o efeito que estas têm sobre ele (BLEGER, 1989). As respostas contratransferenciais são específicas da personalidade do entrevistador e podem ser de grande valia para orientar o entrevistador no estudo que realiza. Este fenômeno pode não ser tão prejudicial se for reconhecido pelo psicólogo, que posteriormente poderá utilizar como um dado diagnóstico.

A situação de entrevista pode significar uma experiência nova tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador e implica no estabelecimento de um vínculo transferencial. Nesse interjogo, são tarefas específicas do psicólogo integrar os elementos e correlacionar os dados na totalidade do processo.

Os participantes do presente estudo são quatro pessoas com indicação de doenças relacionadas com o trabalho, sendo dois deles do gênero feminino e dois do gênero masculino. A faixa etária variou dos trinta aos cinquenta e cinco anos. No que se refere ao estado civil, dois são casados, um é solteiro e um é divorciado. Todos os participantes da pesquisa residem em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Quanto à formação escolar, um dos participantes possui curso superior, um, ensino médio completo e dois além do ensino médio possuem curso profissionalizante nas respectivas áreas de atuação.

Os critérios de inclusão dos participantes foram definidos em função de alguns aspectos, a saber: ser portador de alguma doença relacionada ao trabalho; estar em acompanhamento médico e vinculado à Clínica de Medicina do Trabalho; ter sido indicado pelo médico do trabalho para participar da pesquisa; concordar em participar da pesquisa, formalizando sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Aline, Regina, Pedro e Ed Carlos serão os nomes fictícios pelos quais designaremos os participantes entrevistados.

Aline, 30 anos, casada; curso superior de Administração de Empresas. Foi admitida na empresa há treze anos e estava havia sete anos, afastada. Exercia a função de auxiliar administrativo e de acordo com seu relato desempenhava as

seguintes funções: organização do setor de faturamento e a digitação de todos os procedimentos realizados pelos funcionários da empresa.¹

Teve diagnóstico de Ler (Lesão por esforço repetitivo). Apresenta dores intensas nos braços tendo os movimentos dos músculos prejudicados. Há a indicação do médico do trabalho para aposentadoria por invalidez.

Regina, 45 anos, solteira, ensino médio completo, trabalhou na empresa durante vinte e dois anos e está afastada há seis anos. Desempenhava funções de auxiliar de tesouraria. Trabalhava no escritório da empresa e descreve as atribuições de suas funções como: realizar os cadastros de funcionários, fornecedores, contas a pagar e a receber. Teve diagnóstico de estresse pós-traumático e depressão psicótica grave.

Pedro: 55 anos, casado, cursou o ensino médio completo e tem curso profissionalizante na área de atuação. Trabalhou na empresa por vinte anos, como técnico em telefonia. Sua função era consertar as centrais telefônicas. Ao testar o parêlo de uma central, este estourou seus tímpanos e como consequência houve ruptura do tímpano com perda total da audição do ouvido esquerdo. Depois apresentou quadro de hipertensão arterial e depressão.

Ed Carlos: 36 anos, separado, fez curso técnico de enfermagem com especialização em enfermagem do trabalho. Estava havia dez anos trabalhando na empresa quando foi demitido. Durante o exercício de sua função caiu e fraturou a coluna com luxações em várias partes do corpo. Desenvolveu alteração da pele, conhecida como psoríase.

Os participantes da pesquisa estão afastados do trabalho, sendo que dois dos entrevistados aguardam avaliação da perícia médica do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) para aposentadoria.

A busca pelos participantes da pesquisa deu-se a partir do levantamento das fichas cadastrais dos Arquivos do Consultório de Medicina do Trabalho. A

¹ A descrição do cargo e de suas funções, assim como todos os outros dados, foi fornecida pela entrevistada. Nesta entrevista e nas demais, não houve verificação da veracidade das informações fornecidas.

opção por este local deve-se ao fato de que as perícias médicas são realizadas nesse local. Estes pacientes foram indicados e selecionados pelo médico do trabalho responsável pelo acompanhamento médico de seus casos.

Após o levantamento nas fichas cadastrais do consultório da referida Clínica, realizado pelo médico. Dr. C., sua secretária realizou o primeiro contato, via telefone, notificando os pacientes sobre a indicação do médico e convidando-os para colaborarem na referida pesquisa. Após o aceite do paciente, a secretária do consultório estabeleceu contato com a pesquisadora, deixando à sua disposição para a consulta os prontuários de consulta médica destes pacientes. Nenhum deles recusou-se a colaborar no presente estudo. Entretanto, dois dos entrevistados não atenderam as ligações telefônicas da pesquisadora. Foi necessária a intervenção do médico no sentido de tranquilizá-los e assegurar que a pesquisadora não era funcionária do INSS, que era alguém de sua confiança e que, portanto, não lhes faria “mal” algum. Curiosamente, ocorreu que com um dos participantes, a entrevistadora ligou três vezes para o celular dele, que não atendeu. Em seguida, ligou para a clínica para confirmar o telefone e solicitou que se possível, entrassem em contato com ele, reassegurando-o de que a pesquisadora não oferecia risco para ele ou para a sua saúde, e caso quisesse, poderia não participar da referida pesquisa. No instante seguinte, o participante da pesquisa entra em contato com a pesquisadora pede desculpas por não ter atendido as ligações, pois não conhecia aquele número de telefone registrado em seu aparelho. Explicou que temia que fosse algum “espião”. Esclarecidas as dúvidas e após breve exposição sobre a pesquisa, marcou-se a data da primeira entrevista.

Assim, os participantes da pesquisa foram entrevistados individualmente em uma sala dentro do referido consultório, com instalações que garantiam boa acomodação e a segurança necessária, assim como iluminação, ventilação e mobília adequadas para a realização das entrevistas dentro dos aspectos básicos recomendados pela Resolução 196/96-CNS (Conselho Nacional de Saúde).

Antes do início das entrevistas, a pesquisadora estabeleceu um contato telefônico com os entrevistados, fornecendo esclarecimentos sobre o trabalho e

solicitando a participação dos mesmos. Após manifestação de interesse dos entrevistados, agendou-se a primeira entrevista individual com cada participante.

No dia marcado, a pesquisadora estabeleceu o “rapport” com os participantes fornecendo as informações e os esclarecimentos necessários acerca dos procedimentos concernentes à pesquisa. Este procedimento deu-se da seguinte maneira:

“Meu nome é Fatima; eu sou psicóloga e estou realizando uma pesquisa com pessoas que tiveram um diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho, ou seja, adoeceram em função do exercício profissional. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNESP/Assis. Através desta pesquisa, eu gostaria de saber se o adoecimento no trabalho tem alguma relação com a formação da mente humana, com as experiências que a pessoa teve durante a infância e o modo pelo qual foi criada e o contato que estabeleceu com o trabalho. Ao final da pesquisa, gostaria de poder propor algumas diretrizes que possam contribuir para melhorar a assistência a estas pessoas que adoeceram trabalhando. Caso você queira e aceite participar desta pesquisa, daremos início às entrevistas”.

Todas as pessoas convidadas a participar da pesquisa formalizaram a anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Inicialmente, combinou-se com cada participante, duas entrevistas com aproximadamente duas horas de duração cada, realizadas em dias e horários previamente combinados. Caso houvesse necessidade, outra entrevista poderia ser agendada, com o que concordaram os entrevistados.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio mediante consentimento prévio dos participantes. Todos os participantes da pesquisa demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa, e apresentaram-se com grande emotividade acompanhada de choro durante a entrevista, em vários momentos

Em um dos casos, as entrevistas foram realizadas na residência da entrevistada. A opção por tal procedimento deu-se em função da solicitação da entrevistada por estar com um bebê recém-nascido, que estava sendo amamentado, sem horários pré-estabelecidos para o sono e a amamentação. Neste

caso, as entrevistas foram interrompidas algumas vezes, segundo a necessidade de amamentação do bebê.

As entrevistas com os participantes da referida pesquisa foram realizadas no período de 11 de abril a 10 de maio de 2008. Foram realizadas duas entrevistas de cerca de duas horas de duração com cada participante. Vale destacar que as entrevistas ocorreram em períodos e dias distintos, de acordo com a disponibilidade de horário dos entrevistados. Com um dos sujeitos (gênero masculino), foram realizadas três entrevistas em função da solicitação do participante, em virtude de seu desejo de colaborar e pela quantidade de informações fornecidas.

Um dos entrevistados (gênero masculino) fez questão de destacar que, se pudesse, não participaria da entrevista. No entanto, declarou que veio porque a médica pediu e sentiu confiança na pessoa da entrevistadora, não tem ultimamente vontade de fazer nada. Aliás, disse textualmente que tentou várias vezes suicidar-se e que continuava a pensar nesse assunto.

A entrevista iniciou-se de forma que ambos estivessem sentados frente a frente, sendo conduzidos a partir de um roteiro semi-estruturado (Anexo 3) de perguntas previamente elaborado. A maioria dos colaboradores demonstrou tranqüilidade e confiança na situação de entrevista, de forma que puderam falar abertamente sobre sua vida, seu histórico profissional, seu adoecimento, inclusive os problemas pessoais e familiares advindos do adoecimento no trabalho.

Na segunda entrevista realizada com os participantes, continuou na seqüência do roteiro semi-estruturado até esgotar os temas propostos. É importante destacar que, ao final deste processo, os participantes da pesquisa foram informados de que poderiam contar com um atendimento psicológico focal, a ser realizado pela própria entrevistadora, ou ainda, serem encaminhados para os serviços de atendimento psicológico credenciados pela rede SUS caso houvesse algum mal-estar psíquico suscitado pela coleta de dados. Caso fosse solicitado, seria agendado um horário de comum acordo entre ambos, com o objetivo específico de acolher a angústia e, se necessário, realizar os devidos encaminhamentos.

Um dos participantes (gênero feminino), após encerrado o período de entrevistas, solicitou um horário com a entrevistadora para conversar. Não se sentia muito bem de saúde e gostaria de poder conversar com algum profissional. Escolheu a entrevistadora da referida pesquisa por sentir-se acolhida e compreendida em suas dificuldades. Também a escolheu pela carência de profissionais no mercado de trabalho que lidam com “esse tipo de problema”. Vale ressaltar que constava do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, em virtude de qualquer incômodo decorrente da situação de entrevista, o entrevistado deveria sentir-se a vontade para solicitar uma nova entrevista com a pesquisadora.

Foram utilizados nomes fictícios com o objetivo de preservar a identidade dos mesmos.

Ao final da última entrevista o entrevistado foi deixado livre para acrescentar informações ou outros dados que considerasse importante.

A análise foi efetuada observando-se os seguintes passos:

Inicialmente, as entrevistas psicológicas realizadas com os participantes foram todas transcritas literalmente e na íntegra pela própria pesquisadora. Alguns fragmentos de entrevistas foram selecionados na análise de dados.

Esse material foi então submetido uma leitura psicanalítica pautada nos pressupostos teóricos apresentados anteriormente para captar o sentido global de cada um dos participantes e, posteriormente, uma releitura, explorando o material através da utilização da psicanálise e da psicossomática psicanalítica no tocante aos aspectos relacionados à constituição do psiquismo fornecendo as bases para a análise de como as primeiras relações entre a díade mãe-bebê contribui para a estabilidade emocional da criança e a forma pela qual influenciam os modos de ser e agir de uma pessoa. Os referidos autores também nos fornecem referências importantes ao propor a forma pela qual o corpo torna-se via de expressão somática no momento em que as experiências emocionais não puderam ser incluídas nas cadeias simbólicas da linguagem.

Segundo pôde-se apurar quanto à relação entre o psiquismo e o adoecimento, as experiências laborativas dos genitores interferem e influenciam

as da criança e a repercussão na constituição da subjetividade humana que pode assimilá-las e registrá-las como sendo suas e, assim, transportá-las para o seu trabalho.

O trabalho encontra-se articulado em uma introdução, três capítulos e uma conclusão.

Na Introdução realiza-se a apresentação do tema, a sua justificativa, os objetivos do trabalho e a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

O Capítulo Primeiro trata de conceituar o modo pelo qual é constituído o mundo psíquico do ser humano.

No Capítulo Segundo são abordados os fundamentos teóricos da Psicossomática Psicanalítica.

A apresentação e a análise dos dados coletados são desenvolvidas no Capítulo Terceiro.

Por fim, a dissertação encerra-se com uma Síntese Conclusiva, na qual será elaborada a relação entre os dados coletados, a constituição do psiquismo e as relações com o trabalho.

Capítulo Primeiro

A CONSTITUIÇÃO DO MUNDO PSÍQUICO

1. Conceitos Fundamentais

A Psicanálise e a Psicossomática estão entrelaçadas historicamente através de temáticas relacionadas ao corpo.

Mesmo que Freud nunca tenha tido a intenção de desenvolver uma teoria psicossomática, o referido autor é considerado por alguns teóricos como Dejours (1988); Mello Franco (1998); Aisenstein (1994) e Eksterman (1994) como um dos precursores mais influentes nesta área.

Freud (1905), ao examinar o caso Dora e propor um estudo sobre a histeria a partir da confluência dos componentes somáticos e psíquicos envolvidos na doença, utiliza-se da diferenciação anteriormente proposta entre psiconeurose e neurose atual e introduz o conceito de complacência somática. Dentro desse conceito, não é um órgão mas o próprio corpo que é escolhido como via de expressão dos conteúdos recalçados e das vicissitudes dos investimentos narcísicos do próprio corpo.

Em 1890, Freud, numa tentativa de entender a origem e a função dos sintomas, separa nosograficamente a neurose atual das psiconeuroses. O primeiro grupo compreendia a neurastenia, neurose de angústia e posteriormente a hipocondria. Acreditava-se que a origem da doença era decorrente de uma

frustração sexual, que por alguma forma desconhecida, liberava toxinas no organismo. Alterações nas práticas sexuais poderiam levar à cura, já que a causa do distúrbio era de origem fisiológica.

As psiconeuroses compreendiam a histeria e a neurose obsessiva. Através dos estudos empreendidos na compreensão dessas doenças, chegou-se ao entendimento dos fenômenos da repressão, transferência e conversão e de outro elemento importante: o caminho que leva de volta o psíquico ao somático.

A histeria torna-se a matriz do arcabouço teórico de Freud e o conceito de conversão, típico dos processos histéricos, torna-se a pedra angular para a compreensão e a interpretação de todos os fenômenos psicossomáticos (ZUSMAN,1994).

Freud, ao ser interrogado se a origem do sintoma histérico era de natureza psíquica ou somática, responde que não há como escolher entre um e outro, já que “todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados”. Não pode ocorrer sem a presença de certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou a ele relacionado (FREUD,1905).

A partir dessa conceituação, não era necessário buscar a explicação para os processos psíquicos envolvidos nas psiconeuroses. É a “complacência somática” que irá proporcionar aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal, que é o sintoma histérico. Quando este fator não se faz presente, o organismo encontra outra saída, ainda que de natureza afim, como uma fobia – um sintoma psíquico (FREUD, 1905).

A conversão histérica caracteriza-se pela conversão somática da energia psíquica. Do ponto de vista etiológico o sintoma corporal é uma formação de compromisso simbólico, tem suas raízes na sexualidade infantil e é fruto de conflitos entre a pulsão e o recalque.

Gurfunkel (1998) sugere que na neurose atual encontramos uma angústia difusa e uma sintomatologia funcional. Entretanto, estes sintomas não têm a

função simbólica e não possuem relação com o infantil. São apenas reações a êxtase libidinal cuja descarga ficou impedida.

Disso depreende-se que, no sintoma somático, não há mediação psíquica e, por conta disso, a patologia reflete, diretamente, uma economia sexual perturbada, conseqüência de um excesso ou insuficiência de descarga (CERCHIARI, 2000).

De acordo com Silva & Caldeira (1992) Nemiah e Sifneos criam o conceito de “alexitimia” que designa um comportamento em que os indivíduos apresentam incapacidade para nomear seus estados afetivos, em contrapartida, são expansivos ao falarem dos males que afligem o corpo. São pacientes que apresentam empobrecimento da vida de fantasia e tendência a desenvolverem pensamentos concretos. Outra corrente teórica pertence à Escola Psicossomática de Paris, liderada por Pierre Marty, que cria o termo “pensamento operatório”, para designar pacientes que apresentam estado mental que privilegia o agir ao pensar. São pacientes que apresentam uma organização psíquica que não permite estabelecer vínculos afetivos duradouros ou significativos.

Já Joyce McDougall, psicanalista de origem inglesa, membro efetivo do Instituto de Psicanálise de Paris, exerce atividades clínicas e didáticas na França; é uma das representantes mais importantes dentro da psicanálise psicanalítica. Pertencente a uma corrente teórica mais contemporânea, define esses pacientes como “somatizantes”; segundo ela, são pacientes que não encontram um lugar bem definido nas classificações oficiais e nem uma terapêutica adequada. (ZUSMAN, 1994).

De acordo com Eksterman (1994) a corrente teórica proposta por Marty apóia-se nas concepções originais de Freud relativas às neuroses atuais, o que não é difícil perceber também na concepção de Sifneos, embora isto não esteja declarada. Aliás, o modelo de neurose atual, desde o início, ensejou praticamente todas as concepções psicossomáticas baseadas na psicanálise, apesar de não haver reconhecimento explícito desta conexão.

Ainda que na maioria das vezes a eclosão da doença traga prejuízos à vida

psíquica e orgânica do indivíduo como a “fuga para a doença”, parece ser, entretanto a saída mais cômoda economicamente, pois poupa o aparelho psíquico de algumas manobras para evitar o conflito psíquico. Aliás, na opinião de Freud (1905) é este o ponto fraco para qualquer terapia, inclusive para a psicanálise: convencer a pessoa da existência da intenção de adoecer. Também há dificuldade no combate aos motivos da doença, já que o motivo para adoecer é sempre a obtenção de algum lucro, como demonstrou Freud (1912) no artigo “*Formulações Sobre Dois Princípios do Funcionamento Mental*”, ao dizer que um prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, é abandonado, mas apenas a fim de ganhar mais tarde, ao longo do novo caminho, um prazer mais seguro.

Vimos como o corpo tem posição de destaque na construção da teoria proposta por Freud e como a Psicanálise contribui para a identificação dos componentes emocionais presentes nas disfunções orgânicas, ao mesmo tempo em que possibilita a compreensão da relação que se estabelece entre a psique e o corpo e os processos psíquicos envolvidos no adoecimento orgânico. Mas para precisar como estas relações entre a Psicanálise e a Psicossomática se amiam é necessário explicitar como as relações entre a mente e o corpo se estabelecem.

Parafraseando Gurfunkel (1998), a partir de uma perspectiva metapsicológica e com o propósito de mapear o campo em que essas articulações ocorrem trataremos de três aspectos da formulação teórica proposta por Freud:

1. Do ponto de vista econômico: a função do aparelho psíquico;
2. Conceito de pulsão;
3. Papel do outro na constituição do sujeito.

2. O Aparelho Psíquico

A teoria psicanalítica procura explicar o funcionamento psíquico através da demonstração do funcionamento da mente humana de forma a destacar o seu

aspecto dinâmico e funcional.

Em 1914, no artigo *Sobre o Narcisismo*, Freud reconhece o aparelho psíquico como “um dispositivo destinado a dominar as excitações que de outra forma seriam sentidas como aflitivas ou teriam efeito patogênico. Sua elaboração na mente auxilia de forma marcante um escoamento das excitações que são incapazes de descarga para fora ou para as quais tal descarga é no momento indesejável” (FREUD, 1914).

Para Freud, a forma pela qual o aparelho psíquico poderia dominar as excitações seria através da elaboração psíquica, que é a forma pela qual se torna possível relacionar o afeto e a sua representação, constituindo assim cadeias associativas. No caso das excitações que se escoavam para um caminho indesejável, é necessário no decorrer do tratamento, efetuar violentamente a liquidação da contradição, através da atividade de pensamento e da descarga (MELLO FRANCO, 1998).

Segundo Freud, o ego é constituído por uma catexia libidinal em que uma parte é original e outra parte servirá posteriormente para ligar-se a outros objetos. Esta segunda parte relaciona-se a catexias objetais e é ela que permite discriminar uma catexia sexual, que é a libido, de outra energia, que é a dos instintos do ego.

Uma energia psíquica só se torna libido quando é catexizada por um objeto. Quando uma pessoa é acometida por um mal-estar orgânico, ela não consegue interessar-se por acontecimentos do mundo externo e isto ocorre porque todo o interesse libidinal é retirado dos objetos, e estas catexias libidinais retornam para o próprio ego, “concentrando tanto o interesse quanto a libido dos objetos do mundo externo no órgão que lhe prende a atenção” (FREUD, 1914).

Na opinião do autor, o sofrimento é tão intenso, que, enquanto a pessoa sofre, ela deixa de amar por mais fortes que sejam os seus sentimentos, que são banidos pelos males corpóreos. Estes males podem ser experimentados pela pessoa como dor física.

Se um estímulo externo for internalizado, haverá um aumento de tensão e

uma pressão constante semelhante à de um instinto. Este pseudo-instinto provoca uma vivência denominada dor. A dor é imperativa e as únicas formas diante das quais ela pode ceder são a eliminação por algum agente tóxico ou a influência da distração mental (FREUD, 1915).

Segundo Freud, o adoecimento orgânico está relacionado com o represamento da libido objetal. Isto ocorre quando o organismo é acometido por um excesso de tensão que gera no plano psíquico a sensação de desprazer (momento em que excede a catexia do ego com a libido). Neste momento, se o aparelho psíquico não conseguir deslocar a libido para outros objetos da realidade externa poderá haver o represamento desta no ego e o deslizamento parcial da libido dos objetos ao mesmo tempo em que falham as defesas contra o desprazer. Esta situação poderá levar o indivíduo ao início de um processo de adoecimento orgânico. Resta a via orgânica como forma de expressão do excesso de tensão que o aparelho psíquico não conseguiu elaborar.

Em 1900, na *Interpretação dos Sonhos*, o pai da psicanálise, para pensar sobre a constituição do Aparelho Psíquico compara-o a um telescópio ou um microscópio. Embora este primeiro modelo não tenha vingado, ele propõe uma década mais tarde uma segunda teoria, que equivale a um modelo topográfico da mente, dividindo-a em três sistemas mentais, a saber: inconsciente (inc), pré-consciente (p.cs) e consciente (cs).

O sistema “inconsciente” é considerado o sistema que mantém os processos psíquicos impedidos de tornarem-se conscientes apesar de sua luta, para voltar à consciência.

O conteúdo inconsciente, que está apenas latente e que facilmente pode ter acesso à consciência, foi denominado de “pré-consciente”; os conteúdos que já eram conscientes na mente foram denominados de sistema “consciente”.

Os sistemas cs-pcs foram agrupados devido a sua proximidade funcional em contraposição ao sistema Inc.

Em 1923, Freud elabora uma nova teoria que, para alguns autores como

Brenner (1973), é considerada a terceira teoria que publicou. A esta Freud definiu como uma hipótese estrutural.

Nesta última teoria proposta, dividiu-se o aparelho mental em três instâncias ou “estruturas” que estão funcionalmente relacionadas e são denominadas: id, ego e superego; é das relações mútuas que estabelecem entre si que trataremos a seguir.

O id é considerado o reservatório da energia pulsional do aparelho psíquico e é constituído basicamente de material desconhecido e inconsciente.

Esta instância foi definida por Freud como caldeirão cheio de agitação fervilhante, caos. É a parte obscura, a parte inacessível de nossa personalidade, estando aberta a influências somáticas e contendo dentro de si necessidades instintuais que nele encontram expressão psíquicas (FREUD, (1933 [1932] (1996))).

O id é composto de energias vindas dos instintos e é governado pelo princípio do prazer, pois luta somente pela satisfação das necessidades instintuais ou, mais precisamente, procura uma forma de descarga.

Neste reino não há organização, a vontade coletiva não é tomada em consideração e a lógica do pensamento, do espaço e o tempo não se aplicam a ele. Não é difícil deduzir então que o id é local em que reinam as paixões indomadas e que ele não se importa com julgamento de valores, não conhece o bem, o mal e nem a moralidade presente nas outras instâncias psíquicas.

O ego é aquela parte do id que se modificou pela proximidade e influência de mundo externo, que está adaptada para a recepção do estímulo e adaptada como escudo protetor contra o estímulo (FREUD, (1933[1932] (1996))).

Esta instância é considerada como o representante do mundo externo, controla os ataques de necessidade de descarga do id através da atividade do pensamento. Utiliza-se dos resíduos mnêmicos da experiência para obter êxito nesse processo. Substitui o princípio do prazer pelo princípio da realidade. Através do sistema de percepção, a noção de tempo e espaço é introduzida no

ego. A tendência à síntese dos processos mentais que o ego realiza é outro fator ausente no id.

O ego evolui da percepção dos instintos para o controle deles; esse controle, porém, apenas é realizado pelo representante (psíquico) do instinto (FREUD,1933([1932][1996])). Representa o que pode ser chamado de razão e bom senso em contraste com o id, que contém as paixões, e o superego, que abarca os preceitos morais, as aspirações e ideais de nosso mundo mental. O ego é o representante do mundo externo para o id e nenhuma vicissitude externa pode ser experimentada por ele, exceto pela via do ego.

O ego é aquela parte da psique derivada do id que abrange as relações do indivíduo com seu meio ambiente e que tem por objetivo obter a totalidade de gratificação possível ou a descarga para o id. É sua função exercer o controle para defender-se e proteger-se dos impulsos desagradáveis do id, ao mesmo tempo em que atua como mediador das reivindicações do id e, às vezes tem a função de transformar em ação a vontade do id, como se fosse sua própria.

Dentro desta perspectiva o ego tem a função adaptativa, já que tem de controlar os processos psíquicos e os destinos das pulsões, atuando ora como executor, ora como defensor dos impulsos de acordo com as circunstâncias em que estes destinos possam ser melhores realizados.

O ego está em constante duelo com três tirânicos senhores que são o id, superego e o mundo externo. Devido a sua origem decorrente das experiências do sistema perceptual, o ego é destinado a representar as exigências do mundo externo, e está sempre sendo observado pelo olhar rigoroso do superego e, caso suas exigências não sejam atingidas, é punido com forte sentimento de inferioridade e de culpa.

Empenha-se também para ser um leal e fiel servo do id para assegurar a necessidade de descarga deste, ao mesmo tempo em que tenta arrebatá-lo para si a libido do id. O ego é pressionado pelo id, confinado pelo superego e repellido pela realidade; desse modo, luta por exercer com eficiência sua incumbência

econômica de instituir a harmonia entre as forças que atuam sobre ele. Em termos estruturais, Brenner (1973) subdividiu em dois grupos as funções do ego:

Crescimento físico: Aquisição do controle motor sobre musculatura do esqueleto, á qual normalmente nos referimos como controle motor. Nesta função é importante a percepção sensorial (que nos dá informações sobre o meio ambiente). Quanto melhor for a relação com o passado, quanto mais vivências, maiores as possibilidades de “tirar proveito” do momento presente.

Experiências em termos de vivências. A este grupo Freud dedicou maior atenção. Em seu trabalho sobre o *Ego e o Id* (1923) demonstra que uma das experiências mais importantes para a formação do ego é a relação do bebê com seu próprio corpo, e deixa isso claro, ao afirmar que o ego é, primeiramente e acima de tudo, um ego corporal.

Demonstra a importância dessa relação ao descrever a experiência de gratificação oral que o bebê possui quando suga o polegar ou quando ela é proveniente de outro órgão oral de sucção, mesmo considerando que no começo da vida a criança ainda não consegue distinguir uma sensação dolorosa ou agradável.

Uma representação psíquica do corpo, isto é, as lembranças e idéias a ele ligadas, com suas catexias de energia impulsivas, são, provavelmente, a parte mais importante do desenvolvimento do ego em sua mais tenra idade (BRENNER, 1973). pois é no corpo que se podem gerar as sensações tanto internas quanto externas. Trataremos agora da terceira instância psíquica, que vem a ser o superego.

O superego tem sua origem a partir do ego e é fruto da confluência de dois fatores de peso: Um de natureza biológica e outro de natureza histórica (FREUD, 1923).

O superego é a expressão da influência dos pais no desenvolvimento do indivíduo vindo a constituir-se como o representante da internalização das normas, condutas sociais e das interdições paternas. Ao superego são atribuídas as

funções de auto observação, consciência e ideal. Ele é o representante de todas as restrições morais, o advogado tendente a perfeição. O superego de uma criança é constituído não segundo o modelo de seus pais, mas a partir do superego dos seus pais (FREUD, 1933).

Essa instância psíquica é o veículo transmissor de todos os valores e julgamentos que são passados de geração em geração exercendo grande influência na vida do ser humano independentemente da época ou condição sócio-econômica. É considerado como aquela parte que se funde no id e que não é apenas o sucessor das instâncias parentais, mas, também, o legítimo herdeiro desse laço afetivo tão importante quanto decisivo na vida da criança.

No decurso do desenvolvimento, ao renunciar às catexias objetivas que eram vinculadas aos pais, a criança abandona o complexo de Édipo. O superego também assimila as influências daqueles que tomaram o lugar dos pais, educadores, professores e pessoas escolhidas como modelo (FREUD, 1933), enquanto figuras de autoridade. As proibições permanecem sob a forma de consciência a exercer a censura moral. Está em marcha a introjeção dos valores morais do mundo.

Por fim, a realidade, que é imperativa ao estabelecer restrições ao ego, o faz mais do que nunca “recorrer” à sua função adaptativa e defensiva para dar conta dos afetos desagradáveis. que escoaram por uma via imprópria de expressão, e reconduzi-los de forma a construir cadeias significativas cuja função seria a de “dominar” as excitações, proporcionando a elaboração psíquica ao invés da descarga orgânica.

Trataremos agora de outro conceito, desenvolvido pela psicanálise, no qual a psicossomática se apóia.

3. O Conceito de Pulsão

Para tentar compreender o sofrimento humano, Freud desenvolveu várias teorias. Uma delas, que envolve o conceito de pulsão, foi fundamental para a

concepção do corpo não apenas como entidade biológica, mas constituído de outras dimensões.

Freud construiu duas teorias pulsionais. A primeira, de 1905, que se baseava na dualidade entre o organismo biológico e a alma. O psiquismo era regido pelo princípio do prazer e tinha um excedente de excitação que almejava a descarga. O sofrimento mental era proveniente da fixação da libido nos objetos; aliás, é este fator que institui o humano e o distingue do instinto animal.

Bastos (2003) reitera conclusões de Freud sobre a constituição do ser humano ao afirmar que, o estudo da sexualidade infantil estabelece a gênese pulsional através da universalidade do corpo perverso polimorfo desenhado na relação do bebê com os que dele cuidam.

Em 1920, Freud redefine o conceito de pulsão e o aspecto quantitativo da energia pulsional que se liga aos objetos é substituído pela dimensão qualitativa da dualidade pulsional. Nesta teoria, contrapõe a pulsão de vida (que compreende as pulsões sexuais e as de auto conservação) à pulsão de morte. Dessa forma, a ambivalência entre o amor e o ódio passam a nortear a existência humana.

Ao propor esta outra maneira de compreender a dinâmica do funcionamento mental e a gênese do conflito psíquico, Freud busca superar a oposição corpo/alma na medida em que desfaz a separação entre psiquismo e corpo (BASTOS, 2003).

Nesta perspectiva, estes dois últimos elementos são inseparáveis, já que a existência de um está condicionada à presença do outro; ao afirmar a natureza humana como afetiva e social Freud introduz a cultura enquanto elemento importante na constituição do ser humano (BASTOS, 2003).

Uma característica comum e universal a todas as pulsões é sempre exercer pressão e a sua finalidade é sempre obter a satisfação (FREUD, 1923).

Ao considerar a vida mental de um ponto de vista biológico Freud (1923) define uma pulsão como sendo um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do

organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.

Freud considera que a fonte (quelle) de uma pulsão é o processo somático que ocorreu num órgão ou parte do corpo e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão (FREUD, 1915).

É característica comum a toda pulsão exercer uma pressão constante, sempre de dentro para fora do organismo cuja intenção última é sempre atingir a satisfação.

Qualitativamente as pulsões são equivalentes e difeririam apenas em relação à quantidade de excitação presente em determinadas situações ou nos caminhos utilizados para alcançar o objetivo. Vale lembrar que toda pulsão é uma parcela de atividade (FREUD, 1914) e que conhecemos as pulsões apenas por suas finalidades, aliás, o que interessa à Psicanálise é somente os destinos que o aparelho psíquico fornece aos acontecimentos que tocam o corpo.

Para Freud (1915), a pulsão é o representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação corporal. Dentro desse ponto de vista, o corpo é pulsional e aparece como o habitat das pulsões (FERNANDES, 2003). Nesta época, Freud já demonstrava interesse em estabelecer a relação do psíquico com o corporal.

Freud propõe a divisão das pulsões em dois grupos: os instintos do ego, que são ligados à função de auto-preservação, e as pulsões sexuais. No início da vida ambas são consideradas pulsões de auto-preservação. Gradativamente, começam a separar-se e diferenciarem-se quanto às funções.

As pulsões sexuais buscam o prazer e, quando a síntese é concretizada, é que passam a trabalhar em função da reprodução. Passam, então, a ser definidas como pulsões sexuais. Apesar de que uma parte desta pulsão ainda permanece ligada às pulsões do ego. Este vínculo é indissolúvel e permanece pelo resto da vida.

Para Freud uma pulsão pode passar pelas seguintes vicissitudes: reversão a seu objeto; retorno em direção ao eu do indivíduo, repressão e a sublimação. Neste trabalho, trataremos apenas da vicissitude da sublimação, a qual retomaremos posteriormente.

Quando uma pulsão é afastada da consciência e impedida de realizar seu objetivo último que é a descarga ou vir a tornar-se inconsciente, dizemos que seu processo foi interrompido e este teve de permanecer inconsciente. Abre-se aí um espaço para a formação do sintoma.

Para Freud (1914), os sintomas são derivados do reprimido, são, por assim dizer, seus representantes perante o ego; a construção do sintoma é o substituto de alguma outra coisa que não aconteceu. Denomina-se resistência a oposição contra o acesso à consciência daquilo que está inconsciente.

Ao processo patogênico, que é demonstrado pela resistência, Freud denominou de repressão.

O processo de repressão é pré-condição da formação do sintoma (FREUD, 1917). O objetivo da repressão é evitar o desprazer e aliviar o aparelho psíquico de tensão que alguns processos mentais provocam ao tentar ter acesso à consciência.

Na medida em que estes conteúdos não podem ser satisfeitos, eles são reprimidos. Vale lembrar que a pulsão em si não pode ser objeto de repressão apenas o seu representante pulsional, que pode ser representado por uma idéia ou um conjunto de idéias ou por uma quota definida de energia psíquica.

O processo de repressão constitui um processo que afeta as idéias na fronteira entre o sistema inconsciente e o pré-consciente FREUD (1915). Os impulsos do inconsciente tentam chegar à consciência, mas são afastados e transportados para o pré-consciente, onde são reprimidos. Assim a quota de afeto que representa a idéia é mantida separada de sua representação, pois as vicissitudes da repressão não lhe permitem passar do sistema de inconsciente para o do pré-consciente (FREUD, 1915).

A essência do mecanismo defensivo da repressão é manter distante da consciência um estímulo que cause desprazer. Esse mecanismo somente ganha existência quando há um rompimento significativo entre a atividade mental consciente e a inconsciente. Via de regra, esse mecanismo só é retirado temporariamente e não tem capacidade de produzir resultados permanentes. Por isso, este mecanismo não impede que o representante instintual continue existindo no inconsciente. Para manter a repressão destes conteúdos o aparelho psíquico depende de uma grande quantidade de força já que é presumível que os conteúdos que foram reprimidos exercem continuamente pressão em direção ao sistema consciente. Mas quando a repressão cumpre efetivamente o seu papel, que é o de afastar da atividade psíquica os estímulos que possam provocar desprazer, surgem na mente conteúdos que podem ser provenientes não de eventos agradáveis, mas do real, estabelece-se então, o princípio da realidade.

Conforme o indivíduo desenvolve-se, é necessário que o aparelho mental realize adaptações para adequar a busca do prazer com as exigências que a realidade externa impõe. Com isso, os órgãos dos sentidos, em especial, a consciência passam a exercer um papel importante na descarga motora. A consciência passa a mediar a descarga dos impulsos através do processo de pensamento; através da atividade do pensar é possível que o aparelho psíquico retarde o processo de descarga e tolere por um tempo maior a tensão provocada pelo estímulo.

Segundo Freud ([1911-1913]1996), com a introdução do princípio de realidade, uma das espécies de atividade de pensamento foi separada, ela foi liberada no teste de realidade e permaneceu subordinada somente ao princípio do prazer. Essa atividade é o fantasiar.

Para esse autor, não é possível menosprezar a importância que as fantasias exercem na formação dos sintomas, já que no campo da fantasia é a repressão que impede o surgimento do estímulo que provoca o desprazer emergja na consciência. A “instalação” de uma doença é decorrente da demora dos instintos sexuais em considerar a realidade externa.

A teoria freudiana (1912) postula que a escolha da doença dependerá da fase específica do desenvolvimento do ego e da qual a inibição do desenvolvimento ocorreu.

Para a psicanálise, é a libido o fator determinante na eclosão ou não da doença, levando-se em consideração a história do desenvolvimento da libido, a constituição sexual e também a influência do mundo externo durante a primeira infância.

Para Freud, não são apenas fatores constitucionais que interferem nas causas da doença. Ele ressalta a interferência das restrições que a civilização impõe ao campo das satisfações do indivíduo.

Retomaremos agora o processo de sublimação, que é um dos quatro possíveis caminhos, apontados anteriormente pelos quais uma pulsão pode trilhar.

No processo de sublimação, a qualidade da energia utilizada é de natureza sexual, porém sem a finalidade sexual. Neste processo a energia é deslocada para outras finalidades ou atividades que poderiam ser consideradas como satisfações substitutas, já que a vida, como foi descrita por Freud, é árdua demais e difícil de suportar, pois é cheia de decepções, sofrimentos e tarefas impossíveis (FREUD, 1929).

Em *O Mal-Estar na Civilização* (FREUD 1930[1929]) Freud considera que a felicidade, que é algo essencialmente subjetivo, provém da satisfação de necessidades apresentadas em alto grau e que, por sua natureza é possível apenas como uma manifestação episódica e, por isso, nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa própria constituição.

Segundo a teoria psicanalítica o sofrimento nos ameaça a partir de três direções.

- de nosso próprio corpo, condenado à decadência. Não podem dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência;

- do mundo externo, que pode voltar-se contra nós como forças de

destruição esmagadoras e impiedosas, e, finalmente

- de nossos relacionamentos com os outros homens.

O sentido que ocasiona maior sofrimento é o que advém de relacionamentos humanos. A forma que o organismo encontrou para evitar este mal é através do isolamento voluntário das pessoas.

A satisfação de uma necessidade da pulsão seria considerada pelo organismo como sinônimo de felicidade; o contrário levaria o organismo a um grave sofrimento.

Outra maneira encontrada pelo aparelho psíquico para afastar o sofrimento e minimizar a frustração provocada pelo mundo externo consiste no deslocamento da libido através do auxílio do processo de sublimação das pulsões. As formas mais comuns utilizadas como forma de expressão da sublimação seriam através da produção de prazer a partir de fontes como trabalho psíquico e intelectual.

Entretanto, como aponta Freud (1930[1929]), esse método não se aplica a todos os impulsos instintuais (como os grosseiros e primários) e não se constitui em uma fonte completa de proteção ao sofrimento, pois tende a falhar quando a origem do sofrimento é o próprio corpo da pessoa.

Através do processo de sublimação, o aparelho psíquico recorre a atividades aceitas e valorizadas como as atividades científicas e artísticas e ao trabalho para manter a estabilidade do psiquismo.

É no trabalho profissional que o indivíduo tem a possibilidade de deslocar grande quantidade de libido, “já que nada prende tão firmemente o indivíduo à realidade como a ênfase concedida ao trabalho” (FREUD,1930[1929]) ao mesmo tempo uma atividade laborativa justifica e legitima a existência de uma vida em sociedade.

Segundo a concepção freudiana, uma grande parcela de pessoas só trabalha em função da necessidade de sobrevivência e o trabalho, por não ser algo espontâneo, fruto do desejo, mas da necessidade, suscita problemas sociais graves.

Por outro lado, a atividade profissional constitui fonte de satisfação especial se for livremente escolhida, isto é, se por meio da sublimação tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados (FREUD, 1930).

O êxito na busca da satisfação da pulsão é influenciado pela convergência de muitos fatores, em especial, da capacidade da constituição psíquica em adaptar sua função ao meio ambiente e então explorar esse ambiente com vistas de obter um rendimento de prazer (FREUD, 1930).

Uma pessoa que não encontra em sua constituição psíquica flexibilidade para transformar e reorganizar seus componentes libidinais de acordo com as necessidades da pressão do mundo externo tende a encontrar dificuldade em obter prazer em situações externas bem como nos processos de sublimação.

Freud em *O Mal-Estar na Civilização* (1930[1929]) considera que quando falhamos na prevenção do sofrimento, há uma parcela de natureza inquestionável, uma parcela de nossa própria constituição psíquica, já que a felicidade para ele é algo essencialmente subjetivo. Por outro lado, é a civilização quem regula os relacionamentos sociais e nesta perspectiva, as possibilidades de satisfação do indivíduo estão sujeitas às regras e normas da comunidade.

A sublimação conforme aponta Freud, constitui uma vicissitude que foi imposta aos instintos de forma total pela civilização.

A civilização impõe regras, sacrifícios e restrições às pulsões. O indivíduo ao renunciar a sua liberdade para submeter-se a estas convenções e regras sociais almeja segurança e reconhecimento através de uma acomodação que traga felicidade.

O mecanismo da sublimação é determinado no processo de desenvolvimento cultural e, concomitantemente interfere no desenvolvimento libidinal do indivíduo e em seu processo civilizatório.

Freud (1893) em “*Comunicações Preliminares Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos*”, ao tratar do caso clínico de Anna O.,

expressa que ela, apesar de gozar de perfeita saúde, havia características psíquicas que a predispunham a uma doença. Uma dessas características seria a falta de ocupação intelectual adequada, que deixa o aparelho psíquico com excedente de energia psíquica que não encontra uma saída na atividade constante de sua imaginação, levando-a ao hábito dos devaneios, que se tornaram a base para dissociação da personalidade mental.

Para o ser humano, o trabalho acena para uma possibilidade concreta de ingresso no mundo adulto e de sua aceitação no mundo da cultura. Ao ingressar no mundo do trabalho, as renúncias que realizou na época do complexo Edípico são novamente reeditadas e deve então renunciar aos desejos pulsionais e mediar atitudes pelo princípio da realidade.

A existência humana é permeada de incertezas sempre promovidas pela disputa entre Eros e Morte pela evolução da civilização (FREUD,1930[1929]); caracteriza-se pela luta da espécie humana pela vida. É no contexto desta ambivalência afetiva que o mundo mental do ser humano constitui a busca pelos objetos, as identificações estabelecidas ao longo da existência e a incorporação das interdições parentais. Estes elementos auxiliam o indivíduo a construir a sua existência enquanto um ser pessoal, histórico e social. Esta rede de relações que se estabelece no processo de constituição do ser humano só é possível na presença de outros seres humanos.

Abordaremos agora outro tema que foi decisivo para o desenvolvimento da Psicossomática.

4. O Papel do outro na Constituição do Sujeito

Parafraseando Joyce McDougall (1996), como é que uma pessoa adquire um sentimento de identidade subjetiva?

Para Winnicott (1975), esse sentimento é conseqüência do reconhecimento de si no rosto materno. Freud (1914), no artigo “*Sobre o Narcisismo*”, destaca a importância dos investimentos que a figura materna

realiza ao introduzir a criança no universo pulsional; uma vez que é ela quem cuida da alimentação e oferece os primeiros cuidados necessários à sobrevivência.

Quer seja na teoria psicanalítica de Freud, na psicanálise de Melanie Klein ou em Winnicott, todas essas perspectivas teóricas são unânimes ao reconhecerem a importância que a mãe ou seu substituto exerce no desenvolvimento do ser humano. O estado de desproteção original do bebê por causa de sua prematuridade deixa-o desde os primeiros instantes de vida em uma dependência absoluta de outro ser, sem o qual a adaptação e a mediação com o mundo externo seriam impossíveis de ocorrer. Na teoria postulada pelo pai da Psicanálise, conforme aponta Fernandes (2003), esta relação inicial de dependência com outro ser humano constitui-se em dois momentos: em um primeiro instante, a ausência da mãe não representa a ausência de um objeto, visto que ela não é um objeto para ele ainda, e nem se trata de um objeto de amor, porque o amor não existe ainda. O sentimento que se faz presente é o da necessidade de sobrevivência e a ausência materna é sentida como uma ameaça de desintegração, haja vista que é a mãe quem realiza a interpretação de suas necessidades, assim como proporciona a satisfação delas, já que, nesta etapa evolutiva, o psiquismo do bebê não consegue dominar ainda a demanda de excitação interna e externa. O outro maternal exerce a função de para-excitação.

Essa experiência é definida por Freud como dor e não como angústia e é considerada uma situação traumática, pois o bebê ainda não consegue distinguir uma ausência temporal de uma perda duradoura da mãe. Nota-se que é a idéia de ausência do outro que está na origem da abordagem freudiana da dor.

Na vida adulta, situações de angústia e de conflito podem remeter o sujeito à mesma sensação de desamparo que viveu em seu desenvolvimento primitivo quando separou-se da figura que lhe proporcionava o acolhimento de suas dores. Por isso, algumas vezes, ao ser afetado pela angústia, o corpo dói, como bem demonstram alguns pacientes capazes de localizar no próprio corpo o sofrimento, como por exemplo, “Isso dói muito, há certas coisas que doem no corpo, sinto a dor aqui, no meu peito” (FERNANDES, 2003).

É a dor que, ao chamar a atenção para o corpo, permite uma representação do mesmo através de uma doença ou do sofrimento que afeta o indivíduo.

A passagem da dor do corpo à dor da alma (FREUD, 1925) corresponde a mudança do investimento narcísico para o investimento de objeto. A figura materna é quem auxilia nesta mudança de investimento libidinal.

No início da vida quem faz o acolhimento das forças pulsionais do bebê é a mãe (ou outra figura substituta). A ausência dessa figura provoca a desorganização pulsional; são esses cuidados maternos que fixam a presença da mãe no psiquismo da criança.

É o desligamento das pulsões de vida e de morte que abrem as condições para o surgimento da doença orgânica entre outros fenômenos

Para que a mãe consiga escutar as sensações desprazerosas como as dores do corpo da criança e consiga interpretá-las, nomear as sensações e devolvê-las de forma integrada e compreensível para o bebê é necessário que ela consiga fazer um investimento libidinal no corpo da criança. Isso é obtido na medida em que estabelece contato com o corpo do bebê e promove o reconhecimento de prazeres parciais que o preparam para os prazeres sexuais da sexualidade infantil, que são a via de acesso ao auto-erotismo e futuramente ao amor objetal.

Caso a satisfação das primeiras necessidades básicas de sobrevivência não tenha sido atendida, o bebê ficaria privado de descobrir esse corpo como objeto do investimento libidinal da mãe e, em um segundo momento, como fonte de investimento do próprio sujeito.

É a partir dos investimentos libidinais do outro (a figura materna ou substituta) que um corpo biológico pode transformar-se em corpo erógeno e ter acesso à simbolização (FERNANDES, 2003). Enfatizando, o outro sempre está na origem da constituição do sujeito. Vamos verificar em seguida como que o acolhimento materno pode contribuir para essa experiência.

O bebê elege a mãe como figura de segurança a partir da maternagem que é despedida a ele. No início da vida, ele ainda não distingue seu ego do mundo

externo como fonte de estímulos. A dedicação e a doação maternas são fundamentais para que o bebê integre suas sensações e tenha representação adequada de si mesma e do mundo.

O processo de desenvolvimento do bebê é construído mediante as relações que se estabelecem com os pais, especialmente com a mãe. As trocas afetivas que o bebê estabelece com a mãe desde o nascimento são o motor das relações que a criança estabelecerá com o mundo ao longo de sua existência.

Joyce McDougall (1996), ao descrever o que considera “as origens do indivíduo,” demonstra que o outro pode constituir-se subjetivamente através da relação que estabelece com os outros seres humanos. O início desta constituição dá-se com a experiência de fusão com a figura materna, por ter um ego ainda imaturo, o bebê não distingue o eu do outro. Em sua fantasia, há um único corpo e um único psiquismo para ele e sua mãe; e ambos constituiriam uma unidade indivisível.

“A fantasia do “corpo único”, primordial em todo ser humano, tem certamente seu protótipo biológico na vida intra-uterina, onde o corpo-mãe deve realmente prover as necessidades vitais dos dois seres. O prolongamento imaginário dessa experiência vai não somente representar um papel essencial na vida psíquica do recém-nascido, mas também reger seu funcionamento somatopsíquico” (McDOUGALL,1996).

A atitude emocional da mãe e seus afetos servirão para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida à experiência dele. Nesta época da vida, o afeto materno é essencial para a criança, sendo de importância muito maior do que em qualquer outra época da vida, porque, no decorrer de seus primeiros meses, a percepção afetiva e os afetos predominam na experiência do bebê, pois o aparelho sensorial perceptivo ainda não está suficientemente desenvolvido.

A mãe que consegue cuidar de seu bebê sente-se mais segura ao colaborar para melhor integração de sua personalidade, pois ao introjetar a imagem de um “bebê bom”, que se desenvolve bem, parte de seu ideal de ego é assegurado, o que

dá à mãe a sensação de tranquilidade e segurança, diminuindo a ansiedade, o medo e a frustração. Através destes cuidados com o bebê, a mãe tem a chance de reviver e elaborar suas experiências e carências infantis e enriquecer sua personalidade, favorecendo a boa interação com o bebê, habilitando-a a compreender adequadamente as necessidades dele.

A mãe, na medida em que atende as necessidades do bebê, através da proximidade de seu corpo, da maciez de sua voz para acalmá-lo, mantém a ilusão de unidade entre ambos e possibilita a integração de uma imagem interior. Conforme o bebê desenvolve-se começa a ter a percepção de que a mãe é um ser separado dele; começa então a surgir no bebê uma necessidade de separar-se dela e renunciar à sua presença física. Cabe aos pais, gradativamente, irem frustrando-o e confrontando com a realidade.

A dedicação e a doação materna são fundamentais para que o bebê integre suas sensações e tenha uma representação adequada de si mesmo e do mundo. Isso é obtido através da relação de confiança estabelecida com a mãe que o atende em suas necessidades. A mãe, na medida em que decodifica as reações do bebê transmite-lhe segurança e o assegura, oferecendo-lhe condições adequadas para discernir seus próprios sentimentos.

Quando a relação entre mãe-filho é boa o suficiente, desenvolve-se uma diferenciação progressiva na estruturação psíquica da criança pequena, entre seu próprio corpo e essa primeira representação e paralelamente, pouco a pouco, aquilo que é psíquico vai-se diferenciando na mente da criança daquilo que é somático (McDOUGALL, 1996).

A mãe pode ser considerada como o primeiro objeto da realidade externa e são os seus cuidados afetuosos que auxiliam o bebê a discriminar entre uma necessidade física e outra emocional, entre seu mundo interno e o mundo externo e a introjetar um objeto bondoso e generoso.

A princípio a mãe funcionaria para o bebê como um “organizador” das emoções e de suas percepções. Futuramente, essa figura tranquilizadora, capaz de

acalmar e modificar seu sofrimento sem se opor ao seu desejo constante de alcançar a autonomia somática e psíquica será a base para uma identificação ulterior no mundo interno da criança. A constituição de seu eu terá como base uma imagem atenciosa, reconfortante e tranqüilizadora (McDOUGALL,1996).

Nesta fase do desenvolvimento, a criança começa a substituir a presença materna por outros objetos da realidade externa revestidos das funções protetoras e que dêem a ilusão da presença materna.

É também neste momento que as necessidades de contato corporal diminuem e as formas gestuais mais primitivas utilizadas na comunicação corporal são substituídas pela linguagem. Dessa forma, a representação mental da figura materna como pessoa pode ser nomeada e evocada através da palavra. Isso é essencial para a estruturação do psiquismo e, no final das contas, vai permitir à criança assumir por si mesma as funções maternas introjetadas (McDOUGALL,1996).

As relações afetivas vivenciadas pela criança nesta fase estimulam sua capacidade de interação e aprendizado. O fracasso neste processo como observa a autora anteriormente citada; pode vir a comprometer a capacidade de a criança integrar-se e reconhecer como seus o seu corpo, os seus pensamentos, os seus afetos, ou seja; a aquisição da linguagem e a comunicação simbólica ficam comprometidas.

Pudemos observar a importância das primeiras relações entre a díade mãe-bebê na construção do psiquismo do ser humano e a forma pela qual é atribuído ao outro um papel preponderante na constituição do sujeito.

Entretanto, não podemos ser ingênuos em pensar que esta breve e superficial exposição sobre os primórdios do funcionamento psíquico seria suficiente para explicar a forma pela qual o psiquismo e o soma se entrelaçam e se fundem, diferenciam e encontram no corpo um campo fecundo para a expressão de afetos que não puderam ser nomeadas pela palavra. Acreditamos ser necessário para este momento apenas demonstrar que é só na presença de outra pessoa que é

possível construir-se subjetivamente e adquirir uma identidade própria. Não foi intenção propor uma “superioridade” dos processos psíquicos em detrimento do fator orgânico e social, mas simplesmente demonstrar que apesar de todo avanço científico e tecnológico são as primeiras experiências infantis que são evocadas dentro de nós diante de situações novas, sejam estas de dor e desconforto. São essas vivências primitivas que inequivocadamente nos acompanharão ao longo de nossa existência.

Capítulo II

A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

No Brasil, o termo Psicossomático entrou para o rol de verbetes dos dicionários em 1970. De acordo com o *Dicionário Houaiss* (HOUAISS, 2001, p. 2327) da língua portuguesa, psicossomático é adjetivo “que pertence ao mesmo tempo ao orgânico e ao psíquico, que é causado ou agravado por estresse psíquico, geralmente involuntário e inconsciente, acompanhado de certas alterações do sistema nervoso vegetativo”.

A psicossomática enfatiza a dimensão subjetiva do indivíduo nos processos do adoecer, do tratamento e da doença, demonstrando a interferência dos processos psíquicos inconscientes que atuam na etiologia da doença em seu desenvolvimento e na forma de adoecer.

O adoecimento do sujeito, segundo esta perspectiva, deixa de ser um evento unicausal, porque amplia o campo de compreensão do sofrimento psíquico através do estudo sobre a complexa rede de causa e efeito que produzem a enfermidade e a evolução da doença.

Essa via de compreensão das doenças surge como proposta holística de

enxergar a doença. A relação entre a dupla médico-paciente tende a tornar-se mais humanizada e a abordagem terapêutica mais plena e integral; o que favorece o encontro do indivíduo consigo mesmo e com o mundo.

Apesar da inclusão tardia do termo psicossomática no rol dos verbetes, o termo já vinha sendo utilizado e estudado desde o século passado pelo psiquiatra alemão Heinroth. A primeira vez que ele empregou o termo psicossomático foi no início do século XIX como adjetivo para caracterizar uma forma particular de insônia. Posteriormente, em 1946, a palavra “psicossomático” foi empregada como substantivo para designar uma nova concepção de medicina, que levava em consideração fatores psíquicos no determinismo das afecções orgânicas (EVA; VILARDO E KUBO, 1994).

Na visão de Mello Filho (1992), também foi Heinroth quem criou as expressões psicossomáticas (1918) e somatopsíquico (1928) para distinguir duas direções com tipos diferentes de influência.

Dentro desta perspectiva, a psicossomática desenvolveu-se em três momentos distintos, a saber:

A fase inicial ou psicanalítica: estuda a origem inconsciente das doenças, das teorias da regressão e dos ganhos secundários da doença. A segunda fase ou intermediária ou behaviorista estuda o estresse sob a ótica das ciências exatas, finalmente, a fase atual ou multidisciplinar; enfatiza a interdisciplinariedade entre as áreas da saúde com enfoque nos aspectos sociais.

Há alguns autores como Antônio Francisco Ribeiro da Silva e Geraldo Caldeira (1992) que defendem ter sido Helmholtz quem cunhou pela primeira vez em 1918 o conceito de psicossomático.

Provavelmente a dificuldade em atribuir a autoria à expressão esteja relacionada à inespecificidade do termo psicossomático e também à diversidade de enfoques neste campo, a partir de diversos modelos teóricos que constituem diferenças de concepções que variam historicamente. Diversos estudiosos têm dedicado seus esforços a fim de definir suas idéias e até mesmo empenham-se em definir o termo psicossomático.

A investigação teórica ainda permanece, já que a psicossomática é um

campo relativamente virgem considerando que este movimento consolidou-se a partir de meados do século passado com as contribuições pioneiras de Franz Alexander (1891-1964), a partir da criação da Escola de Chicago em 1944.

Em seus estudos, Alexander procurava relacionar a doença instalada no corpo e sua relação com a constituição da personalidade da pessoa. O resultado destas pesquisas, segundo Mello Filho (1992), aponta mais para uma tendência do que para a configuração clara e estrutural desta especificidade.

Para Alexander (1989), toda doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas humanas, e que os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são apenas dois aspectos do mesmo processo.

O autor tenta justificar que o adoecimento de determinado órgão tem seu correspondente em um tipo de personalidade. Franz Alexander (1989), através de sua abordagem psicossomática, busca estabelecer relação entre algumas reações emocionais específicas com alguns tipos de doenças somáticas e defende outro conceito que fundamenta sua teoria: o conceito de especificidade.

A especificidade orgânica seria responsável pela fragilidade de determinados órgãos. Conforme o tipo de personalidade do indivíduo haveria uma predisposição do organismo para determinadas doenças. De acordo com esta teoria, as respostas fisiológicas dos estímulos emocionais normais e mórbidos variam de acordo com a natureza do estado emocional que as desencadeia. Cada estado emocional tem sua própria síndrome fisiológica (ALEXANDER,1989).

Esta correlação entre tipo de personalidade e quadros de conduta que predispõe o indivíduo a doenças foi severamente criticada na década seguinte por autores como Pierry Marty, Michel de Uzan, Michel Fain e Christian David.

Na Europa, estes autores defendem a prática de uma psicossomática psicanalítica, fundam a Escola Psicossomática de Paris e introduzem o conceito de pensamento operatório.

Estes pacientes, os somatizantes, apresentam um mundo interno empobrecido, por apresentarem pequena capacidade para fantasiar com “sonhos concretos”, mais presos à realidade. É como se as experiências de vida fossem

desprovidas de afeto e, portanto, impedidas de serem simbolizadas mentalmente, restando a via somática como forma de escoamento do afeto.

Estes autores postulam que pode ter havido uma falha na função materna para que o processo de simbolização tenha sido então prejudicado.

Segundo essa linha de raciocínio, Joyce McDougall postula que a dificuldade da relação entre a dupla mãe-bebê é decorrente de um fator etiológico denominado “desafetação”. Segundo essa teoria, a criança apresenta uma falha no processo de simbolização acarretando uma dificuldade em definir e nomear seus próprios sentimentos e sensações.

Esta função estaria diretamente relacionada com uma falha na função materna durante a primeira infância. A função materna seria responsável por proteger a criança das excessivas tensões do mundo externo: ao receber as projeções a mãe deveria decodificá-las e deveria ser capaz de nomear os estados afetivos do bebê. Estas contenções auxiliariam o bebê a alcançar os processos de simbolização. Em caso contrário o corpo torna-se um canal de exteriorização de conflitos, o que favorece o surgimento de somatizações.

Na década de 70, dois analistas americanos John Nemiah e Peter Sifneos, concluíram, após sucessivas observações, que os pacientes com uma doença psicossomática clássica comunicam-se de forma confusa e improdutiva por não conseguirem traduzir e expressar suas emoções. Essa dificuldade foi atribuída a um comprometimento das funções simbólicas e afetivas.

A esta forma peculiar de comunicar-se Sifneos denominou de Alexitimia, a etimologia da palavra é de origem grega (*a*= falta de, *lexis*= palavra e *thymos*=emoções) e significaria falta de palavras para as emoções.

Neste funcionamento, o aparelho psíquico, por não conseguir conter as emoções intensas e dolorosas decorrentes das experiências vividas, encontra um caminho particular para os afetos e, portanto, supõe que deve haver outra forma de comunicação além da linguagem verbal.

Diante de uma situação que desperta angústia, o indivíduo deveria ser capaz de desenvolver um pensamento ou fantasia em relação á essa experiência e empregar a palavra para exprimir seus sentimentos. Quando não é possível dar

esse tratamento às emoções, pode haver uma manifestação somática, ou seja, faz-se o corpo falar diante da impossibilidade de elaborar psiquicamente este estado mental.

O conceito de doença psicossomática, sua classificação nosográfica e o diagnóstico são outras questões que geram polêmica.

Franz Alexander (1989) parece ser contraditório e confuso ao dizer que “cada doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas humorais e que os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são apenas dois aspectos do mesmo processo” ao mesmo tempo que revela que os distúrbios crônicos do corpo podem ocorrer devido à influência de distúrbios emocionais prolongados.

Por outro lado, este mesmo autor (ALEXANDER, 1989) afirma que nem todos os órgãos são influenciáveis pelas emoções, pois elas são passageiras e por isso não podem apresentar nenhuma tendência a cronificar a doença. Para ele, é pouco provável que os órgãos internos como o fígado, arteríolas pequenas de um rim possam simbolicamente expressar idéias. Isto não significa que elas não possam ser influenciadas por tensões emocionais. Não lhe resta dúvida de que influências emocionais possam estimular ou inibir funções de qualquer órgão apesar de que, em sua opinião, depois que a tensão emocional relaxa, as funções corporais voltam a seu equilíbrio normal.

McDougall (1996) aponta que todas as pessoas têm tendência a somatizar sempre que, por influências de fatores externos ou internos, a mente não consegue elaborar esse conflitos pelas vias habituais. Sempre que alguma doença psicossomática manifesta-se estamos diante de um funcionamento arcaico que não pode utilizar-se da palavra como veículo de seu pensamento.

Montagna (2003) afirma que não é possível haver um paciente que não seja psicossomático e expõe outra forma possível de apreender a somatização: vê-la enquanto disfunção corporal. Dentro desta concepção, o corpo seria a morada de partes cindidas da mente e de partes de uma mente não nascida (protamente). Utilizam-se modelos corporais para expressar metáforas mentais.

A psicossomática para este autor é definida como uma forma habitual de reagir à angústia e ao sofrimento humano, encontrando na somatização uma maneira de descarga mais imediata.

Para Alexander, o termo psicossomático deve ser usado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em pesquisa quanto em terapia, ou seja, o uso simultâneo e coordenado de métodos e conceitos somáticos, procedimentos fisiológicos, anatômicos, farmacológicos, cirúrgicos de um lado, e métodos e conceitos psicológicos, por outro lado (ALEXANDER, 1989).

O termo psicossomático em linguagem comum refere-se à origem psicológica de determinadas doenças orgânicas, pressupondo o envolvimento de questões afetivas no processo de adoecimento físico da pessoa.

Alguns autores criticam a inespecificidade do termo psicossomático e outros insistem na diferenciação dos termos psicossomáticos, medicina psicossomática e doença psicossomática. Para Eksterman (1992), de acordo com campo epistemológico:

[...] a Psicanálise é uma psicologia em função do inconsciente, um método de investigação da mente e uma atividade terapêutica. A Medicina Psicossomática é considerada por este mesmo autor, como o estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, com uma proposta de assistência integral e de uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais [...] (EKSTERMAN, 1992, p.77).

Para este autor, o ponto de interseção entre a medicina psicossomática e a psicanálise deu-se quando Freud (1923), ao demonstrar o aparelho psíquico e a origem da mente, descreveu a transformação do id em ego, estabelecendo que a atividade corporal origina o id que, em contato com o mundo externo, diferencia um capa mais superficial, o ego. Sugere que não só a atividade físico-biológica está representada na mente, mas ela própria se transforma em mente.

Freud ao estudar paciente com conversão histérica, em que diante de um conflito emocional desenvolve sintomas corporais, descobre que, quando uma forte emoção, não pode ser expressa pelas vias normais e de forma adequada, ela é reprimida, excluída da consciência e torna-se fonte de tensão, o que provoca os sintomas histéricos. Para McDougall (1996), o psiquismo emprega o corpo para

traduzir as inibições da pulsão do id.

Vários conceitos e pensadores confluem para explicar a linguagem psicológica adotada pelos sintomas corporais.

Montagna (2003) defende o ponto de vista de que a comunicação do corpo ou do corpo erógeno na histeria é elemento determinante na diferenciação entre o comportamento histérico e o psicossomático.

De acordo com a psicossomática, há uma luta inconsciente (a ser decodificada) entre as instâncias da psique em contradição no interior do próprio indivíduo. A disfunção psicossomática traduz-se por uma ferida imaginária, com retorno a uma imagem arcaica do corpo que estaria relacionada às primeiras relações do sujeito. Seria considerada disfunção ampliada de uma disfunção passada real ou imaginária.

O comportamento histérico tem objetivo inconsciente de manipular outro; já o psicossomático não possui esse caráter, mesmo que tenha um ganho secundário (MONTAGNA, 2003).

Atualmente a relação mente-corpo continua a ser assunto fecundo e controverso e tão antigo quanto a própria história da humanidade. O movimento da psicossomática insistentemente empenha-se em delimitar com rigor seu campo, seus objetos e métodos. Assim tentaremos trazer à luz o movimento da psicossomática a partir das concepções teóricas de Franz Alexander, Pierry Marty e Joyce McDougall.

Franz Alexander (1989), a partir das descobertas de Freud sobre a histeria, promove uma distinção entre um sintoma conversivo e a neurose vegetativa. Adianta, entretanto, que a única semelhança entre elas reside no fato de que, em ambas as situações, as respostas fornecidas pelo organismo são respostas aos estímulos psicológicos e diferenciam-se quanto à psicodinâmica e à fisiologia. Segundo ele, um sintoma conversivo é uma expressão simbólica de um conteúdo psicologicamente definido, sendo uma tentativa da descarga da tensão emocional através do sistema neuromuscular, voluntário ou perceptivo. Ao passo que uma neurose vegetativa é uma resposta fisiológica dos órgãos vegetativos a estados emocionais os quais não têm como objetivo expressar emoções.

Para este autor os sintomas psiconeuróticos assentam suas bases na atividade do sistema nervoso simpático e para-simpático, que tem por finalidade o controle das relações externas. Especificamente os sintomas localizam-se no sistema voluntário e perceptivo-sensorial. A tensão emocional quando não é aliviada provoca alterações vegetativas internas crônicas.

Alexander define que só no campo das inervações voluntárias pode haver a expressão simbólica do conteúdo psicológico, conquanto é pouco provável que nos órgãos internos haja expressão simbólica (CERCHIARI, 2000).

Para melhor definir este tipo de funcionamento Alexander, desenvolve o conceito de neurose orgânica, que abrange os distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos, que são causados, pelo menos parcialmente, por impulsos nervosos, cujas origens mais remotas são processos emocionais, que ocorrem em algum lugar na área cortical e subcortical do cérebro (ALEXANDER, 1989). No distúrbio funcional dos órgãos vegetativos a estrutura anatômica do órgão não é alterada, somente a coordenação e a intensidade das funções é que sofrem perturbações. Dessa forma, as tensões emocionais crônicas como medo, desejos frustrados e reprimidos perturbam as funções dos órgãos vegetativos. Ao invés de expressarem-se nas inervações voluntárias, acabam por influenciar as funções vegetativas como digestão, respiração e circulação.

Assim os conflitos emocionais tendem a manifestar-se em determinados órgãos internos porque alguns microorganismos patológicos têm certa afinidade específica com alguns órgãos como, por exemplo, a raiva quando é desviada por canais inapropriados de descarga e fica, portanto, inibida, pode levar o indivíduo a desenvolver problemas relacionados com o sistema cardiovascular.

Os sintomas vegetativos iniciam-se devido a uma excitação contínua da ramificação parassimpática do sistema nervoso autônomo que é causada por uma tensão emocional contínua que não conseguiu encontrar descarga adequada devido a uma negação interna ou a fatores externos.

Abordaremos agora alguns princípios fundamentais da abordagem psicossomática presentes na teoria de Alexander (1989):

Psicogênese: são os processos fisiológicos presentes nas excitações

centrais do sistema nervoso. São estudados através de métodos psicológicos porque são percebidos subjetivamente sob a forma de emoção, idéia ou desejos da pessoa.

Funções fisiológicas afetadas por influências psicológicas são divididas em três categorias principais, a saber:

Comportamento voluntário: é um comportamento objetivo direcionado. É executado sob a influência de motivações psicológicas, a coordenação do jogo de forças presentes no comportamento de busca para satisfação de uma necessidade é coordenado pelo ego. Uma falha nessa função pode provocar psicose ou psicose.

Inerções expressivas: estes movimentos têm como único objetivo o alívio de uma tensão emocional reprimida. Esse objetivo não é alcançado porque estes movimentos estão dissociados de emoções subjacentes.

Respostas vegetativas dos estados emocionais: o sistema nervoso central é responsável pela regulação das relações e trocas estabelecidas com o mundo externo e com o sistema nervoso autônomo, cuja missão é o controle das condições internas do organismo, isto é, dos processos vegetativos internos. Dentro deste sistema tais processos encontram-se, sob o ponto de vista fisiológico, divididos em duas categorias antagônicas: simpática e parassimpática. A primeira categoria (simpática) refere-se a atitudes emocionais de preparação do organismo para a luta e para a fuga. Essa categoria modifica os processos vegetativos nas situações de emergência.

Sob o comando do sistema nervoso parassimpático o organismo está envolvido na preparação para a retirada da atividade dirigida para o exterior.

O indivíduo tende a afastar-se de seus problemas externos, passando a ter uma existência meramente vegetativa. A partir deste enfoque, é possível distinguir entre as doenças relacionadas ao sistema nervoso simpático como respostas ativas. Incluem-se aí doenças como diabetes, hipertensão arterial, epilepsia. As doenças relacionadas ao segundo grupo seriam consideradas como respostas passivas representadas pela asma, colite e úlcera duodenal e etc.

O problema da especificidade dos fatores emocionais nos distúrbios

somáticos: toda teoria proposta por este autor assenta suas bases no que ele denominou de Teoria da Especificidade. De acordo com seu ponto de vista cada estado emocional tem sua própria síndrome fisiológica e as respostas fisiológicas aos estímulos emocionais variam de acordo com a natureza do estado emocional que desencadeou as funções fisiológicas que serão ativadas ou inibidas. A especificidade orgânica é quem determina a fragilidade de determinados órgãos.

Outro conceito presente na teoria deste autor diz respeito à correlação que se estabelece entre o tipo de personalidade e a ocorrência de determinadas doenças.

Dumbar, ao utilizar-se da aplicação de métodos modernos de diagnóstico psicodinâmico descreve em seu “estudo de perfis” correlações estatísticas entre as doenças e os tipos de personalidade. Para este autor, certos tipos de personalidade são mais aptos a exercerem ocupações de responsabilidade, chegando a descrever o perfil de pacientes fraturados. Estes são mais propensos a acidentarem-se por serem pessoas impulsivas e não conseguem tolerar a disciplina ou a autoridade externa são desorganizadas e vivem apenas o momento presente sem aspirações para o futuro, com tendências a autopunição (ALEXANDER, 1989).

Alexander defende a correlação entre distúrbios vegetativos com estados emocionais específicos e critica os perfis psicológicos de Dumbar ao dizer que não há correlação, ainda que vaga, entre personalidade e doença.

O último item dos princípios fundamentais da abordagem de Alexander a ser considerado diz respeito à relação dos mecanismos nervosos e hormonais: embora ambos sejam antagônicos, participam igualmente da regulação da função vegetativa. Quanto mais prolongada for a ação de um distúrbio vegetativo mais complexa seria a ação do sistema nervoso autônomo.

No final dos anos 50, na França, surge outro movimento da psicossomática psicanalítica liderado por Pierry Marty, Michel de Uzan, Michel Fain e Christian David. Criam a Escola de Psicossomática de Paris e diferenciam de seus antecessores ao propiciarem uma “escuta analítica” ao invés da escuta do sujeito “via órgão”.

Desenvolvem sua teoria com base na teoria de Freud exposto no texto “As

neuropsicoses de defesa” (1894). Segundo Mello Franco (1988), quando falham as possibilidades de sonhar, fantasiar ou pensar, resta ao indivíduo a via orgânica e a ação, como possibilidade de descarga da excitação que não pôde ser elaborada através do pensamento

A partir de pesquisas desenvolvidas pelos psicossomáticos da Escola Francesa à respeito da vida onírica de seus pacientes, descobriu-se que os pacientes psicossomáticos apresentavam uma organização mental muito peculiar, que refletiam na maneira de pensar e de lidar com as suas emoções e apresentam as seguintes características: dificuldade de pensar livremente, pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer uma transferência, pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumático (CERCHIARI, 2000). À esta forma de pensamento denominaram de pensamento operatório.

Para Marty (1994), a função do aparelho psíquico é administrar o funcionamento psicossomático. O bom funcionamento mental protege o indivíduo de um distúrbio psicossomático grave. Ele relaciona sua teoria ao modelo proposto por Freud sobre o mau funcionamento do pré-consciente. De acordo com este modelo, as associações de idéias dependeriam da ligação destes significantes pré-verbais, que são as representações de coisas, com as representações de palavra, que são o que confere valor simbólico às experiências.

De acordo com a teoria postulada por estes psicanalistas, o indivíduo durante o seu desenvolvimento busca a integração e a organização do seu psiquismo. A interrelação entre os impulsos de vida e de morte que regem a existência humana ocorre ao longo da vida e é intermediada por um processo denominado de organização e desorganização progressiva.

Na medida em que este desenvolvimento mental não ocorre conforme o esperado, e não se verifica a descarga de tensão pela via da elaboração psíquica, instala-se um processo patológico, que é contrário à organização evolutiva mental. Neste caso o aparelho psíquico pode responder com a formação de uma somatização grave.

Contudo, este processo psíquico tende a desdobrar-se em afecções

orgânicas reversíveis e a desempenhar um papel organizador. À essa dinâmica de funcionamento Marty denominou “regressão somática”(PERES, 2004).

Este movimento pode colaborar tanto para a desintegração quanto para a integração da personalidade, mas o indivíduo pode proteger-se da desintegração se tiver um mundo psíquico rico e povoado por conteúdos afetivos.

As relações interpessoais estabelecidas pelos pacientes somáticos são caracterizadas por um envolvimento que se processa de forma superficial, por um rebaixamento do investimento libidinal, pela pouca possibilidade de realizar um trabalho de elaboração mental com comprometimento da capacidade de simbolização. Supõe-se que o funcionamento mental é regido muito mais pelos processos primários do que pelos processos secundários, já que a ação é a forma habitual de descarga em função de um processo de condutas mentais pouco elaboradas.

Em 1968 Marty descreve uma depressão peculiar que corresponde a um estado de embotamento afetivo; a dependência e o empobrecimento da interação social caracterizam um estado, que é denominado “depressão essencial” (SILVA, 1994).

Nesse quadro, o indivíduo não consegue expressar qualquer tipo de emoção, pois está encoberto por um manto de indiferença tanto para com sua vida cotidiana quanto para o trabalho. Ele é executado de forma mecânica, com total ausência de prazer. Quando uma depressão essencial estende-se por um longo período, pode favorecer a ocorrência da doença orgânica crônica. Provavelmente, os sintomas depressivos apresentados pela maioria dos portadores de enfermidades somáticas afiguram não como o efeito, mas sim como a causa do adoecimento. Marty (1993) sugere que o instinto de morte se destaca como a senha da depressão essencial (PERES, 2004).

O termo “mentalização” foi desenvolvido para referenciar o processo de elaboração psíquica que é sustentada pelo conjunto de seus valores e investimentos libidinais e constitui-se na melhor forma de proteger-se contra os efeitos mortíferos de uma somatização. A mentalização refere-se ao conjunto de representações inscritas no psiquismo de um sujeito, sendo consideradas como a

base da vida mental, pois aparecem como os elementos constituintes dos pensamentos, dos sonhos e das fantasias. Como aponta Peres (2004), a capacidade de elaboração psíquica de um indivíduo encontra-se intimamente relacionada à adequação de sua mentalização.

Segundo as proposições elaboradas por Marty (1993), haveria essencialmente dois tipos de mentalização: as boas mentalizações, que são constituídas por representações psíquicas variadas e enriquecidas por conteúdos afetivos e que possibilitam uma adequada via de escoamento dos conflitos psíquicos. Mesmo assim, o sujeito não está imune às somatizações nos momentos em que não consegue lidar com a tensão emocional.

Por outro lado, as más mentalizações, por apresentarem um empobrecimento da vida mental, tendem a conduzir de maneira inadequada as descargas de tensões do psiquismo, tornando o indivíduo mais susceptível ao acometimento de somatizações.

As formulações elaboradas pelos fundadores da Escola de Psicossomática de Paris podem ser úteis na compreensão da psicodinâmica dos distúrbios psicossomáticos e permite elaborar proposições preventivas quanto ao adoecimento do sujeito no trabalho, uma vez que o empobrecimento do mundo mental reflete na perda do interesse e do prazer, o que pode conduzir a uma vida regida pelo pensamento operatório.

Joyce McDougall (1996) em seus estudos demonstra que em toda formação de sintoma subjaz uma angústia, mas que os questionamentos sobre os assuntos que envolvem a “escolha” do sintoma, enquanto tentativa de cura de si mesmo, continuam sem resposta. Parece provável que determinados modos de funcionamento mental adquiridos durante os primeiros meses de vida podem predispor o sujeito ao desencadeamento de uma afecção psicossomática.

Essa autora priorizou em seus estudos clínicos pacientes que eram refratários à abordagem psicanalítica tradicional como destaca Ferraz (2002). Neste grupo estão os somatizadores, drogaditos e os normopatas. Para melhor definir este grupo, criou o termo normopatía, que poderia ser traduzido popularmente como a “doença da normalidade”.

Essa doença define um determinado tipo de paciente que se comporta como uma pessoa normal do ponto de vista psíquico, mas que, na verdade, refugia-se por trás de uma pseudonormalidade ou de uma normalidade reativa, decorrente de uma sobreadaptação reativa.

Esse modo de funcionamento psíquico tem por objetivo proteger-se da tomada de consciência de suas vivências afetivas e, com isso, o indivíduo evita entrar em contato com os seus sentimentos, o que poderia levar a percepção a respeito de seu modo de funcionamento afetivo.

No contato interpessoal, estes pacientes, não apresentavam nenhum tipo de sofrimento neurótico, sendo envolvidos por uma pseudonormalidade.

Segundo Peres (2004), por trás desta pseudonormalidade, oculta-se uma estratégia defensiva para fazer frente ao sofrimento psíquico. Estes pacientes apesar de conseguirem estabelecer relacionamentos interpessoais, eles são poucos significativos e mostram-se pouco capazes de exercitar movimentos de introspecção de modo que encontram severas dificuldades de olhar à si mesmos e aos outros com profundidade.

Esse distanciamento dos próprios sentimentos, ao contrário do que aparenta ser, reflete, na verdade, um conflito psíquico silencioso, decorrente de uma falha nos processos de simbolização.

O próprio termo “normopatia”, a princípio, parece pouco esclarecedor. É fruto da união de dois termos inicialmente contraditórios. Originário do grego *orthos*, tem seu correspondente na língua latina como norma (regra, modelo, normal). O outro elemento que compõe a palavra tem sua origem no sufixo *pathos* que, segundo Houaiss e Villar (2001), significa estado passivo, sofrimento, mal, dor, aflição, doença.

Ferraz (2005) supõe haver no funcionamento mental do normopata uma falha exatamente no *pathos*. Sua posição é justificada pelo fato de que a experiência é *pathos*, que rege a ação humana passional; ao contrário de *orthos*; que pressupõe a imperfeição e a imobilidade.

Para desenvolver o termo normopatia, Joyce McDougall inspirou-se na definição do conceito de pensamento operatório proposto pelos psicanalistas do

Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) liderados por Pierry Marty e Michel de Uzan. Este termo designava aos pacientes psicossomáticos e somatizadores. Dentro desta modalidade de funcionamento psíquico, trata-se de um pensamento consciente, que é desvinculado de sua ação, o que leva o sujeito a ficar preso à materialidade dos acontecimentos sem esboçar envolvimento afetivo. Essa falha no funcionamento mental acarreta, por sua vez, o empobrecimento da atividade fantasmática e onírica com o predomínio da utilização de recursos defensivos primitivos. A consequência mais imediata caracteriza-se pela ocorrência de prejuízos nos processos de simbolização, ou seja, na elaboração psíquica.

Marty (1994) propõe que ao pensamento operatório falta-lhe a referência de um objeto interno realmente vivo e que o valor afetivo do encontro parecia passar completamente despercebido para este tipo de paciente. Este comportamento faz com que essas pessoas passem a estabelecer com outras pessoas um tipo de relação por ele denominada “branca”, em que a palavra do sujeito só serve para ilustrar a sua ação. Portanto, é possível pensar que este sujeito dificilmente poderá envolver-se emocionalmente no contato com outra pessoa ou mesmo acreditar que ela poderá estabelecer laços afetivos significativos que contribuam para o seu desenvolvimento emocional.

Para esse autor, uma das possíveis causas para essa pobreza fantasmática é que a esses indivíduos falta-lhes a referência de um objeto interno realmente vivo e, por isso, o valor afetivo do encontro com o outro tende a passar completamente despercebido. Dessa forma, pessoas acometidas pelo funcionamento operatório tendem a “sofrer” a realidade ao invés de vivê-la profundamente (Marty, 1994).

Os psicossomáticos do IPSO desenvolveram outro termo que, em conjunto com o conceito de pensamento operatório constitui o alicerce para a edificação da normopatía. O conceito de mentalização foi utilizado para fazer menção às representações inconscientes e pré-conscientes de um indivíduo.²

Daí depreende-se que pessoas com este tipo de funcionamento mental não

²Marty define as representações, no sentido freudiano, como uma evocação de percepções que foram inscritas, deixando traços mnêmicos (apud FERRAZ, 2005, p.55).

conseguem estabelecer relações afetivas com outras pessoas, pois, por apresentarem um mundo mental pobre em fantasias, são pessoas que não conseguem colocar-se no lugar do outro, nem tampouco compreendê-lo. O seu linguajar é revestido por uma pobreza de linguagem. Em seus diálogos, não são capazes de expressar afetividade; não raro, o conteúdo de suas comunicações é repleto de idéias vazias e ou convencionais.

Mesmo em situações mais drásticas de suas vidas, como perdas e abandonos, serão tratadas sem emoção e sem ressonância transferencial (FERRAZ, 2005).

Em termos psicopatológicos, o funcionamento psíquico dos normopatas é regido pelo pensamento operatório e pelos processos primários. Por não fazerem uso dos símbolos e das palavras para se expressarem, os seus pensamentos tendem a ser lógicos, concretos, operacionalizados e intelectualizados. O processo de construção do pensamento é derivado do pensamento cognitivo e não recebe interferência do inconsciente.

Disso é possível deduzir que essas pessoas utilizam-se de mecanismos de defesa primitivos a fim de evitar que acontecimentos carregados de emoção dolorosa possam retornar ao psiquismo e dessa forma fugir ao seu controle. Esses afetos tendem a serem ejetados da consciência. Para isso, utiliza-se de um mecanismo de defesa descrito por Freud ([1894] 1996) como *verwerfung*. Neste caso, o ego ejeta para fora da consciência os sentimentos insuportáveis como se ele nunca tivesse tido contato com essas representações que foram repudiadas. Freud (apud McDOUGALL, 1996) ao apresentar o caso Schereber (1911-1969) diz que os conteúdos que foram ejetados da consciência e que não puderam ser reintegrados ao inconsciente do indivíduo pela via do recalçamento podem retornar ao psiquismo sob forma de delírio ou alucinação, como ocorre nos processos psicóticos. Freud (1911) considera manifestações alucinatórias como uma luta entre repressão e uma tentativa de restabelecimento do ego para devolver a libido novamente aos seus objetos.

McDougall (1983) propõe que esses conteúdos ejetados do psiquismo de pacientes somáticos não produzem respostas psicóticas, como defendia Freud, e,

sim, uma regressão à respostas somáticas.

Para a referida autora, haveria uma dissociação entre representação da palavra e a representação da coisa, o que faz com que os sinais de angústia tornem-se equivalentes a uma representação da coisa, quando, na verdade, o que dá sentido às experiências são as representações das palavras. Para as crianças pequenas, o corpo é vivido como um objeto-coisa que pertence ao mundo externo.

Para Peres (2004) e McDougall (1996), a utilização dessa forma de agir pode promover a cisão entre o corpo anatômico e o corpo erógeno, culminando na ressomatização do afeto.

Nos normopatas, por terem essa forma tão particular de lidar com o afeto, os destinos dados às experiências emocionais tomam um caminho diferente daqueles já propostos por Freud para a histeria, a neurose obsessiva e a neurose de angústia que seriam, respectivamente, a conversão, o deslocamento e a livre descarga (FERRAZ, 2005). No normopata, haveria o congelamento do afeto; além disso, acredita-se que esses indivíduos não sejam capazes de lidar com o excesso da experiência afetiva. McDougall (1996) define essa patologia como um grave distúrbio da patologia afetiva em que o indivíduo teria de empreender defesas maciças para lutar contra o surgimento dos afetos dolorosos, que devido à sua intensidade, foram vividos como desestruturantes, a ponto de impedir que o sujeito possa refletir sobre as suas experiências emocionais. McDougall (1996) chegou a cogitar que poderia haver uma relação entre as estruturas de funcionamento do normopata e do obsessivo descrito por Freud. Entretanto, a referida autora esclarece que o primeiro apresenta um comportamento de ritual e, por isso, os seus comportamentos ou pensamentos não são influenciados pelas ruminações mentais, fruto de suas fantasias, que num plano inconsciente, normalmente perturbam a vida do neurótico obsessivo.

Diferentemente do obsessivo, o normopata tem comportamento automático e a busca incansável de atividades tem como objetivo preencher o vazio de sentido em sua vida e a falta de elaboração de conteúdos psíquicos.

McDougall (1996) esclarece que o neurótico obsessivo possui um comportamento embasado em rituais, que são estruturados a partir de fantasias

inconscientes; os seus pensamentos são influenciados por obsessões e compulsões. O comportamento do normopata, ao contrário, é embasado em um comprometimento da capacidade de simbolização, que remonta às primeiras relações estabelecidas na mais tenra infância entre a díade mãe-bebê. Essa dificuldade para elaboração simbólica dos conteúdos vividos é o que dá o caráter automático das ações de pessoas que sofrem dessa patologia.

A agitação psicomotora, observada no normopata, tem como objetivo encontrar uma atividade que o auxilie a preencher o vazio e a falta de sentido para a sua existência; ao mesmo tempo, este paciente procura dar vazão aos conteúdos que não puderam ser elaborados psiquicamente. Via de regra, para dar conta dos afetos desagradáveis, utiliza-se de mecanismos de defesa primitivos muito mais arcaicos que os utilizados pelos obsessivos. Utiliza-se do repúdio para fora do psiquismo, ou seja, estes conteúdos simplesmente desaparecem do aparelho psíquico. Esses conteúdos podem promover o sofrimento, há a exclusão do plano da consciência de qualquer conteúdo afetivo que possa trazer sofrimento psíquico na vida desses indivíduos. Não é difícil perceber o quanto estes indivíduos passam a vida alienados de sua vida emocional em função de seu temor.

De acordo com essa linha de raciocínio é possível pensar que a incapacidade que os normopatas possuem para entrar em contato consigo mesmos e exprimir suas emoções é decorrente de uma fragilidade estrutural. Eles empregam defesas maciças contra a penetração em seu mundo subjetivo, para que não entre em contato com as memórias desagradáveis do passado e desta forma tentam garantir a sua sobrevivência psíquica (FERRAZ, 2005).

Pessoas com este tipo de funcionamento mental temem não somente entrar em contato com o seu mundo interno, mas, também, correr o risco de perder-se no outro. Para que isto não ocorra, nega ao outro a sua alteridade. Como conseqüência, perde para sempre a sua capacidade de identificação.

Enquanto na neurose os conflitos existenciais normalmente são decorrentes de uma problemática de ordem edípica, ligada, portanto à construção da identidade sexual, o mecanismo de defesa predominante da normopatía é o recalçamento, cuja função é a de preservar o universo simbólico do ser humano.

Neste tipo de patologia, há o fracasso do processo de recalçamento, e por isso, ocorre a supressão da vida fantasmática (FERRAZ, 2005).

Por isso, McDougall classificou a normopatía como uma severa patologia que interfere diretamente na constituição da subjetividade do sujeito.

A hipótese mais viável para a etiologia desta doença tem a sua origem na mais tenra infância e está associada a uma falha no desempenho da figura materna. Tal hipótese parte do pressuposto de que a figura materna, dentro de um universo pré-simbólico e pré-verbal, deve desempenhar a função de aparelho de pensar para seu filho. O desempenho desta função tem como objetivo preparar o caminho para o processo de simbolização.

Logo ao nascer, o bebê depende totalmente de sua mãe ou de seu cuidador. Comunica-se com o outro de forma muito primitiva e ainda não consegue diferenciar suas necessidades físicas das emocionais. Nesta etapa da vida, o bebê não possui ainda o domínio da palavra e, por isso, a mãe, ao receber as projeções de angústia do bebê, deve atendê-lo, de forma a acolher e interpretar de forma adequada o choro e as necessidades do lactente, de forma a trazer-lhe reconforto e alívio para o seu estado físico ou mental. Deve ainda, devolvê-lo ao bebê de forma compreensível, ou seja, é preciso traduzir e nomear os estados afetivos de seu filho, a fim de evitar que este não retorne de forma maciça, traumática e portadora de ameaça de aniquilamento. É necessário, então, que ela consiga conter e elaborar o seu próprio sofrimento assim como o de seu próprio filho. A figura materna, no início do desenvolvimento do bebê, representa, para ele, um “organizador” dos afetos, com quem aos poucos o bebê vai aprendendo a desempenhar por si próprio a elaboração mental ou de natureza verbal ou simbólica de seus conflitos.

Para McDougall (1996), a qualidade da relação entre a díade mãe-bebê pode desmoronar precocemente em função da sensibilidade particular de alguma criança, mas também em virtude da maior ou menor capacidade que a mãe tem para interpretar as necessidades da criança e os modos primitivos de comunicação dessa dependência. Nos casos em que a figura materna, por razões inconscientes, não consegue modificar o sofrimento físico ou psíquico de seu filho e protegê-lo

das tensões provenientes do mundo externo, pode acarretar no bebê o não desenvolvimento de sua capacidade de conter ou de recalcar as idéias relacionadas às vivências de uma dor de origem emocional, por isso, trata de expulsar do campo da consciência qualquer representação carregada de afeto. A consequência mais imediata desse tipo de conduta para o desenvolvimento do ser humano é a de que pode gerar uma incapacidade de diferenciação entre a representação de si mesmo e a do outro.

Assim sendo, a diferenciação entre a constituição do corpo materno e o da criança permanece confuso, pois o que prevalece para o psiquismo, quanto aos investimentos da libido é a representação corporal arcaica. Portanto, a representação mental que a criança tem de seu corpo é a imagem de um corpo primitivo, arcaico. Dessa forma, como não foi estabelecida uma representação psíquica materna adequada, a criança não se sente segura para recorrer a ela como representante de um ambiente maternal e acolhedor. Acontecimentos como separações e perdas não são concebidos como aquisições psíquicas que podem enriquecer o mundo mental e conferir sentido à vida pulsional (McDOUGALL,1989).

Uma vez que não houve a introjeção da representação psíquica materna como figura acolhedora capaz de aliviar o sofrimento do lactente, a diferenciação e a separação da representação de si mesmo e do outro fica prejudicada. A criança tenta evitar a separação da figura materna em função do temor; de suas fantasias, de que, se a identificação primária que as une fosse rompida, ambas seriam aniquiladas ou poderiam deixar de existir.

A luta contra a separação essencial que dá origem ao indivíduo pode externalizar-se por dois caminhos, conforme indica McDougall (1996).

O primeiro leva a uma patologia autista na qual o corpo e o seu funcionamento somático permanecem intactos, enquanto a mente se fecha ao mundo exterior.

O segundo, mantém intacta a relação com a realidade externa, mas ainda correndo o risco de ver o soma reagir e funcionar de um modo que poderíamos qualificar de “autista”, desligado das mensagens afetivas do psiquismo em termos

de representações verbais, reduzindo a representações de coisas muito fortes e, portanto, a uma expressão não verbal.

McDougall (1996) conclui que a parte primitiva da personalidade permanece “encapsulada” no seio da personalidade adulta, estando sempre pronta a ocupar o palco psíquico quando as circunstâncias geram um estresse excessivo. Defende ainda que a base da constituição da personalidade de um indivíduo assenta-se sobre a relação transicional entre a mãe e seu bebê e afirma que a mãe deveria conseguir assegurar a função materna fundamental, que consiste em manter, em qualquer circunstância, uma tela protetora contra os estímulos transbordantes que acometem a criança. Esses estímulos são provenientes tanto do mundo interno da criança quanto do exterior.

Uma falha na função de pára-excitação pode provocar a criação de um falso self. Este termo foi desenvolvido por Winnicott (1988) para fazer menção à satisfação das pulsões do bebê. Para este autor, o ego do bebê caminha para um estado de desenvolvimento em que as demandas do id serão experimentadas como partes do self, e não como ambientais. Quando o desenvolvimento assim ocorre, as satisfações do id podem ser um consolidador do ego, ou do verdadeiro self. Mas quando as satisfações do id não puderem ser assimiladas pelo ego, dizemos que estas excitações podem ser traumáticas e constituírem um falso self.

Essas formas de defesa têm como objetivo impedir o surgimento de angústias arcaicas. Uma vez que este é o padrão habitual que o aparelho psíquico estabelece como forma de dispersar os afetos desagradáveis que não dispõe de palavras para expressar-se ou como forma de refrear esses fantasmas. Assim, as palavras tornam-se os diques mais eficazes para conter a energia vinculada às pulsões e aos fantasmas aos quais estes deram origem em relação com os objetos parentais no início da infância. As experiências que geram estresse interno ou externo e que culminam em dor mental ou em conflito psíquico levam o aparelho psíquico a emitir sinais de sofrimento do tipo pré-simbólico e estes por não serem reconhecidos no nível do pensamento verbal, não são escoados de forma adequada, através de sonhos, devaneios ou outras maneiras encontradas pelo psiquismo para diminuir a tensão mental. Essa forma de agir pode suscitar o risco

de o aparelho psíquico emitir respostas somáticas e não psíquicas diante do sofrimento mental.

Esse modo particular de lidar com o afeto culmina em um grave distúrbio da economia afetiva, que foi definido por McDougall (1996) como desafetação.

Esse termo é utilizado para definir certo padrão de comportamento em que o afeto estaria desvinculado de suas ações ou, mais precisamente, é a incapacidade do aparelho psíquico de manter-se em contato com suas emoções. Nesse sentido a palavra, perde sua função de ligação pulsional, permanecendo apenas como estrutura esvaziada de substância e de significação. Este discurso pode até ser inteligível e até altamente intelectualizado, mas é totalmente desprovido de afetos.

Para a maioria das pessoas, os afetos são elementos que ligam umas pessoas às outras e que também permitem a elas comunicarem-se consigo mesmas. No caso dos indivíduos acometidos pela desafetação, é justamente a ausência de vínculos afetivos que confere estabilidade emocional ao aparelho psíquico.

Muito provavelmente estes indivíduos necessitam dessa muralha protetora que os mantém afastados de sua realidade psíquica para continuar sobrevivendo.

McDougall (1989) destaca que, dentre as hipóteses mais plausíveis para a etiologia do distúrbio da desafetação, estão fatores dinâmicos que podem servir de base à existência de uma brecha psíquica entre as emoções e as representações mentais às quais elas estão ligadas e, também, aos recursos econômicos através dos quais, não houve seqüência dentro desta maneira de viver, que não leva em consideração nem sentimentos, nem acontecimentos carregados de afetos, nem a realidade psíquica de outras pessoas. Para que um indivíduo recorra a expedientes tão primitivos para expulsar do psiquismo afetos desagradáveis, a referida autora supõe que estas pessoas haveriam vivenciado muito precocemente situações nas quais os sentimentos foram ameaçados de integridade e de identidade.

É de se supor que qualquer pessoa em um determinado momento da vida, diante de emoções intensas, possa somatizar, ou seja, emitir respostas somáticas ao invés de expressar-se por intermédio de uma representação verbal. Entretanto, pessoas acometidas pelo distúrbio da desafetação tendem a não dar saída do lado

psicológico para as vivências afetivas, mas tendem, ao contrário, expulsar rapidamente do plano da consciência o afeto e sua representação. Com isso, deixa o organismo mais vulnerável à descarga contínua das tensões através de reações orgânicas como forma de defesa contra o sofrimento psíquico.

Para McDougall (1989), pessoas que lidam com as emoções dessa maneira são consideradas presas potenciais de explosões psicossomáticas quando são acometidas por acontecimentos carregados de afetos, tais como separações, acidentes, lutos, abandono, etc. O corpo torna-se via de expressão somática no instante em que essas experiências não puderam ser incluídas nas cadeias simbólicas da linguagem.

Cabe ainda estabelecer uma diferenciação entre o paciente normopata e o somatizador.

Ferraz (2005) postula que os normopatas não conseguem se desligar da realidade, cometer atuações dentro ou fora da sessão e nem tampouco somatizar. Já Peres (2004) justifica que os normopatas não devem ser confundidos com o somatizador porque, mesmo considerando a sua dificuldade de expressar os seus afetos num plano verbal, estes pacientes nunca apresentam doenças psicossomáticas; mesmo considerando a sua maior propensão às eclosões psicossomáticas do que em outras pessoas.

Outra diferenciação importante a ser destacada dá-se em relação à agressividade. Os normopatas diferem do depressivo melancólico ou do neurótico descrito por Marty (1996). Estes últimos apresentam dificuldade de expressar tal sentimento. O normopata, ao contrário, é plenamente capaz de dirigir a sua irritabilidade para o meio externo (FERRAZ, 2005).

Dessa forma, os conceitos propostos por McDougall contribuem para a compreensão da constituição do psiquismo e do modo pelo qual as pessoas acometidas por enfermidades orgânicas relacionam-se com o mundo externo e o trabalho.

Após este breve exposição sobre a constituição do psiquismo e a psicossomática psicanalítica, apresentam-se as entrevistas e suas respectivas análises.

Capítulo III

A Constituição do Psiquismo e o adoecimento no trabalho

1. Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo, pretendemos apresentar os dados coletados e proceder à análise dos conteúdos apreendidos em cada entrevista. É nosso objetivo compreender a maneira pela qual o percurso teórico que realizamos ao longo deste trabalho pode contribuir para a compreensão da constituição do psiquismo e das possíveis influências que o seu funcionamento possa exercer no adoecimento do indivíduo no exercício de uma atividade laborativa.

Apresentaremos os dados considerando o roteiro de entrevista proposto aos participantes da pesquisa, tentando articular as possíveis relações entre a formação do mundo mental dos entrevistados e o seu adoecimento no ambiente de trabalho.

Vejam, assim, em linhas gerais, como se constituem os primórdios da vida mental, a partir da psicanálise e da psicossomática psicanalítica e a forma pela qual as relações que trabalhadores estabelecem com a atividade profissional e as possíveis interferências na vida pessoal e profissional.

2. A compreensão das vivências dos trabalhadores e a sua relação com a doença

Passados mais de cem anos desde a criação da Psicanálise, a teoria proposta por Sigmund Freud, nos dias de hoje, ainda conserva a sua pertinência e atualidade. Naquela época, ao ouvir os relatos de seus pacientes adultos sobre os seus sofrimentos e sintomas, observava que, nos discursos sobre a etiologia da doença, havia sempre uma referência ao período da infância. Deduziu, então, que para entender os conflitos atuais deveria estabelecer a relação entre o sintoma e as experiências traumáticas ocorridas na infância. Ele definiu como experiências traumáticas as vivências infantis decorrentes da interação entre o bebê e os seus pais.

Para Freud, a doença é causada por fatores constitucionais da personalidade do indivíduo e fatores ambientais. Aspectos relacionados à relação do bebê com os seus pais desempenham papel fundamental na etiologia, no curso e no prognóstico da doença mental. Dentro desta perspectiva, outro aspecto importante para a constituição do psiquismo diz respeito ao papel desempenhado pela linguagem verbal. Quando uma situação conflitiva não pode ser expressa pela via dos sonhos, da fantasia ou da palavra, resta ao corpo dar vazão à essa percepção; pode-se, então, desencadear uma explosão psicossomática.

Quando duas pessoas se unem, cada uma exercerá um determinado tipo de influência sobre a outra e, para que esta relação se torne possível, é necessário que se abra um novo campo psicológico, de modo que as interações evolutivas, sociais e culturais possam ocorrer. Mas é somente com o nascimento do primeiro filho é que tem origem a família.

De acordo com Zavaschi (2001), a concepção e o nascimento de um filho produzem mudanças nesse relacionamento, sendo necessário que se abra um novo campo psicológico com o qual irão interagir e alterar, com a sua presença, as características de cada um. A cada filho que nasce os pais revivem as suas próprias experiências infantis e, com cada um deles, estabelecer-se-á um tipo de relacionamento afetivo, pois reeditam-se relações anteriores que, por sua vez, interferem nas relações com o bebê. Além disso, é necessário que os novos pais renunciem à sua condição de filhos para assumirem a sua função de pais. Este

pode vir a ser um momento de renovação e de enriquecimento da personalidade de cada um.

Conforme há a interação entre esses membros do grupo familiar, os indivíduos também vão se constituindo evolutivamente e, portanto, tendem a exercer certa influência nos modos de ser e de agir de cada um e, possivelmente, sobre as suas estruturas intrapsíquicas. Estes padrões de relacionamentos e de interação familiar podem atravessar gerações e, às vezes, representam prejuízos para a vida do indivíduo.

Para o crescimento saudável do bebê é importante a interação entre os pais. As relações entre ele e os seus genitores iniciam-se muito antes de seu nascimento biológico.

Cada um dos pares tinha os seus sonhos e os seus projetos de vida que poderiam ou não incluir um filho. Ao anúncio da gravidez, novas perspectivas e planos são postos em marcha de acordo com as representações inconscientes de cada um dos genitores.

É muito importante o sentimento dos pais em relação a terem um filho. Cria-se entre eles um “clima emocional” favorável ao seu desenvolvimento.

Quando nasce o bebê, os pais têm de integrar as suas fantasias com a realidade. Em suas fantasias existia um bebê sonhado e idealizado. Após o parto, há um bebê “real”, que pode ser visto, tomado nos braços e que possui as suas características próprias.

De acordo com Zavaschi (2001), as tarefas paternas vão evoluindo juntamente com o filho. No início, essa relação é baseada na total dependência do bebê em relação à figura materna e na doação incondicional de seus pais. Nesta etapa inicial é necessário que os pais provêem-lhe de tudo, para criar no bebê a ilusão de que assim será para sempre. Aos poucos, conforme o bebê se desenvolve, cabe também aos pais desiludi-lo, propiciando um confronto com a realidade.

A vida psíquica começa com uma experiência de fusão absoluta com a mãe. O prolongamento imaginário dessa vivência representa não somente um papel essencial na vida psíquica do recém-nascido, mas também irá reger o seu

funcionamento somatopsíquico (McDOUGALL, 1996). Para o bebê, sua mãe e ele constituem uma unidade indissolúvel e qualquer situação que coloque em risco esse laço torna-se angustiante. Ele tenta, de todas as formas, impedir esse rompimento. No momento em que ele chora e a sua cuidadora responde afetivamente, o seu sofrimento é modificado, seu temor é apaziguado e a ilusão de fusão é recriada. Gradativamente, a criança consegue perceber que, ambas, são seres separados, diferentes e que possuem vontades próprias. No momento em que fica só, ou que alguma dificuldade emerge, ela tenta recriar a ilusão da presença materna, apoiando-se nas representações inconscientes de seu psiquismo. Dessa forma, consegue recriar um ambiente acolhedor e afetivo baseado nas vivências anteriores de ter sido cuidado e atendido por sua mãe. Esta presença materna pode ser substituída por um objeto da realidade externa como um pano, uma pelúcia ou qualquer outro elemento que represente o acolhimento e o aconchego da mãe. Para esses objetos Winnicott (1975) cunhou o conceito de **objeto transicional**.

O fato dessa representação poder ser evocada é essencial para a estruturação do psiquismo, pois permite à criança assumir por si só, as funções maternas introjetadas, desde que as palavras da mãe sejam capazes de garantir conforto. Qualquer fracasso nesse processo irá comprometer a capacidade da criança de integrar e de reconhecer como seus o corpo, o pensamento e o afeto (McDOUGALL, 1996).

De acordo com (DEJOURS, 1992), a criança é sensível ao sofrimento psíquico dos seus pais com relação ao desempenho profissional. Dependendo de como os pais vivem e processam essas experiências, a criança pode fundir-se à experiência da percepção dessas vivências de angústia e ansiedade e registrá-la como sua.

Um desses registros pode conter a representação de que o trabalho pode ser fonte de ameaça e frustração, podendo ser reeditado num momento em que haja situação de conflito e angústia na esfera profissional.

A instância laborativa também pode ser o local em que as relações primitivas do seio familiar entram em cena.

[...] a relação entre as figuras arcaicas reaparecem com frequência e que problemas não resolvidos na infância são revividos, ainda que de maneira modificada. Assim, por exemplo, a atitude em relação a um subordinado ou a um superior repete até certo ponto a relação com um irmão menor ou com um dos pais [...] quando uma pessoa está totalmente sob o domínio de situações e relações arcaicas, seu julgamento sobre as pessoas e eventos está destinado a ser perturbado (KLEIN, 1991, p 292).

A partir da compreensão da referida autora é possível atribuir ao trabalho uma nova dimensão: o trabalho representa não apenas a execução de uma função, mas, ao se considerar a dimensão emocional envolvida no desempenho desta atividade, ele passa a ter importância para a vida emocional do indivíduo. Dessa forma, ocupa um espaço de destaque na vida e no psiquismo do trabalhador. Situações da vida pregressa que não puderam ser vividas ou suficientemente elaboradas poderão ser revividas no momento presente, quer seja no plano pessoal e social, quer seja através das relações que se estabelecem no ambiente de trabalho. Dentro dessa perspectiva, a organização interfere na saúde mental do indivíduo. Se a atividade profissional ajuda a conferir sentido emocional à vida do ser humano pressupõe-se que haja então um envolvimento afetivo inconsciente no desempenho de suas atribuições. Entretanto, há algumas situações em que não é possível externar alguns sentimentos e o aparelho psíquico vê-se impossibilitado de dar vazão pelas vias normais. Restam, então, as manifestações orgânicas como forma de eliminar essa tensão. Nessas situações o indivíduo adocece por não ter conseguido expressar através da linguagem verbal o seu sofrimento psíquico.

A partir desta exposição sobre os primórdios da formação da mente humana e sobre o espaço que o trabalho ocupa na vida psíquica, familiar e social do ser humano, passaremos então à apresentação das entrevistas realizadas.

3. Primeira entrevista: Aline

Identificação: Aline, 30 anos, casada, fez curso superior em Administração de Empresas. Foi admitida na empresa há 13 anos e está afastada há sete. Exercia a função de auxiliar administrativo e, de acordo com o seu relato,

desempenhava as seguintes funções: organização do setor de faturamento e a digitação de todos os procedimentos realizados pelos funcionários da empresa. Teve diagnóstico de LER (Lesão por Esforço Repetitivo). Apresenta dores intensas nos braços com prejuízo dos movimentos dos músculos. Há indicação do médico do trabalho para aposentadoria por invalidez.

Comportamentos não verbais: Aline mostrou-se interessada em colaborar com a pesquisa, mantendo-se atenta às perguntas e sempre esteve disponível desde o primeiro contato para agendar as entrevistas. Durante as entrevistas, apresentou grande emotividade, expressado através de choro, quando falou sobre a perda do vínculo de amizade dos colegas de trabalho e sobre o descaso dos colegas de trabalho após o seu afastamento. Exaltou-se, falando com o tom de voz mais agressivo e firme, quando referiu-se às questões judiciais: entrou na justiça, porque o advogado disse-lhe que para a empresa, ela não representava nada e que, na primeira oportunidade, iria demití-la.

Lembranças da época da infância: A lembrança que a entrevistada tem da infância é a de que o pai bebia muito: “ele sempre bebeu, isso é desde que eu me conheço por gente” e era uma época marcada por muita dificuldade financeira e de relacionamento. A mãe era quem trabalhava e proporcionava lazer aos filhos. Aline começou a trabalhar muito cedo, desde os treze anos, “porque o pai era alcoólatra e não gostava de trabalhar e a mãe sozinha não ganhava o suficiente para manter a família”. Quando o pai não estava alcoolizado era uma pessoa boa e conseguia cuidar da casa muito melhor do que a mãe.

Quanto à expressão de sentimentos, não era possível verbalizar ou torná-los públicos: “especialmente nos dias em que o pai chegasse bêbado e olhasse meio torto já sabíamos que era para calar. Tanto que o meu pai teve câncer na garganta e não falou prá ninguém sobre a doença. Ele já tinha recebido o diagnóstico havia um tempo e só fomos saber quando estava num estágio já avançado do câncer. Eu é que tive que cuidar do meu pai também. Eu levava para, para o hospital e fazia tudo”.

A participante da pesquisa é caçula de uma prole de três irmãos. Quando a irmã mais velha casou-se, ela nasceu. O seu nascimento fez com que a mãe

retardasse os seus planos de separar-se do pai. Ela dizia que, quando a primeira filha casasse, ficaria só com o filho caçula e, então, seria mais fácil e econômico manter duas pessoas. Mas engravidou de Aline. Apesar do pouco convívio entre os irmãos, a primogênita era a sua referência materna. Dois anos após a entrevistada adoecer e entrar em licença, foi diagnosticado o câncer em sua irmã. Ela teve tuberculose, que pegou do pai, câncer no pulmão, em duas costelas e no cérebro. A entrevistada sempre ajudou a cuidar da irmã. Neste período em que esteve afastada do trabalho, Aline engravidou. Um mês após o nascimento da sua filha, a irmã faleceu.

A irmã não tinha bom relacionamento com a mãe, pois considerava-a responsável pelas dificuldades da vida, bem como achava que ela era omissa em suas funções maternas. No período em que a irmã esteve doente, nunca pôde manifestar emoção. Diz que escondia da irmã o diagnóstico e não podia demonstrar sentimento, “quando ela ficava triste eu dizia que tinha que ter fé em Deus e que ela iria superar. Ela chorava só perto de mim, mas eu achava que não devia chorar na frente da irmã ou falar da doença para não abalá-la. Mas no momento em que chegava em casa, “des-mon-ta-va”.

Encontrou na doença da irmã uma explicação para a sua: “Se eu não tivesse ficado doente e tirado licença do trabalho, quem iria cuidar dela?”

Aline fala muito pouco de sua relação com o irmão. Ele estudou direito, está casado há sete anos e não tem filhos. Quanto à sua mãe, comenta que ela sempre trabalhou muito para manter a família, mas também era muito submissa ao pai e às vezes “achávamos que ela era omissa em relação à bebida do pai, ela nunca se separou do pai alegando que tinha medo de perder os filhos”.

Ela demonstra um sentimento de abandono pela figura materna, e maior proteção por parte da irmã mais velha. Diz que a sua mãe tinha muito medo que os filhos “puxassem” o pai. Considera que a mãe não era pessoa organizada com a casa; “a mãe era relaxada”, dava pouco carinho aos filhos e não era atenta às necessidades deles.

Aliás, Aline inicia a entrevista dizendo que seu pai era alcoólatra e o quanto isto atrapalhou a vida deles. Sentia medo e vergonha do pai nos momentos

em que ele bebia. Quando não estava alcoolizado, era uma pessoa atenciosa e bem mais organizado com os afazeres da casa do que a mãe. Seu pai não gostava de trabalhar; ele teve tuberculose morreu com câncer na garganta.

Contato com o trabalho e as repercussões em sua vida pessoal e no trabalho:

Inicia a entrevista dizendo que começou a trabalhar com treze anos, porque o pai bebia muito e a mãe tinha que sustentar a casa. A mãe morria de medo que os filhos puxassem o pai em relação a bebida e falta de vontade de trabalhar.

Seus primeiros empregos foram como recepcionista, balconista, auxiliar de escritório e depois como digitadora no setor de faturamento. Foi admitida nesta empresa há treze anos e está afastada do trabalho há quatro anos.

Ela descreve sua função como sendo a mente de uma empresa. Por este setor, passa toda a produção da empresa. É ela quem organiza, confere e digita os dados dos diferentes departamentos da empresa.

Aline suspeitou de que estava com LER havia sete anos, mas como fazia hidroginástica e alongamento, esta atividade física contribuiu para “mascarar” a doença e retardar a sua manifestação. Quando interrompeu a atividade física, por conta inclusive do serviço, a doença explodiu como uma bomba. Agora, acha que o governo tem que mantê-la porque tem uma doença que foi adquirida no exercício profissional “o governo tem que manter eu, porque isso não tem cura”.

Percebeu que estava adoecendo quando começou a sentir muitas dores no braço direito, mas na época fazia hidroginástica e alongamento, o que ajudou a retardar os sintomas da doença. A empresa em que trabalhava iria mudar o sistema de informatização e, em função do excesso de trabalho, teve que interromper a hidroginástica. Foi então que começaram a aparecer os primeiros sinais da doença.

“Começou com muita dor no braço direito, em seguida no esquerdo e passou para a mão. Neste momento esses sintomas foram diagnosticados como problemas na coluna cuja origem era decorrente de uma doença congênita”. Segundo este diagnóstico, Aline tinha um problema na coluna, era uma formação errada que, com o tempo, acometeria tanto o lado direito quanto o esquerdo de seu

corpo.

Ela conseguiu um atestado para fazer um tratamento e foi somente com um médico do trabalho que obteve o afastamento. Nesta época tentaram a reabilitação, mas não foi realizada sob orientação de um médico do trabalho; ela foi colocada em um setor em que tinha que atender telefone e anotar recados. O movimento que realizava para atender telefone era o suficiente para desencadear a dor “eu consigo escrever só meia página, depois disso, começa a doer o braço, latejar”. Refere que após a doença, a sua constituição física foi alterada “meu pulso modificou, inchou, eu uso aliança só para sair, eu não uso mais anel, pulseira. Eles não servem mais. Eu não tenho mais vaidades”.

Mas até este momento, acreditava-se que ela tinha uma doença congênita. Somente quando procurou o Dr. C. é que seu quadro foi diagnosticado como sendo uma doença decorrente do exercício profissional. No caso de Aline, houve um erro de diagnóstico, e, ainda se não bastasse a terapêutica também estava inadequada, porque, se o primeiro médico tivesse pedido um raio X, como o Dr. C. fez eles teriam notado que não tinha nada na coluna e, mais, a doença não teria evoluído e chegado aonde chegou. Hoje as consequências interferem não só no trabalho, mas na vida pessoal principalmente na relação com a sua filha, recém-nascida.

[...] eu tenho um bebê em casa e por causa da Ler, eu não consigo cuidar dela. Às vezes eu não consigo fazer o movimento de pegar a neném e por para sugar. O nervo fica inflamado, não é uma infecção e daí eu não consigo fazer nada em casa, eu não consigo tirar o neném do berço, do carrinho, porque eu não tenho força na mão, nos braços. A minha musculatura atrofiou. Minha mão trava e eu tenho que bater na outra mão para funcionar. Meus ossos rangem. Eu tenho dor no ombro, no punho, no cotovelo, nos tendões. É uma dor insuportável e isso não tem cura [...].

Quando começou a adoecer e teve que se afastar do serviço, disse que sua cabeça “pirou”, mas depois viu que a sua doença tinha um propósito:

[...] Alguém tinha que ficar com a minha irmã. Deus escreve tudo certo. Por mais que eu cobre e pergunte o porquê dela ter adoecido, e porque deu ter adoecido; porque ninguém aceita adoecer. Eu passei

por aquela fase de criança que fica revoltada com tudo, mas o que me fez conformar é que Deus tinha pensado tudo, que eu tinha de ajudar. Senão, como ia ser, quem ia cuidar dela? Deus sempre pensa os motivos e a gente veio a entender o porquê do que aconteceu comigo só agora, após a morte dela [...].

Relação entre a doença e aspectos emocionais:

Aline não relaciona a LER com o emocional, mas com a quantidade de serviço: “eu vejo a LER através da carga horária excessiva, que você não pára um segundo”. Apesar de dizer que não estabelece relação entre a sua doença e o trabalho, afirma que na empresa não tinha tempo de reclamar, reivindicar e lá não tinha espaço para a escuta de aspectos emocionais:

Você não pára um segundo. As horas-extras que a gente fazia para dar conta do serviço era criticado porque achavam que a gente fazia 'corpo mole' mas a gente trabalhava como louco e gente sabe que nenhum patrão dá valor ao que você faz, então a gente calava e guardava para si tudo. O fato é que hoje eu estou doente por causa do trabalho e a empresa não reconhece. Isso magoa a gente, mas nenhum patrão reconhece.

Diz que a doença que relaciona com os sentimentos é o câncer, porque o que ela conhece é que esta doença é decorrente de muita mágoa acumulada.

Apesar de a entrevistada verbalizar que não sua doença não tem relação com aspectos emocionais, refere que tem muita da empresa e dos colegas como se pode observar na sentença abaixo.

Segundo a participante a empresa nunca se manifestou, nunca falou nada para ela a respeito de sua doença. Recentemente, veio a saber, que outras pessoas tiveram afastamento do trabalho para tratamento de LER mas estes funcionários não assumem perante a empresa, que estão com a doença, pois temem represálias, como as sofridas por ela. Relata que, quando foi afastada para tratamento, a médica do trabalho solicitou à empresa que modificasse os móveis, porque os digitadores trabalhavam em uma mesa muito baixa. A empresa manifestou-se contrária às modificações sugeridas, alegando que os funcionários não mereciam. Por isso, Aline supõe que a empresa não vai assumir que foi o local de trabalho,

associado às condições inadequadas de trabalho que contribuíram para o seu adoecimento. Ela tem receio de que, quando voltar a trabalhar, será demitida, uma vez que é funcionária do setor privado. Quanto ao relacionamento com os colegas de trabalho, ela chora, ao dizer que se sente muito chateada porque ninguém nunca lhe telefonou para saber se estava bem ou se estava necessitando de algo e, antes mesmo que entrasse em licença já ouvia “bochichos” sobre a sua doença e decepcionou-se muito com a conduta dos colegas e com a falta de apoio e de solidariedade das pessoas com as quais conviveu por mais de sete anos.

Síntese interpretativa:

A família é o primeiro grupo do qual o ser humano faz parte e é nesse espaço que deposita os seus desejos e constitui os primeiros vínculos afetivos.

Durante seu desenvolvimento, a criança é submetida a dois fatores que a influenciarão: o meio físico e o psíquico. O contato e a interação entre esses fatores é um processo dinâmico. A aquisição da estabilidade emocional e da confiança vem vagarosamente. A maneira pela qual a criança atinge sua estabilidade é em parte determinada pelo modo por que os estados ansiosos foram manejados. Face a uma perturbação, a criança necessita que a mãe a assegure e acalme num primeiro momento.

A análise dos dados, provenientes das entrevistas sugerem que Aline teve uma infância em que não foi possível estabelecer laços afetivos muito intensos com nenhuma das figuras parentais, demonstrando ter imagem pouco positiva de seus genitores. A mãe era vista como alguém relaxada, que não cuidava da casa e do emocional dos filhos. Demonstra isto quando refere que a mesma não tomava atitude diante do alcoolismo do pai e nem quando ele os agredia de forma física e psicológica. Quando a mãe era questionada sobre os motivos pelos quais ela não se separava do pai, a mesma alegava que temia perder os filhos. Aline fica indignada com esta resposta, pois não acredita como alguém pode ter medo de perder os filhos para outro, que só bebe, não gosta de trabalhar e ainda agredia os filhos. Ela se recorda que eram os próprios filhos que insistentemente pediam para que os pais se separassem.

Algumas perturbações no crescimento físico e psíquico podem ocorrer quando os pais descarregam demasiadamente sobre os filhos as ansiedades, ambições ou as infelicidades emocionais. A criança é sensível à infelicidade dos pais e sente a carga duplamente grande porque acredita que a infelicidade familiar é devida aos seus próprios pensamentos e sentimentos de agressividade. A infelicidade de um dos pais aumentará os problemas psíquicos da criança.

A partir da teoria proposta por McDougall (1996), para Aline, a imagem da mãe está dividida em duas partes: a primeira é de uma imago idealizada, toda poderosa e inacessível. Ela é provedora familiar, promove o lazer para os filhos, cuida da casa e, por isso, torna-se persecutória porque Aline nunca chegará a merecer o amor dela e nem a atingir esse ideal grandioso de ser humano; a outra, é de uma mãe rejeitadora que, quando a criança tornar-se adulta, vai identificar e por isso, torna-se uma mãe persecutória para si mesma.

A entrevistada queixa-se de que a figura materna era relaxada e negligenciava os cuidados com os filhos e não se preocupava com os fatores psicológicos que pudessem interferir na formação deles. Quando o seu pai chegava alcoolizado sentia que a mãe não os protegia das agressões físicas e psicológicas. Pelo contrário, eram os filhos que a defendiam e pediam que se separassem. Por isso, considera que a mãe não conseguia ficar sem ele. Sentia-se preterida em relação ao pai e, às vezes, culpada: se não tivesse nascido, os pais ter-se-iam separado e, assim, o sofrimento dos outros irmãos deixaria de existir.

Como se não bastasse o sofrimento durante a infância, parte da doença da irmã foi herança paterna: “Minha irmã faleceu faz três anos de câncer no pulmão e em duas costelas. Teve também uma doença que ele teve – tuberculose. Pegou dele.”

McDougall (1996) defende que se, a figura do pai representa um papel apagado no mundo interno do indivíduo, estando aí indiferente ao bem-estar de seu filho, tais pacientes tornam-se “pais terríveis” para si mesmos e tendem, durante toda a vida, a buscar nas outras pessoas a solução de seu sofrimento e a reparação de seu sentimento da ferida indizível. Abre-se, dessa forma, uma brecha para a perturbação da constituição de seu sentimento de identidade, e para a

distinção entre si mesmo e os outros. Da mesma forma, que a sua integridade corporal e psíquica pode ser afetada, interferindo em sua vulnerabilidade psicossomática.

Aline queixa-se de que sua mãe não dispensava os cuidados necessários para o seu crescimento físico e psíquico porque o pai bebia e ela tinha de trabalhar para sustentar a casa; no entanto, devido o adoecimento no trabalho, Aline não consegue dispensar a atenção necessária à sua filha. Reproduz, então, o mesmo que aconteceu em sua infância.

[...] a nenê vive no carrinho, no colchão. Eu não agüento; às vezes, abaixo para pegá-la e é muita dor. Tem que amamentar e eu não consigo fazer o movimento de pegar e pôr para sugar. A nenê chora e tem que fazer agrado vez ou outra; e para tirar do berço tem que ser aos poucos. Eu não consigo virar, às vezes, tem que dar uns tapas na outra mão para voltar a funcionar [...].

Um fato que chama a atenção é o risco de repetir com a sua filha a mesma relação que teve com a mãe. Mesmo com tantas situações adversas, ela tem muita disposição para cuidar de seu bebê e mantém o firme propósito de ser uma boa mãe. Nesse momento, Aline luta desesperadamente para tentar estabelecer uma relação com sua filha baseada em trocas afetivas mútuas e saudáveis.

De acordo com Zavaschi (2001), todo movimento evolutivo, conduzindo a um desenvolvimento saudável, parece estar ligado ao tipo de apego que se estabelece desde o início da relação entre a mãe e o bebê. Mães que tiveram um apego inseguro com suas próprias mães tendem a repetir esse padrão com os seus filhos. Uma relação inicial frágil com a mãe pode representar para o bebê um prejuízo emocional com desequilíbrio entre as diversas áreas do desenvolvimento e refletir-se, portanto, nas gerações posteriores.

Aline relata que, por ter sido a caçula, ficou mais tempo em casa e tinha de fazer tudo pela família e precisava aceitar tudo com resignação: algumas vezes, apoiava-se na religião. Para aceitar a doença e a morte da irmã, encontrou uma explicação divina para a doença, para a morte da irmã e para a sua própria doença: adoeceu para cuidar da irmã.

Esta forma de lidar com os sentimentos demonstra sua dificuldade ao lidar com as emoções. Durante a infância, ela não demonstrava sentimentos porque era muito pequena e não entendia direito o que acontecia à sua volta; por isso, considerava que não era capaz de nomear sentimentos e nem se sentia habilitada a emitir julgamento acerca deles. Quando a irmã teve diagnóstico de câncer, Aline adotou uma postura de neutralidade e de sobriedade, o que, para ela era sinônimo de autoconfiança e equilíbrio, mas, na verdade, era medo de mergulhar em seu mar de inseguranças para não pensar na falta e na dor que poderia vir a sentir com a morte da irmã, que era a representante da imago materna.

Essa dificuldade em emitir julgamentos acerca dos fatos da realidade surge novamente quando ela tenta estabelecer umnexo causal entre a origem da sua doença e o trabalho. Aline diz que desconhece estudos que demonstrem o nexo entre trabalho e os aspectos emocionais de uma pessoa. Então, para ela, estes dois fatores andam bem separados. Ela afirma que somente o câncer tem relação com acúmulo de mágoas. Entretanto, refere que tem muitas mágoas guardadas advindas do ambiente de trabalho.

É possível verificar o distanciamento que toma das questões emocionais e a dificuldade em mergulhar em seu mundo emocional, aparentando haver um vazio em sua mente que não lhe permite envolver-se afetivamente com os fatos de sua vida. Apesar de sofrer pelos acontecimentos e expressá-los em palavras, não consegue demonstrar um envolvimento afetivo e por isso, deixa a impressão de que não é possível mergulhar nesse mundo de emoção.

Para aplacar a dor das vivências emocionais, busca soluções mágicas, como atribuir a pouca idade que tinha na infância a não compreensão dos problemas, ou a justificativa de que os patrões não ligam para os funcionários, ou então, produzir uma explicação divina para o seu sofrimento emocional.

Talvez essa dificuldade possa remontar ao período da infância. Ela cresceu sem que pudesse apoiar-se em nenhum dos seus genitores; aliás, o seu nascimento representou o adiamento de alguns planos, como por exemplo, a separação do casal. Na verdade, Aline nasce “no lugar de uma separação”.

Para aplacar seu sentimento de rejeição por parte das figuras parentais, além das características maternas de Aline, há um grande desejo de ajudar, de ser útil e de ser aceita pelas pessoas.

Por não conseguir juntar emoção e razão e não saber lidar com as limitações de seu corpo, e para encobrir e não dar vazão a esse sentimento de revoltada, Aline reveste-se de um sentimento de resignação e espírito de humanidade que, então, já não é mais a sua doença que importa e, sim, o outro: “[...] por que ela adoeceu? [...]”.

Apesar de que estes fatos - a sua doença e o câncer da irmã - sejam incompatíveis entre si e estejam separados cronologicamente por anos e apesar de racionalmente não ser possível a alguém com LER cuide de outro acamado e em estado de total dependência, ela busca estabelecer uma relação.

[...] ela adoeceu em 2005 e em 2003 eu saí em licença [...] Por mais que eu me cobre e pergunte o porquê [...] não tinha um porque [...] Deus sempre pensa os motivos e a gente só entende o porquê do que aconteceu comigo só agora. Alguém tinha que cuidar dela. Foi o que me fez conformar com o que tinha acontecido comigo [...]

É quando está sozinha que Aline permite-se emocionar, entretanto, continua sem palavras para expressar o sofrimento psíquico. Ela não consegue dar vazão à emoção e elaborá-la psiquicamente. Então, a via de escoamento é o corpo. A irmã se permitia emocionar: “às vezes, ela chorava.” “quando chegava em casa, eu des-mon-ta-va. Parecia que tinha passado um trator em cima de mim. Doía tudo. A gente não falava em doença.”

Então, Aline não demonstrava sentimento; não porque não fosse permitido, mas era um impedimento seu. Para ela, ser continente era ser forte como uma muralha, a ponto de impedir qualquer troca afetiva.

“Eu não chorava, dizia que tinha que ter fé em Deus, que você vai superar. Perto dos filhos ela não chorava. Só comigo. Ela chorava e pedia a Deus para levá-la.”

Para Aline, cuidar, dedicar afeto à irmã simbolicamente era traduzido como dar-lhe comida “eu cuidava dela, fazia uma sopa rala de fubá e obrigava ela a comer [...] o câncer dela era na garganta. Devia doer muito para comer.”

Diante de situações que envolvam a expressão de sentimentos de agressividade, mesmo que seja para defender-se, adota postura de resignação e conformismo “não adiantava a gente reclamar, reivindicar. No serviço, havia pressão e a gente nem descanso de quinze minutos, a gente tinha. A gente sabe que ninguém reconhece o nosso trabalho, então a gente calava e guardava isso tudo para si.”

No ambiente de trabalho, Aline também reproduz aspectos de sua vida de infância. Em casa não podia reclamar, queixar-se, já que tinha vindo no lugar da separação dos pais; era preciso ficar quieta, sofrer calada. No trabalho, então também era preciso manter-se quieta para continuar sendo aceita pelos colegas e não ser demitida.

De acordo com McDougall (1996) o psiquismo humano opera em seus aspectos dinâmicos e econômicos. Desconhecemos grande parte do que se passa em nossa mente como em nossos teatros internos; idealmente, os nossos objetivos narcísicos, agressivos e libidinais encontram expressão adequada em nossas relações sexuais e amorosas, em nossa vida social e profissional, assim como em nossas ditas atividades sublimadas. É por isso que o conflituoso, o proibido e o impossível ficam guardados, a maior parte do tempo, recalçado, fora do consciente. Os sintomas podem ser expressão daquilo que foi recalçado do consciente.

Há algumas experiências psíquicas que, além de serem excluídas do consciente, não são registradas na cadeia de representações do psiquismo. Isso faz com que sentimentos como fúria, inveja destrutiva, agressividade contínua, podem nem chegar a ter uma representação mental; conseqüentemente, não será possível dar expressão a estes conteúdos através de sintomas neuróticos ou da sublimação. A mente tem de criar outra forma de escoamento para eles uma vez que o psiquismo está privado da representação de palavras; há apenas representação de coisas.

Dessa forma, as palavras ficam esvaziadas de seu conteúdo afetivo, perdem o seu valor simbólico e são tratadas como coisas; e a experiência psíquica é retirada da mente, ao invés de ser recalcada e servir para alimentar o mundo psíquico.

Quando o psiquismo se vê privado das representações das palavras, o risco de que haja uma descarga corporal fica aumentado. A tendência é a de que, sempre que o aparelho mental veja-se ameaçado pelo surgimento de acontecimentos dolorosos, culpabilizantes ou ameaçadores, responda somaticamente.

Para a referida autora, mesmo que reações como essas possam pôr em perigo a vida do indivíduo, naquelas circunstâncias adversas destinam-se a proteger a pessoa de um dano psíquico.

Em linhas gerais sabemos que a família tem uma grande contribuição para a formação do inconsciente do indivíduo e a constituição de sua subjetividade. A identidade de cada um e as expectativas do grupo familiar em relação a cada um de seus membros são transmitidas de maneira inconsciente. Os pais de Aline iriam separar-se, não fosse o seu nascimento. Consideramos que ela nasceu no lugar de uma separação. Ela refere que a sua mãe não era uma pessoa organizada, cuidadora e zelosa com os filhos. Seu pai era alcoólatra e por isso teve de começar a trabalhar muito cedo porque seu pai não era dado ao trabalho; porém, ela não pôde permanecer no trabalho, porque desenvolveu uma doença que a incapacitava para o exercício profissional. Se ela adoeceu no trabalho, alguém teve de pagar por isso. Como está afastada, quem lhe deve salário é o INSS. Como o trabalho foi o responsável pelo seu adoecimento, o governo tem de mantê-la. Neste sentido, o patrão/governo equivale simbolicamente ao pai, a quem reivindica o reconhecimento do governo/pai. Assim, sente-se desprotegida e abandonada pelos pais: o INSS e o pai biológico. O seu pai era incapacitado para o trabalho e o governo também não quer mantê-la; apesar de apresentar uma doença relacionada ao trabalho, esta não foi devidamente notificada ao INSS. De sua documentação, consta afastamento por motivo de saúde. Então, por enquanto, quem tem assumido a sua “paternidade” é a médica do trabalho, que reiteradamente renova

as suas licenças médicas. Com essa medida, tenta retardar a sua demissão.; pois a licença-saúde não confere estabilidade funcional.

Aline considera que adoeceu para cuidar da irmã (mais uma vez ela se coloca no lugar de alguém que tem de ajudar, reconstituir), mas também para receber cuidados do governo, pois, se ele causou a doença “também tem de mantê-la: “ele tem que manter eu”. Ela tem de implorar para que alguém olhe por ela, pois ela cuida de todos, ao passo que ninguém quer cuidar dela. Se pensarmos na doença enquanto escolha de um sintoma, a LER – Lesão por Esforço Repetitivo pode ser considerada como uma mensagem de seu inconsciente: seu psiquismo está lesado pelo esforço repetitivo de tentar repetidamente ser reconhecida. O seu psiquismo, por não conseguir conter essa dor pelo não reconhecimento de seu espaço dentro do núcleo familiar, drena-a para o corpo, através de um sintoma em que dor é constante, ininterrupta e não permite que o local acometido pela LER desempenhe esforço físico. O órgão perde força e motricidade. No lugar da flexibilidade do órgão, há dor, que é silenciosa; reproduz-se assim o modo pelo qual Aline encara as dores da vida: silenciosamente.

Se pensarmos na escolha de sua profissão, veremos que o exercício profissional de um digitador, exige atenção, concentração, silêncio. Enquanto digita, a atenção tem de estar voltada exclusivamente para aquele evento, não sendo possível pensar em outros assuntos. Algumas pessoas relacionam esta profissão a pessoas mais introspectivas, com possíveis dificuldades de relacionamento, por preferirem um trabalho mais solitário e mecânico.

Talvez essa seja a razão pela qual ela não consegue estabelecer nenhuma relação entre a LER e os aspectos emocionais: através do mecanismo de repressão, ela nega psicicamente algo que lhe faz sentido, mas que lhe é custoso admitir. Aline não consegue juntar emoção e razão e construir um pensamento ou juízo a respeito de seu estado emocional. Aliás, ela introjeta os valores familiares, passando a ser esta a sua luta: tentar juntar os fatos e atribuir sentido à sua existência. Não seria uma missão razoável para quem nasceu no lugar de uma separação. É essa dificuldade de relação que justifica a sua existência.

Para a entrevistada o trabalho tem o caráter de garantia a sobrevivência e serve para a manutenção material de sua vida. O trabalho não ocupa um espaço cuja dimensão seja afetiva. A falta de significado emocional pode ser decorrente do sentido que o trabalho ocupa em sua vida: ele não serve para ressignificar a sua existência e para buscar novos desafios.

4. Segunda entrevista: Regina

Identificação: Regina, 45 anos, solteira, possui ensino médio completo, trabalhou na empresa durante vinte e dois anos e dela está afastada há seis anos. Desempenhava funções de auxiliar de tesouraria no escritório da empresa. Descreve as atribuições de suas funções como: realizar o cadastro de empresas e fornecedores e organizar as contas a pagar e a receber. Teve diagnóstico de estresse pós-traumático e depressão psicótica grave.

Comportamentos não verbais: Regina foi muito receptiva durante o contato realizado para convidá-la a participar da pesquisa. Imediatamente, sem que lhe fosse solicitado, ela começou a contar sobre o seu processo de adoecimento e as seqüelas que ainda carrega da época em que teve início a sua doença. Foi marcada para o dia seguinte a primeira entrevista. A impressão que se obteve é a de que seu corpo aparenta ser muito frágil, e sua pequena estrutura física parece não comportar o sofrimento que carrega em sua alma. Seu choro alto e intenso ecoa como um grande incômodo ao outro e as suas lamúrias parecem invadir todo o espaço físico, como se, com ele, quisesse comunicar um transbordamento de desespero e clamor a fim de que alguém ou um ouvido não saturado possa ouvi-la e vir ao seu encontro para conversar e ajudar a aliviar o seu sofrimento sem nome.

Lembranças da época da infância:

Regina é a única mulher de uma prole de dois filhos, mora com a mãe e nunca se casou. Sua mãe perdeu o pai muito jovem e por isso teve que começar a trabalhar muito cedo. Casou-se precocemente e teve como compromisso terminar de criar os três irmãos e prover-lhes os estudos. Enquanto seu pai era vivo, tinham

boas condições materiais e seu maior receio era o de que os cunhados se tornassem pedreiros ou que tivessem qualquer outra profissão em que não ganhassem o suficiente para o sustento da família.

Relata que teve uma infância boa, sempre foi uma pessoa calma, mas alegre, educada, dedicada, caridosa, era menina boa; “eu era muito boa-zi-nha que podiam maltratar, desfazer, que eu ficava na minha, como continuo até hoje.” A família é muito unida e no período em que adoeceu contava com a ajuda dos tios. Ela relata que todos a ajudaram em sinal da gratidão que sentem por sua mãe, que cuidou deles e encaminhou-os para a vida. Relata que a sua mãe é uma pessoa muito esclarecida e, então, em casa podiam falar sobre todos os assuntos e que nunca havia desavença.

Sobre a infância, Regina relata:

[...] tive infância boa, juventude boa. Eu era boazinha. Quando tinha o Hospital ..., perto tinha uma praça, então, como eu morava perto, eu ia lá visitar as pessoas, mesmo as que não conhecia, porque eram pessoas que estavam doentes e precisavam de companhia eu ia visitar. Brincava com os doentes, levava as pessoas para passear na praça. Teve um menino que não tinha família, morava no abrigo, então, eu o levava sempre que podia para passear e brincar na praça levava para casa [...] sempre fui pessoa ativa e caridosa. Minha mãe perdeu o pai cedo e teve que ir trabalhar para terminar de criar os irmãos. Estudou os três irmãos. O meu pai aceitou a mãe com os três irmãos. Se você perguntar para os irmãos sobre o meu pai, todos vão reconhecer a bondade dele e a estrutura material que minha mãe deu pra eles. O maior medo do meu pai era que os meninos fossem pedreiros, que tivessem que lutar para sobreviver e que sofressem na vida.

Contato com o trabalho e repercussões sobre o adoecimento e as interferências em sua vida pessoal e no trabalho:

Regina conta que sempre trabalhou, amava o trabalho e vivia para ele. Trabalhou na empresa em que adoeceu durante vinte e dois anos. Desempenhava funções de auxiliar de tesouraria, trabalhando no escritório da empresa e realizando cadastros de funcionários, fornecedores, contas a pagar e receber entre

a empresa e seus fornecedores. Está afastada do trabalho há cinco anos e provavelmente daqui a dois ser-lhe-á concedido o benefício da aposentadoria por invalidez pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A entrevistada relata que toda a sua história de adoecimento no trabalho começou quando, na época, tinha uma chefe muito rude, que não media as palavras para falar com os funcionários e todas as vezes que ela saía em férias era Regina quem a substituía. Só que ela nunca ensinava todo o serviço para a Regina: “só para a gente passar apertado na sua ausência e nunca dominar completamente o serviço dela”. Nesta seção havia também um senhor que, além de funcionário, era parente dos donos da empresa. Ele e sua chefe juntaram-se para falar mal de outra colega de trabalho. Mas eles não assumiram a autoria da “fofoca”, e disseram para a pessoa da qual eles estavam falando mal que era Regina quem tinha falado dela. “Acho que fizeram isso de caso pensado porque eu sempre ficava quieta e calada diante dos fatos e eles jamais imaginariam que eu, diante desta situação, iria tirar satisfações e querer esclarecer os fatos”.

Quando começou a reunião, Regina conta que estava muito nervosa, revoltada, e que passou mal:

[...] me deu um negócio, eu não falava, eu não respondia, não enxergava nada. Me levaram para o meu neurologista e ao chegar lá, eu já tava toda torta, com a boca torta, eu não reconhecia ninguém, eu não enxergava nada, mas você pensa que eles me levaram para casa conforme o Dr. orientou? Que nada, ficaram com medo e me deixaram sentada numa cadeira o resto do dia até o horário da saída [...].

Segundo o diagnóstico médico, Regina teve uma falta de oxigenação no cérebro e caso ela não tivesse sido socorrida naquele instante, poderia ter sofrido uma lesão irreversível no cérebro e correria o risco de não andar mais.

No dia seguinte, mesmo com atestado médico, ela foi trabalhar, porque era pessoa de muita responsabilidade. Ao chegar ao local de trabalho, diz que sentiu que “desse dia em diante eu não era mais a mesma pessoa” e relata que a sua chefe continuava “pisando” nela, e negando-se a ensinar-lhe o serviço. Queriam que ela aprendesse todo o serviço de seu setor, porque os patrões planejavam mandá-la embora, além do que Regina assumiria a chefia do departamento. O

único problema era que ela não tinha sido informada disto. A sua superior novamente relutou em ensinar-lhe o serviço, e foi muito ríspida com ela. Neste momento, a entrevistada sentiu-se traída e usada pela empresa; e teve nova crise nervosa, foi para casa e tirou licença médica por um período de trinta dias.

Quando retornou, voltou com atestado médico para novo afastamento, só que não deu tempo de entregá-lo ao Departamento Pessoal, pois eles se adiantaram e demitiram-na, alegando que ela estava muito cansada. Regina ficou indignada e, em estado de choque, disse-lhes:

“Faz vinte anos que eu estou aqui, estou afastada para tratamento, e só vim trazer o atestado. Aquelas palavras. Mandar embora. Ficou na minha cabeça, e eu fui ficando ruim, chorei, tive convulsão e durou duas horas e meia essa crise”.

Ela conta que, ao invés de levá-la para o hospital, a levaram para casa. Sua mãe não estava, mas a faxineira não aceitou que a deixassem naquele estado. Ela ligou para o médico de Regina, que imediatamente solicitou que fossem para o hospital. Só que lá não chamaram o seu neurologista, mas a empresa resolveu chamar o seu médico do trabalho. Para a sua sorte, este profissional posicionou-se favoravelmente ela e não à empresa; inclusive garantiu que iria acompanhá-la em tudo o que fosse preciso, que não seria prejudicada e que nada lhe aconteceria, porque a empresa estava errada.

A empresa ficou com muito medo de que eles fossem responsabilizados pelo adoecimento da funcionária. Mas diz que ninguém, nenhum patrão nunca ligou perguntando de seu estado de saúde e nunca mais a convidaram para nada. Como era funcionária antiga, sempre que tinha festas, casamentos na família dos donos da empresa, ela era convidada.

Regina relata que, nesta época, só chorava e dormia. Por não conseguir se alimentar chegou a pesar 32 quilos. Teve de morar por um ano na casa de uma cunhada, para que fosse cuidada e recuperasse a sua saúde. Tinha crises convulsivas recorrentes; se saía na rua desmaiava, e com frequência ia ao hospital internar-se para fazer sonoterapia para “tentar esquecer, para não ficar ligada no tempo”.

Regina diz que, amava o serviço e se não tivesse acontecido isso tudo, estaria lá até hoje. Mas, agora, não tem mais vontade de voltar a trabalhar naquele lugar. Quando tem de ir à empresa, por algum motivo, sempre vai acompanhada por um tio; “peguei medo, o meu emocional vem, e eu fico nervosa de tá (sic) lá dentro; eu fico nervosa e com medo; a empresa era a minha vida e esta mesma empresa também acabou com a minha vida”.

Na véspera do último Natal a entrevistada completou cinquenta anos, e que até os quarenta e quatro anos era pessoa normal, mas que depois do que aconteceu no seu trabalho, a vida mudou e considera que hoje é uma pessoa totalmente diferente; “houve uma explosão emocional”, como resposta às palavras duras que lhe disseram, ao quanto “pisaram” nela, mesmo ela não tendo condições emocionais de suportar a discussão e de defender-se.

Logo que adoeceu e não pôde mais trabalhar, teve muitas dificuldades financeiras. Os medicamentos eram muito caros, o tratamento com psiquiatra é particular, precisou contratar faxineira para fazer os serviços da casa, uma vez que ela fica na cama a maior parte do tempo.

O psiquiatra diagnosticou que as suas crises eram provenientes de um quadro psicótico gravíssimo, acompanhado de crises conversivas e depressão. Regina relata que, para manter o seu estado emocional estável toma: Diazepan, Amplictil, Amytril, Dormonid e, mesmo assim, não consegue dormir e ainda tem pesadelos.

A entrevistada considera que, após a discussão no trabalho e a sua demissão, a sua vida acabou. Não frequenta mais a casa dos amigos e nem gosta que venham à sua casa, porque atrapalham e incomodam porque eles perguntam sobre o “assunto” e ela não quer tocar no “assunto”. Diz que só fica em casa, e que odeia o dia.

[...] o-d-e-i-o o dia; quando começa a escurecer eu já vou me acalmando. Eu adoro o escuro. Fecho a porta, bem direitinho, e fico na escuridão. Para mim, é a paz naquela escuridão. O dia me incomoda, me deixa nervosa, impaciente, eu tenho que ter a minha mãe sempre por perto, eu choro, choro, e deixo todo mundo nervoso, em desespero, deixo todo mundo louco [...].

Regina tentou suicídio várias vezes:

[...] no começo, eu queria me matar por toda a lei, eu gostava muito do meu serviço, das amizades, aquilo era a minha vida. Eu já tentei pular do túnel para me matar, tentei bolar, assim, ficar ali imaginando o tempo certo que ia entre pular lá de cima e o tempo do carro passar lá embaixo, no túnel, em cima de mim. Eu também tenho uma amiga que morava em apartamento e eu ia prá sacada e pensava em pular de um jeito que não desse para eu sobreviver. Mas daí eu pensava na minha mãe e em como é que eu ia abandoná-la, sendo que a pessoa que me segura é a minha mãe [...].

Durante a entrevista, comenta que se a mãe vier a falecer, tem certeza de que conseguirá dar um fim à sua vida: “se ela for primeiro, eu vou atrás, eu não vou suportar”. Ela diz que pede insistentemente para que Deus a leve antes de sua mãe, porque não gostaria de ter de tirar a sua própria vida. Se a sua mãe vier a faltar, decididamente não terá razão para continuar a viver. Regina relata que, em sua casa, só consegue dormir, se for na mesma cama de sua mãe e, ainda, precisa ser de mãos dadas.

Regina define-se como uma pessoa triste, que não é feliz, que nada a alega, não tem anseio por nada e que vive à base de remédio porque precisa viver. Acha que hoje tem “cabeça fraca”, parece que a cabeça não ajuda, tem dores no corpo, o corpo é cansado e tudo dói.

A Relação entre a doença e aspectos emocionais:

Regina refere que, se tivesse caído no chão e se machucado, seria muito melhor; porque fazia uma cirurgia, passava um remédio e estava curado. Mas “o duro é quando o sofrimento é psíquico, daí ninguém vê, enxerga. Só quem cuida, quem trata e quem tem é que sabe a gravidade”. Ela não associa a seu adoecimento a causas emocionais, mas o atribui a “um choque que abalou muito”: “eu perdi toda a coordenação”. “Foram palavras duras que falaram comigo e eu não pude me defender”. Em sua opinião, foram aspectos relacionados ao ambiente de trabalho que favoreceram a explosão emocional, dentre eles se pode destacar: a inveja, a competitividade por produção e reconhecimento pelos colegas de

trabalho e pelos padrões no desempenho de suas funções.

A entrevistada diz que sofre as conseqüências deste acontecimento até hoje, porque vive numa tortura e complementa dizendo: “se existe doença do trabalho, eu posso dizer para você que existe. Pior que qualquer outra doença é essa, porque mexeu com a minha cabeça, com o meu emocional e não tem remédio que consegue mudar a minha cabeça agora”.

Síntese interpretativa:

Regina aponta que tinha uma vida normal até o episódio em seu trabalho que provocou o seu adoecimento. A princípio, a entrevistada não atribui o seu adoecimento ao excesso de trabalho, mas à pressão psicológica. Ela relata que todas as vezes que a sua chefe saía para as férias, ela era designada para substituí-la. Só que ela nunca ensinava todo o serviço em sua complexidade que era para que ninguém nunca tivesse autonomia ao executá-lo. Regina relata que a empresa planejava demitir a sua chefe e que seria ela a escolhida para ficar em seu lugar.

Comenta que, por algumas vezes, sentiu-se traída e usada pela empresa, porque eles planejavam mandar embora a responsável pelo setor e tinham-na escolhido para assumir as suas funções, só que ninguém nunca lhe falou abertamente, vindo a descobrir os planos da empresa tempos depois, quando foi queixar-se ao Departamento Pessoal do assédio moral e da agressividade com que era tratada pela sua chefia imediata.

Este fato, para muitos, pode ser considerado como corriqueiro, banal sendo facilmente resolvido entre as pessoas, aliás, diga-se de passagem, brigas, desentendimentos, desafetos são muito comuns entre os seres humanos, especialmente em organizações de trabalho. Mas, para Regina, discussões, brigas nunca foram seus temas prediletos.

Ela se define como uma pessoa muito boazinha e nunca respondia aos outros e sempre empreendeu grande esforço para agradar e ser atenciosa para com as pessoas.

O adoecimento sobreveio quando, sendo alvo de fofocas de colegas do trabalho, foi exposta a uma situação intensa de desgaste físico e psíquico em que

não pôde defender-se e foi como se tivesse levado um choque, desmaiou, e até hoje não conseguiu restabelecer sua saúde física e mental; aliás, em seu caso, foi diagnosticado a perda de parcela de sua sanidade mental uma vez que apresenta um quadro grave de psicose, segundo o laudo psiquiátrico.

McDougall (1996) em seus estudos nos mostra que, quando a parte psíquica do aparelho mental não consegue conter uma emoção, cabe à parte fisiológica exprimi-la. O sinal do psiquismo reduz-se a uma ação não-verbal, revelando uma total incapacidade para a reflexão desta experiência. Essa expressão leva à resomatização do afeto como era na primeira infância. Para a referida autora (1996), a análise dessas experiências revela algumas vezes traumatismos ocorridos bem cedo, no início da infância, assim como a organização da personalidade e a economia psíquica que se desenvolve em seguida, deixando a criança desprovida de recursos internos adequados para dominar a investida de suas emoções.

Para a família de Regina, educar bem é sinônimo de ser cortês e educado com os outros. Valorizam-se os aspectos formais, intelectuais, mas a expressão e a vivência de sentimentos não são estimuladas. Privilegiam-se os cuidados referentes às questões materiais. Nesta perspectiva, educar era sinônimo de criar e oferecer condições para se dar bem na vida; para ter uma profissão valorizada socialmente.

De acordo com Eizirik (2001), quando o bebê é capaz de verbalizar, descobre que pode mostrar a sua vontade e que pode provocar outras reações nos pais, assinalando-lhes que é um ser diferente deles. Em geral, dependendo do temperamento da criança e da forma por que os pais lidam com tal situação, pode-se criar um clima de tolerância e de limites adequados ou, ao contrário, um ambiente onde se estabelece uma verdadeira guerra de forças.

Este momento é fundamental para o desenvolvimento: ao mesmo tempo em que tenta impor o seu desejo, o bebê necessita da presença acolhedora dos pais, sem que deixem de lhe fornecer a noção de limite da realidade. A coerência dos pais entre o que dizem e o que fazem é essencial para que essa noção seja adquirida e permite a constituição de outras capacidades mentais.

É possível verificar que, na família de Regina, estabelece-se um padrão de comportamento em que, verbalmente, é possível falar sobre todos os assuntos, mas afetivamente a mãe não sabia lidar com a manifestação de sentimentos muito fortes e, por isso, não era capaz de valorizar a expressão deles.

A família incentivava o contato com as outras pessoas, com o intuito de ser bondosa, como fizera o seu pai, e de obter gratificação e reconhecimento social, mas não era possível estabelecer verdadeiras trocas afetivas que lhe servissem de sustentação para uma experiência emocional revigorante. O conteúdo das experiências, bom ou mau, frustrante ou gratificante, não era uma dimensão importante. O que determinava a riqueza da relação com as outras pessoas era a atenção dada às necessidades alheias e não a troca afetiva.

As intervenções por parte da mãe objetivavam apenas ajustar as ações da criança às necessidades de ter condutas benevolentes e altruístas. Não havia nenhum ideal de acréscimo para seu enriquecimento emocional.

O adoecimento foi atribuído a uma explosão emocional provocada por terceiros.

[...] foram duras palavras que falava comigo, pisaram ne mim (sic), mesmo eu não suportando. Foi onde que acarretou tudo até hoje. Foi um choque emocional que eu perdi toda a coordenação. Eu já não pude me defender.

Seria possível afirmar que essa reação emocional de Regina frente a um desentendimento no trabalho foi fruto de sua educação, sempre treinada a ser boazinha, não discutir e sempre buscar ser reconhecida por sua dedicação aos outros? Seria possível planejar a educação dos filhos para a estabilidade emocional.

É importante respeitar o ritmo individual, de crescimento e de coordenação de cada criança; caso haja interferências para adiantar ou para retardar esse processo. Tal interferência pode prejudicar o desenvolvimento emocional. Os pais não devem ser severos ou repressivos demais, mas, sim, proporcionar os canais para a utilização da energia. É esse impulso libidinoso que traz riqueza e satisfação à existência. Há uma ordem no desenvolvimento psíquico e, se a

criança em certas épocas é passivamente boa e dócil, ela certamente precisa de ajuda.

O critério de bondade e de maldade de comportamento não deveria ser uma conveniência atual dos pais, mas a posterior estabilidade da personalidade.

De acordo com Sharpe (2001), o planejamento consciente dos pais para a estabilidade emocional dos filhos, por mais sábia e racionalmente que seja orientado para as necessidades da criança, na aparência, pode falhar em produzir o objetivo consciente se não for submetido à investigação à luz de seus próprios desejos subjetivos.

Regina diante de um grande sofrimento psíquico, expulsou rapidamente da consciência todo o conteúdo doloroso, deixando o psiquismo em estado de carência, da mesma forma que refutou qualquer possibilidade de evocar lembrança entre o seu modo de agir e o adoecimento. Não é possível para a entrevistada unir afetividade com experiências passadas e o presente ou mesmo identificar e nomear os estados afetivos de raiva, revolta e agressividade contida.

Mesmo após o episódio que culminou em seu adoecimento, ela declara:

“[...] eu continuo boa, não sei brigar com ninguém [...]”

Quando as palavras e as ações não podem expressar a agressividade, a sobrecarga do aparelho psíquico só pode ser expressa somaticamente. Apesar de sofrer fisicamente, Regina não demonstra intenção nenhuma de mudar esse quadro.

Ela atribui a sua “explosão emocional” às duras palavras contra as quais nada pôde fazer. Será que o que faltou à Regina não foi justamente sofrer uma explosão emocional? Talvez se tivesse tido uma “explosão” não precisaria ter adoecido.

McDougall (1992) mostra que os fenômenos psicossomáticos são originados em certa medida pela falência da representação psíquica. Possivelmente, durante a fase de desenvolvimento, ao invés de viver a simbiose somática com a mãe interna, retomam por si mesmas não apenas as funções ditas autônomas, mas também a plena posse de seu funcionamento sexual. Nos somatizantes graves, tudo se passa como se o ato psíquico de tomar posse da

sexualidade, de suas zonas erógenas, talvez mesmo de suas funções vitais, equivalesse a arrancá-los da mãe e expor um ou outro à destruição mortal. Um ódio primitivo e uma impulsão sádica indizível retornam de alguma forma em direção ao próprio corpo numa época bastante precoce e o corpo desde então é deixado à deriva. Assim sendo, este ódio que encontra o silêncio do corpo dificilmente será recuperado e vivenciado, a não ser através da reconstrução psicanalítica.

Regina nunca casou e declara que a sua vida sempre foi ao lado da mãe. Atualmente, não consegue separar-se dela. Apesar de ter o seu próprio quarto, dorme junto da mãe.

“em casa a gente tem cama de casal e tudo, tem outro quarto, mas eu durmo muito junto com a minha mãe, na mesma cama, segurando a mão dela.”

Regina é totalmente dependente dos cuidados maternos e, às vezes, é a mãe que a incentiva a sair e fazer atividade física. Dentro desse modo de viver, é como se coubesse à mãe os cuidados de seu corpo e de sua saúde. Aliás, Regina sempre está atenta aos sinais de seu corpo, não para cuidar e sarar as suas feridas, mas há certo prazer em discorrer sobre as suas dores e os seus problemas. Regina parece não ter nenhuma responsabilidade pelo seu corpo. Os outros causaram a “explosão”; além disso, inconscientemente culpa a mãe por não tê-la ensinado a se defender, então; ela tem a obrigação de cuidar e manter a integridade física da filha.

Segundo McDougall (1992), a atenção meticulosa que o somatizante presta freqüentemente aos seus sintomas e, por vezes, a negligência igualmente notável diante do corpo que sofre nas doenças de origem psicossomática, é uma arma secreta que visa inconscientemente a destruir os aspectos odiados ou perigosos da imagem materna.

Ao destruir seu próprio corpo, é o corpo do outro, o corpo materno imaginariamente confundido com o seu próprio corpo, que é visado e atingido.

Se o indivíduo tem a perda de um objeto vital ou que em sua economia psíquica desempenhe um papel importante, pode então desencadear afecções psicossomáticas. Esse objeto, na opinião de McDougall (1992), não será

facilmente recuperável por um trabalho de luto: é uma parte do próprio indivíduo que morre.

Na opinião da entrevistada, até o dia da discussão, era uma pessoa feliz, sem conflitos ou problemas psicológicos. Provavelmente, a discussão no trabalho tenha sido o primeiro grande acontecimento que tenha exigido um posicionamento diante da vida. Por temer demonstrar a agressividade e evitar o descontrole emocional, ela impede a expressão desses afetos desagradáveis, restando a via corpórea como forma de expressão para o aparelho mental.

McDougall (1996) demonstra que, quando um adulto cai doente, estamos diante de um quadro em que uma forma arcaica de funcionamento mental não utiliza a linguagem. No caso de Regina, talvez as palavras tenham ficado sufocadas.

Regina ficou tão revoltada com o fato de ter sido envolvida em uma “fofoca” e com a possibilidade de alguém vir a julgá-la erroneamente, que ela perdeu a calma e a oportunidade de desfazer o mal entendido. As suas defesas habituais falharam e, na tentativa de evitar que estes conteúdos dolorosos retornassem ao psiquismo, eles foram “ejetados” da mente. Corre-se o risco de que o adoecimento orgânico tome lugar no corpo, devido à falta de palavras e de sentido para as experiências emocionais.

De acordo com McDougall (1983), este modo particular e primitivo de lidar com o afeto, pode gerar um grave distúrbio da economia afetiva denominado de desafetação.

Dentro deste modo de relacionarem-se, os afetos estão desvinculados de suas ações. Criam-se, no psiquismo, estruturas esvaziadas de conteúdo e de significação. Portanto, as palavras, que normalmente são elementos de ligação pulsional, perdem a sua função de estabelecer a comunicação entre as pessoas e do indivíduo consigo mesmo. Para estes sujeitos, é justamente a ausência de ligações afetivas que conferem vida e estabilidade emocional ao aparelho psíquico.

Após este episódio no trabalho, a sua vida mudou completamente:

[...] Faz cinco anos que eu estou nesta vida. Só que a minha vida acabou. Eu tentei suicídio nessa época. No começo eu queria me matar por toda lei; eu gostava muito do serviço. Para mim tinha acabado. Fiz muita sonoterapia para esquecer, para não ficar ligada no tempo. Eu cheguei a pesar 32 quilos [...].

Percebe-se que Regina relaciona o surgimento de sintomas somáticos com uma situação de angústia e de perda (rompimento de um relacionamento afetivo e da imagem que as pessoas tinham a seu respeito); porém, esta associação não é feita espontaneamente. McDougall (1996) remete a origem desse sintoma a uma falha nos processos de simbolização. Durante o desenvolvimento do bebê, houve uma falha no processo de identificação com uma figura materna afetuosa e acolhedora, o que impede que a criança futuramente, em situações de angústia, possa evocar dentro de si a imagem dessa figura amorosa e desempenhar a função de contenção. O fracasso nesta etapa levaria à dificuldade de integrar e reconhecer seu pensamento, seus afetos, seu corpo e de estabelecer a comunicação simbólica e a aquisição da linguagem.

Essa relação não é possível de ser realizada pela entrevistada porque estas situações, que são fontes potenciais de angústias, não puderam ser simbolizáveis. Dessa forma, o corpo torna-se o principal meio de comunicação e expressão das representações psíquicas das vivências que não puderam ser nomeadas. Os sintomas e as dores corpóreas passam a fazer parte da identidade de Regina e os conteúdos que não puderam ser nomeados ganham expressão pela via corpórea.

[...] eu tenho os meus desmaios, as crises convulsivas. Meu desmaio chama convulsão conversiva, que é aquele que vem do emocional. Eu tenho problema de circulação no cérebro e o sistema nervoso abalado. Não durmo a noite toda. Tenho pesadelo com o coração acelerado, acordo, chamo a minha mãe e ela entra em desespero. Só saio para fazer tratamento. Não vou à casa de amigos e também não gosto que venham porque me atrapalha; daí sou obrigada a conversar...se eu conto algo para alguém, já fala para outro e pode virar fofoca e então [...] eu vivo com as mão fechadas; eu vivo com manchas roxas pelo corpo, por causa do sistema nervoso. Então a minha vida se resume nisso.

Os sintomas, o modo como se relaciona com a doença, o tratamento de saúde e as conseqüências do adoecimento ocupam todos os espaços da vida de Regina e constituem a sua identidade. A comunicação com o mundo dá-se através da descrição de seus sintomas e pela peregrinação por tratamentos. Isso dá-nos a impressão de que o seu mundo mental é habitado somente pelas doenças e por isso, ela está representada por suas crises convulsivas e pelos seus desmaios, ou seja: **a doença já foi incorporada à sua identidade**. Então, o que sente e o que vive não são afetos, mas apenas as dores e as conseqüências do tratamento e o prejuízo que a empresa causou em sua vida. Regina sofre os problemas e a realidade, mas não os vive.

Esta crise poderia ser um momento propício para que os afetos pudessem ser ressignificados; entretanto, Regina se fecha para o mundo, teme que, ao conversar com os outros, os assuntos ou as pessoas possam ser usados contra ela. Os cuidados consigo mesma e com o seu corpo resumem-se a tomar a medicação corretamente e buscar tratamento de saúde para os novos problemas que surgem.

A entrevistada relata que, antes do adoecimento, a sua vida era muito agitada, estava sempre ocupada em organizar festas ou outras atividades com fins filantrópicos.

[...] antes eu era pessoa alegre, disposta no serviço, quando tinha festa eu que organizava, agitava, agilizava, sabe, por exemplo, se surgia um cliente e as vezes estava com dificuldade para pagar a compra daquele mês eu já corria e ia e organizava uma cesta básica, ajeitava da melhor forma para ele pagar. Teve uma vez que veio uma mulher pobrezinha que estava grávida e não tinha uma peça de enxoval; eu já organizei e fiz o enxoval e ela chorou de alegria.

Essa agitação e desprendimento, é vista por Regina como dinamismo; McDougall (1996), ao examinar mais profundamente este tipo de paciente, esclarece que esta agitação psicomotora tem o objetivo de encontrar uma atividade que auxilie o indivíduo a preencher o vazio e a falta de sentido para a sua existência, sendo também uma tentativa de dar vazão aos conteúdos que não puderam ser elaborados psiquicamente. São recorrentes os momentos em que se verifica que há muitas situações nas quais, Regina sente-se perdida, e incapaz de

compreender e metabolizar a intensidade das experiências emocionais advindas de seu relacionamento com o mundo. Na impossibilidade de conter as demandas pulsionais advindas de suas trocas emocionais, ela projeta, desaba e transborda para o exterior estas demandas dando mostras de sua vulnerabilidade emocional a partir da expressão de seu sofrimento e a incapacidade de seu aparelho psíquico para contê-lo.

A observação dos elementos, provenientes das entrevistas realizadas com Regina demonstram que a forma pela qual estabelece relações com o mundo remonta a uma época em que ainda se encontra num estágio de extrema dependência da figura materna, com um desenvolvimento emocional primitivo, em que ainda não havia estabelecido a diferenciação entre ela e a mãe.

Nos relatos de Regina deparamo-nos com muitas falas repetitivas, o que talvez possa apontar por uma tentativa de significar, sozinha, as suas experiências, uma vez que não gosta de comentar com as pessoas aspectos de sua vida, para não gerar fofocas, desconfianças e ressentimentos. Ao mesmo tempo, esse modo de agir denuncia a existência de uma falha que impede o prosseguimento das experiências emocionais.

Regina utiliza em larga escala o mecanismo defensivo da projeção, recurso este utilizado a serviço de fins próprios para tentar convencer as pessoas sobre a veracidade dos fatos vividos e narrados. Por outro lado, há um sentimento de desesperança de compreensão por não acreditar que sua vida será reconstituída ou que o Outro possa conferir sentido e colorido a sua existência. Regina sempre cuidou das pessoas, ajudando-as, porém não consegue exercer a função afetiva das relações, está sempre preocupada com a sua própria carência e busca sempre alguém que a proteja e que cuide dela. Há evidências de que permanece presa a uma ligação muito íntima e binária com sua mãe. É como se vivesse eternamente tentando recuperar aquela relação primitiva com sua genitora. A dependência e os aspectos infantis de sua personalidade que deveriam dar lugar à mulher permanecem truncados e não desenvolvidos. Não expressa coragem para se libertar de proposições antigas e assumir riscos para tornar-se independente e responsável pela continuidade de sua vida.

Sem estrutura interna que lhe dê sustentação, a percepção a respeito de si mesma fica prejudicada para o reconhecimento de sua identidade pessoal. Permanece imersa na incerteza e seu mundo interno é povoado de objetos terríficos e perseguidores.

O sofrimento advém de uma experiência emocional no trabalho que não pode ser controlada e atualmente sente-se frágil, incapaz de assegurar-lhe a proteção e seguranças necessárias para seu desenvolvimento emocional. A dissociação mente-corpo está presente, através da sensação de que sente que a cabeça é fraca, o seu corpo está cansado. É como se essa vivência tivesse se constituído numa barreira, impedindo a penetração dessa experiência emocional para o interior de sua mente. Assim, não pode juntar-se às demais vivências a fim de contrapor as experiências arcaicas e abrir para as novas possibilidades de significações para o sofrimento psíquico. Permanece, então, a sós, trancada em seu mundo e em suas verdades, sem poder desenvolver-se para conter as emoções vividas e significar as novas. Seria possível entender a preferência de Regina pelo silêncio não pelo vértice da desistência da vida, mas, como uma possibilidade, ainda que remota, de tentar criar dentro de si um silêncio para ouvir seu íntimo, para que o nascimento de sua subjetividade ecloda e para que a sua mente incipiente e infantil, até então, possa iniciar um processo capaz de transformar os sentimentos numa linguagem compreensível. A palavra contém os sonhos, os desejos, os medos e também a vida.

Nesta entrevista também verificamos que as condições do ambiente de trabalho instigaram a explosão emocional da entrevistada e os dados coletados confirmam o quanto é difícil reconhecer o adoecimento do trabalhador, especialmente quando apresenta algum tipo de sofrimento mental. Uma vez que o sintoma é invisível aos olhos alheios, não há a legitimação do reconhecimento da dor pelo outro. A impossibilidade de desempenhar uma função laborativa é interpretada pelos colegas de trabalho e até mesmo pelos familiares como falta de disposição e preguiça de trabalhar. A falta de conhecimento pela sociedade e dos técnicos a respeito dos fatores envolvidos no adoecimento do sujeito no trabalho faz com que esse tipo de doença, dada a invisibilidade dos processos psíquicos

que se estabelecem na mente humana, gere o preconceito e a exclusão social.

5. Terceira entrevista: Pedro

Identificação: Pedro tem 55 anos, casado, cursou o ensino médio completo e tem curso profissionalizante na área de atuação. Trabalhou na empresa por vinte anos, como técnico de telefonia. Sua função era consertar as centrais telefônicas que distribuía as ligações telefônicas para os demais aparelhos de telefone. Ao testar o aparelho de uma central, este estourou seus tímpanos. Como consequência, houve ruptura deles com consequente perda total da audição do ouvido esquerdo. Depois, apresentou quadro de hipertensão arterial e depressão.

Comportamentos não verbais:

Pedro ao longo das entrevistas demonstrou um grande desânimo, que a princípio poderia ser interpretado como má vontade ou a falta de disposição para colaborar com a entrevistadora. No decorrer das entrevistas, foi possível perceber que estes comportamentos, ao contrário do que pensávamos, omitiam uma melancolia acompanhada por uma desistência de viver. Seu tom de voz era sempre baixo, às vezes, inaudível. Suas respostas eram lacônicas, o que, por algumas vezes, confundia-se com preguiça ou desesperança em falar, e até mesmo um cansaço de repetir as mesmas coisas, já que havia passado por tantas perícias e nada fora resolvido até então.

Declarou que, dependendo do resultado desta última perícia, levaria às últimas consequências as suas idéias suicidas; este ato não lhe custaria nada, uma vez que já havia perdido a dignidade e a vontade de viver. Sua última tentativa de suicídio ocorrera havia alguns meses, quando solicitou verbalmente ajuda aos filhos para que lhe pudessem ajudar a resguardar a sua vida, pois ele, sozinho, já não era mais capaz.

Pedro declara textualmente que só estava participando desta pesquisa porque seu médico pediu-lhe. Se fosse de sua vontade, ficaria “quietinho” em casa, como sempre fica.

Lembranças da época da infância:

Pedro é o único homem de uma prole de cinco filhos. Moravam em uma casa de quatro cômodos que deveria acomodar oito pessoas. Relata que passou a sua infância morando numa fazenda até aproximadamente os dez anos de idade, aos treze anos, o seu pai teve um derrame e, por falta de recursos, veio a falecer. Com a morte do pai, as irmãs foram trabalhar como empregadas domésticas para ajudar no sustento da casa. Ele foi para ... fazer um curso técnico e, depois, veio para, onde mora há trinta anos.

[...] morei numa fazenda até quase dez anos, depois fui para ...; perdi meu pai com treze anos; a infância, a juventude era normal de sua época e não tem nada que me venha à lembrança, a única coisa: que perdi o meu pai com treze anos.

Quanto à expressão de sentimentos em sua família, Pedro nem sequer toca no assunto. Reedita, na relação com os filhos, a mesma situação de abandono que viveu com seu pai. Pedro tentou várias vezes se suicidar. Há alguns meses preparou os filhos a fim de que tomassem as providências necessárias caso viesse a falecer. Por conta de seu afastamento do trabalho, os filhos tiveram de começar a trabalhar e, atualmente, são eles que sustentam a casa. A sua esposa também tem depressão.

Relata que a infância e a juventude eram normais para aquela época e que não há nada que lhe venha à lembrança: “a única coisa que me vem à cabeça é que perdi meu pai com treze anos e que ele não deixou nada para a minha mãe”. Diz também que se recorda que só pôde comer cachorro quente com vinte anos, porque antes não tinha dinheiro para nada; as roupas que as irmãs vestiam eram todas doações de suas patroas. Mas refere que, desta época, não tem mágoas, não tem o que falar, tinha até uma vida boa. Com a perda do pai, começou a trabalhar para ajudar no sustento da família, em seguida, foi para ..., fez alguns cursos, ingressou em uma empresa de telefonia, retornou para o interior, onde está há trinta anos; sempre trabalhando na mesma empresa.

Contato com o trabalho e repercussões em sua vida pessoal e no

trabalho:

Pedro relata que trabalhava em uma central telefônica, desempenhando a função de técnico em equipamentos, que consistia em fazer a manutenção e consertar as centrais telefônicas. Atualmente, esta função já foi extinta porque está tudo informatizado e digitalizado.

Pedro relata que pelo tempo de serviço, já tinha tido problemas na audição; porque, na Central Telefônica, nunca houve uma leitura para decibéis e que os funcionários trabalhavam com muito ruído, porque realizavam testes de telefone para verificar o funcionamento da Central. Então, a ligação passava por essa Central e, se apresentasse algum defeito, teria que utilizar baterias para consertar. Pedro relata que já nesta época havia sido diagnosticada uma doença do trabalho, a qual acarretou-lhe uma perda da audição e a uma intolerância ao barulho.

Para agravar ainda mais o seu quadro, em uma das vezes em que fazia teste na Central, o fone que utilizava para realizar o teste fundiu e, com a explosão, teve perda total do ouvido.

Em função do tipo de lesão que teve no ouvido, nenhum aparelho auditivo resolve o seu problema e, na verdade, em seu caso, é a audição de um ouvido que compensa a falta do outro.

Mas as conseqüências para a sua vida são também irreversíveis como descreve:

[...] “o ruído do silêncio” é terrível, o ruído é como se estivesse no elevador, segurando a porta; o chiado é insuportável. Eu já não sei mais como é o ambiente normal. A TV, eu não suporto porque o ruído é demais. Eu tenho que programar até para dormir, eu tenho que deixar o rádio ligado fora de sintonia para equilibrar com o ruído de dentro da cabeça, mas o sono vence e, quando acordo de noite, o silêncio é terrível.

Relata que com os familiares é muito difícil estabelecer um diálogo, porque não entendem o que ele diz, forçando-os a repetir várias vezes, até que ele os compreenda. Usa vários medicamentos para induzir o sono como: Rivotril, Dormonid e Fluoxetina, mas diz que não são suficientes para render-lhe uma boa noite de sono.

Pedro diz que a sua vida já tinha sido alterada com a constatação de uma doença adquirida no trabalho e, com o acidente, o curso de sua vida mudou completamente. Diz que antes disso tudo acontecer costumava sair, viajar e que hoje não faz mais nada, com o que se conforma.

[...] está bom assim, porque prefiro ficar quieto no meu canto mesmo porque o local em que trabalhava fechou, lacrou e não tenho mais contato com ninguém, as pessoas estão envelhecendo e alguns colega daquela época já até morreram.

Relata que teve várias idéias suicidas, e alguns quadros de depressão. A última recaída foi no final de ano. Está afastado há nove anos e a sua próxima perícia será em alguns meses e declara que esta será a derradeira: ou eles o farão voltar a trabalhar, ou ele “jogará” tudo para o alto, pedirá demissão ou qualquer coisa semelhante, pois já não suporta passar por mais humilhações.

A empresa nunca se manifestou a respeito do seu adoecimento e dos problemas dele decorrentes. Pedro acha que a sua aposentadoria já deveria ter saído, porque logo na primeira perícia foi diagnosticada perda total da audição. Ele atribui este atraso ao descaso dos técnicos do INSS, à desinformação e à má vontade dos peritos; salvas raras exceções.

Os peritos do INSS da cidade de diagnosticaram a perda total da audição e indicaram a aposentadoria, uma vez que o seu quadro é irreversível e foi originário na empresa em que trabalhava. Mas chegando aqui em, é que se instalava o problema, conforme relata a seguir:

[...] em cada perícia era uma desculpa para não concederem a aposentadoria; uma vez era porque eu era muito jovem, outra é que tinha pouco tempo de contribuição para a previdência, na outra vez era porque tinha limite de quota para aposentar naquele ano, acrescenta: “eu que tenho um problema auditivo, tenho que passar em perícia com ginecologista, otorrinolaringologista, com ortopedista, gastro e daí por diante”. “Os funcionários do INSS alegam que eu era muito jovem para aposentar e por não saberem o que fazer comigo, estes funcionários, ficavam me rondando e ligavam na minha casa para ver se eu estava mesmo em casa, e quando eu atendia ao telefone, eles questionavam se eu estava ouvindo bem, se não tinha perdido a

audição. Eles perguntavam se eu também assistia televisão e se eu saía na rua.

Nesta época, Pedro relata que ficou tão indignado com tamanha vigilância e questionamentos e que resolveu procurar um psiquiatra para confirmar se poderia sair à rua ou o que é que ele deveria ou não fazer.

Durante as entrevistas, Pedro relata algumas situações constrangedoras pelas quais passou em algumas perícias, e sugere que deveriam tomar providências para que melhorassem esse serviço de perícias de forma que as pessoas não fossem humilhadas ou tivessem pelo menos um atendimento mais humanizado: “infelizmente todos os meus problemas se agravam quando tenho que passar por perícia, parece o corredor da morte”.

No decorrer de uma das entrevistas, Pedro nos relata fragmentos de uma situação que ocorreu na cidade de Bauru, e que ele considerou ter sido muito “chocante”: A assistente social, em seu laudo final, relatou que ele estava bem e que iria reintegrá-lo à empresa. Ele respondeu que não aceitava, argumentando:

[...] a senhora não me conhece e não sabe da minha estória. Até há pouco, antes de eu entrar na sua sala, vi um senhor sem uma perna. Ele tem problema, e eu não, porque a senhora não pode ver dentro da minha cabeça. A dor, o sofrimento que a gente tem dentro, se alguém não tem noção do que é, é complicado de entender, se você sempre viveu no “bem bom”. É duro você imaginar que tem algo dentro da sua cabeça, que você sente, mas que ninguém pode ver para quantificar a dor, o sofrimento. Imagine as seqüelas. Por outro lado, o que traz sentido à vida e a valorização do homem, é o trabalho e se ele não tem trabalho ou está incapacitado de exercê-lo, então, tá (sic) fora.

Em seguida, ele solicitou para conversar com a psicóloga, porque pela primeira vez, durante nove anos, ficou alterado emocionalmente. Esta profissional compreendeu o seu problema e o encaminhou para exames, tendo sido confirmado o seu problema auditivo. Quanto ao INSS ele diz:

[...] você vai a um lugar querendo ajuda e não encontra. São pessoas que deveriam participar do problema e você é tratado como objeto,

CIC, RG, endereço, todo mundo é igual, não tem assim.. um contato com a pessoa ou uma preocupação sobre o quê poderiam fazer para melhorar para as pessoas, para a gente que depende e precisa passar por perícia.

O entrevistado diz que na verdade, gostaria de recuperar a sua saúde, que “tivesse a minha cabeça normal” e daí ele diz que não se importaria para qual cidade o designariam para trabalhar, uma vez que em Assis já não existe o Posto de Serviço. Além disso, acrescenta:

[...] o que mais gostaria de ouvir dos médicos é que havia um encaminhamento, ou uma operação para recuperar os seus problemas auditivos. Mas a realidade é muito dura, porque tem um laudo do INSS que descreve que é portador de um quadro irreversível e que não tem o que fazer; tendo apenas que conviver – conviver -, isto não é normal.

Pedro comenta que depois que o “pessoal” do INSS passou a ligar para sua casa para “fiscalizar”, ele desenvolveu um sentimento de estar sendo perseguido e vigiado pelos outros, como descreve em seguida:

A solidão é um sentimento muito ruim e eu até que tento sair, mas veja, é uma cidade que tem pouca coisa para fazer e se divertir; então as pessoas saem para comer fora. Daí, lá na mesa ao lado, pode estar o perito que vai te examinar no dia seguinte. Na fila do banco, pode estar o Dr. que vai te examinar e, se ligam pra tua casa pra saber se a gente está lá, então, a gente fica confuso e sem saber, afinal, qual é o espaço que a gente pode circular. Parece mais que perde o direito de ir e de vir. Por outro lado, eu já fui tão desrespeitado nas perícias e me pergunto: se não podem ver dentro da minha cabeça para ver o meu problema, por que é que me julgam? Se me vêem saindo na rua, me divertindo, julgam que eu estou bem. Ninguém sabe o que se passa aqui dentro da gente. Quer dizer que um surdo não pode sair e se divertir? Eu tenho problema na cabeça, no ouvido e não nas pernas que significa que eu não estou impedido de andar!

Pedro conta-nos que até sai com os filhos, tem lazer, mas prefere ficar em casa em seu canto e não se importa mais com o resultado final da perícia porque:

[...] para mim tanto faz, que façam o que quiserem, nada mais me importa. Para um homem a coisa mais difícil, mais dolorosa é revelar

o que te revelei: Pensar em acabar com a vida. Pensar em dar um fim à própria existência. E eu pensei, e ...penso. Se nesta última perícia – a última a que me submeto - se não der certo, então, pra mim “cheeega”. Nenhum ser humano pode viver assim!

A Relação entre a doença e aspectos emocionais:

Pedro não estabelece conexão entre o seu adoecimento no trabalho com aspectos emocionais. No seu caso, a ocorrência da doença ocupacional deu-se em função de uma situação bem objetiva, que era o excesso de ruído.

Pedro relata que lhe diagnosticaram uma doença do trabalho e, depois, um acidente de trabalho. Ambas as situações deixaram-no incapacitado para exercício de funções laborativas: não está, porém, aposentado pelo INSS.

[...] primeiro eu tive doença do trabalho porque trabalhava com muito ruído fazendo testes com telefone e era para ver o funcionamento da Central. Depois, quando estava fazendo manutenção nos equipamentos da Central, fundiu o fone e o fusível explodiu no meu ouvido. Com a explosão tive perda total no ouvido e ficou um ruído muito forte.

Ele relata que, após o seu afastamento do trabalho, sua vida perdeu o sentido e que vive em função da depressão e tentando se esconder do “pessoal do INSS”.

[...] nesse período tive alguns quadros depressivos, tive algumas idéias suicidas [...] no meu caso eles (INSS) não sabem o que fazer, então, ficam rondando [...] daí eu saio e vejo o médico perito e penso que ele pode fazer a minha perícia. Parece que a gente perde o direito de ir e vir, e não sabe qual o espaço que a gente pode circular. Então eu fico quieto, na minha.

Síntese interpretativa:

De acordo com McDougall (1996), jamais se pode determinar o que, nas trocas íntimas corporais e psicológicas entre mãe e bebê, contribui para a desvitalização da vivência emocional deste, entretanto, o fato é que Pedro se sente totalmente solitário após a perda do pai, como se nunca mais nada pudesse repor

em seu psiquismo a falta dessa figura. Mesmo que conscientemente ele reprove o fato de seu pai ter falecido e deixado a família sem reservas materiais, após o seu adoecimento os seus filhos tiveram de assumir seu lugar de provedor na casa.

Dessa forma, corre-se o risco de fazer surgir nos filhos esses mesmos sentimentos, à revelia deles e de si próprio.

Pedro não demonstra afetividade em seus discursos, mas exige ser tratado com afeto, distinção e respeito pela sua individualidade.

[...] você vai a um lugar querendo ajuda e não encontra. São pessoas que deveriam participar do problema e você é tratado como objeto, CIC, RG, endereço, todo mundo é igual, não tem assim, um contato com a pessoa, ou uma preocupação sobre o que poderia fazer para melhorar para a pessoa, para a gente que depende, que precisa ir lá para passar por perícia.

É como se Pedro quisesse mostrar que ele existe e que é um ser único com direito a compreensão.

[...] a senhora não me conhece e não sabe da minha estória. Até há pouco, antes de eu entrar aqui, vi um senhor sem uma perna. Ele tem problema e, eu não, porque a senhora não pode ver dentro da minha cabeça.

Em certa ocasião, ele tentou dar voz aos seus sentimentos, ficou agressivo e pediu para conversar com a psicóloga, mas depois desistiu: “[...] Foi a primeira vez que isso aconteceu. Pra mim, hoje, tanto faz, eu não ligo mais”.

Demonstrar a agressividade é, até certo ponto, ação do impulso de sobrevivência, que significa defender-se para proteger a vida. Para Pedro ficar bravo ou discutir é muito destrutivo a ponto de fazê-lo desistir. Apesar do embotamento afetivo e da frieza com que trata as pessoas, aparenta ser uma pessoa sensível, mas com grande dificuldade em demonstrar e expressar afetos e, neste caso, então, é necessário encontrar o ponto de intersecção entre expressão verbal e expressão emocional.

McDougall (1992 apud GREEN, p. 123) salienta que a verbalização não é uma operação puramente intelectual (...). A linguagem faz mais que permitir que a

descarga se desbloqueie e seja vivenciada; é, em si mesma, ato e descarga através das palavras.

Pedro se emociona e irrita-se por acontecimentos externos, mas não presta atenção ao que sente. Permanece, então, incapacitado de nomear os seus estados afetivos, que, separados do pólo psíquico, são evacuados pela via somática.

Na medida em que não consegue nomear os seus afetos e dar-lhes o destino adequado, a via corpórea é o meio privilegiado para o escoamento das tensões.

Mesmo que, em algumas situações, Pedro reclame do atendimento prestado nas perícias ou de que as pessoas não sabem o quanto ele sofre, porque não podem ver dentro de sua cabeça, não é possível reconhecer em seu discurso o sofrimento pelo descaso e, sim, lamúrias, reclamações pela falta de humanidade das pessoas. A palavra é utilizada para descrever detalhadamente os sintomas, o sofrimento. Não serve como elemento de ligação pulsional que permite nomear sentimentos, sensações e emoções. O sintoma é a expressão do que sente e o que sente são apenas as doenças no corpo.

McDougall (1983) afirma que a sensação de estar com este tipo de paciente é a de que ele sempre traz um diário de bordo de sua vida cotidiana. A coloração afetiva, contudo, não é matizada, seja de angústia, seja de depressão. Pouco afável em suas relações, irrita-se freqüentemente com os outros, embora raramente questione-se a si próprio.

Uma profunda depressão e uma falta de expectativa de vida constituem o humor básico de Pedro. Não define necessidades ou expressa sentimentos e sua existência é uma incógnita: não sabe se está vivo ou morto. Uma sensação de vazio e de morte invade o ambiente. Sua fala é permeada de desesperança e conteúdo de morte, mas, sempre que há uma possibilidade de esperança de vida, ele agarra-se a este fio. Ele disse várias vezes que preferiria não participar das entrevistas, mas escolheu comparecer a todas. A síntese do encontro emocional com este entrevistado é a de que ele apresenta em forma de narrativas os fatos de sua vida que encobrem um afeto depressivo. Há um tipo de comunicação que se assemelha a uma música, em cuja partitura, inscrevem-se apenas queixas. Traz

também um aspecto trágico de suas experiências e a impossibilidade de superar alguns problemas advindos das relações e do trabalho como: perda da audição; barulho insuportável do silêncio. O seu aparelho para ouvir foi “explodido” e não serve mais para desempenhar suas funções físicas, entretanto, ele ainda é capaz de captar (embora tenha tentado impedir ligando um rádio em uma frequência mais alta e com chiados) alguns barulhos: os do silêncio de sua mente “como se tivesse uma cachoeira”, cuja correnteza e intensidade das águas buscam escoamento e diques para a canalização adequada para a expressão de seus afetos. O barulho de sua mente tentando pensar torna-se insuportável. Quando a mente não consegue expressar em palavras as emoções cabe ao corpo, através dos sintomas, buscar soluções.

É o contato com a experiência emocional que dá a dimensão e a segurança nos objetos internos e é a linguagem o instrumento que dá liberdade e permite nomear fatos e expressar afetos. Mas para isso é imprescindível ter um aparelho que tenha um instrumento próprio para pensar: a mente. Mas ele não se desenvolve apenas através dos cuidados básicos que garantem a sobrevivência física, mas através das relações. Pedro não consegue se desvencilhar da falta vivida pela morte de seu pai, o que torna a sua vida uma eterna busca pelo elo rompido precocemente. Quem deve fazer a tradução desses “chiados”, dos “barulhos” da comunicação é a mente que deve metabolizá-los e transformar em símbolos para permitir que a outra pessoa faça parte de seu mundo. Ele se conforma com a situação na qual vive atualmente à qual “têm que se adaptar”, não estabelece com o mundo uma comunicação que busque reequacionar os seus problemas. Por exemplo: talvez ele não possa trabalhar em seu antigo emprego, mas há outras funções que poderia desempenhar, uma vez que, como ele diz, ele tem um problema de surdez.

Ao mesmo tempo em que Pedro tem gratidão ao seu pai por ter sido um bom provedor durante a época em que era vivo, demonstra muita mágoa pelo fato dele ter falecido (e com isso, vieram as dificuldades financeiras, o ingresso precoce de todos no mercado de trabalho). Sua mãe, ao ter que trabalhar para prover alimento aos filhos, não conseguia se desligar do mundo externo para

dedicar-se exclusivamente aos filhos. Esse desligamento da realidade externa só é possível de acontecer se o marido der continência às suas angústias de sobrevivência. A falta de um marido impossibilita a entrega plena e total da mãe ao bebê e prejudica a sua relação com ele.

A vida de Pedro é permeada por essa necessidade de cuidado e atenção em tempo integral. Pedro, ao reivindicar que seja atendido com respeito pelo pessoal do INSS, faz uma advertência e dá mostras da vulnerabilidade de seu aparelho psíquico: ele exige uma grande continência e disponibilidade maternal de todas as pessoas com quem se relaciona. É necessário manter-se em sintonia e estabelecer uma comunicação isenta de ruídos, pois, se alguém decifrar errado, ou não se oferecer como continente para a sua angústia, ele poderá se sentir confuso, solitário e romper definitivamente a comunicação com o mundo. Por mais incrível que pareça, ele no exercício de sua profissão trabalhava para consertar aparelhos de comunicação de telefonia, permitindo que as distâncias entre as pessoas diminuíssem, mas, no plano pessoal, sente-se impotente para realizar uma ligação para a construção de sua mente.

Pedro, que a princípio relutou em atender as ligações telefônicas da entrevistadora, porque imaginava que pudesse ser alguém do INSS fiscalizando-o, trouxe importantes contribuições para a compreensão da relação entre os aspectos psíquicos e o adoecimento no trabalho. Ele nos instiga a repensar a forma pela qual são realizadas as perícias, no tocante ao aspecto desumano e impessoal por que as pessoas são tratadas na instituição. As pessoas são números, patologias, e apenas mais um doente candidato a “se encostar no INSS”; obriga-nos, a nós pesquisadores, a rever os serviços já existentes que prestam atenção aos trabalhadores que adoecerem no exercício de uma atividade laborativa e a propor novas formas de atenção aos portadores de uma doença do trabalho para que efetivamente atendam às necessidades destas pessoas e que entendam o sofrimento destes trabalhadores.

6. Quarta entrevista: Ed Carlos

Ed Carlos, 36 anos, separado, fez curso técnico de enfermagem com

especialização em enfermagem do trabalho. Estava havia dez anos na empresa quando foi demitido. Seu trabalho era o de fazer curativos, administrar medicamentos, aferir pressão arterial etc. Durante o exercício de sua função, caiu e fraturou a coluna com luxações em várias partes do corpo. Desenvolveu alteração da pele conhecida por psoríase.

Comportamentos não verbais:

Ed Carlos atendeu às ligações da pesquisadora somente após a intervenção do médico, solicitando a sua colaboração. Ele explicou, posteriormente, que o motivo pelo qual não atendia às tentativas de contato era porque imaginou que pudesse ser algum “espião” do trabalho ou do INSS. Esclarecidos os objetivos da pesquisa, foi possível realizar as entrevistas.

É fácil notar, pela maneira arcada e lenta com que caminham, os problemas de coluna que Ed Carlos adquiriu ao longo dos anos: as suas mãos estão sempre hermeticamente fechadas com o objetivo de tentar esconder uma psoríase e evitar a repugnância, o nojo e medo que as pessoas têm de serem contaminadas por ele. Sua fala pausada é acompanhada por um olhar distante do foco; além disso, às vezes é interrompida por longos silêncios, como se estivesse sozinho, refletindo sobre sua vida, submerso em seu próprio mundo. Mas, quando sorri, estampa um largo sorriso que demonstra um bom humor, descontração e alegria de viver incomum entre os demais participantes da pesquisa. Atribui o fato de lidar melhor com a doença após ter passado por processo psicoterapêutico de aproximadamente três anos.

Em alguns momentos que falou sobre o relacionamento familiar, mais especificamente sobre sua relação com o pai, emocionou-se bastante. Demonstrou grande alegria quando falou abertamente sobre alguns sonhos que ainda deseja realizar.

Lembranças da época da infância:

É o primogênito de uma prole de três filhos. Conta que os pais eram proprietários de um sítio, tocavam lavoura de café e ele precisava trabalhar porque

tinha duas irmãs de treze anos e era preciso ajudar na manutenção da casa.

Ed Carlos compreende a infância como um período da vida em que a criança deve brincar e divertir-se sem compromisso com o trabalho remunerado. Mas, para ele, a vida laborativa iniciou-se aos sete anos acompanhando o seu pai na roça.

“[...] se eu falar que eu brinquei quando criança é mentira. Eu nunca brinquei. Não tive infância eu não sei o quê é isso.”

Sobre a imagem que tem de seus pais, ele comenta:

A minha mãe também não fazia nada, sempre tem aqueles negócios de família, sempre tem aquele que puxa. A mãe puxava o saco da irmã e puxa até hoje. Eu fui o Cristo sempre estive aqui, nunca deixei faltar nada pra eles [...] Meu pai [...] acho que ele não gostava de mim, não sei se gostava. Só sei que não gosta. Hoje eu sei que não gosta. O meu pai é osso duro de roer, mineiro meio ruim, ele fala que é pedra, é pedra e acabou.

Relata que começou a trabalhar “como gente grande mesmo” aos sete anos de idade, limpando tronco de café. Como queria estudar, tinha de andar quatro quilômetros para chegar até a escola e, depois, mais quatro pra voltar.

Quando cresceu mais um pouco, com onze anos, queria cursar o ginásio. O seu pai foi contrário à idéia; então, ele acordava às quatro horas da manhã, trabalhava o dia todo na roça, abanando café, e quando eram dezesseis horas, interrompia o trabalho, voltava para casa e tinha que escolher entre comer ou tomar banho, porque para fazer as duas coisas não havia tempo. Preferia tomar banho e, em seguida, a perua passava para levar os estudantes até a cidade. Voltava da escola por volta de meia noite e ia dormir sem jantar porque o cansaço era maior do que a fome. Seu pai nunca concordou com o fato dele querer estudar, sempre dizia: “estudar pra quê? Isso não vale de nada!”.

Quando completou dezenove anos, resolveu sair do sítio e ir morar com uma tia na cidade; “naquela época, qualquer coisa servia porque o que eu queria era sair do sítio”. Após um ano, os pais também deixaram o sítio e todos voltaram a morar juntos novamente. Nesta época, resolveu que queria namorar e casar. Casou-se, contrariando a vontade de seus pais. Casou-se com uma mulher que era

quatro anos mais velha que ele e que também tinha um poder aquisitivo bem melhor que o seu. O casamento durou cinco anos e, deste relacionamento, tiveram um filho, que, hoje, está com vinte e dois anos.

Ed Carlos acha que a sua mãe era uma pessoa boa, mas não fazia nada em seu benefício:

[...] puxava o saco da irmã e puxa até hoje, ela mora em outra cidade e, quando ela vem visitar, vem num dia e vai embora no outro. E eu sempre estive e estou aqui, nunca deixei faltar nada para os meus pais; fazia a minha parte e a dos outros. Eu fui o Cristo; eles falavam mal de mim, me criticavam, mas eu desde novinho venho vindo, sempre ajudando a família.

Quanto ao pai, a imagem que tem dele é a de uma pessoa muito rude, “o meu pai é osso duro, mineiro, meio ruim, se ele fala que é pedra, é pedra e acabou”; e, por isso, nunca conseguiu estabelecer um bom relacionamento com ele. Acha que o seu pai nunca gostou dele: “hoje sei que ele não gosta”. Ed Carlos diz que sempre fez de tudo para o pai, mas ele nunca disse “obrigado”.

Chegou até a dizer ao pai que queria pedir um exame de DNA para confirmar se era mesmo seu filho, pois não conseguia acreditar como um pai poderia ser capaz de tratar um filho com tanto desprezo. O entrevistado conta um episódio que ocorreu quando ele tinha cinco anos: ele foi tentar cortar um pé de mandioca com um facão, errou e cortou a sua mão:

[...] abriu a minha mão e daí foram gastos mais ou menos uns quinze alqueires de mandioca para consertar a minha mão. O pai ficou revoltado com os gastos. Os médicos acharam que eu ia ficar aleijado, mas ficou perfeito! Acho que o pai pegou mais raiva ainda de mim. Acho que ele não gostava de mim. Eu até cheguei a falar isso prá ele, ele falou que era bobagem minha, mas também não desmentiu.

Ed Carlos disse que algumas vezes, no trajeto para o trabalho, ouvia as pessoas comentarem que durante a noite sonhavam e ele achava isto muito estranho, porque não sabia o que era isso; só depois que começou a fazer terapia é que sonhou duas ou três vezes, sendo que, em uma delas, foi “um baita pesadelo”.

Agora, fala que tem um sonho concreto, que é o de tirar a carteira de habilitação. Mas, provavelmente, este é um sonho irrealizável, porque o

despachante não concederá autorização, pois não consegue virar o pescoço: “como é que alguém vai dirigir sem olhar dos lados?”

Contato com o trabalho e repercussões em sua vida pessoal e no trabalho:

Começou a trabalhar aos cinco anos de idade na lavoura com o pai. Aos dezenove anos mudou-se para a cidade de Fez o curso de Auxiliar de Enfermagem, especializou-se em Enfermagem do Trabalho e ingressou na Empresa... . Foi demitido desta empresa mesmo estando afastado para tratamento de saúde.

Carlos relata que sempre foi muito saudável, praticava esportes, nadava com frequência e aos trinta e cinco anos de idade entrou para a empresa, aonde veio a adoecer. Exercia a função de auxiliar técnico de enfermagem e trabalhava sozinho no laboratório. Neste setor desempenhava funções de auxiliar de enfermagem, que consistiam em atender os acidentes de trabalho e realizar curativos, fornecer e administrar aos funcionários as medicações prescritas pelo médico. Não dava tempo para fazer as refeições e também não tinha ninguém para revezar nos turnos. Abaixo transcrevemos a sua rotina:

Eu trabalhava vinte e quatro horas por dia, entrava semana e passava semana e eu tava lá, trabalhando sozinho. Não dava tempo pra comer. Tinha dia que nem almoçava, porque chegava acidente e eu tinha que atender. Era uma média de dez a doze suturas por dia. A empresa não tinha equipamentos adequados, então, o pessoal se machucava muito. O encarregado geral dizia que eu tinha que ficar lá no laboratório porque não tinha mais ninguém prá cuidar do setor. Ele também dizia que não tinha condições para contratar mais funcionários. Então, com isso, eu passei a morar no serviço, né. Dormia encolhido nestas banquetas que tem em consultório médico, de um metro e pouco, porque nem deitar na maca podia. Eu morava na empresa. O pessoal que trazia roupa de casa e levava a suja pra mim. Eu tomava banho sabe onde? Numa pia dessas de lavar feridas e machucados, e eu guardava as minhas roupas em baixo da pia do laboratório porque não tinha lugar. A minha vida foi no laboratório durante um ano e meio.

Depois arrumaram uma pessoa para me ajudar, mas ela precisava sair mais cedo porque estudava. Então, eu ainda tinha que cobrir o horário dela, até às 23 horas. A carga horária era grande, mas ainda era menos. Foi aí que a psoríase estourou. Neste período, eles nunca forneceram luvas de procedimentos para lavar e fazer os curativos. Era muita coisa, mas eu nem imaginava o quê estava por vir, foi onde me arrebentei.

Certo dia, passaram cera no piso e ele escorregou, caiu e feriu o ombro; como tinha muito serviço, “deixou a coisa correr”. Dois meses depois, caiu novamente e, a partir de então, começou a ficar muito nervoso no trabalho, porque as dores o incomodavam e dificultavam a execução de suas funções. Quando ele pôde ir ao médico e fazer alguns exames para investigar as lesões, foi diagnosticado que havia uma cifose crônica, escoliose, lordose e a perda de cinquenta por cento do movimento do braço; o ombro direito caiu, o que o impossibilita de mexê-lo; perdeu cinquenta por cento dos movimentos do pescoço, o que o impede de virar para os lados.

Mesmo o ortopedista tendo indicado repouso, uso de aparelho e colete, ele ainda continuou trabalhando durante dois meses, pois era um tipo de gesso que usava no pescoço para imobilizar e manter a sustentação do corpo. Acabou por usar este aparelho no período de setembro de 2000 até o final do ano de 2007.

No final do ano de 2000, por não ter mais condições de trabalhar, decidi tirar licença médica para tratamento de saúde. Além deste problema ortopédico, também adquiriu no trabalho um doença chamada psoríase.

Na verdade, Ed Carlos conta que fez a ocorrência de acidente de trabalho quando caiu e se machucou, mas, a “empresa” rasgou os papéis e não deixou que desse entrada no processo. O médico do trabalho relatou o acontecido e solicitou cama para dormir e contratação de funcionários, mas foi tudo negado pela empresa.

Relata que, quando se afastou para tratamento, começou a ter crises nervosas, tomava medicamentos para dormir e não dormia, tinha problemas na coluna, pressão alta, psoríase e, para ajudar, uma depressão. Nesta época, chegou a pesar cinquenta quilos.

Com todos esses problemas físicos e psicológicos teve de ficar imobilizado numa cama e não podia mais morar sozinho, pois dependia totalmente dos cuidados de outras pessoas. Como se isso não bastasse, passava por dificuldades financeiras. Estava sem trabalhar, os tratamentos e os medicamentos eram muito caros; a solução encontrada foi a de vender a sua casa e voltar a morar com os pais para que tivesse como custear os tratamentos e ter alguém que pudesse cuidar dele.

Ed Carlos diz que, ainda hoje, quem cuida dele é a sua mãe; no entanto, revela:

[...] o que acabou comigo mesmo foi o fato de ter que voltar a morar com os meus pais, eu tava acostumado a ter a minha vida, a minha casa. De repente, eu perdi tudo e voltar pra trás, foi muito sofrido. Acho que foi isso que desabou e não é só a questão financeira, mas a dependência física. Hoje é a minha mãe quem faz tudo por mim, e daí, ficar sozinho, como? Agora é que eu voltei a fazer barba, a sorte é sou ambidestro, então consigo alternar as mãos para comer, mas até isso, ela me dava comida na boca, fazia a minha barba e tudo mais que você possa imaginar ... Eu só mexia a boca e os olhos, o corpo... Parece que estava vegetando sobre um colchão. Se eu quero dormir de lado, a minha mãe tem que colocar na posição, porque sozinho, eu não consigo virar. Desde o ano 2000 esta é a primeira semana que eu uso sapato, porque antes era só tênis bem levinho, porque senão o corpo não agüentava.

Naquela época, eu até que pensei em pedir demissão, mas sempre ficava com medo de não encontrar emprego, e olha, que eu até recebi várias propostas muito boas de emprego, mas daí sempre dava um jeito de encaixar algum amigo que estivesse desempregado.

Na verdade, ele diz que tinha medo de arriscar coisa nova porque sempre ouvia a voz de seu pai dizendo: “Não largue o caminho velho para seguir o caminho novo (choro) ... é aí que eu se ferrei, né! (sic), ouvir gente cabeçuda como o meu pai.”

Ed Carlos completa o seu raciocínio: “hoje eu vejo que ajudar as pessoas é uma coisa e sofrer por elas é bem diferente”.

Relata que, com a doença, a sua vida mudou completamente, porque não poderá nunca mais jogar bola, fazer natação, sair para dançar, freqüentar uma academia, porque os exercícios aumentam a dor e a musculatura já atrofiou, além de que falta fôlego e a tendência é a ter de voltar a usar o colete, porque ele garante uma posição mais confortável e com menos dor. O seu corpo não é mais o mesmo: “nunca mais poderei contar com ele”; acrescenta: “tem que viver para poupar o corpo, senão, ficarei entevado numa cama para o resto dos meus dias”.

Ed Carlos diz que a opinião da empresa parece ser muito clara; desde o início, nunca aceitou ajudá-lo ou mesmo concordou com o fato de que poderia haver uma parcela de responsabilidade dela sobre o seu adoecimento. Quando caiu e fez a ocorrência de acidente de trabalho, não aceitaram e rasgaram-na dentro da própria empresa; quando teve a psoríase, que é uma doença contraída durante o exercício profissional, disseram que ele estava mentindo e que aquilo era uma alergia qualquer.

A princípio, o seu quadro foi diagnosticado como doença do trabalho e o laudo final apontava para uma invalidez total. Eles demitiram o médico da empresa que assinou o laudo.

Contrataram outro médico que, por sua vez, não aceitou o laudo anterior, alegando que o que ele tinha não era nada grave, e assim possibilitou a sua demissão, mesmo estando doente. A empresa resolveu pagar uma perícia e foi confirmado o primeiro laudo de invalidez total.

Agora, o caso está na justiça, os advogados tentando provar o óbvio: “eu tenho três laudos atestando a mesma coisa e, além do mais, querem que a empresa pague uma indenização pelo tempo de serviço que eu ainda teria se não tivesse adoecido”. A empresa continua alegando que o funcionário está mentindo, mesmo após o INSS ter concedido o afastamento; Ed Carlos indigna-se dizendo:

[...] os donos da empresa são médicos, mesmo assim não compravam luvas descartáveis, sabiam dos riscos contra a nossa saúde que corríamos e mesmo assim deixavam a gente trabalhando naquelas condições e ainda querem contestar até o laudo do INSS, quer dizer, só eles dizem a verdade, eu, os três médicos, estamos todos mentindo? Quer dizer, mandaram eu e a médica embora, e eu não posso trabalhar

em lugar nenhum, porque: qual empresa vai querer eu desse jeito? Para a empresa, para o patrão, enquanto você produz tá tudo bem, se você não produz, tchau. Funcionário é número. Somos números. E eu que achava que podia mudar, que ia fazer enfermagem padrão, mas desisti. Não tem condições, eu não poderia mais trabalhar como enfermeiro. O Conselho Regional de Enfermagem não admite se você tiver um problema de saúde na mão, você não pode exercer a saúde pública, você não pode mexer com ser humano. Eu seria um enfermeiro que só fica olhando, porque com o corpo eu não posso fazer movimento nenhum, como ser enfermeiro sem pegar no pesado? Não tem como, e é por isso que, no laudo deu invalidez total.

Relação entre a doença e aspectos emocionais:

É o único participante da pesquisa que reconhece a relação entre o adoecimento no trabalho e a constituição de seu mundo mental. Apesar da sobrecarga de trabalho, Ed Carlos submetia-se ao regime escravocrata ditado pela empresa motivado pela crença de que deveria provar ao seu pai que não era vagabundo e que merecia o seu reconhecimento. Esclarece que a compreensão de sua vida emocional só foi possível após um processo psicoterápico de mais de três anos. Só assim pôde perceber que os seus sintomas e o envolvimento excessivo com o trabalho ocorriam por falta de significação de seus conflitos internos. Dessa forma, o sofrimento patológico no trabalho pode ser transformado em sofrimento criativo. Nesse sentido, foi possível articular a sua história passada e a atual, estabelecer relações simbólicas e dar vazão à curiosidade infantil, o que é condição essencial para que o ser humano idealize sonhos, realize-os e caminhe em direção a novos projetos de vida.

Ao descrever os processos de trabalho na empresa, ele relaciona o seu adoecimento a alguns fatores da empresa como a desvalorização do funcionário e a competitividade entre eles, a sobrecarga de serviço, e também a alguns fatores de sua constituição de personalidade e a sua história de vida, que foram fatores que contribuíram para a falta de iniciativa para reagir à exploração que sofreu no trabalho.

Quanto à psoríase, que é uma doença incurável, a médica dermatologista relaciona a evolução do quadro a aspectos emocionais. Mas ele não concorda, porque procura seguir todas as orientações médicas, tenta não se abalar emocionalmente e, mesmo assim, a doença não desaparece; pelo contrário, insiste em marcar presença em suas mãos.

Em relação à sobrecarga excessiva a que se submeteu no trabalho, acaba conseguindo no decorrer das entrevistas se lembrar de uma conversa que teve com o seu pai, quando tinha mais ou menos uns quinze anos.

Ele diz que o que marcou muito foi o seu pai dizer:

Você não tem capacidade para nada! E ainda me chamar de vagabundo, sendo que eu trabalhava, estudava e ajudava no sustento de casa, e daí eu pensava: Eu vou provar quem é vagabundo [choro]. Eu acho que eu trabalhava 24 horas que era pra ele me reconhecer, fui tentar mostrar pra ele que eu era trabalhador, mas ele nunca falou nada! No fim, eu só me arrebentei e ele não falava nada que eu era trabalhador [risos]. Era pra ele falar: Você é meu filho e é trabalhador! Como ele nunca se pronunciava eu trabalhava mais e mais até que eu conseguisse arrancar isto dele, mas, eu nunca ouvi nada! Meu Deus! Ah! Sabe o que ele disse? Bem feito pra você! E ainda falou: porque se matou? Pra quê trabalhar tanto? Que burrice, e ainda se machucou, ficou rico? Quer dizer, acho que ele não mandou eu trabalhar tanto assim, senão ele não me diria isso! Puxa, era coisa da minha cabeça! Sabe, a mãe falava: Pare com isso, vai descansar se quiser te mandar embora, que mande, arruma outro serviço! E sabe o que eu respondia? Que nada, vamo trabalhar! Aí, olha no que deu, que burrice! Na minha cabeça tava que eu não era, mas que ele me chamava de vagabundo. Agora, ficou pior, se ele quiser me chamar de vagabundo, pode chamar, que eu sô mesmo, estou sem trabalhar [risos]. E, o meu pai dizia que quem ficava parado era vagabundo e que o trabalho engrandece a pessoa. Eu concordo, mas acho que esse aí me destruiu! Eu tive que estourar para aprender. Hoje, eu digo que aprendi muito nesses seis anos [choro] e não faria nada disso de novo, mas agora tem agüentar as conseqüências, a minha cabeça melhorou muito, mas, infelizmente, o corpo não acompanha.

Ed Carlos comenta que a sua vida tem sido uma luta para superação de si

mesmo e da doença e que foi a psicologia que o ajudou neste processo. Relata que foi encaminhado para a terapia depois de ter puxado o gatilho de uma arma de fogo contra a sua cabeça; naquele dia, a bala não saiu. Declara que foi muita sorte a arma não ter disparado e que ficou muito preocupado com a sua conduta. A partir desse episódio, decidiu que tinha de “parar de chorar pelos cantos”, tomar uma atitude e reagir.

Ele atribui à psicologia a sua mudança de mentalidade e a vontade que tem de viver e ainda realizar alguns sonhos. Hoje, quando alguém se compadece por ele ser inválido, ele diz: “hoje estou muito melhor, não penso mais em suicídio, reduzi pela metade a medicação para dormir, eu já consigo fazer a barba sozinho, pentear o cabelo, comer, só a psoríase, que eu vivo escondendo as mãos porque as pessoas têm preconceito, tem nojo, medo de pegar”. Relata que neste período, a maioria de seus amigos se afastaram; ele acha que as pessoas têm medo de ele peça alguma ajuda ou dinheiro.

Antes de encerrar a entrevista, ao ser indagado se queria falar algo que considerasse importante ou se gostaria de tratar de algum assunto ainda abordado.

O entrevistado defende a idéia de que pesquisas devam ser realizadas nesta área e ressalta a importância deste trabalho, além de que considera ser raro e louvável alguém querer fazer uma tese sobre o adoecimento tentando compreendê-lo na perspectiva do trabalhador. Ele vê nessa pesquisa uma possibilidade de continuação de sua luta por melhores condições de trabalho. Acrescenta que ele e o médico do trabalho lutaram muito por isso e que este é um terreno árido, com “muitos peixes grandes, onde o funcionário não tem defesa. Por fim, conclui:

[...] trabalhar para mudar a mentalidade das pessoas é muito difícil. Se os patrões, as empresas compreendessem que, se o funcionário é valorizado e é reconhecido, ele trabalha mais, melhor e dá mais lucro para as empresas; e não é lucro o que eles querem?

Hoje, lá na empresa, tem seis auxiliares de enfermagem trabalhando. Vejo que abri portas, mas custou caro. Trabalhava e não ganhava o que deveria, trabalhava vinte e quatro horas e recebia pouco mais se tivesse trabalhado dez. Não adianta me arrepender do que fiz, só que

foi assim. Se eu viver cem anos eu vou lembrar disso. Trabalhei como condenado mesmo que eu é que tenha me dado a sentença e nem obrigado eu recebi; me deram foi as contas! Prossegue: “Foi algo marcante para o resto da minha vida, só não desejo isso pra ninguém, e quero e rezo prá que Deus pegue na mão da senhora, porque não é fácil isso que a senhora tá (sic) querendo fazer, aí só tem peixe grande e vai ter muito patrão de olho no resultado final do seu trabalho e a gente, funcionário, torcendo prá que saia alguma luz que melhore nossa condição de trabalho, porque ela interfere diretamente na nossa vida, veja a minha.

Síntese interpretativa:

Ed Carlos estabelece uma relação entre o seu adoecimento no trabalho com aspectos da constituição de seu psiquismo. Acha que se “matou de trabalhar” para que tivesse o reconhecimento de seu pai, entretanto, no decorrer das entrevistas, lança uma hipótese de que as exigências de seu pai, ou o fato dele pensar que o filho era vagabundo, poderia ser parte de suas fantasias. A obstinação em provar ao seu pai que esses pensamentos não eram verdadeiros, não lhe permitiu sentir o cansaço físico e nem o limite de seu corpo. É como se Ed Carlos tivesse encontrado no trabalho excessivo uma forma “adicta” de dar vazão ao seu desejo de ser reconhecido por seu pai.

McDougall (1996) evidencia em seus estudos que pode haver fatores etiológicos que determinam este tipo de comportamento.

Em certas famílias, preconiza-se um discurso de um ideal de inafetividade que despreza qualquer tipo de experiência imaginativa. Quando há a ausência de sonhos e de fantasias, a pessoa passa a vivenciar concretamente os seus pensamentos e, então, onde deveriam existir fantasias, há a presença de reações somáticas ou sensações corpóreas, as quais seriam o equivalente do afeto.

Essas pessoas, segundo a referida autora, recorrem a mecanismos primitivos de defesa como a clivagem e a identificação projetiva como forma de protegerem-se do sofrimento mental. Dentro dessa perspectiva, o indivíduo, por não conseguir recalcar as representações mentais ligadas a uma idéia ou à sua

qualidade emocional, ou representá-la mentalmente, trata de ejetar de sua consciência essa idéia e o afeto que a acompanha.

Pode também recorrer ao mecanismo de projeção. Neste caso, ele projeta sobre uma representação de outra pessoa de seu mundo externo as suas idéias e os afetos a elas vinculados. Estes indivíduos tendem a passar parte de seu tempo, buscando no mundo externo a parte que foi projetada para fora de si. Tende também a despertar nos outros, inconscientemente, os mesmos sentimentos que repudiaram em si mesmos.

As relações familiares entre os membros deste tipo de família são percebidas pela criança como frágeis e dificultam para ela desenvolver a crença de que os seus pais podem ajudá-la a lidar com os afetos e a discriminar sentimentos de sensações físicas.

Para Mello Filho (1992), pessoas que têm um mundo interno muito empobrecido, diante de situações de conflito emocional, tendem a realizar grandes investimentos na realidade externa, de forma compensatória, para aplacar a sua ansiedade. A dedicação desmedida a uma atividade laborativa pode ser considerada como uma atividade compensatória, ou seja, estas representações carregadas de afetos, que no momento ocupam o lugar de objeto interno, são afastadas da mente e, como não encontram uma saída psíquica, têm de ser drenadas pela via somática.

No caso de Ed Carlos, prevalece a dissociação entre corpo e mente, entre psíquico e o somático; o psiquismo permanece desprovido de linguagem verbal. O corpo permanece então como algo pertencente ao mundo externo. Neste caso, a pessoa não reconhece os sentimentos que habitam o corpo por não conseguir unir o corpo e sua representação mental.

Para a referida autora, a imagem psicossomática desempenha um papel fundamental na constituição da identidade do ego. A maneira como o ego vive o seu corpo pode fornecer-nos informações importantes a respeito da relação que estabelece com o mundo. Há o risco de não conseguir separar o eu e o outro, interior e exterior. Quando ele não acredita que o corpo lhe pertence e que o

habita, as relações que estabelecem com o outro podem ficar confusas e até mesmo terríficas.

Ed Carlos nunca foi capaz de ouvir os ruídos de seu corpo. Hoje encontra-se fisicamente tão debilitado que mal consegue desempenhar sozinho as funções necessárias para a manutenção de sua vida.

Os colegas de trabalho de Ed Carlos sempre chamavam a sua atenção para que trabalhasse menos, ele dormia no serviço e alguém levava trocas de roupa para ele. Nesse caso, a relação com o outro também pode ser conduzida da mesma forma que se relacionava o seu soma e a psique: há um diálogo surdo, desafetado, que para McDougall (1993) é o que define o corpo psicossomático.

Ed Carlos torna-se insensível para a dor física e psíquica até o ponto de desabar a sua unidade psicossomática e cair doente sem esperanças futuras de recuperação.

De acordo com McDougall (1993), essa forma particular de lidar com a sensibilidade corpórea, remonta à época das primeiras relações com a figura materna. Logo ao nascer, a criança não consegue discriminar uma dor física de uma psíquica. O bebê elege a mãe como figura de segurança por meio da maternagem despendida a ele. A mãe pode gradativamente auxiliar a discriminar as sensações e as percepções que no início de sua vida são assimiladas como assustadoras e perseguidoras. Esta figura desempenha um papel decisivo na integração ou não da personalidade da criança.

Ed Carlos mergulha no trabalho como forma de proteger-se do surgimento de angústias primitivas. A falta de vivências infantis, a dúvida quanto ao amor paterno e o desprezo da figura materna levam-no a uma busca incessante por ser amado e reconhecido pelos outros. A identificação com uma mãe frágil não permite que a criança exprima conteúdos muito carregados de afetos. Dessa forma, a descarga destes conteúdos não pode ocorrer pelas vias normais do sonho e do devaneio. Quando falham as funções oníricas, não é possível que a tensão seja eliminada através da satisfação alucinatória. Para proteger o psiquismo da morte, ele evacua as tensões sem palavras, através de sinais em seu corpo.

Ao falar sobre sua vida, Ed Carlos destaca algumas recordações que remontam a época que era criança: nunca teve tempo para ser criança! Ele nunca viveu a infância; não sabe o que receber cuidados, pois sempre trabalhou para ajudar no sustento da casa; não sabe o que é ser filho, sendo que até pensou em fazer teste de DNA, pois sente que o seu pai não lhe ama; não consegue ser pai, não tem relacionamento afetivo nenhum com seu filho e também não sente que é homem, pois é amparado por sua mãe, não consegue trabalhar, não se sente útil e produtivo. O seu corpo não lhe serve para mais nada. Sofreu muito na vida, sobretudo de incompreensões e de solidão. Na vida sempre lutou contra peixe grande: sua mãe não protegeu sua infância e não o poupava dos trabalhos de gente grande na roça: seu pai era um peixe grande que o arrastava consigo na correnteza das necessidades da vida e do trabalho; suas irmãs eram uns peixes grandes que tinha de sustentar com seu trabalho e contra os quais não podia lutar porque sua mãe “puxava o saco”, no trabalho havia muitos peixes grandes que o escravizavam mas ele também se entregava a esta rotina. Mas ele “sempre estava lá, lutando sempre” e vem ao consultório como colaborador de uma pesquisa esperando que a pesquisadora consiga captar nesta pescaria psíquica o seu sofrimento e que consiga pescar nas profundezas deste imenso oceano que é o seu inconsciente o alimento necessário para alimentar a pesquisa e que, ao final desta pescaria, a pesquisadora consiga digerir o alimento ofertado e, com isso, seja possível sobreviver aos peixes grandes e continuar navegando nessas ondas que são tão importantes para ele.

Os dados das entrevistas mostram que ele ainda permanece vinculado aos pais, apesar de ser uma relação repleta de mágoas e ressentimentos, mas que, também, há espaço para a gratidão e o reconhecimento por tê-lo acolhido e cuidado dele até hoje. Sentindo-se cansado de lutar contra os peixes grandes ele tenta o suicídio. Teve sorte grande de a bala não sair. A partir deste momento, iniciou um novo processo em que foi possível estabelecer uma nova configuração para as experiências pessoais capazes de promover rupturas e transformar experiências e fazer projeções para o futuro.

Os dados provenientes das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa mostram que, nos casos de adoecimento no trabalho, havia, de forma geral, um componente psíquico que favorecia o desenvolvimento de uma doença relacionada ao trabalho. Entretanto, cabe assinalar que o modo de funcionamento da mente humana, além de ser influenciado por fatores da história pessoal de cada indivíduo, também recebe interferências de fatores ambientais, - especialmente dos aspectos relacionados ao ambiente de trabalho; deixando os trabalhadores mais susceptíveis ao adoecimento orgânico.

SÍNTESE CONCLUSIVA

A partir da análise dos dados coletados com os participantes da pesquisa sobre a constituição do mundo mental e o adoecimento no trabalho, procuramos investigar as possíveis relações existentes entre a constituição do mundo psíquico e as doenças relacionadas ao trabalho.

Assim, aspectos relacionados às lembranças do período da infância, as reações expressadas nos momentos de felicidade e de repreensão, a percepção sobre o começo da doença, o modo como o adoecimento afetou a vida, as relações que se estabelecem entre a doença atual e o modo de agir diante de situações difíceis nortearam a elaboração deste estudo e constituíram-se vias de acesso para que as relações entre a constituição do psiquismo e o adoecimento pudessem emergir.

Para trilharmos este caminho de investigação partimos do seguinte questionamento: queríamos saber como é que algumas pessoas submetidas às mesmas condições de trabalho e num mesmo ambiente adoecem e outras não e os quais fatores que poderiam estar implicados nesta diferenciação. Para este estudo,

a investigação da doença do entrevistado foi importante não enquanto classificação nosográfica ou aquela pertencente ao Código Internacional de Doenças (CID), mas a forma como o entrevistado se expressa em relação à sua doença e a relação que foi possível estabelecer a partir dos dados coletados sobre a sua vida e o surgimento da doença e seus sintomas. Optamos por iniciar nossa empreita a partir do material que nos era mais próximo de nosso exercício profissional enquanto prática clínica e que fazia parte de nosso cotidiano: investigar a formação da mente dessas pessoas a partir das primeiras relações estabelecidas com a figura materna. Para alcançarmos este objetivo, alicerçamos a construção teórica do trabalho na psicanálise enquanto um dos caminhos possíveis de promover uma reflexão acerca da relação entre o psiquismo e o trabalho.

Posteriormente, haveria a necessidade de adentrar no mundo do trabalho para verificar de que maneira essas vivências da tenra infância influenciam inconscientemente o exercício profissional, especialmente quando este trabalhador é acometido por uma doença relacionado ao trabalho. Não foi objeto de nossa investigação um amplo estudo sobre o mundo do trabalho e as relações do trabalhador com este universo; dito de outra forma interessou-nos o seguinte recorte: quando o trabalhador adocece, de que forma o seu modo de ser e de se posicionar diante das situações de conflito, especialmente no trabalho, influenciam o seu adoecimento?

Supomos que, de alguma forma, todos estes aspectos foram abordados e explicitados ao longo deste trabalho, mas temos a convicção de que as discussões não se esgotaram plenamente, nem as possibilidades de estudo em torno deles mesmos. Da mesma forma, nem todos os autores utilizados foram explicitados no decorrer desse estudo, mas constituíram importantes ferramentas para nossa reflexão.

A análise das entrevistas realizadas nos permitiu identificar que, em todas elas, os participantes verbalizavam terem tido a infância abreviada pela dificuldade financeira familiar. Dois deles perderam o pai durante a adolescência. Em um dos casos, o pai não gostava de trabalhar e era incapacitado para o trabalho em função da dependência e do uso abusivo do álcool. Outro

entrevistado, por ser o único filho “homem”, acompanhou o pai desde os cinco anos de idade trabalhando no sítio da família. Como consequência imediata, ambos tiveram de ingressar precocemente no mercado de trabalho.

Esse fato é narrado com certo orgulho por fazerem parte do universo adulto mais cedo que os demais colegas da idade, mas, por outro lado, há um sentimento de abandono, desproteção e desapontamento por acreditarem que as figuras parentais deixaram de cumprir a sua função básica que é a de prover os cuidados necessários à sobrevivência de uma criança.

A confiança que a criança deposita nas figuras parentais e a vivência de uma relação íntima e contínua são essenciais para constituição do psiquismo da criança. A internalização dos cuidados dispensados à criança só pode ocorrer quando ela se sente verdadeiramente acolhida e amada por seus genitores.

Os entrevistados, de forma geral, referem que tiveram muito pouco contato afetivo e físico com os seus genitores. Um dos entrevistados disse que não sabe o que é este período, a infância, pois nunca teve carinho, ninguém nunca brincou com ele, não aprendeu a brincar e nunca teve brinquedos. Também não sabia o que era ter sonhos noturnos e só veio a ter sonhos concretos depois de adulto.

De acordo com McDougall (1996), quando ocorre o fenômeno da desafetação, o indivíduo pode ter alterada a sua capacidade de sonhar e há o perigo de ocorrer um desmoronamento psicossomático, isto porque, provavelmente, estas pessoas vivenciaram muito precocemente situações de emoção intensa e, por temerem não serem capazes de conter o excesso desta experiência emocional, tiveram de construir um sistema de defesa muito potente, de forma a impedir que estas representações retornassem ao psiquismo.

Somente um sujeito associa espontaneamente o adoecimento no trabalho com alguns aspectos de sua personalidade: estes fatores contribuíram para a eclosão da doença. Um deles nega veementemente qualquer elo entre seu modo de viver e a doença. Dois outros apesar de negarem qualquer relação dão mostras de que pode haver alguma ligação quando dizem: “eu sempre fui boazinha...aquelas palavras duras me machucaram, eu não pude me defender foi uma explosão emocional depois da discussão, eu percebi que nunca mais seria a mesma pessoa,

eu adoeci...”; “a gente trabalhava como louco...patrão nenhum reconhece..a gente guardava tudo para si e isso magoa a gente...o câncer eu relaciono com sentimento porque ele é decorrente de muita mágoa acumulada”.

Este dado nos remete a citações feitas anteriormente neste estudo, nas quais McDougall (1996) argumenta que estas associações não ocorrem porque estas fontes potenciais de angústia não se tornam simbolizáveis. Para a referida autora, o início da vida psíquica começa com uma experiência primordial de fusão entre a mãe o bebê, e este tem a fantasia de que possui um psiquismo e um corpo único para ambos, constituindo-se numa unidade indivisível. Esta experiência constituirá a base de todo o desenvolvimento emocional posterior do ser humano. Conforme transcorre o desenvolvimento, essa dependência da criança para com a mãe tende a diminuir e, aos poucos, as necessidades de contato corporal diminuem, os gestos são substituídos pela palavra de tal forma que o sujeito é inserido num código lingüístico.

O fracasso nesta etapa evolutiva tende a comprometer a capacidade do sujeito em reconhecer e integrar os seus pensamentos, os afetos, o seu corpo e conseqüentemente a capacidade de comunicação e a aquisição da linguagem ficam prejudicadas.

Para Aulagnier (1979) o prazer em ouvir é o primeiro investimento da linguagem. Tal investimento é o único precursor capaz de abrir caminho a uma segunda forma de percepção do material escutado, que transformará o puro som em signo. A criança escuta fragmentos sonoros que vem de uma pessoa que se atribuiu o poder total da palavra. Esses sinais sonoros são o núcleo a partir do qual será elaborada e organizada a linguagem. A transformação do som em signo pressupõe a existência de outro ser separado. Assim, na relação com a criança a mãe comunica a intenção de seu próprio desejo através da fala e gradativamente a criança constrói a sua própria identidade.

Dessa maneira, o corpo pode tornar-se uma via privilegiada de escoamento dos afetos, que não puderam encontrar na via da linguagem uma forma de expressão. A tentativa de medicalização, nestes casos, pode auxiliar na necessidade de aplacar o sofrimento psíquico e a dor física, mas não elimina a

causa. Um dos entrevistados relata que somente conseguiu restabelecer a sua saúde psíquica após o processo psicoterapêutico. Neste momento, pôde através da análise de seu sofrimento, expressá-lo por meio da linguagem e não mais, pela via de seu corpo. É pelo uso da palavra que há a possibilidade de recuperar o objeto perdido internamente e estabelecer a comunicação com seu mundo interno.

Para todos os sujeitos entrevistados, o corpo tornou-se o principal meio de comunicação, a imagem do corpo é a de um corpo doente que não serve mais para nada, e as suas vidas resumem-se no relato das doenças; os sintomas são as conseqüências do adoecimento em suas vidas; e estes passam a ser a expressão do que são e do que sentem. O sujeito é representado por um órgão doente, e a sua identidade subjetiva passa a ser constituída a partir desta representação.

Para todos os entrevistados, o diálogo que se estabelece com os outros ocorrem sob forma de narrativas cujo objetivo principal não é o de estabelecer a comunicação ou trocas afetivas, mas de descrever os sintomas e as conseqüências da doença em sua vida.

A hipótese mais plausível para a falta de associação entre o adoecimento e o modo de agir é a de que essas pessoas por uma falta de continência da figura materna, não conseguiram durante o seu desenvolvimento emocional reconhecer e integrar os seus afetos, o que as leva à dificuldade de comunicação simbólica e de estabelecimento da linguagem. Por conta disto, por não conseguirem discriminar e nomear os afetos, o corpo passa a ser a principal via de expressão da pessoa.

Em todos os casos estudados, a doença alterou o relacionamento familiar dos entrevistados. Passaram a receber mais cuidados e atenção. Entretanto essa mudança não promoveu trocas afetivas mais consistentes, despertaram apenas para a necessidade de cuidados físicos em função da gravidade da doença. Para um dos entrevistados, a sua doença confirma a precariedade das relações interpessoais existentes no seio familiar: somente após ele ter adoecido, é que seu pai pôde dizer-lhe que não havia a necessidade de ter trabalhado tanto. Ele questionou porque é que somente então com seu adoecimento, o seu pai exerceu a função que lhe cabia enquanto pai: a de educar e de orientar para a vida e seus perigos.

Em dois casos a figura do médico foi decisiva para que os entrevistados participassem da pesquisa. O médico era eleito como a pessoa de confiança, “um ombro amigo”, que durante todo o processo esteve ao lado defendendo, protegendo e ofertando um pouco de humanização ao tratamento. Somente após a intervenção do médico é que os entrevistados estabeleceram contato com a pesquisadora. Pensavam que era alguém do INSS vigiando e controlando suas vidas. Este dado nos dá indícios do alto grau de persecutoriedade e tensão em que vivem essas pessoas que dependem dos resultados das perícias para permanecerem afastadas do trabalho vivem.

Os entrevistados utilizam medicações psiquiátricas e fazem uso de algum tipo de remédio para dormir. Eles apresentaram impedimentos para voltarem a exercer atividades laborativa em função do adoecimento no trabalho e apontaram a aposentadoria por invalidez como a única possibilidade de resolução; não haveria como retornar à vida no trabalho.

Em decorrência do sofrimento advindo das doenças e das dificuldades em lidar com as limitações impostas pelo estado geral de saúde, três dos entrevistados tentaram o suicídio. Dois deles não conseguem se desvencilhar desse pensamento.

Os entrevistados apresentavam algum componente psíquico que facilitava a eclosão da doença ocupacional, mas todos se queixavam da sobrecarga de trabalho, da falta de humanização no ambiente de trabalho e atribuíram o agravamento de seu quadro de saúde às más condições e à insalubridade do ambiente onde se desenvolviam as atividades profissionais.

Eles relataram que no ambiente de trabalho era necessário realizar as atividades profissionais num ritmo intenso e muitas vezes superior à sua capacidade produtiva; havia a sobrecarga de trabalho para atender as necessidades de produção e às do mercado externo. Este ritmo acelerado de trabalho provocava cansaço excessivo, desgaste físico e emocional e, às vezes, devido ao excesso de trabalho, não era possível o uso adequado de equipamentos de segurança; outras vezes, em sua maioria, esses itens não eram disponibilizados pela empresa. Esse processo de produção alucinado introduziu outro elemento: a competitividade entre os trabalhadores.

Algumas vezes, devido à sobrecarga, o trabalho se torna robotizado e repetitivo, não havendo mais espaço para a criatividade. O trabalhador perde aos poucos a sua autenticidade, a capacidade de reflexão e não consegue administrar as relações interpessoais conflituosas e nem estabelecer laços de amizade com os parceiros de trabalho.

A partir dessas proposições podemos pensar que as primeiras relações estabelecidas entre a criança e seus genitores ou cuidadores são determinantes para a formação do mundo mental do ser humano e que esta constituição inconscientemente interfere no modo de ser e de agir de uma pessoa. Entretanto, as questões relacionadas ao ambiente de trabalho como desgaste mental (pressão psicológica), desgaste físico (ergonômetro), equipamentos técnicos e de segurança, horários e ritmo de trabalho, relacionamento interpessoal com os colegas e a chefia, dentre outros, exercem papel determinante na ocorrência da doença relacionada ao trabalho. De forma geral, as doenças podem ter causas e origens multifatoriais, mas elas podem ser agravadas devido às relações que o trabalhador estabelece com o seu trabalho. Pela compreensão que pudemos ter em relação ao ambiente de trabalho dos participantes da pesquisa poderíamos apontar que não é apenas o trabalhador que adocece, mas, ao que parece, o mundo do trabalho dentro da configuração que ora se nos apresentou também está doente e este é um problema que afeta o mundo inteiro. O que é digno de espanto e indignação é que a responsabilidade e culpa pelo adoecimento é transferida totalmente para o trabalhador, enquanto o ambiente de trabalho e as organizações permanecem isentas de responsabilidade.

Alguns elementos podem nos auxiliar na construção dessa hipótese e lançar uma luz a mais para as reflexões a cerca das relações entre mundo mental e trabalho.

Em todos os casos estudados, nenhuma empresa possui programa de assistência e reabilitação aos trabalhadores vítimas de doença relacionada ao trabalho. Uma dessas empresas rasgou a notificação de acidente de trabalho do funcionário, elaborada pelo médico. Neste caso, o médico, ao elaborar um laudo que favorecia os direitos do trabalhador foi demitido. Nenhum dos entrevistados

foi encaminhado para algum tipo de serviço especializado para atender esse tipo de demanda.

Um dos entrevistados foi demitido mesmo tendo o seu afastamento do trabalho autorizado pelo INSS e comprovada a incapacidade para o trabalho. Ele aguarda decisão judicial de um processo em que solicita indenização pelo tempo de vida produtiva que teria caso não tivesse adoecido. Outro participante foi demitido verbalmente, mas o médico do trabalho da empresa interveio e ele foi reintegrado ao quadro de funcionários da empresa, mas se encontra afastado. A documentação de um dos participantes da pesquisa foi preenchida erroneamente, dela constando licença-saúde e não afastamento por doença relacionada ao trabalho. Neste caso, poderá ser demitida assim que retornar ao trabalho. Em outra situação foi diagnosticada a ocorrência de um acidente de trabalho e, posteriormente, um quadro de doença relacionada ao trabalho com indicação de aposentadoria por invalidez. Este laudo foi confirmado pelo INSS da cidade de ...; entretanto, os peritos de sua cidade divergem deste diagnóstico e não lhe concedem o benefício.³

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988, muitos avanços em termos de princípios constitucionais ocorreram. O Ministério incentivou políticas que garantissem condições de segurança no trabalho através da implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) a partir do qual a saúde é um direito de todos os cidadãos, independente da raça, cor ou credo. Do ponto de vista institucional e pragmático foram criados Serviços de Saúde do Trabalhador e implantados os Centros de Referência à Saúde do Trabalhador.

Dentro deste programa, o Ministério da Saúde, através da portaria nº1339/GM, de 18 de novembro de 1999, instituiu a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, que deveria ser utilizada a partir desta data, como referência no uso clínico e epidemiológico para o diagnóstico dos agravos

³ Não era objetivo da pesquisa confirmar a veracidade dos fatos narrados pelos entrevistados. Consideraram-se apenas os elementos que ficaram inseridos no psiquismo dos participantes.

originados no processo de trabalho. O diagnóstico, tratamento e a reabilitação dos trabalhadores estariam sob a responsabilidade das equipes multiprofissionais do SUS.

Passados quase dez da publicação desta portaria, ainda não é possível conhecer o perfil dos trabalhadores que adoecem e morrem no Brasil. Sem esses dados, torna-se impossível planejar e executar ações de saúde para essa população.

Embora incompreensível que trabalhadores continuem morrendo e adoecendo no Brasil, é, entretanto, possível entender intelectualmente o motivo pelo qual os serviços especializados para atender essa demanda são escassos ou inoperantes. Há a falta de recursos e investimento adequados para pesquisas científicas na área da saúde e do trabalho; na área da saúde há falta de diagnóstico precoce das doenças e, com isso, não há trabalho preventivo especialmente no caso das doenças mentais advindas do trabalho.

Quando o trabalhador é acometido por algum transtorno mental, a dificuldade de localizar algum serviço especializado ou algum órgão que ofereça orientação e proceda aos encaminhamentos necessários para o diagnóstico e a reabilitação torna-se missão quase impossível: é como “procurar uma agulha no palheiro”.

Estas questões relacionadas ao adoecimento no trabalho poderiam não ter números alarmantes, serem motivo de preocupação e tomarem dimensões tão desproporcionais se as políticas públicas efetivamente cumprissem a sua finalidade quanto ao acolhimento dos trabalhadores, tratamento e reabilitação.

Por outro lado, esse serviço não funciona porque cabe a uma equipe integrada de profissionais como psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional dar suporte aos que procuram ajuda. Dentro desta equipe, cabe ao profissional da área da medicina realizar o diagnóstico. O agravante é que a grande maioria dos cursos de medicina não prepara os seus alunos para este tipo de procedimento. O SUS ou seus gestores, por sua vez, poderiam proporcionar a capacitação e os treinamentos necessários para as equipes, além do que cabe a cada estado, região ou município, guardadas

as suas características, buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância para que se empreendam os esforços necessários para a implantação e a efetivação desta ação em saúde a fim de oferecer qualidade de vida no trabalho (FIGUEIREDO, 2005).

Vemos que a medicina tenta dar conta especialmente do adoecimento do indivíduo, o adoecimento pode ser encarado como a expressão de um fracasso ou uma derrota psíquica e somática provocada pelo desgaste ou falência das defesas do indivíduo. O papel atribuído às emoções no adoecimento convida a psicologia a refletir sobre sua atuação neste setor. Este é um campo em que neutralidade analítica é posta em cheque uma vez que este pode ser um campo fértil em que são necessárias intervenções e ações na estrutura produtiva a fim de que o trabalhador tenha condições de desenvolver um trabalho com segurança e dignidade, satisfazendo suas necessidades de ser humano e não mais como trabalhador alienado e descartável posto a serviço da exploração do capital.

Com a evolução tecnológica, muitas transformações foram introduzidas nos processos de trabalho como, por exemplo, aumento da competitividade, necessidade de assumir várias funções e turnos diferentes para não ser superada pela máquina, necessidade de adaptação aos novos maquinários, entre outros. Essa pressão no trabalho gera aumento de ansiedade, da tensão e do sentimento de insegurança; esses fatores contribuem para o sofrimento psíquico do trabalhador. Se por um lado o avanço tecnológico permite um aumento na expectativa de vida e em sua qualidade, por outro lado esta acelerada busca pelo desenvolvimento tecnológico e científico aumenta as possibilidades de doenças, sofrimento e morte que são mobilizados pela tendência de uma vida fragmentada que a sociedade contemporânea nos impõe.

Dentro dessa perspectiva, o trabalho pode ser considerado fonte de vida capaz de conferir identidade ao ser humano no plano pessoal e social, mas abre também a possibilidade de compreender o trabalho como poderosa fonte de adoecimento psicossomático e social, uma vez que o desgaste, o estresse e as condições ambientais do trabalho podem romper o equilíbrio psicossomático do trabalhador.

De acordo com Freud (1930) é no exercício de uma atividade profissional que o indivíduo tem a possibilidade de deslocar grande parte da libido. Através do processo de sublimação o aparelho psíquico recorre a atividades aceitas e valorizadas socialmente para manter o equilíbrio do aparelho psíquico. A ênfase dada ao trabalho justifica e legitima a existência de uma vida em sociedade.

Segundo Ferraz (1998) quando falham os processos de sublimação, o indivíduo pode apresentar uma dificuldade de adaptar às condições de trabalho bem como inibição na capacidade de construir, tanto material quanto simbolicamente. Quando o aparelho psíquico se vê impossibilitado de escoar livremente os afetos o indivíduo se apegando ao trabalho como uma espécie de tabua de salvação a fim de que possa se preservar de seus desejos, que funcionam primordialmente como fonte de conflito.

Nos moldes como estão configuradas as relações entre o trabalhador e o ambiente de trabalho, é possível cogitar que este modelo de produção não favorece a satisfação e o equilíbrio psicossomático do trabalhador, pois a forma pela qual ele recorre ao exercício profissional e os modos de produção exigidos pela organização do trabalho para manter o seu emprego requerem que este trabalhador se posicione de forma operatória.⁴ Tem de agir de forma desafetada⁵ e, portanto, comporta-se como se tivesse sido acometido pela doença da normalidade – a normopatía⁶. O ritmo acelerado de produção da organização gera a sobrecarga de serviço e como conseqüência o ambiente do trabalho exerce sobre o funcionário uma sobrecarga excessiva. Com isso, ele se sente desestimulado a participar da gestão de onde trabalha e, assim, perde a capacidade de perceber e

⁴ Nesse caso, o trabalhador mantém-se preso à materialidade dos fatos sem esboçar envolvimento afetivo.

⁵ Pessoas acometidas pelo distúrbio da desafetação, não conseguem expressar e conter o excesso da experiência emocional e, por isso, não conseguem refletir sobre ela.

⁶ Através deste funcionamento psíquico, o indivíduo tenta-se proteger da tomada de consciência de suas vivências afetivas, evitando entrar em contato com os seus sentimentos, o que poderia levar à percepção de seu modo de funcionamento afetivo.

integrar os seus sentimentos de raiva, angústia, impotência etc. Sem que haja a percepção de seus processos psíquicos, o trabalhador dificilmente conseguirá se posicionar frente a seus problemas e lutar contra o sofrimento advindo do trabalho e da organização.

As relações que se estabelecem entre o sofrimento psíquico e os aspectos relacionados ao trabalho caracterizam-se como um desafio a ser enfrentado conjuntamente com outros profissionais e setores da saúde e da empresa de forma articulada com o Ministério da Saúde, do Trabalho etc. Para tanto, é necessária uma prática que não tenha meramente cunho normativo ou reducionista, mas que seja capaz de integrar aspectos da saúde e da doença dos trabalhadores com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Diante das questões acima colocadas, é necessário que a Psicologia, como disciplina que ocupa lugar relevante nas questões relacionadas à saúde, necessita reformular algumas de suas ações tradicionais, o que muitas vezes implica em uma perspectiva teórico-prática pautada em teorias terapêutico-curativa com a predominância da Psicologia Clínica, o que pode acarretar um reducionismo da compreensão do processo saúde- doença. Com a capacidade de articulação interdisciplinar com outras áreas do conhecimento científico, o psicólogo pode configurar-se como um profissional importante na soma de esforços para promover a qualidade de vida e valorizar o papel das pessoas no cuidado com sua saúde, atuando na promoção, na prevenção e na humanização do trabalho.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, órgão pertencente ao Conselho Federal de Psicologia, disponibilizou desde o mês de junho de 2008 o ‘Documento de Referências para atuação do Psicólogo na Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública’. Este documento apresenta os principais aspectos que configuram a área da Saúde do Trabalhador e a inserção do psicólogo nesse campo. Tal material poderá ser muito importante para que os profissionais tenham orientações técnicas para desenvolver os procedimentos nesse setor e pode vir a ser começo de uma ação da Psicologia na qual os profissionais, através da aquisição dos conhecimentos teórico-práticos voltados para a sua formação nesta área, assumam as suas responsabilidades e as

atribuições legais com competência. De acordo com a legislação da Saúde do Trabalhador, todo transtorno mental ligado ou decorrente do trabalho pode ser notificado pelo psicólogo responsável e passado ao sistema de informação do Ministério da Saúde; porém, essa prática não é comum e geralmente o psicólogo não sabe que pode e deve fazer esta notificação para que se garantam direitos e benefícios ao trabalhador.

Para que haja o diagnóstico, a identificação dos nexos causais entre a saúde e o trabalho, a reabilitação e a notificação dos casos, a atuação do profissional da Psicologia necessita de um trabalho conjunto que deve contar com a participação de uma equipe multiprofissional, além do que, é importante conhecer a organização do trabalho e os seus modos de operar para compreender a realidade da ocorrência dos adoecimentos.

Em atenção ao caráter ético e técnico de sua profissão, cabe ao psicólogo empreender a busca por conhecimentos de novos modos de intervenção nesse setor a fim de que, o cuidado com a promoção da saúde esteja presente quando se exigir qualidade e produtividade dos produtos e serviços para que se possa proteger a saúde mental dos trabalhadores. Dessa forma, diminui o risco de transformar problemas de ordem social do ambiente de trabalho em problemas pessoais dos trabalhadores, especialmente naqueles casos em que os aparelhos psíquicos dos trabalhadores foram lesados em decorrência das condições ambientais insalubres da organização do trabalho. Assim, o trabalho poderia efetivamente cumprir a sua função sublimatória, configurando-se como atividade prazerosa e criativa capaz de ressignificar a existência humana.

Na última entrevista que realizamos, o entrevistado, antes de encerrá-la, disse-nos: “a gente, funcionário, torce para que saia alguma luz que melhore nossa condição de trabalho, porque ela interfere diretamente na nossa vida, veja a minha”.

Através dessa colocação verificamos a confirmação da importância do nosso trabalho e a necessidade de outras pesquisas que possam ser desenvolvidas em direção a melhores condições de vida no trabalho para a população em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AISENSTEIN, Marília. Da medicina à psicanálise e à psicossomática. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 28, n.1, p. 99-110, 1994.

ALBERNAZ, Liana. Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 145-158, 2003.

ALVAREZ, Anne. *Companhia viva: Psicoterapia Psicanalítica com Crianças autistas, Borderline, Carentes e Maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALEXANDER, Franz. *Medicina Psicossomática: princípios e aplicações*. Trad. Beatriz Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

AULAGNIER, Piera. *A Violência da interpretação*. São Paulo: Imago, 1979.

BASTOS, L. A. M. *Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta,

2003.

BEZERRA, Benilton. Apud TAVARES, Alexandra. Saúde Mental: A Psicanálise frente aos males sociais. *Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*. Ano 56, número 4, p. 14-15, 2004.

BLEGER, José. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BRENNER, Charles. *Noções básicas de psicanálise: Introdução à Psicologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. *Uma contribuição ao estudo da relação câncer de mama e alexitimia*. 1998. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA, Lisboa, 1998.

CUNHA, Jurema. A.et.all. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

DEJOURS, Christophe. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. In: CHANLAT, J. F. (org). *O indivíduo nas organizações: Dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1992.

DELLA NINA, Milton. O psicanalista, a clínica e o psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.38, n.3, p. 693-710, 2004.

DOLTO, Françoise. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

DURAND, Marina. *Doença Ocupacional: Psicanálise e relações de trabalho*. São Paulo: Escuta, 2002.

EIZIRIKI, Cláudio (org). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

EKSTERMAN, Abram. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.28, n. 1, p. 09-24, 1994.

EKSTERMAN, Abram. Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In: MELLO FILHO, Júlio. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

EVA, Antônio C., VILARDO, Roberto, KUBO, Yutaka. Psicossomática e nossa prática psicanalítica. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol. 28 .n. 01, 1994, p.39-74.

FERNANDES, Maria Helena. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. (Clínica psicanalítica).

FERRAZ, Flávio C. *Normopatia: sobreadaptação e pseudonormalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002 (Clínica Psicanalítica).

FIGUEIREDO, Núbia M. A. (org). *Ensinado a cuidar em Saúde Pública*. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendes Editora, 2005.

FRANÇA, Ana Cristina L. Quando o Trabalho adoece in: *Revista Psicologia Ciência e Profissão: Diálogos*. Ano 4, n.5, Dezembro de 2007. Brasília: Barbara Bela Editora Gráfica, 2007.

FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: ed. standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7.

_____. (1905[1901]). Fragmentos de um caso de histeria. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: ed. standard brasileira*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7.

_____. (1912). Tipos de desencadeamento da neurose. In: *Obras psicológicas*

completas de Sigmund Freud: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. (1914) *Sobre o narcisismo*: Uma introdução. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

_____. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. (1915). Repressão. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

_____. (1916-1917). Resistência e Repressão. In: Conferências Introdutórias sobre psicanálise. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 16.

_____. (1933[1932]). Conferência XXXI. A dissecação da Personalidade Psíquica. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 22.

_____. (1939[1929]). O Mal-Estar na Civilização. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. (1915). Artigos sobre metapsicologia. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: ed. *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

GARCIA, Andreia. S. *Encontro da Saúde Mental e da Saúde Pública*: Estudos analítico descritivo sobre como pacientes com queixas físicas estabelecem a

relação inicial em psicoterapia de orientação psicanalítica. Assis, 2002. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras – Universidade Estadual Paulista-UNESP.

GREEN, André (org). *Psicanálise Contemporânea. Revista Francesa de Psicanálise*. Número especial. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

GURFUNKEL, Décio. *Psicanálise e Psicossoma: Notas a partir do pensamento de Winnicott*. In: VOLICH, Rubens M., FERRAZ, Flávio e ARANTES, Maria A.(org.). *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

HERRMANN, Fábio. *Pesquisa Psicanalítica. Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 25-28, 2004.

_____. *Clínica Psicanalítica. A Arte da Interpretação*. São Paulo: Brasiliense, 1991

_____. *Andaimes do Real. Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HORN, Ademar; ALMEIDA, Miguel C. Du Pin. *Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 37, n. 1, p.69-84, 2003.

HOUAISS, Antônio, SALLES VILLAR, Mauro de e MELLO FRANCO, Francisco. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JACQUES, M. da Graça; CODO, W. (orgs). *Saúde Mental e Trabalho: Leituras*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

JORNAL DO FEDERAL. *Conselho Federal de Psicologia*. Ano XXI nº 90, agosto 2008. Brasília: Exemplus Comunicação e Marketing Ltda, 2008.

KLEIN, Melanie. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J. E PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

MAENO, Maria e CARMO, Luiz Carmo. *Saúde do trabalhador no SUS: Aprender com o passado, trabalhar com o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARTY, Pierre e M'UZAN, Michel. O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 165-174, 1994.

McDOUGALL, Joyce. Corpo e Linguagem. Da linguagem do soma às palavras da mente. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 28, n.1, p. 75-98, 1994.

_____. *Teatros do corpo: O psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____. *Teatros do eu: Ilusão e verdade no palco psicanalítico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

_____. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Artes Médicas: Porto Alegre, 1983.

_____; GACHELIN, G; AULAGNIER, P. ; MARTY, P. ; LORIOD, CAÏN, J.. (orgs). *Corpo e História: IV Encontro Psicanalítico D`Aix- En – Provence – 1985*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MELLO FILHO, Júlio. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MELLO FRANCO, Márcia. Psicanálise e Psicossoma: um mapeamento do campo em que se dão as articulações. In: VOLICH, Rubens M., FERRAZ, Flávio e ARANTES, Maria A.(org.). *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

- MENDES, René. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- MEZAN, Renato. *Sigmund Freud: a conquista do proibido*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Brasília: Editora MS, 2001.
- _____. *Clínica Ampliada: Equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, MS editora, 2007.
- PELLEGRINO, Helio. *Pacto Edípico e pacto social*: In: PY, L. A. Grupos sobre grupo. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- MONTAGNA, Plínio. À Psicanálise o que é da Psicanálise. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 28, n. 01, 1994, p. 05-06.
- PERES, Rodrigo S. *A exclusão do afeto e a alienação do corpo: Contribuições da psicossomática psicanalítica para a compreensão da personalidade de pacientes com indicação para o transplante de medula óssea*. Ribeirão Preto, 2004. Tese (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo.
- PORTARIA n.1339/GM, de 18 de novembro de 1999 (publicado em DOU de 19/11/1999, seção I, página 21).
- SHARPE, Ella F. O planejamento para a estabilidade emocional. In: *A educação de crianças a luz da investigação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- SILVA, Antônio. F. R., CALDEIRA, Geraldo. Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na psicossomática. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 113-118.
- SILVA, Edith Seligmann. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

_____. Uma história de “crise de nervos”: Saúde Mental e Trabalho. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (orgs). *Isto é trabalho de gente: Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993.

TAVARES, Alexandra. Saúde Mental: A Psicanálise frente aos “males sociais.” *Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*. São Paulo, ano 56, n. 4, p. 14 -15, 2004.

VIEIRA, Wilson de C. A psicossomática de Pierry Marty . VOLICH, Rubens. FERRAZ, Flávio e ARANTES, Maria A(org). *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

VOLICH, Rubens M., FERRAZ, Flávio e ARANTES, Maria A.(org.). *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ZAVASCHI, Lucrécia. O bebê e os pais. In: EIZIRIK. C. *O ciclo da vida humana*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

WINNICOTT, Donald D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____.*Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. 1988.

ZUSMAN, Waldemar. Opção signica e o processo simbólico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 153-164, 1994.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)