

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Instituto de Psicologia

Trabalho de conclusão de curso (TCC)

Aluno: Oscar Luiz Castro Fontella

Profª Ana Maria Gageiro (orientadora)

Saúde do Trabalhador, escuta psicanalítica e Políticas Públicas

“Este trabalho é dedicado à minha “sobrinha-mãe” Consuelo e ao meu filho Marcelo, meus grandes incentivadores e torcedores”.

Agradecimento especial: *À minha querida orientadora Ana Maria Gageiro que me permitiu produzir com máxima autoria, criatividade e prazer.*

Meus agradecimentos sinceros aos importantes mestres e supervisores que deixaram marcas indeléveis na minha formação:

-Martha Brizio, a supervisora no estágio de clínica psicanalítica e as supervisoras Mariana Betts, Marília Jacoby, na Clínica de atendimento Psicológico da UFRGS (CAPU).

-Liliane Froeming, minha supervisora acadêmica do estágio de clínica psicanalítica.

- Valéria Gularte e Ana Alice Palombine (supervisoras, local e acadêmica, respectivamente, do estágio básico, na CAPU)

- Rosângela Lizardo (supervisora local do estágio em Políticas Públicas, no CEREST-POA) e a supervisora acadêmica Jaqueline Tittoni.

-Simone Paulon, Rosane Neves, Sergio Antonio Carlos, Henrique Nardi, Gislei Domingas Lazzaroni, Carlos Kessler, Martha D'gord, Edson Luis Sousa, Ana Martha Meira, Roselene Gurski, Sandra Torossian, Norton Rosa, Angela Becker, Wiliam Gomes, Renata Rosat, Roberto Thadeu e Lia Freitas.

Sumário

1. Introdução

2. Conceitos norteadores

2.1 Trabalho

2.2 Psicopatologia

2.3 Saúde Coletiva

2.4 Rede

2.5 Interdisciplinaridade

2.6 Clínica Ampliada.

3. Saúde do Trabalhador e Políticas Públicas

4. Doenças ocupacionais e Psicopatologia

4.1 Rede de apoio e informações

4.2 Estabelecimento do Nexo causal entre saúde mental e trabalho

4.3 Assistência e interdisciplinaridade

4.4 Como “ler” a LER

4.5 A LER no percurso

4.6 Assédio Moral e Depressão.

4.7 Assédio Moral e Melancolia

4.8 Assédio Moral e Trabalho

4.9 Psicossomática e trabalho

5. Considerações Finais

6. Referências

Introdução

O presente trabalho vai buscar uma articulação entre a escuta psicanalítica na atuação interdisciplinar, em políticas públicas, e questões atinentes à saúde do trabalhador. Tal propósito para mim ficou colocado depois do percurso no estágio básico e no estágio de clínicas, ambos na Clínica de atendimento psicológico da UFRGS, na qual tive a experiência de trabalho e convívio interdisciplinar, atuação como terapeuta de orientação psicanalítica lacaniana, bem como participante, durante dois anos, no Núcleo de pesquisas e estudos das psicoses.

Agora, no estágio de Políticas Públicas, no CEREST (Centro de referência em saúde do Trabalhador, Porto alegre), com o qual concluo a graduação em Psicologia pela UFRGS, algumas questões inquietantes e desafiadoras me tomaram, motivando este projeto de conclusão de curso: O que fazer na rede de saúde pública com a escuta psicanalítica experienciada? Como utilizar a psicanálise num trabalho que não tem foco psicoterápico, mas direcionado para transtornos mentais cujo nexos causal seria as condições de trabalho? O que fazer com o que for observado de uma psicose estruturada numa anterioridade do conflito com o trabalho, mas que nele se manifesta? E como intervir com o trabalhador psicótico?

Dentro desta perspectiva, alguns conceitos serão norteadores: Trabalho, dentro da “Psicodinâmica do trabalho”, em Dejours; psicopatologia em Freud e Lacan, Saúde coletiva (na intervenção em assistência social), Interdisciplinaridade, Rede e Clínica ampliada.

As doenças ocupacionais LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares) relacionadas com o aumento de produtividade no trabalho, o Assédio moral, a repercussão psicológica de um acidente de trabalho, bem como recortes da escuta desses sofrimentos, no percurso no CEREST, serão considerados.

Conceitos Norteadores Fundamentais

1. Trabalho: Apesar das importantes contribuições sociológica de Marx e Weber, vou optar pela conceitualização Dejouriana de trabalho, pelo enlace com a psicanálise e a consideração das questões subjetivas anteriores ao adoecimento causado ou revelado pelo trabalho.

Em Dejours, podemos pensar numa conceitualização de trabalho considerando que a mesma é controversa entre as variadas disciplinas como a Sociologia, a engenharia e a Psicologia. Trabalho, em determinadas concepções, pode circunscrever-se a uma relação social do tipo salarial; a uma atividade produtiva, para outros; emprego, etc. Na perspectiva da “Psicodinâmica do trabalho”, o autor entende, num viés clínico, trabalho como um fato, considerando: “gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc.”. Dejours não concebe trabalho, em primeira instância, como relação salarial ou emprego. Sua noção humanista pensa trabalho numa maneira engajada da personalidade atender às pressões materiais e sociais. A partir dessa conceitualização, a organização do trabalho, embora sendo clara, rigorosa, não poderá atingir seus objetivos com qualidade, tendo suas prescrições “respeitadas escrupulosamente”. De fato, como lembra o autor, a rotina do trabalho e do trabalhador é permeada de imprevistos de ordem técnica e na alteridade ente colegas e hierarquias. O que abre uma discrepância entre o que é prescritivo e as situações reais, concretas. Com isso, encontramos um estímulo á invenção criativa, como um caminho a ser construído, dentro da lacuna que se estabelece entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Diante destas tensões, o trabalhador vai se deparar com o fracasso ou com a necessidade do fazer diferente, o que podemos inferir a partir das considerações Dejourianas: “Como, então, o sujeito que trabalha reconhece esta distância irreduzível entre a realidade, de um lado, e de outro as previsões, as prescrições e os procedimentos? Sempre sob a forma de fracasso: o real se revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao *saber-fazer*, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso da mestria. O mundo real resiste. Ele confronta o sujeito ao fracasso, de onde surge um sentimento de impotência, até mesmo de irritação, cólera ou ainda de decepção ou de esmorecimento. O real se apresenta ao sujeito por meio de um efeito surpresa desagradável, ou seja, de um modo afetivo. É sempre afetivamente que o real do mundo se manifesta para o sujeito. Mas ao mesmo momento que o sujeito experimenta afetivamente a resistência do mundo, é a afetividade que se manifesta em si. Assim, é numa relação primordial de sofrimento no trabalho que o corpo faz, simultaneamente, a experiência do mundo e de si mesmo” (Dejours, 2004, pg. 28).

Ainda na visão Dejouriana, trabalho pode ser conceitualizado com base na sua organização, sendo um compromisso entre organizadores e trabalhadores. Esta organização é mutante, numa relação social entre objetivos e prescrições, levando em consideração as condições e dificuldades reais para a sua viabilização, regras e comunicação entre os níveis

hierárquicos (Lancman; Uchida, 2003, p. 87).

2. Psicopatologia: Para conceituarmos “psicopatologia”, partimos da etimologia da palavra que contém, do grego, *pathos*. O mesmo comporta, no entanto, significações distintas: o passional, a paixão, a passividade, mas também o sentido presente no discurso de diagnóstico da medicina, a doença, o patológico. O doente é o sujeito acometido pelo adoecimento, passivo, padecendo de algo por ele desconhecido, reagindo de modo imprevisível, na maioria das vezes. No viés Lacaniano, o paciente é o dependente do Outro, “um ser autárquico que não teria paixões”. Na filosofia, a vertente Aristotélica, a paixão é entendida como algo intrínseco ao humano, não devendo ser extirpado ou condenado. Na visão Platônica e Estóica, as paixões aparecem como uma força que deve ser combatida. (Cecarelli, 2003, pg. 14).

Psicopatologia é um termo que foi utilizado pela medicina, psicologia, psiquiatria e psicanálise, no fim do século XIX, para abordar os sofrimentos psíquicos mais amplos do ser humano, distinguindo ou fazendo um deslizamento dinâmico entre o normal e o patológico, conforme cada época. Estamos todos sujeitos, no mínimo, a pequenas loucuras no dia-a-dia, conforme o que Freud postulou em “Psicopatologia da vida cotidiana (1901)” como: esquecimentos, lapsos, equívocos, descuidos e os mais diversos atos falhos. Freud encerra essa obra falando do “determinismo, da crença e da superstição” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 616-621).

Conforme (Ceccarelli, 2005, pg., 473), a psiquiatria do século XIX, rotulava e classificava “as organizações psíquicas que escapavam às referências de normalidade”. “A expressão *Psicopatologia*, que deu nome ao que muitos médicos faziam, principalmente na França, na Alemanha e na Inglaterra, durante todo o século XIX, inaugurou a tradição médica que se manifesta, até hoje, nos tratados de psiquiatria e de psicopatologia médica. O aparecimento da *Psicopatologia* como disciplina organizada se dá com a publicação da *Psicopatologia geral* de Karl Jaspers, psiquiatra e filósofo, no início do século XX. Jaspers visava descrever e classificar, de forma minuciosa e sistemática, as doenças mentais. A grande ruptura epistemológica é feita pela psicologia profunda de Freud. A partir da dimensão do desejo, que submetido às leis da linguagem escapa a qualquer apreensão direta de sua finalidade. Freud postula que o sujeito - louco ou não - sempre que fala, fala do, e a partir de, seu *pathos*, que aqui se confunde com a trama discursiva que o constitui”.

A “Psicopatologia Fundamental”, com base na pluralidade das psicopatologias, foi um termo adotado por Pierre Fédida, originando na Universidade de Paris VII o *Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale e Psychanalyse*. No Brasil e no mundo, o objetivo da

Psicopatologia Fundamental é debater, pesquisar e fazer uma reflexão crítica dos conceitos atinentes ao psicopatológico. (Ceccarelli, 2003, pg. 18). Nessa perspectiva, a Psicopatologia Fundamental está calcada em bases Freudianas: Em “Neurose de Transferência: uma síntese” (Freud, 1928), a concepção de “Aparelho Psíquico” aparece, em sua origem, como psicopatológica. Isso se deveu pela exposição às catástrofes naturais, violências sofridas, ameaças às demandas pulsionais. O sofrimento psíquico humano traz uma herança filogenética. Conforme Freud, as neuroses prestariam um testemunho do desenvolvimento psíquico da humanidade. (Ceccarelli, 2003, pg.20).

3. Saúde Coletiva. Para definirmos melhor este conceito, precisamos ter como base a sua diferença da conceitualização de “Saúde Pública”, o que fica bem claro na seguinte citação: “A área da saúde, inevitavelmente referida ao âmbito coletivo-público-social, tem passado historicamente por sucessivos movimentos de decomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde”.

Ao longo de seu artigo, (Paim e Almeida Filho, 1998, pg. 299-316), fazem um retrospecto histórico dos debates e eventos mundiais que evoluíram à adoção de um novo paradigma para se pensar saúde pública, movimento intensificado nos anos 70, no contexto das crises do capitalismo globalizado, questionando a cobertura de serviços de saúde, direitos, cuidados básicos, questionando a prevenção em saúde restrita à concepção unicamente do ponto de vista médico-sanitarista, etc.(entre eles, destacam-se: “A conferência de Alma-Ata”, organizada pela UNCEF e OMS, no Kazaquistão, em 1978; “O Relatório Lalonde”, Canadá, 1974, A assembléia Mundial de saúde com o lema: “saúde para todos no ano 2000” etc.).

A concepção de Saúde coletiva surge, então, com o propósito de uma nova produção de conhecimento e intervenção em saúde, refletindo sobre as relações sociais que permitem uma nova significação das doenças. A saúde coletiva, com base num campo interdisciplinar, vai pensar e agir sobre as epidemiologias, planejamento e administração, natureza das políticas de saúde e os conflitos sociais, em saúde. Vai procurar uma abrangência maior, tendo um conjunto articulado de técnicas, ciências, ideologias, políticas e economias, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações civis e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento, resultantes da adesão ou crítica dos diversos projetos que visem à reforma da saúde.

Dentro de uma visão holista, a Saúde coletiva almeja a superação da subordinação ao biologicismo e à tradicional política administrativa à faculdade de medicina. Nos níveis

políticos e socioculturais, a perspectiva da saúde coletiva é explorar as formas da organização dos sujeitos sociais, não redutiva a partidos e sindicatos, sem descartá-los, conciliando o subjetivo com o social; buscando consciência sanitária e ecológica na produção de vida (Paim e Almeida Filho, 1998, pg. 299-316).

Todas essas concepções, em Saúde coletiva, convergiram, no Brasil, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1989. O movimento resultou na implantação do Sistema Único de Saúde cujos princípios de Universalidade, Igualdade, Equidade e Resolutividade foram legitimados pela Constituição de 1998. No entanto, a efetivação concreta do SUS enfrenta os entraves das concepções neoliberais, refratárias a esse modelo de políticas públicas em saúde (Campos, 2007, pg. 1869-1872)

4. Rede: Conceito originado da topologia, mas diferenciado da geometria, pois estuda as propriedades mais simples no objeto, embora mais dramáticas, cujas medidas são variáveis. A Rede é um dos objetos topológicos cujo elemento constitutivo é o nó, pouco importando suas dimensões, sendo entendida por seus pontos de conexão, convergências e bifurcações. Ela destaca-se por ser vazada, formada por abertas linhas e capaz de crescer, pelos seus nós, em todas as direções e por todos os lados. Sua lógica de conexões e a primazia da linha sobre a forma nos evocam o conceito de Rizoma de Deleuze e Guatarri cujo funcionamento se compreende por seis princípios: O de conexão, o de heterogeneidade, o de multiplicidade, o de ruptura a-significante (tensões permanentes, fuga, movimento de criação), O princípio de cartografia (pensamento inventivo, aberto a modificações) e o princípio da decalcomia (captar os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou pontos de estruturação) (Kastrup, 2003, p. 53, 54)

A Rede pode ser conceitualizada como uma articulação de variados equipamentos da cidade, não apenas relacionados à saúde, que visa uma garantia de resolutividade, promoção de autonomia e de cidadania das pessoas. A Rede se configura na medida em que são permanentemente conectadas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da cidade. A Rede pode ser concebida como um espaço para uma análise cartográfica na observação de seus atores. Na Rede, se evidenciam “as interações e a interdependência” entre o público e o privado, bem como as trocas entre as organizações, elites e órgãos do Estado. Podemos inferir que esta concepção é fundamental para se pensar políticas públicas, conforme (Figueiredo, 2007, pg. 97-99)

No que se refere à Rede do SUS, voltada à saúde mental, sua base é comunitária, buscando a emancipação de seus usuários, “capaz de fazer face à complexidade das demandas

de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais”. Essa rede se organiza com a noção de território que não é apenas o espaço geográfico, mas o lugar das pessoas, das instituições e dos cenários nos quais o saberes, potencialidades e a vida da comunidade se produz (Ministério da Saúde, 2005, pg. 24-25).

5. Interdisciplinaridade: Conceitualmente, Interdisciplinaridade pode ser pensada como uma forma integrada de produzir conhecimento, o que se perdeu com a visão positivista do século XIX que fragmentava os saberes, num racionalismo que promoveu o especialismo, na produção científica. A interdisciplinaridade retoma uma concepção holista de produzir conhecimento, sem a separação do que é científico do que é humano, de forma não alienante: “Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade é vista como um processamento funcional, uma tecnologia que pode garantir a expansão de práticas operatórias comprometidas com a transformação do real em objetividade, ou seja, garantindo assim a essência da ciência e de sua lógica de funcionalidade” (Gomes e Deslandes, 1994)

Dentro de um viés Foucaultiano, os autores situam a importância da interdisciplinaridade em saúde pública, levando em consideração três aspectos centrais: “(a) o processo de construção de saberes; (b) a articulação desse processo com poderes presentes num tempo e num espaço determinados, e (c) o investimento simbólico enquanto causa e efeito dessa articulação. Na configuração desses aspectos, perpassam explícita ou implicitamente as relações tecidas entre o processo saúde-doença e a sociedade”. [...] “Concluimos que a Interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública alcança um status de necessidade interna diante da complexidade que o problema da Saúde impõe. A situação de miséria, a alarmante concentração de bens e oportunidades e quase exclusão total de cidadania para imensa maioria da população brasileira dão maior dimensão e gravidade a necessidade de abordagens de saúde que sejam eficazes, competentes e que tenham uma face humana”.

6. Clínica Ampliada: Podemos assim pensar, do ponto de vista conceitual, como uma proposta de flexibilização do *setting* de atendimento, na assistência social, tendo como dispositivos as mais variadas possibilidades como passeios, trabalho em grupo, visitas domiciliares, etc. Essa é uma perspectiva de intervenção significativa para um campo de trabalho clínico muito rico na assistência social. A clínica ampliada é ferramenta importante na ampliação da escuta do sujeito, na construção de políticas públicas promotoras e articuladoras de seus direitos socioassistenciais, principalmente num país como o Brasil, permeado por muitos obstáculos para a inclusão social da maioria da população. Na construção dessa proposta, psicólogos e demais profissionais da saúde necessitarão de uma implicação com “múltiplas transferências:

com a equipe, com a instituição e com os demais serviços” que estarão atendendo os usuários da rede como: Conselho tutelar, Escolas, delegacias, Posto de saúde, etc.(Soares, Susin, Warpechowski, 2009, pg. 159-160)

Conforme o (Ministério da saúde, 2006, pg. 38), Clínica ampliada é conceitualizada como: “Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença”.

Saúde do trabalhador e Políticas Públicas

Após as definições conceituais acima, podemos, operacionalizando-as, refletir melhor sobre saúde e trabalho, escuta e intervenção no campo de estágio em políticas públicas: Os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PST) foram criados em meados da década de 1980, por alguns municípios e estados. A constituição federal, em 1988, em seu artigo 200, determinou que o SUS tivesse como competência executar ações de saúde do trabalhador, além de cooperar na proteção ambiental, nela incluído o trabalho. Por meio do SUS, a saúde o trabalhador passaria a ser colocada no âmbito do direito.

O Ministério da saúde, no tocante à saúde do trabalhador, estabelece, devido à abrangência intersetorial da mesma (incluindo Previdência social, o trabalho, o meio ambiente, a Justiça, a educação e os demais setores que se relacionam com as políticas de desenvolvimento), a necessidade de pensar abordagens interdisciplinares, nas esferas do SUS, e de seus princípios, apostando numa gestão participativa dos trabalhadores. A Lei orgânica da Saúde (nº 8080/90), no seu artigo 6º, traz a regulamentação à saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas destinadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como visando à recuperação e reabilitação dos trabalhadores que sofreram riscos e agravos oriundos das condições laborais (CREPOP, 2008, pg19-21)

Um avanço importante na defesa dos trabalhadores, do ponto de vista de sua segurança e do direito de cuidar das doenças decorrentes do trabalho, foi a Lei Federal nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006: Surge o Nexo Técnico epidemiológico, enquanto uma metodologia adotada pela qual a empresa é que deverá provar que os acidentes e adoecimentos não foram causados pela atividade laboral, tirando esse ônus do empregado. Ainda assim, isso não poupa o trabalho interdisciplinar de médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, de ouvirem os

sofrimentos dos nossos usuários, orientando-os no entendimento de que em qualquer situação de acidente ou adoecimento eles têm direito a atenção médica, Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT) que, primeiramente, deve ser dada pela empresa ao funcionário que deverá levar ao INSS, mesmo que não precise ser afastado de suas funções (CREPOP, 2008, pg. 50).

O Ministério da Saúde, em 2002, como estratégia institucional para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador, criou o RENAST (Rede Nacional da Saúde do Trabalhador), visando à integração da rede de serviços do SUS. Por meio de incentivo financeiro aos estados e municípios, foram criados os CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com o objetivo de dar suporte técnico, de cooperação de projetos e de educação em saúde ao SUS nas suas áreas de abrangência.

A participação dos trabalhadores “é fundamental na identificação dos fatores de risco presentes nos processos de trabalho e na elaboração e implementação do Plano de Saúde do Trabalhador, que deverá refletir as necessidades de saúde, as possíveis ações, a viabilidade econômico-financeira e a identificação de parceiros”, incluindo sindicatos, associações de portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou usuários em geral. Os CERESTs, para efetivar o controle social, conta com: a Conferência de Saúde, a Conferência de saúde do Trabalhador, o Conselho de Saúde, A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e o Conselho Local de Saúde do CEREST.

Os CERESTs contam com uma equipe multidisciplinar que varia de oito a 20 profissionais de nível superior e médio, algumas categorias sendo obrigatórias: o médico, o enfermeiro e o auxiliar de Enfermagem. Os demais membros, de diversas categorias de nível médio e superior, com formação em saúde do trabalhador, podem ser médicos generalistas, médicos do trabalho, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados. A inserção do Psicólogo, embora não sendo obrigatória, tem sido uma inclusão bem freqüente na maioria dos CERESTs (CREPOP, 2008, pg. 22-24).

Os CERESTs, como referência técnica do SUS, na rede do RENAST, atuam como articuladores de políticas públicas em saúde do trabalhador (urbano ou rural, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho), realizando capacitação na rede de saúde pública para acolhimento, notificação e tratamento dos agravos relacionados ao trabalho, a vigilância ao ambientes do trabalho e a vigilância epidemiológica

O CEREST Regional/POA abrange os municípios da 1ª, 2ª e 18ª coordenadorias Regionais de saúde, contando com uma equipe multidisciplinar que contempla dois médicos do

trabalho, um médico acupunturista, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e três estagiários de psicologia, uma assistente social, uma enfermeira e um técnico em enfermagem que trabalham com o contágio biológico, além de uma jornalista, três técnicos em vigilância em saúde e segurança no trabalho e três técnicos administrativos. A coordenação é formada por uma médica, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Estes profissionais trabalham na orientação e, se necessário, avaliação das situações de adoecimento relacionadas às atividades laborais dos usuários que vêm por encaminhamento das unidades básicas de saúde ou de outras instituições como sindicatos.

A Psicologia, no CEREST, atua nos atendimentos individuais orientando os trabalhadores nas ações para o estabelecimento de nexos entre adoecimento mental e trabalho, estabelecendo um plano de tratamento que não é psicoterápico, contando com a rede de apoio que passa por sindicatos e encaminhamentos para assistência às questões jurídicas atinentes ao direito trabalhista e previdenciário, etc. Como ferramentas importantes, contamos com os Grupos de apoio:

- **A Oficina Literária** é um espaço de criação no qual a subjetividade, através da escrita, tem espaço de escuta, de trocas, de apoio mútuo. Esta oficina fez seu primeiro lançamento editorial, contando com as produções escritas e ilustrativas dos próprios usuários participantes, numa coletânea de textos e poesias intitulada: “Eu, tu, ele, nós com arte”, em 2009. Este é um grupo que conta com a psicologia e o apoio técnico jornalístico.

- **Reflexão do trabalho** (espaço no qual buscamos um pensar coletivo sobre o processo de adoecimento relacionado às questões laborais, suporte mútuo, trocas de experiências, informações e alternativas de melhor lidar com a dor, com o estresse, através de práticas corporais como relaxamento e meditação). Este é um grupo que é coordenado pelos estagiários da psicologia, com o apoio da supervisão local

- **O Grupo Recomeçar**: Sistemáticamente é aberto a trabalhadores já usuários do CEREST que buscam uma reinserção e planejamento programado de inclusão em nova oportunidade no mercado de trabalho, visando direitos sociais garantidos. Este é um grupo coordenado pela assistente social com a participação da psicologia (Lizardo, Fumagalli et al, 2009, pp. 20-28).

Doenças Ocupacionais e Psicopatologia

Rede de apoio e informações

Dentro da perspectiva de atuação multidisciplinar (interdisciplinar quando preferencialmente se

dá, na visão da Clínica ampliada) um grande desafio que a rede de atenção enfrenta é a notificação dos agravos e das situações de riscos à saúde do trabalhador. Numa iniciativa de avanço dessa questão, surge o “Manual de Doenças relacionadas ao Trabalho” do Ministério saúde, 2001. Conforme essa publicação, em sua seção II, existe a possibilidade de relação com o trabalho em inúmeras doenças: infectocontagiosas e parasitárias, neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, doenças nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso, entre outras.

No entanto, existem as doenças infectocontagiosas cujas etiologias não são de natureza ocupacional; porém dependem das condições ambientais em que as atividades laborais são executadas, favoráveis ao contato, contágio ou transmissão: nos trabalhos agropecuários, nas atividades hospitalares, nas indústrias de carne e pescado, etc., que favorecem o surgimento de zoonoses, parasitoses, viroses, dermatoses; demandando um trabalho de vigilância. Além disso, se coloca uma dificuldade de estabelecimento do nexa causal com o trabalho, devido ao caráter endêmico dessas patologias (Brasil 2001, pg. 59).

Quanto à prática da notificação de transtornos mentais, sua realização será feita pelo sistema de informações do Ministério da Saúde (SINAN), utilizado e reconhecido pela rede de saúde, nas rotinas de registros de notificação compulsória. Ainda que “as normas técnicas referentes à temática da saúde mental e trabalho impulsionem o aperfeiçoamento das ações de registro e notificação dos transtornos mentais, faz-se necessária a incorporação dessa prática no dia a dia do psicólogo a partir da realização de um diagnóstico ético e técnico. No campo dos estudos epidemiológicos, a busca da determinação social da doença e os dados de caráter coletivo relacionados aos transtornos mentais favorecem o reconhecimento da categoria trabalho como determinante do adoecimento e permitem maior visibilidade ao sofrimento psíquico”. A área de saúde do trabalhador vem se valendo das informações e produções de outros setores como a Previdência Social e do Ministério do Trabalho e Emprego, buscando suprir a falta de dados relativos ao adoecimento produzido pelo trabalho, mapeamento de riscos, etc. Os serviços de saúde também, por sua vez, vêm procurando fornecer informações aos dados oficiais, difundindo informações disponíveis à sociedade no que se refere ao adoecimento na atividade laboral, conforme o (CREPOP, 2008, pp. 30-31).

Estabelecimento do nexa causal entre saúde mental e trabalho

Com base crítica construtiva, no modelo proposto pelo Ministério da saúde em 2001, vamos encontrar orientações importantes para intervenção do psicólogo, no campo da saúde do

trabalhador, conforme o (CREPOP, 2008, pp. 35-37):

I. O trabalho pode ser causa necessária para o adoecimento – a exposição a substâncias tóxicas – metais pesados: mercúrio, chumbo, manganês – pode comprometer funções cognitivas e levar ao quadro de transtornos orgânicos de personalidade; a exposição a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora – vítimas de assalto, por exemplo, -pode desencadear o quadro de estresse pós-traumático. Esse grupo abrange o diagnóstico de demência, delírio, não sobreposto a demência, transtorno cognitivo leve, transtorno orgânico de personalidade, transtorno mental orgânico, episódios depressivos, síndrome de fadiga e transtorno do ciclo vigília-sono.

Os vários recursos de avaliação psicológica podem ser úteis na identificação de alterações permanentes de funções como memória, atenção concentrada e outras, advindas de transtornos orgânicos, que auxiliam o trabalhador a compreender a sua real condição e, em conseqüência, a defender os seus direitos.

II – o trabalho pode ser fator contributivo, mas não necessário – a vivência de esgotamento profissional em contexto de estresse laboral prolongado, com ritmo de trabalho penoso e ambientes que passam por transformações organizacionais, pode levar à exaustão emocional e desencadear a síndrome de Bournout (esgotamento profissional) ou a neurose profissional, nas quais o trabalho pode ser considerado fator de risco no conjunto de fatores de risco associados à etiologia da doença.

III – o trabalho como provocador de um distúrbio psíquico latente ou agravador da doença já estabelecida - o trabalho em condições degradantes, atividades que coloquem a vida do trabalhador em risco, jornadas extensas e/ou em turnos alternados ou noturnos, dentre outros, pode se tornar importante fator psicossocial que leva ao desencadeamento de doenças já existentes, tais como a síndrome de dependência do álcool.

Em nota de rodapé, em (CREPOP, 2008, p. 35), vamos encontrar importantes ponderações quanto a este quadro anteriormente citado: a utilização dos termos genéricos “distúrbios mentais” e “doenças mentais”, de Schilling (1984 BRASIL/MS, 2001), “como exemplos do grupo III”, pode induzir a um entendimento “positivista e essencialista dos transtornos mentais, desconsiderando a variedade dos contextos de produção e a diversidade de condições específicas”, dentro de um viés “de uma psicopatologia mais tradicional”. Isso vai de encontro com o que o próprio manual, na seqüência, referindo-se aos grupos I e II, vai afirmar, por exemplo, que “o diagnóstico de transtorno orgânico de personalidade, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária”.

Assistência e interdisciplinaridade

O psicólogo sempre terá espaço de atuação diante do adoecimento laboral, tendo

compreensão da subjetividade que está envolvida no mesmo, seja em qualquer processo patológico, intervindo numa perspectiva interdisciplinar, procurando parcerias que pensem saúde coletiva, na construção de uma clínica ampliada voltada para o benefício holístico da saúde do trabalhador.

Na assistência às portadores de doenças crônicas (LER/ DORT, lombargia, Pair, etc.), o trabalho em grupo, de caráter informativo-terapêutico, valorizando os aspectos subjetivos, vem sendo uma alternativa que facilita a resignificação do processo de adoecimento, buscando estimular a autonomia do trabalhador em sofrimento, escutando-o, propiciando o autoconhecimento e a sua autonomia em relação ao seu tratamento. (CREPOP, 2008, pg.31).

As (LER/DORTs) se enquadrarem como doenças ocupacionais epidêmicas no Brasil e em outros países. No Hospital de clínicas de Porto alegre (HCP) estão presentes em 70% dos atendimentos, sendo que 25% são trabalhadores, nas estatísticas oficiais; por isso, merecem uma reflexão especial: são elas afecções que podem acometer tendões, sinovias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo, principalmente, mas não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço. Os tratamentos isolados são pouco eficazes (Jacques et al, 2001, p. 253).

Conforme ((Assunção & Rocha, 1995, pp. 461-47), os fatores que favorecem a um estabelecimento e aumento dessas afecções, com relação laboral, são variados: movimentos repetitivos, inadequação postural, esforço físico, falta de variação de tarefas, pressão mecânica em algumas partes do corpo, trabalho estático muscular. Além de fatores relacionados à organização do trabalho (pressão pela produtividade, ritmo intenso e acentuado e perda do controle laborativo).

No ADT (Ambulatório de Doenças do Trabalho, do HCP), além dos trabalhos tradicionais, em grupo de intervenção, são associados alongamentos, relaxamento e fortalecimento muscular. Ao longo de 10 encontros, tem-se constatado baixo absenteísmo dos participantes, trabalhadores do setor bancário, metalúrgicos, Calçadistas (vindos do SUS, em maioria, afastados do trabalho). Nesse percurso, observam-se melhoras nas atividades domésticas, menor culpabilização, pequena diminuição na agudização dos sintomas; não havendo, no entanto, melhora na totalidade dos pacientes. A conduta freqüente, observada, é de dependência, queixas, passividade, resignação e incapacidade nas relações sociais.

Segundo (Assunção, 2001, p. 5-6), em estudo de prontuários de pacientes do ADP (Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de

Minas Gerais), tratados ao longo de cinco anos, na maioria, a DORT aparece acompanhada de Depressão. Em quase metade dos casos, não havia antecedentes depressivos, antes do adoecimento laboral: “Tornando plausível a hipótese de que o humor deprimido, presente em alguns casos, aparece no curso da dor. Entre os 27 pacientes do ADP, foi identificado humor deprimido em treze casos, sendo que esse registro aparece no prontuário durante a evolução e não às primeiras consultas”.

Segundo (Assunção, 2001, pp. 5-6), em estudo de prontuários de pacientes do ADP (Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais), tratados ao longo de cinco anos, na maioria, a DORT aparece acompanhada de Depressão. Em quase metade dos casos, não havia antecedentes depressivos, antes do adoecimento laboral: “Tornando plausível a hipótese de que o humor deprimido, presente em alguns casos, aparece no curso da dor. Entre os 27 pacientes do ADP, foi identificado humor deprimido em treze casos, sendo que esse registro aparece no prontuário durante a evolução e não às primeiras consultas”.

O diagnóstico relativo a LER/DORT é polêmico: alguns estudos dão maior ênfase às questões psicológicas, fatores de personalidade ou suscetibilidade individual à tensão, “histeria conversiva”, “angústia de castração” (numa perspectiva psicanalítica). Outras linhas fazem contraponto, levando em consideração questões subjetivas e objetivas (nexo causal com o trabalho, no adoecimento) (Jacques et al, 2001, pp 254-258). Esta é uma perspectiva teórica que fundamenta o tratamento interdisciplinar no adoecimento do trabalhador, sem reducionismos.

Como “Ler” a L.E.R pelo viés Psicanalítico?

A L.E.R tem como principal característica o fato de ser uma doença de difícil diagnóstico, “invisível” em raios x, tomografias ou demais exames que facilitem o acesso ao que está ocorrendo em nível orgânico, na maioria dos casos. O sujeito, nesse adoecimento, vai precisar contar com o “aval” do Outro, não só na posição de um médico do trabalho, mas no lugar de escuta desse sofrimento que é forte, no real do corpo, mas revelador de um sofrimento psíquico recorrente do se sentir fora de um laço social que o permitia se reconhecer como sujeito produtivo, útil. A dor moral também vem de sua necessidade de provar a si mesmo e ao outro (familiar, amigos, colegas) que sua incapacitação é laboral, não um fingimento. Embora existam trabalhadores que procurem simular um diagnóstico de L.E.R, para conseguirem uma aposentadoria ou indenização por acidente de trabalho, estas atitudes não podem ser generalizadas, tampouco deixadas de serem escutadas como uma queixa que também pode

demandar uma avaliação de como a gestão do trabalho está sendo implementada.

A psicanálise, tendo sua origem na compreensão das manifestações orgânicas, na conversão histórica, justamente nesse limiar do que não pode ser visto, localizado, vai apostar na escuta do sujeito que sofre, acometido da L.E.R. Este adoecimento, acompanhado de baixa autoestima e depressão, via de regra, vai levar o trabalhador a buscar inúmeros recursos para o alívio de suas dores, na fisioterapia, na medicação, na acupuntura ou na terapia ocupacional. Nessa busca, o sujeito do inconsciente também necessitará ser escutado na sua dimensão desejante, na sua relação com a gestão do trabalho e no atendimento das demandas do Outro, como padrão, que só irá se romper pelo corte do adoecimento no real do corpo. O que não foi simbolizado nesse processo laboral? O que junto com o esforço repetitivo, do ponto de vista da repetição e do gozo, carecem de elaboração simbólica? O adoecimento no corpo vem para “cumprir uma função na repetição: se na repetição, no sentido que a psicanálise dá a este termo, o que está em jogo é uma tentativa de inscrever algo novo, a doença pode servir como esta marca”.

O que leva a ruptura da “repetição, não é o sujeito, mas a doença”. Quando a dor alivia, é comum o desejo do trabalhador, em sofrimento, de voltar ao seu ofício, carente de uma efetiva reabilitação. No entanto, é recorrente o fato de que haja um remanejamento de função: o que é fator de conflito; pois, para além das necessidades de sustento financeiro, existe a necessidade do sustento simbólico, no qual ele se percebe como um sujeito e cidadão, enquanto “metalúrgico”, “bancário” ou “carteiro”.

O que fica cronicado e irreversível, no real do corpo, em adoecimentos como a L.E.R, traz uma demanda de resolutividade que convoca a Clínica ampliada, no âmbito da saúde do trabalhador, a escutar este sujeito que sofre, facilitando a resignificação identitária com a doença, procurando, na dimensão de sujeito do desejo, o que fazer a partir de então. Estas são inferências que podemos fazer com base nas reflexões psicanalíticas sobre a L.E.R e o valor simbólico do trabalho em (Giongo,2000,pp.2665-270)

A LER/DORT no percurso do Estágio no CEREST/POA

As limitações que a LER/DORT trazem ao trabalhador, nas mínimas resoluções de seu cotidiano, como lavar uma louça, pentear o cabelo, higiene pessoal, cozinhar, não resumem o seu sofrimento apenas à dor física, muito constante na maioria dos casos. O sofrimento psíquico é inevitável, diante de uma baixa autoestima oriunda na culpa e no abalo a sua

identidade como trabalhador, quando afastado de suas funções, além da discriminação nas relações sociais, freqüente no discurso dos mesmos. Por tudo isso é que, nestes adoecimentos laborais, estão, geralmente, associados os sintomas depressivos, o que observamos em nossos atendimentos no CEREST/POA e com base em (Lizardo, Fumegalli et al, 2009, pp 17-18).

Um recorte, a partir da escuta no atendimento individual de uma usuária, desde novembro de 2010, quando comecei o percurso de estágio, ilustra com propriedade as considerações, até então feitas, sobre o sofrimento do trabalhador com LER/DORT: Nara, como ficticiamente vamos chamá-la, vem sendo acompanhada pela equipe multidisciplinar do CEREST com a fisioterapia, medicina do trabalho e com a psicologia. Seu discurso, marcado pela queixa da recorrente dor física, vinha deixando bem marcada, sem maior elaboração simbólica, uma forte raiva, muita tristeza, baixa autoestima, a insônia, entre os sintomas que também configuram um quadro de depressão maior. Durante anos, ela foi servente de uma escala de freiras, local onde seu trabalho repetitivo, com esforços posturais incorretos, foi causando seu adoecimento, tendo esse nexos reconhecido pelo INSS que a beneficiou com afastamento, por um ano.

Embora nosso trabalho, na perspectiva de atuação nas políticas públicas atinentes à saúde do trabalhador, não nos coloque em posição de psicoterapeuta, alguns resultados psicoterapêuticos acabam aparecendo ao longo de atendimentos individuais espaçados. Paulatinamente, Nara foi procurando realizar algumas atividades, compatíveis com as limitações que a dor e o adoecimento lhe causaram: fazendo intervalos nas atividades domésticas, vendo TV com os filhos; buscando uma interação social, ajudando num grupo de sua igreja a dobrar panos de prato, caminhando com o filho mais velho, atividades que ela não conseguia ver, tampouco realizar. Inicialmente, sua raiva era basicamente autodirigida, com apoiada culpabilização por sentir-se uma “inútil”. Via de regra, chorando, vem lembrando que gostava de trabalhar, dar conta das demandas domésticas e dos cuidados com os filhos menores, ainda na condição de separada do marido (o que ela não demonstra interesse em falar).

Numa intervenção, procurei abrir minha escuta dando espaço para que Nara esboçasse uma história pessoal, na qual o adoecimento que se revelou no trabalho, pudesse ser mais bem compreendido. “Minha dor, doutor, não tem nada a ver com a minha mãe. Ela era muito boa”, disse a usuária. Seu discurso girava em torno do real do corpo adoecido. Somado a isso, ela vinha trazendo sintomas persecutórios, com algumas alucinações: Sentia-se perseguida pelas pessoas nas ruas, tendo que ser acompanhada; percebia vultos em casa; via bichinhos que

queriam comer sua mão, os quais ela tentou eliminar com uma faca aquecida. Nara, dentro do quadro de depressão maior, apresentava ideação suicida, ímpetos de matar as filhas, crises de raiva nas quais jogava louças e panelas longe.

Há cerca de dois anos, essa usuária já vinha sendo acompanhada de modo multidisciplinar, no CEREST/POA, pela fisioterapia, psicologia e medicina do trabalho. Minha intervenção, no caso, foi dentro de um propósito de buscar uma interdisciplinaridade, numa clínica ampliada, que foi se construindo nas trocas de diálogos nos corredores internos, nos nossos cafés, com apoio da supervisão, inclusive no cuidado com esta hipótese diagnóstica de psicose, compartilhada. Com anuência da médica do trabalho que acompanhava o caso, pensamos num encaminhamento para o tratamento com acupuntura, buscando atender uma queixa permanente de uma dor insuportável, praticamente contínua que causava também muito sofrimento psíquico. O cuidado deveria ser bem redobrado, nessa ousada articulação: como ela reagiria com as agulhas? Será que não se perseguiria com o médico ou com as demais usuárias atendidas conjuntamente? Sobre todas estas questões, procurei conversar com o acupunturista, para evitar um possível surto injuntório na usuária. Pensamos que sua reclamação de dor, também por não relaxar, nas primeiras sessões, deveria ser acolhida. No atendimento individual e numa sessão de acupuntura, procurei motivar Nara a relaxar o corpo, permitindo que a tensão aliviasse uma dor suplementar, possibilitando que a aplicação das agulhas fosse completa, dentro do propósito do tratamento, visto que numa primeira sessão isto não foi possível.

Paulatinamente, Nara foi aderindo ao tratamento. Passou a ter mais tempo sem dor e melhor qualidade de sono. O benefício simbólico logo apareceu na escuta individual: pela primeira vez, ela conseguiu falar do assédio moral que sofreu na escola, por conta de uma freira que desqualificava sua dor, dizendo que ela “foi feita para ser faxineira” e que, se não desse conta do serviço, seria trocada por uma mais jovem”. Nara ainda se depara com suas dores físicas e psicológicas, mas vem perseverando no tratamento, tendo alívios de suas dores. Com propósito de ajudá-la a fazer laço social, a encaminhei ao grupo de Reflexão.

No grupo de Reflexão sobre o trabalho, a usuária teve uma breve passagem. Acabou se perseguindo com os comentários de outros participantes que, com boa intenção, queriam ajudá-la a pensar mais positivo diante de seu sofrimento físico e mental. Nara teve, logo depois de duas faltas ao grupo, uma consulta individual comigo na qual disse: “Não estou querendo receber lição de moral de ninguém”. Procurei apenas escutar, sem erotizar sua queixa

persecutória, concordando que ela continuasse o tratamento com a medicina do trabalho, com a acupuntura e, dentro do possível, sendo escutada pela psicologia, comigo. Embora ela venha se beneficiando do atendimento multidisciplinar, que em conversas de intervalo assume característica interdisciplinar, sua capacidade laboral não é suficiente para o retorno ao trabalho, tendo parecer psicológico favorável, em nova perícia, para poder manter seu benefício no INSS, por tempo indeterminado, seguindo tratamento.

Assédio Moral e Depressão.

Como já vimos anteriormente, o sofrimento do trabalhador acometido de LER/DORT, via de regra, está correlacionado com a Depressão que, com a pressão e conseqüente baixa da autoestima do mesmo, se intensifica em grande angústia, com o assédio moral. O seguinte caso ilustra bem este somatório de sofrimentos, paradoxalmente promovido em um grande e conceituado estabelecimento hospitalar de Porto Alegre:

M.T. é um caso que nós faz refletir o quanto a pressão no trabalho, associada ao assédio moral, produz um grande adoecimento físico e psíquico: Durante sete anos, trabalhando como atendente de alimentação, a usuária foi desqualificada, seguidamente, pelas colegas, sendo rotulada de encrenqueira por questionar a uma organização do trabalho, que prima por uma eficácia, sem considerar o peso das exigências que repercutem em doença laboral. Ao longo desse processo, no setor de salada, enfrentou uma jornada de trabalho com muitos esforços repetitivos, levantando peso, trabalhando muito tempo de pé em lugar escorregadio e perigoso, especialmente quando esteve na condição de gestante de sete meses de gravidez. Nessas condições, ela desenvolveu um quadro de LER/DORT reconhecido pelos exames médicos, bem como uma depressão maior que tem como um dos fatores responsivos as permanentes humilhações e falta de uma escuta que pudesse gerir, de forma mais humana, suas queixas, sofrimentos, bem como reivindicações.

Ela nunca teve atendimento ao seu apelo para poder trabalhar, por exemplo, na dispensa, na qual conseguiu sair do “fabricado” rótulo de encrenqueira, dado pelas colegas, com anuências das técnicas e da chefia (o que se afigura como assédio moral). Nesse setor, ela pode mostrar, por um curto tempo, substituindo uma colega, o quanto também era possível ter um melhor relacionamento com outras funcionárias, que reconheceram sua capacidade.

As permanentes reivindicações da usuária tornaram-se incomodativas para a chefia cuja solução para o conflito foi demiti-la por uma “Justa Causa”.

M. chega ao CEREST trazendo todas estas questões, encaminhada pelo sindicato dos

metalúrgicos. Seu sofrimento físico e psicológico demanda tratamento multidisciplinar para que possa resgatar sua capacidade laborativa, enquanto aguarda uma possível reintegração no emprego, do qual ela necessita enquanto cidadã e mãe que sustenta um filho de quatro anos.

Assédio Moral e Melancolia

O Caso a seguir, pela intensidade de sofrimento psíquico e suas peculiaridades, me levou a pensar, hipoteticamente, em melancolia: A usuária de 54 anos trabalhou, durante três anos, numa residência cuidando de uma senhora idosa enferma, além de todo o serviço doméstico, sem folgar no sábado, tendo apenas meio turno no domingo. Cuidava do afazeres, da alimentação e das coisas pessoais do casal, de dois filhos adolescentes e de um irmão do patrão que vivia com eles, sem trabalho, sofrendo de síndrome do pânico. Por conta deste, sofreu assédio sexual, justificado pelo patrão devido ao problema do irmão. O Patrão, por sua vez, era educado no convívio social, mas na intimidade ameaçava a trabalhadora, obrigando-a a fazer de tudo, sem queixas, dizendo que se o serviço não fosse todo feito ela seria demitida por justa causa (ele tinha forte argumento de autoridade por ser advogado). Quando o seu irmão de outra cidade vinha, reduzia a medicação da idosa que ficava insone. A cuidadora tinha então que acompanhar a doente, sem dormir, sentada na cabeceira da cama, sentindo o cheiro purulento que escorria das afecções da pele da mesma. Sentindo-se doente, com grande fadiga e sintomas depressivos, a empregada passou a pedir ajuda, além de reclamar de seus direitos como horas extras e férias. Com isso, foi levada de carro pelo contratador, num lugar distante, e então agressivamente ameaçada e desqualificada. Com tanta pressão, esta usuária teve uma forte crise emocional, insônia, sintomas psicóticos como ouvir vozes, tendo que ser afastada e medicada. Ela chega ao CEREST num estado de grande angústia: chorando sem parar, com pensamentos suicidas, anedonia intensa, falta de apetite e uma desmotivação total por quaisquer aspectos da vida, da família, que antes tinham mais valor para ela. Seu estado lamentável exigiu que a encaminhássemos para o Ambulatório do São Pedro, para ser medicada, a visto ela ser de uma cidade vizinha. Seu discurso denotava um apagamento subjetivo do sujeito desejante. “Eu não tenho amor por nada, nem por ninguém”, chorando, ela repetia várias vezes. Na sua fala era perceptível um verdadeiro “extravio do desejo” que, no melancólico, “vai até a rejeição do inconsciente”, lembrando de uma “pura cultura da pulsão de morte”, na visão freudiana. E ainda é considerável que “o bem pensar, na ética de Espinoza, como virtude, articulado ao desejo é o que desaparece na melancolia. Baseado em Lacan, Quinet vê a tristeza “como falta moral” e o “sentimento de culpa como uma marca do “retrocesso do sujeito diante do desejo, recuo equivalente à confrontação com o impossível do

Real do gozo. Além disso, dentro do viés lacaniano, a tristeza é percebida como “covardia moral”, um afeto que situa “uma relação frouxa do sujeito com a cadeia de seu desejo” (Quinet, 2006, p. 181-183).

Em outros encontros, o discurso da usuária se repetiu, causando-me muita preocupação. A interconsulta com o psiquiatra do posto de sua localidade não foi possível, pois o mesmo estava de licença. Procurei, então, solicitar os cuidados atentos de uma irmã que a acompanhava. Tendo a hipótese de melancolia como considerável, fiquei pensando: o quanto o lugar do trabalho perdido pelas situações aviltantes, poderia estar no lugar do “Objeto a”, no qual ela colou e se perdeu junto com ele? Conforme Lacan, essa verdade do sujeito que se desvela na melancolia “é sua posição de objeto a – apostada por Freud com a expressão “a sombra do objeto caiu sobre o eu” – e m sua vertente de rebotalho do simbólico” (Quinet, 2006, p. 191-192). Nesse caso, do ponto de vista psicanalítico, temos que considerar a anterioridade de sua estruturação numa hipótese de melancolia, o que também é relevante na “Psicodinâmica do trabalho”, em Dejours.

A usuária não mais voltou, inclusive deixou de vir numa consulta marcada. O máximo que pude fazer foi conferir que a família estava atenta ao seu caso, inclusive considerando uma necessária internação.

Como a melancolia, enquanto hipótese diagnóstica, foi considerada no caso acima referido e a depressão é bastante recorrente, associada às doenças ocupacionais e ao assédio moral, se faz mister, do ponto de vista psicanalítico considerar as suas diferenças:

A melancolia não é um sintoma, segundo Quinet, mas um estado caracterizado por tristeza e falta de vontade: “caracterizar a depressão como melancolia, como sintoma, é medicalizá-la, ou seja, considerar que ela é um significante cujo significado é uma doença que acomete o indivíduo e que por isso deve ser eliminada. Esse processo de medicalização implica considerá-la apenas a ponta de um iceberg funesto”.

A depressão ocorre como uma perda narcísica. A baixa autoestima, nesse estado, é mais um efeito que uma causa do afeto depressivo, correspondendo a um abalo no eu ideal, não chegando a “uma negação dos órgãos e do corpo, tal qual ocorre na melancolia.(Quinet, 206, p. 221-222).

Assédio Moral, Gozo e Repetição.

Como já vimos, em casos de LER/DORT, o Real do corpo é que acaba “propondo” um rompimento da repetição que leva a um sofrimento físico e psíquico intenso. Noutros casos,

podemos inferir que o sofrimento psíquico, intensificado por uma repetição, suportada de constantes maus tratos denotaria um gozo? Essa é uma provável consideração teórica, importante para que na escuta das queixas de direitos trabalhistas, ainda que justas, não percamos a importância do sujeito desejante de fazer “o novo”, de buscar alternativas. Alguns casos, talvez mais obsessivos, nem a barreira do adoecimento físico contém o gozo (a exemplo de um forjador de implementos agrícolas que, com a mão enfaixada pelo esforço repetitivo intenso, que causou a sua grave lesão, ainda não queria parar de trabalhar, sendo afastado pelo próprio patrão).

Em “Além do Princípio do prazer” o desprazer neurótico é visto como “um prazer que não pode ser percebido como tal” (como nessa relação laboral adoecedora que o sujeito não consegue mudar, num gozo sofrimento) (Freud, 1920, 1976).

As reflexões acima também me ocorreram na escuta de uma usuária que durante oito anos sofreu assédio moral e uma exploração de seu trabalho, sem ver outra alternativa menos sofrida. Ela trabalhava como técnica de enfermagem numa geriatria. Numa ocasião, pelo próprio médico responsável, um paciente foi liberado para uma visita familiar. O mesmo se suicidou. Essa passagem ao ato foi considerada como culpa da trabalhadora, pela diretora da clínica. Esta, sistematicamente, desqualificava os esforços da profissional que, sozinha, tinha que cuidar de oito a doze pacientes à noite, sem apoio de mais ninguém. Com tanta pressão, a técnica teve uma grande crise emocional, acabando em depressão maior e afastada de suas atividades. Embora tendo seus benefícios garantidos, seu sofrimento se mantinha, pois era insuportável imaginar-se fora de seu ofício, por mais tempo, bem como antever-se voltando para a mesma relação patronal perversa. No seu discurso, não conseguia ver outras possibilidades, tendo o argumento da dificuldade do mercado de trabalho, como suporte desta posição subjetiva.

Embora nossa escuta, no CEREST, seja bem limitada por intervalos não regulares e focada no adoecimento laboral, em algum momento de seu discurso a usuária também pode falar das semelhanças psicológicas da patroa com sua mãe. Sua conduta diante de um fatal fracasso, fora da relação no trabalho que a fez adoecer, também é acessível pela repetição: o aprisionamento, em aspectos repetitivos que dão a sensação de que o sujeito é um joguete “nas mãos de um destino perverso” (Chemama, 1995, p. 190). Esta usuária, além de alguns encontros individuais, participou do grupo de “Reflexão” sobre o trabalho. Apesar de não ter feito uma psicoterapia propriamente dita, ela nos comunicou, depois de faltar ao grupo, que não viria, pois tinha arrumado outro emprego e que estava bem melhor.

Ainda que não possa “ser ouro”, como diria Freud, a ferramenta de escuta psicanalítica encontra significativo papel na rede de saúde pública, pois a linguagem vai fazer o papel de pacificadora e estabilizadora da perturbação do corpo, causada pelo gozo. O desejo movimentava a cadeia de significantes, distanciando corpo e gozo. O gozo faz com que o corpo fique numa relação de exclusão com a cadeia da linguagem. Nesse sentido, o desejo, ao movimentar a demanda em relação ao Outro, possibilita uma barreira e um limite ao gozo (Nogueira, 1999).

Psicossomática e Trabalho

Desde início de maio, venho acompanhando um trabalhador de transporte de cargas cuja pressão, ao longo de 27 anos, em sua atividade, resultou em grande ansiedade e afecções graves na pele, chegando a um sangramento constante.

Na sua atividade laboral, ele tinha que permanecer na empresa, seguidamente, em turnos de 48 horas, com poucas horas de sono, sem poder se alimentar direito para entregar as encomendas em dois turnos. Além disso, sofria constantes choques térmicos pelo acúmulo de função, não remunerada, para realizar as descarregas das mercadorias, em supermercados. Evidentemente, tudo isso, trouxe adoecimento e envelhecimento precoce a este trabalhador de 48 anos, com aparência de mais de 70, desdentado e com aspecto desnutrido.

Tendo escuta e orientação, este senhor passou a fazer queixas, coisa que não era comum. “Não sou de ficar reclamando, sou do trabalho. Não quero ser considerado um folgado, doutor”, disse nos primeiros encontros. No entanto, estava pensando o que fazer pela sua saúde e como ter seus direitos e melhores condições de trabalho. Orientados pela cartilha do CEREST, pode fazer movimentações importantes: após umas férias, conseguiu um ajudante na descarga de mercadorias. Num terceiro encontro, sua aparência estava bem melhor. O médico do trabalho que o atendia, “esqueceu” de encaminhá-lo para um dermatologista. Com ajuda da coordenação do CEREST, imediatamente ele pode ser atendido por um dermatologista do “Santa Marta”, Unidade de saúde do SUS. Com os exames médicos, foi possível apostar que sua dermatite era de origem psicossomática, com evidente nexos laborais. No entanto, a empresa recrudescia nas melhores condições de trabalho e, com isso, os problemas de pele voltaram. Podendo falar mais, passou o usuário a expressar maior agressividade, repercutindo em conflitos familiares e queixas da esposa que um dia veio acompanhando-o. Ainda assim, emerge um sujeito desejante no seu discurso: “Penso, agora, em trabalhar em Santa Catarina, no mesmo ramo, pois lá a pressão é menor, quando lá estive não ficava doente, doutor. Também tenho um sonho antigo de ter uma “terrinha”, adoro bichos, criar, plantar”.

Um médico do trabalho, do CEREST, numa conduta tradicionalmente nada humana, tampouco resolutiva, dentro dos princípios do SUS, pois quando alguém chora ele manda à psicologia, finalmente teve interconsulta comigo. Pediu-me informações para fazer um possível parecer que permitisse, com “seu poder e credibilidade”, obter um afastamento do usuário para tratamento, no INSS. Na verdade, ele apenas fez um simples atestado que para a previdência não é suficiente. Seguimos tentado assim a tal da resolutividade que fica bem clara ser dependente da interdisciplinaridade e, quem dera, de uma visão de Clínica ampliada.

Outro caso semelhante merece consideração: Uma atendente de telemarketing, há doze anos, chega acompanhado de um colega, como porta-voz, pois o mesmo não conseguia falar de seu sofrimento, levantando da cadeira, mostrando feridas, em “carne viva”, no abdômen, numa estremada ansiedade. Com esforço, pode dizer: “Eu não suporto mais atender telefone! ”. No seu discurso desorganizado, depressivo e ansioso, havia ainda pensamentos suicidas. Urgentemente fizemos seu encaminhamento para o ambulatório do Hospital São Pedro para receber um atendimento e medicação psiquiátrica. Algumas semanas depois, ele voltou com um discurso mais claro. Trouxe exame clínico de funcionamento de bexiga e biópsia que permitiu, do ponto de vista dermatológico, inferir que seu caso também era psicossomático. O usuário segue em atendimento multidisciplinar, buscando direitos trabalhistas e saúde.

Do ponto de vista conceitual psicanalítico, podemos pensar o adoecimento psicossomático, com nexos laborais, com as seguintes considerações, tendo como referência (Marcantonio, 2005): Na perspectiva Lacaniana, os fenômenos psicossomáticos aparecem enquanto manifestações do defeito de filiação simbólica. Os significantes que muitas vezes foram impostos na constituição do sujeito psíquico e que não se articularam no registro, vão seguindo a inscrição do inconsciente junto no corpo, apud (Portela, 1998). O “emassamento” ou “compactação” entre S1(significante do desejo materno) e S2(Significante “Nome-do-pai”, importante na alteridade, operando no recalque de S1) daria lugar a Somatose, apud (Nasio, 1991 e 2004). Na somatose não encontramos os mesmos mecanismos formadores das neuroses. No entanto, esta manifestação também se articula com a linguagem, tendo um maior esclarecimento nas palavras do psicanalista: “A psicossomática é algo que não é um significante, mas que, mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significativa, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânese do sujeito”, apud (Lacan, Seminário 11, p.187, 1998).

Na somatose, conforme (Marcantonio, 2005, p.10), a comunicação é um ato, “um fazer no corpo” que não faz “significação para o sujeito”. Ocorre uma “distância entre o sujeito e o objeto, tal que o sujeito não chega a encontrar-se diante do objeto. Ele se torna o objeto. O sujeito fragmentado ou compactado, por oposição ao sujeito dividido da fantasia, é aquele sujeito que acolhe o objeto de seu desejo através do ato de um outro e, por tanto, sem o intermédio do significante”. A psicossomática, dentro da concepção de “somatose”, aplicada como um adoecimento com nexos no trabalho, poderia ser o “acolhimento” da demanda excessiva do Outro, enquanto padrão, sendo como objeto de desejo do trabalhador?

As doenças psicossomáticas, no viés lacaniano, ainda podem ser pensadas como uma não inscrição da “Letra”, que passa, como conceito, pela subjetivação do desejo. Então, as lesões do corpo são apenas traços, signos, indecifráveis, “do lado do número”, “como uma contagem absoluta do gozo” (Nicolau, 2008). Aplicando às somatizações laborais ocorreu-me associar também esta visão psicanalítica com a própria alienação promovida pela repetição mecânica de um atendimento da demanda do Outro, desprovida de sentido e de um circuito pulsional que inclua o saber, o escópico e o invocante, na alteridade com o grupo e com a gestão do trabalho, que nem sintoma, como significante é capaz de produzir.

Considerações Finais

O estágio em políticas públicas, como segunda ênfase, na conclusão da graduação em Psicologia, pela UFRGS, para mim foi uma grande experiência, no sentido de sentir no cotidiano todo o grande desafio que é edificar efetivamente uma rede de saúde, dentro dos princípios do SUS.

Trabalhar na perspectiva de fazer assistência e capacitação em relação ao adoecimento laboral, sobremaneira, é um singular desafio, dentro da perspectiva do CEREST, como instrumento celular do RENAST. Nesse campo, vamos encontrar as mesmas tensões que os defensores da reforma psiquiátrica enfrentam, na rede como um todo: os atravessamentos do modelo bio-médico-sanitarista que, dentro de uma empáfia hierárquica, predominantemente, emperram uma atuação na busca da resolutividade, dificultando a ação interdisciplinar, numa resistência a pensar saúde coletiva para se fazer uma clínica ampliada. Nessa “Lógica Taylorista”, o profissional de saúde encontra dificuldades em conhecer “o perfil do usuário” onde, na rede real, os procedimentos são fragmentados, especializados numa complementaridade de ações (Zambenedetti, 2008, p. 90-93).

No caso do CEREST-POA, o próprio estabelecimento diz da forma de gestão que se estabelece: uma recepção cujo telefone único é compartilhado por todos, nos pondo em risco ético, computadores ultrapassados e lentos e chaves de entrada dos estagiários que são censuradas, denotando uma falta de respeito e confiança com os novos profissionais que atuam com dedicação e esforço aprendiz. Além disso, implanta-se o “Ponto eletrônico” como instrumento da Gestão municipal do Prefeito Fortunatti para controlar o cumprimento das 40 horas que derrubam a conquista da categoria da saúde de uma fornada de trabalho de 30 horas.

No início do estágio, cujos primeiros envolvimento se deram no final de novembro de 2010, participando da reunião da equipe com a coordenação do CEREST, me deparei com uma diretriz nova: A atuação dos CERESTS, por determinação do Ministério da saúde, estabelece que a atribuição fundamental dos mesmos passe a ser a capacitação da rede, pela UBS (Unidades básicas de saúde), em relação às questões atinentes à saúde do trabalhador. A assistência social, a enfermagem e em especial a psicologia tomaram essa perspectiva como um “fantasma” aniquilador da assistência, o que vem sendo feito com muita dedicação tanto nos grupos, na oficina e nos atendimentos individuais. Isso também, inicialmente, me incomodou. Passei, junto com a supervisão, a também pensar se capacitação seria viável, sem a experiência da assistência. A entrada pelo início da rede seria de exclusão de parcerias importantes como sindicatos? De que modo isso se daria?

A “Capacitação” já começou, marcada pelo “ato médico”: Inicia-se com a medicina e com as suas especialidades. Isso marca a hierarquização da rede, na contramão de uma busca de resolutividade na interdisciplinaridade. Também reafirma o modo de pensar “arbóreo”, não rizomático, no aspecto da multiplicidade de pensar rede, conforme (Deleuze; Guatarri, 1995, p.17). No caso do CEREST vai eliminar a multiplicidade de vínculos que já existiam com sindicatos e organizações que atuam na saúde do trabalhador como o GAS (Grupo de Ação Solidária de Portadores de LER/DORT do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre), Geração-POA, Sindicato dos metalúrgicos, entre outros.

É Observável como internamente, no próprio CEREST, ainda temos incompreensões com a humanização e, sobremaneira, com o princípio de resolutividade do SUS, dentro de um viés da saúde coletiva e de uma construção interdisciplinar numa clínica ampliada na qual saúde do trabalhador tenha uma contemplação mais eficaz, humanizada e holista. Algumas experiências, também nos encaminhamentos da rede, foram me ajudando a repensar estas questões: Após debatermos com os colegas o que seria uma análise de implicação, pensamos

em fazer o exercício contrário, para bem entender, o que não denotaria uma implicação:- Estar chorando muito seria critério para um encaminhamento à psicologia? Qual a implicação com a escuta humanizada? Quem nos “despacha” um usuário que demanda um parecer psicológico visando pleitear redução da pensão alimentícia aos filhos pode ser considerado um profissional implicado com questões atinentes à saúde do trabalhador?

-Quando um CAPS-AD nos encaminha um trabalhador que se demite, sofrendo depressão e alcoolismo, haveria, nesse encaminhamento, uma implicação com o princípio de resolutividade do SUS?

Estas e outras situações semelhantes me fizeram inverter também os questionamentos anteriores: A capacitação da rede não passaria a nos beneficiar com encaminhamentos realmente pertinentes ao propósito mais específico do CEREST? O bom senso me diz que sim. Então capacitar e assistir pode ter uma dupla mão, pelo menos por um tempo de construção de um saber interdisciplinar (ou até transdisciplinar) do que envolve o processo de gestão atual do trabalho e do adoecimento do trabalhador.

Procurando coerência com o nosso trabalho de orientação nas questões referentes aos direitos e saúde laboral, sem dúvida apoiamos a greve de onze dias dos municípios da saúde, pela manutenção de uma jornada de 30 horas cujo direito já existia, sendo reivindicação nacional. Todas estas reflexões têm fundamentação teórica debatida em nossas cadeiras de apoio à ênfase de políticas públicas, nos permitindo uma análise institucional, calcada, sobremaneira, em nossa própria análise de implicação com o campo de estágio. O que fica bem ilustrado quando Michael Foucault fala de “práticas reflexivas de si” que podemos entender como sendo também análise de implicação. São modos de reconhecer-se que envolve regimes de verdade, jogos de poder e tensionamentos entre os processos de sujeição e resistência. Para Foucault sendo a subjetividade “um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (Foucault, 1999, p.215).

Ainda com todas estas tensões numa rede de saúde multifacetada e atravessada por diferentes saberes e poderes, nos corredores, nas oficinas, no cafezinho, fomos construindo boas parcerias no CEREST, contando com a assistência social, com a enfermagem, como o jornalismo e, felizmente, com alguns médicos do trabalho que buscam a resolutividade, no diálogo interdisciplinar, em nosso caso, no que se refere à saúde do trabalhador.

Com a ajuda da acupuntura, no trabalho interdisciplinar com a psicologia, a experiência foi bastante produtiva, permitindo progressos no alívio da dor e produção subjetiva da paciente com hipótese de psicose. Essa estrutura demanda intervenção no real do corpo e suas dores, além disso, deu lugar, no discurso, para falar do assédio moral sofrido, sobremaneira injuntório na paranóia. O Serviço social, na orientação resolutiva de questões objetivas, em especial na buscas dos direitos do trabalhador junto à Previdência social e ao empregador é uma importante aliada interdisciplinar da psicologia. Com isso, o discurso do usuário se abre mais para os demais sofrimentos. Causados ou despertados pelo labor, facilitando uma reflexão, na dimensão desejante do sujeito.

Os trabalhos em grupo foram extremamente gratificantes, como experiência de estágio. Fomos aprendendo a lidar com as emergências “psis”, sem deixar de lado a reflexão focada no adoecimento laboral, bem como na busca de alternativas de reinserção no mercado e no como lidar com as limitações do corpo. A oficina literária tem uma característica próxima a um grupo operativo (Pichon-Rivière, 2005). Existe uma tarefa que tem inclusive um competente suporte técnico jornalístico para que a escrita tenha uma qualidade e aprimoramento de estilo literário, inclusive rendendo publicação já mencionada. Porém, na produção poética, a produção subjetiva, concomitantemente acontece, provocando projeções e identificações, que permitem ao estagiário uma relativa intervenção, de um lugar da escuta psicanalítica que eu não sabia como me valer.

Paulatinamente, a psicanálise foi sendo importante referencial, tendo como base, para lidar com tantas demandas na rede, o seu tripé: estudo, supervisão e análise. Nos casos nos quais se afigurou o diagnóstico de psicose, a escuta e o cuidado com o trabalhador em sofrimento foram beneficiados: Priorizando intervenções no registro do Real, do sofrimento, do corpo, de modo acolhedor, deserotizando a palavra da agressão erotizada, obrigando-as a construção de uma historicização e “uma concordância entre a transferência e a semi-simbolização (simbolização mediana)..” (Pommier, 1997 p. 60-62).

Além de considerar a importância do estímulo ao “laço social”, como promotor de um “quarto nó”, na busca de uma reinserção, ainda que não, momentaneamente, no trabalho, mas em atividades em grupo (Me refiro à paciente já mencionada, que era servente em escola, que ao longo dos atendimentos, ainda sofrendo com a LER/DORT, começou a ter atividades como passeios com a família e com a comunidade de sua Igreja, dobrando guardanapos).

No caso de hipótese de melancolia, a crescente eminência da “Pulsão de morte”, tendo como contingência dessa estrutura o risco de suicídio, essa foi uma consideração importante na minha intervenção (Brizio, 1996, pg. 49). Procurei alertar maiores cuidados familiares com a usuária, bem como providenciar seu encaminhamento aos recursos medicamentosos da psiquiatria.

“A repetição demanda o novo”. Conforme (Lacan, 1988[1964],p.62), esta foi uma importante ferramenta teórica para escutar casos que se afiguram a uma neurose grave, obsessiva, como o do forjador cujas lesões não eram suficientes para liberá-lo do trabalho repetitivo cuja pressão resultou em adoecimento.

Nesse caso, podemos pensar que vocação aparece como “um sintoma”, pois dá, literalmente, muito trabalho levá-la adiante, inclusive com o adoecimento e a dor no real do corpo.

Apesar da queixa, o sujeito, no caso, enquanto trabalhador, faz sintoma, num “compromisso entre seu eu e o Outro, embora pareça um “artifício estranho a si mesmo, cumpre uma função” ((Jerusalinski,2000, p. 46-47) (bastante interessante a aplicabilidade da vocação enquanto sintoma, bem visível em casos como o referido, no entanto, vale lembrar que significativa parcela da população trabalha por que necessita, em condições nada dignas, do ponto de vista econômico e da saúde física e mental. O que pode ser pensado como um sintoma social perverso do capitalismo).

O conceito de repetição foi importante também para pensar situações como a da técnica em enfermagem que não via outra saída a não ser voltar para a jornada pesada, somada ao assédio moral que resultou em seu sofrimento psíquico.

Conceitualmente, repetição foi suporte para intervenções individuais, bem como no grupo de “Reflexão” sobre o trabalho cujo foco, justamente, foi buscar as alternativas que trouxessem um novo olhar para o modo que os trabalhadores se relacionavam com a forma de gestão de seus trabalhos e as repetidas desconsiderações com seus direitos trabalhistas, bem como as faltas de condições ambientais, ergonômicas e subjetivas, responsivas por seus adoecimentos físicos e psíquicos.

O conceito lacaniano de “Somatose” me ajudou a refletir na importância do espaço de escuta do usuário em sofrimento psicossomático, dando espaço para o surgimento de um

sujeito que não precise adoecer, somatizando, tomando como seu o desejo do Outro, enquanto empregador.

A visão estruturalista de psicopatologia em Freud e Lacan “conversa” muito bem coma a "Psicodinâmica do Trabalho", de Dejours, pois no traz um lugar bem próprio para a psicologia, no exercício das políticas públicas, no campo de saúde do trabalhador. A primeira nos ajuda a escutar a singularidade do sujeito e seus conflitos afetivos. Considerando estes, a visão Dejouriana vai refletir as manifestações da subjetividade, na ação e em grupo e na produção laboral.

No entanto, esse duplo olhar tem aplicação na intervenção individual ou em grupo, no sentido de facilitar o aparecimento de um sujeito desejante de fazer o novo, de sair da repetição adocedora, tendo os encaminhamentos, quando necessários, para as possíveis psicoterapias, dentro das limitações da rede de saúde. Já em nossos pareceres psicológicos, o que é anterior, embora se revele no trabalho, sem um nexos direto com o mesmo, não relatamos para que isso não seja argumento dos peritos na negação do nexos causal que compromete a gestão do trabalho com o adoecimento laboral, físico ou psíquico, bem como os justos direitos do trabalhador.

Em praticamente em todos os casos de psicopatologia com nexos no trabalho, nos meus atendimentos no CEREST-POA, encontrei uma correlação direta com o assédio moral. A configuração do mesmo aparece quando sistematicamente o trabalhador é submetido a situações de humilhação que vão desde a desqualificação de sua atuação profissional, ameaças de demissão e ofensas morais. O constrangimento que se prolonga no tempo, causando adoecimento psíquico também está nesta definição.

Escutando, há meses os usuários, percebemos, nos sofrimentos laborais, um nexos recorrente com a pressão pela produtividade na gestão contemporânea do trabalho, dentro da ótica neoliberal individualizante. O assédio moral tende a aparecer, praticamente, indissociado do sofrimento psíquico, da depressão e dos demais conflitos e adoecimentos já conhecidos: situações de violência (como no caso dos vigilantes de bancos), acidentes do trabalho, as intoxicações por agrotóxicos no campo, além das tradicionais doenças ocupacionais (LER/DORT).

O processo de subjetivação “capitalístico-neoliberal-globalizante” vem nos tornando escravos sobreimplicados com uma supereficiência perversa, denegadora de nossa castração e

de nossa condição de sujeitos com faltas. Nossa condição de sujeitos desejantes de valorização e afeto em todas as relações, inclusive no trabalho é legítima. Porém, essa roda-viva pervertida vai nos alienando, nos tirando a saúde física e psíquica por ser de uma ordem compulsiva, exaustiva, competitiva e desumana.

As urgências de nossos usuários também nos agoniam, nos colocando nessa mesma seara. A angústia frente ao desemprego, acompanhada do adoecimento psíquico nos chega com uma demanda de resolutividade que passa, imaginariamente, pelo poder de nossos pareceres e laudos. Sentimo-nos colocados num lugar “fálico” de um suposto saber pleno em várias áreas: direito trabalhista, previdenciário, Assistência social, etc.

Nesse estágio intenso de demandas fica evidente a grande necessidade da psicologia, do ponto de vista psicoterápico individual ou em grupo, não só no que é atinente às psicopatologias do trabalho, mas ao sofrimento psíquico mais amplo do humilde cidadão que a rede do SUS, fora de seus nobres princípios, na realidade não consegue dar conta.

Esse sofrimento também no faz sofrer enquanto estagiários, na reta final de nos graduarmos em psicologia. Felizmente, contamos com o suporte tanto da supervisão local quanto acadêmica, também com a escuta e com as trocas com os colegas, para que possamos buscar uma resolutividade que não nos exclua como atores dessa louvável construção, implicando o próprio trabalhador. Necessitamos, porém de nos preservarmos no mínimo de lucidez e equilíbrio emocional para que possamos ajudar, intervir e ouvir melhor nossos usuários.

Enfim, a organização do trabalho contemporâneo e o “crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza” vêm causando uma “erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida do trabalhador” (que sofre trabalhando, mas também sem o exercício de seu ofício que o faz reconhece-ser, simbolicamente, como “um forjador”, uma “costureira”, “um bancário”, entre outras escolhas profissionais).

Vivemos um grande desenvolvimento da violência no ambiente laboral, na cidade ou no campo, com agravos das psicopatologias por conta da pressão e do assédio moral. Os suicídios nos locais de trabalho, “antes do modelo neoliberal, jamais ocorriam”. Ainda assim, encontramos esperanças numa outra forma de gestão laboral, nas ponderações Dejourianas: “Ele (o trabalho), pode também, gerar o melhor. Isto depende de nós e de nossa capacidade de

pensar relações entre subjetividade, trabalho e ação, graças a uma renovação conceitual” (Dejours, 2004, p.8).

Levando em consideração que a atividade laboral rege grande parte de nossas vidas, é de fundamental importância a reflexão sobre o adoecimento mental do trabalhador. Cada vez mais, a contribuição da escuta e da intervenção psicanalítica se fazem necessárias, na interdisciplinaridade. Sobremaneira, nestes tempos de globalização e verdadeira exportação americana das psicopatologias restritas a uma visão psiquiátrica biológica, nosológica, voltada à expansão e a uma pesquisa atravessada pelo interesse da indústria psicofarmacológica, revelada no DSM-V que se afigura, conforme manifesto de (Watters, 2010, p.102-115)

Com tudo isso, podemos refletir sobre a importância de se pensar uma rede de saúde “rizomática” e humana, em nossas intervenções interdisciplinares, baseadas no conceito de saúde coletiva, construindo uma clínica ampliada e também estimulando nossos usuários à apropriação do controle social.

Com (Ruffino, 2000, p.196), lembramos que Freud concebia a “superção do impedimento ao trabalho como uma das finalidades da análise”. Certamente que a capacidade de trabalhar denota saúde, no sentido holista, mas igualmente ampliamos esse conceito refletindo que a ruptura com a pressão, com a mais-valia, que vem da desvalia do sujeito, igualmente é saudável, circunscrevendo o gozo do Outro enquanto empregador.

Quem sabe, numa perspectiva utópica e humanizante, fomentada pelo amor ao que se produz, com respeito e valorização, possamos expressar, no trabalho, um real desejo? Ficamos com esta questão dentro do propósito de pensar e intervir no campo das políticas públicas voltadas à saúde mental do trabalhador.

Referências

- Assunção, Ada Ávila. *Os Dort e a dor dos Dort*. In: Anais do XI Congresso Nacional de Medicina do Trabalho (CD-ROM), Belo Horizonte: 2001.
- Assunção, A. & Rocha, L. Agora... até namorar fica difícil: Uma história de lesões por esforços repetitivos. Em J.T. Buschinelli, L.Rocha & R. Rigotto (Orgs.), *Isto é trabalho de gente*, Vozes, Petrópolis,RJ, (pp. 461-473), 1995.
- Brasil. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*. In: Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: Brasília, 2001.
- Brizio, Martha. *Oh! Velha Melancolia*. Questão. Volume 2, nº 1, parte 1, dezembro de 1996.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. *O SUS entre a Tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, volume 12, Rio de Janeiro: novembro de 2007.
- Ceccarelli, Paulo Roberto. *A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Volume 1, p. 14, São Paulo: 2003.
-*O sofrimento Psíquico Na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental*. Psicologia em Estudo, Volume 10, nº 3, pg. 473, Maringá: Set/dez 2005.
- Chemama, Roland. “Dicionário de Psicanálise”. Larousse/Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)*. Conselho Federal de Psicologia (CFP), pg. 19-22,Brasília: 2008.
- Dejours, Chistople. *Subjetividade, Trabalho e Ação*, Revista *Produção*, volume 14: set/Dez 2004.
- Deleuze, Gilles; Guatarri, Félix. *Introdução: Rizoma*. In:Mil Platôs (Capitalismo e Esquizofrenia), Vol. 1, Editora 34. Rio de Janeiro: 1995.
- Figueiredo, Carla Cibele. Redes Sociais e políticas. Revista de Ciência e Educação, p. 97-99, Lisboa: 2007.
- Foucault, Michel. *O Uso dos Prazeres e as Técnicas de Si* (1983), in: Ditos e Escritos V, Editora Forense Universitari, Rio de Janeiro: 1999.
- Freud, S., Vol.XVIII, em “Além do Princípio do Prazer, 1920”. Imago editora Ltda, Rio de Janeiro, RJ, 1976

Giongo, Ana Laura. *Da Organização Do Trabalho Hoje às Doenças Ocupacionais: O que ler na L.E.R?* In: Jerusalinsky, Alfredo; Merlo, Álvaro Crespo e outros. O Valor Simbólico do Trabalho e o sujeito contemporâneo. Artes e Ofícios, pp. 265-270, Porto Alegre: 2000.

Jacque, Maria da Grassa Corrêa; Merlo Álvaro Roberto; Hoefel, Maria da Graça Luderitz. *Trabalho de Grupo com Portadores de Ler/Dort: Relato de uma Experiência.* In: Psicologia, Reflexão e Crítica, 14(1), pp. 253-258, Porto Alegre: 2001.

Gomes, Romeu; Deslandes, Suely. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Volume 2, Ribeirão Preto: 1994.

Jerusalinsky, Alfredo. *Papai Não Trabalha Mais.* In: Jerusalinsky, Alfredo, Merlo, Álvaro Crespo; Giongo, Ana Laura et al: O Valor Simbólico do Trabalho, Editora Artes e Ofício, Porto Alegre:2000.

Kastrup, Virgínia. *A Rede: Uma Figura Empírica da Ontologia do Presente.* In: Fonseca, Tania Mara Galli; Krist, Patrícia Gomes (Orgs). *Cartografia e Devires: a construção do presente*, Editora da UFRGS: Porto Alegre, 2003, pp. 53-55.

Lacan, J. Livro II os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1964. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1988.

Lancman, Selma; Uchida, Seiji. *Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho.* Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, volume 6, São Paulo: 2003.

Lizardo, Rosângela; Fumegalli, Ana; Duarte, Luis Carlos; Araldi, Etiane. Saúde mental e trabalho: dores silenciosas. Secretaria Municipal de Saúde, CEREST, Porto Alegre: 2009.

Marcantônio, Aurelio Palmeiro da Fontoura. *Um estudo sobre a somatose infantil em pacientes portadores de leucemia.*In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VIII, 2,junho de 2005.

Ministério da saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.* Conferência Regional da Reforma dos serviços de saúde: 15 anos depois de Caracas: *portal.saúde.gov.br/portal/arquivos/.../relatorio_15_anos_caracas.pdf*, Brasília: novembro de 2005

.....*HumanizaSus- Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.*In: Serie de textos bases de saúde, 3ª edição, Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: 2006.

Nicolau, Rosane Freitas. *A psicossomática e a escrita do real.* Revista Mal-estar e

subjetividade. v.8 n.4 Fortaleza dez. 2008.

Nogueira, Luiz Carlos. “O Campo Lacaniano” Desejo e Gozo. *Psicologia USP*, vol 10, nº 2, São Paulo, 1999.

Paim, Jairnilson; Almeida Filho, Naomar. “*Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas?*” *Revista Saúde Pública*, 32(4), pg. 299-316, São Paulo: 1998.

Pichon-Rivière, Enrique. *O processo grupal*. Martins Fontes, São Paulo, 2005.

Pommier, Gérard. *La transferencia em la psicosis*. Ediciones Kliné, Buenos Aires, Argentina, 1997.

Quinet, Antonio. *Psicose e Laço Social*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2006.

Roudinesco, Elisabeth; Plon, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro: 1998.

Ruffino, Rodolpho. *Do Trabalho Psíquico ao Trabalho Social*. In: Jerusalinsky, Alfredo, Merlo, Álvaro Crespo; Giongo, Ana Laura et al: *O Valor Simbólico do Trabalho*, Editora Artes e Ofício, Porto Alegre:2000.

Soares, Janete Nunes; Susin, Luciane; Warpechowski, Marisa Batista. *A Clínica Na Assistência Social*. In: Cruz, Lilian; Guareschi, Neusa. *Políticas Públicas e Assistência Social*. Vozes, pg.159-160, Petrópolis: 2009

Watters, Ethan. A medicalização da doença mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v 13, nº 1, São Paulo: 2010.

Zambenedetti, Gustavo. *CONFIGURAÇÕES DE REDE NA INTERFACE SAÚDE MENTAL E SAÚDE PÚBLICA- Uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental*. In: www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14803/000669418.pdf?...1 Porto Alegre, 2008