



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A HISTERIA E OS DORT's:
EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA
ÉPOCA**

Soraya Rodrigues Martins

Florianópolis
2002

SORAYA RODRIGUES MARTINS

**A HISTERIA E OS DORT's:
EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis
2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA


Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado

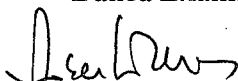
***A HISTERIA E OS DORT'S: EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA***

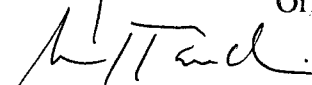
Soraya Rodrigues Martins

Dissertação defendida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Linha de Pesquisa Organizações Humanas, Trabalho e o Fenômeno das Representações Sociais, da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:


Prof.^a Dr.^a Maria Juracy Toneli Siqueira
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz (UFSC)
Orientador


Prof.^a Dr.^a Maria José Tonelli (FGV-SP)


Prof. Dr. Selvino José Assmann (UFSC)


Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa (UFSC)

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM, 08/03/2002.

Ao meu pai, *in memoriam*, ofereço este trabalho.

Esse trabalho começou há 11 anos, quando pela primeira vez atendi em meu consultório uma pessoa portadora de DORT's. Nesse percurso, muitas pessoas ficaram marcadas em minha memória – pelo seu sofrimento, por seus questionamentos, pelo seu afeto, pelo seu saber - fazendo repercutir em mim muitas reflexões, e muitos sentimentos. É impossível aqui agradecer a todas, mas a todas quero, agora, marcar com meu carinhoso afeto.

No término do mestrado, quero expressar, especialmente, minha gratidão a algumas pessoas:

Ao Prof. Sérgio, pela acolhida no mestrado e suas orientações.

À Profa. Juracy, pelo apoio e presença.

Prof. Roberto, que com sua amizade e orientação, sempre permaneceu ao meu lado.

A amizade e companheirismo do Eduardo, da Vanessa, da Silvia, do Manoel, do Cris, da Jimena; a todo o pessoal do PSITRAB e dos grupos de estudo em Psicanálise.

Sérgio e a turma da Prometheus libertus por despertarem e alimentarem em mim, por muitos anos, a chama de interesse pela psicanálise e pelas manifestações culturais.

Amigo Jadir pelo carinho, pela conversa fluída, pelos projetos em comum.

José Pedro, que pela convivência se tornou irmão, com sua paciência e dedicação.

Denise, amiga-irmã, pelo carinho da conversa fluída na convivência diária e pela dedicação à minha iniciação na Escrita.

A minha família: Vó Anita, pela sua força e seu afeto.

Tia Djanira, a historiadora com quem aprendi a gostar e a querer conhecer a história da vida cotidiana.

Minha mãe Dolores e meus irmãos: Junior, Zeca, Kelly e Suzana, pelo amor e apoio, mesmo nas diferenças.

As mulheres que narrei, pela sua vontade de se fazer escutar.

Soraya

Verão de 2002

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
A HISTERIA E OS DORT'S: EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA	12
APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS DE PESQUISA	12
<i>Esclarecimento introdutório do tema da pesquisa</i>	16
<i>Os caminhos do método</i>	21
CENAS DA VIDA NA MODERNIDADE	29
(...) NA SAÚDE E NA DOENÇA.....	29
(...) É DO HUMANO SIGNIFICAR	34
<i>Cena do deslocamento do desejo para os signos da modernidade: A modernização sem lágrimas</i> ..	36
<i>Cena da cisão subjetiva: a família de olhos</i>	38
<i>Cena do ritmo do tráfego moderno: a perda do halo</i>	46
DOR NO CORPO, DOR DA ALMA	54
NA PASSAGEM DOS SÉCULOS XX/XXI, OS DORT'S	54
<i>Um pouco da história dos DORT's</i>	55
<i>Os DORT's, a dor</i>	57
<i>Os DORT's, o desencontro</i>	57
<i>Corpo, corpo físico, corpo erógeno</i>	60
<i>Corpo útil, corpo como texto cultural</i>	61
<i>Os DORT's, deslocando o sofrimento</i>	63
<i>Um saber criado, alternativa para a produção de um saber</i>	67
NA PASSAGEM DOS SÉCULOS XIX/XX, A HISTERIA	69
<i>O lugar da Histeria na História</i>	71
<i>E Freud ouviu as mulheres?</i>	73
<i>A personalidade histérica</i>	78
<i>Sobre o Ser Histérico</i>	80
<i>Da travessia do trágico – I</i>	84
SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO	87
O TEMPO DA TRAGÉDIA NO MUNDO DA MODERNIDADE	87
DA TRAVESSIA DO TRÁGICO – II.....	89
<i>Cenas de relações com o trabalho narradas através de histórias singulares</i>	93
A HISTÓRIA DE BERTA	95
A HISTÓRIA DE ELIZABETH	102
A HISTÓRIA DE CAROLINA	107
A HISTÓRIA DE ALICE	111
A HISTÓRIA DE MARIA	117
DA TRAVESSIA DO TRÁGICO – III	125
<i>O tempo antes do adoecer</i>	128
<i>Processos psicodinâmicos do adoecimento</i>	134
<i>Estratégias defensivas</i>	142
<i>Estratégias defensivas e a rede de não reconhecimento do sofrimento</i>	147
<i>Conjunções e disjunções entre a Histeria e os DORT's</i>	151
O SOFRIMENTO PSÍQUICO COMO METÁFORA HISTÓRICO-CULTURAL	154
BIBLIOGRAFIA	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
DICIONÁRIOS.....	166

TESES E DISSERTAÇÕES	167
DOCUMENTOS	168
DOCUMENTOS ELETRÔNICOS	169
ICONOGRAFIA	169
VIDEOGRAFIA	169
FILMOGRAFIA	170
MUSICOGRAFIA	170
ANEXO	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processos Psicodinâmicos no Contexto do Trabalho	129
Figura 2 – Processos Psicodinâmicos do Adoecimento	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Quadro Comparativo: similaridades entre Histeria e DORT's	152
---	------------

No começo, eu sentia uma dorzinha no final do expediente, quando chegava em casa, mas achava que era do cansaço. A dorzinha se tornou insistente e não passava tão fácil como no começo, daí eu comecei a observar que ela começava ainda no expediente e só passava no meio da noite. Um dia ela continuou por mais tempo, daí eu vi que deveria ser alguma coisa mais séria, mas não sabia relacionar a dor com minhas tarefas de trabalho. Conversei com um colega e ele disse para tomar um analgésico e fazer banho morno, e eu fiz, mas não adiantou de nada. Fiquei com aquela dor por mais ou menos seis meses, até que ela começou a me atrapalhar no meu trabalho; então ela já me acompanhava quase todo o dia, no meu trabalho, tanto que minha produção oscilava muito e meus colegas e meu chefe começaram a observar. Daí eu me incomodei e fazia de conta que não estava doendo e trabalhava na minha, tentando manter minha produção. Teve um dia que eu não agüentei; chegava em casa sempre cansado e com aquela dor e minha mulher reclamava que eu nem sequer limpava o carro ou as calçadas, então eu disse: “Não estou bem; me deixa.” Ela então respondeu: “Então vá te tratar”. Deste dia em diante, resolvi assumir minha doença e procurar me curar, embora as pessoas não acreditassem que realmente eu não conseguia fazer as coisas que fazia antes, como se eu estivesse mentindo para não ter de trabalhar. O primeiro médico que consultei me disse diretamente, sem nem sequer ter tocado em mim, que era um problema de coluna e por isso me doía o braço todo, até os dedos. Disse que o analgésico e bolsa de água quente antes de dormir deveriam resolver o problema. Como não resolveu, fui ao segundo médico, que me receitou um remédio mais potente e fisioterapia para a coluna por 20 dias. Como não resolveu, fui a um massagista que meu cunhado conhecia e o cara disse que era contratura de trabalhar sentado e fez suas massagens na coluna. Como também não resolveu, voltei ao primeiro médico e disse que desde a primeira consulta, já havia se passado três meses e eu continuava com a mesma dor, como se eu tivesse alguma doença mais grave. Ele riu e disse: “Você desse jeito, vai se aposentar muito cedo”. Mas desta vez ele me examinou e me deu novos comprimidos e me mandou de volta para a fisioterapia para fazer 20 sessões e voltar ao seu consultório quando terminasse o tratamento. Chegando na clínica de fisioterapia, fui informado que eu estava com um processo inflamatório nos músculos do braço e da mão e, portanto, faria alguns aparelhos e uns exercícios e que estaria curado ao final das 20 sessões. No trabalho, os colegas me olhavam meio de lado, quando eu saía às 9 horas e só voltava às 11 horas da fisioterapia, deixando meu serviço para os coitados darem conta. Eles me gozavam muito, como se eu saísse para passear, pois não imaginavam a dor que eu sentia, misturada com a vergonha que tinha por saber que eles não acreditavam que eu estivesse doente. No final das 20 sessões, o fisioterapeuta fez alguns exames e disse: “Você melhorou muito em relação ao estado em que chegastes aqui, porém só o teu médico vai te dar o veredito final”. Me entregou um envelope para levar para o médico e lá fui eu. Chegando ao médico, ele me perguntou: “Como estás te sentindo?” Eu disse: “Ainda dói para trabalhar, principalmente no fim do dia até dormir. Acordo cansado e desesperado só em saber que vai começar tudo outra vez”. Ele pegou um formulário, preencheu uma parte e disse para eu levar para a firma, para ser encaminhado para o sindicato. Fui então afastado do meu trabalho e estou no seguro até hoje. Tenho andado, desde então, de um lado para outro, tentando me curar para voltar a trabalhar, antes que eu fique muito velho, e seja substituído por outro mais novo. Me mandaram para cá, para ver se acelera minha cura, pois minha doença começou no pescoço, foi para os braços e mãos e agora estão achando que a coisa está na minha cabeça. Como eu já estou há mais de um ano em tratamento, vou tentando tudo o que me mandam fazer, pois só eu sei da minha dor e da minha vontade de ficar bom para poder voltar a trabalhar.

De um paciente portador de DORT's [42 anos, estoquista, 15 anos de profissão, 4 anos trabalhando em sistema informatizado].

Fala reconstruída por Jadir Camargo Lemos, fisioterapeuta, em setembro de 2000.

RESUMO

MARTINS, Soraya R. *A Histeria e os DORT's: expressões do sofrimento psíquico de uma época.* Florianópolis, 2002. 176p. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia -UFSC.

Este estudo discute as relações entre a Histeria e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT's -, interpretando ambos como expressões do sofrimento psíquico de uma época histórica, respectivamente, início e final do século XX. A compreensão teórica desenvolve-se, metodologicamente, a partir de uma perspectiva multidisciplinar, de matrizes teóricas diferenciadas, apoiando-se na psicanálise, na psicodinâmica do trabalho e no discurso de sujeitos em processo psicoterapêutico. O método compreensivo das ciências histórico-hermenêuticas utilizado na psicodinâmica do trabalho e no método psicanalítico permitiu o tratamento e a análise de cinco histórias selecionadas de fragmentos do discurso coletado em registros clínicos (1991-2001) de mulheres bancárias portadoras de DORT's. Também foi realizada uma análise do contexto histórico-cultural dos DORT's (século XX), através da comparação, no tempo, com a Histeria (século XIX), buscando as significações pertinentes ao sofrimento psíquico característico da modernidade. Nesse estudo fica constatado: a) a presença da vivência de sofrimento resultante do modo de relação com o trabalho; o uso de estratégias defensivas individuais e coletivas e sua relação com o processo de adoecimento. b) na pessoa, os DORT's manifestam-se por sintomas físicos, acompanhados de dor, sofrimento e depressão, resultantes de uma história singular da relação do sujeito com a organização do trabalho; c) no trabalho, os DORT's constituem uma metáfora histórico-cultural dos conflitos entre o sujeito e seu contexto de produção; d) no limite entre a conversão/somatização, do físico/psíquico, do individual/coletivo, os DORT's tornam manifestas as contradições da produção social e dos saberes vigentes; e) Os DORT's, na atualidade, assim como a Histeria no passado, denunciam um modelo de saúde vigente, exigindo a construção de uma compreensão relacional sobre o processo saúde-doença, mediante uma adequada valorização do discurso do sujeito como fonte de saber.

Palavras-chave: sofrimento psíquico; Histeria; doenças relacionadas ao trabalho; saúde do trabalhador; constituição do sujeito.

ABSTRACT

MARTINS, Soraya R. *The Hysteria and the WRMDs as expressions of psychic suffering from an era.* Florianópolis, 2002. 176 p. Mastership Dissertation in Psychology Post-Degree Program – UFSC.

This study discusses the relationships between the Hysteria and the Work-related musculoskeletal disorders –WRMDs –, boarding both as expressions of psychic suffering from an era (the beginning and the end of XXth century). The theoretical comprehension grows besides the method, beginning from a multidisciplinary perspective with its support in psychoanalysis, work psychodynamic and the subject speech in psychotherapy process. The research was made by the treatment and the analysis of five selected reports recorded during clinical sessions (1991- 2001) of WRMDs women bearers that have been working at Banks. It was possible due to the comprehensive method in historic-hermeneutic science used by the work psychodynamic and the psychoanalytic method. It was also performed an analysis about the WRMDs's historical and cultural contexts (XXth century), through a temporal comparison with the hysteria (XIXth century), searching for the meanings of the psychic suffering in the Modern Era. This study demonstrates: a) the presence of the psychic suffering experience as a result from the work relationships; the use of collective and individual defensive strategies, and their relations with the illness process; b) in the person, the WRMDs are showed by physic symptoms (pain, suffering and depression), as a resultant from a singular story in the relationship with the work organization; c) in the work, the WRMDs constitutes an historical and cultural metaphor of the conflicts between the subject and the working environment; d) in the edge between the conversion/somatization, the physic/psychic, the individual/collective, the WRMDs have enlightened the contradictions of social production and scientific knowledge; e) the WRMDs, nowadays, as the hysteria in the past, denounces a model of health that demands the construction of a relational comprehension about the health-illness processes, giving the appropriate value to the subject speech, as a true source of acquaintance.

Key words: psychic suffering; Hysteria; Work-related disorder, worker's health; subject's constitution.

A HISTERIA E OS DORT's: EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA

Apresentação das referências de pesquisa

- (01) Esta pesquisa trata do tema do Sofrimento Psíquico nas relações de trabalho, tendo sido realizada com material clínico de pacientes diagnosticados como portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho¹, patologia que neste estudo será nomeada pela sua sigla mais atual: DORT's. Essa patologia relacionada ao trabalho caracteriza-se por sintomas físicos dolorosos, de difícil diagnóstico, acompanhados de sofrimento e depressão, resultantes de uma história singular da relação do sujeito com a organização do trabalho.
- (02) Essa dor pode ser observada, por analogia visual, tal como aparece na obra pictórica de Lucien Freud², um artista que pintou a expressão do sofrimento de homens e mulheres na década dos 80. Suas telas evocam as imagens do sofrimento de pessoas portadoras de DORT's³. A semelhança entre o sofrimento dessas pessoas e a representação pictórica foi um indício de que, de alguma forma, os DORT's seriam, na perspectiva cultural, a expressão do sofrimento característico de uma época histórica.
- (03) Da mesma forma, foram as características das vivências relacionadas ao processo de adoecimento, presentes no discurso produzido por pacientes em

¹ DORT's – tradução no Brasil de “Work Related Musculoskeletal Disorders” (WRMD's). A nomenclatura DORT's vem, como tendência, substituindo no meio científico internacional, as antigas denominações como: no Brasil – LER (Lesões por Esforço Repetitivo) ou LCT (Lesões por Traumas Cumulativos); na Austrália – RSI (Repetitive Strain Injury); no Japão – OCD (Occupation Cervicobrachial Disorder); ou nos EUA – CTD (Cumulative Trauma Disorders). (Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade Laborativa em Doenças Ocupacionais do INSS, 1998). (Codo e Almeida, 1995; Lemos, 2001; Cruz, 2001).

² Lucien Freud nasceu em Berlim, em 1922; é sobrinho-neto de Sigmund Freud, criador da Psicanálise. No momento em que este trabalho é apresentado, sabe-se que o artista, hoje com 80 anos, vive em Nova York.

³ Durante palestras realizadas no ano de 2001, sobre o tema do Sofrimento Psíquico no trabalho, diversas pessoas de diferentes platéias espontaneamente associaram em suas lembranças as imagens das pessoas pintadas por Lucien Freud com pessoas de sua convivência portadoras de DORT's.

psicoterapia, a despertarem as associações entre sua dor e aquela característica do discurso da posição subjetiva da Histeria, conforme a literatura psicanalítica.

(04) A configuração característica dos DORT's aparece já citada por Hipócrates em *A Epidemia* (Dembe, 1996), embora somente a partir dos meados do século XX tenha esta patologia⁴ adquirido relevância social: surge então como um dos sintomas evidentes do incremento do grau de risco relacionado às novas tecnologias e, simultaneamente, como um reflexo – uma metáfora histórico-cultural – dos conflitos do homem enquanto força de trabalho, em vista do seu papel no contexto dos processos de produção.

(05) Este estudo está inserido no campo de investigação das subjetividades contemporâneas, especificamente em sua relação com o trabalho no processo de saúde-doença, quando investiga as relações entre os DORT's e a Histeria. Ao buscar apoio na filosofia, história, psicanálise, psicodinâmica do trabalho e prática clínica consultorial – e as suas traduções na cultura da modernidade⁵ –, pretende compreender e discutir as relações entre a Histeria e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT's), entendendo uma e outra como expressões do sofrimento psíquico de uma época histórica, respectivamente, início e final do século XX.

(06) Nas últimas décadas, a clínica psicanalítica (e psicoterápica) tem atendido pessoas com sofrimentos diferenciados daqueles que constituíram tradicionalmente sua clientela. Esse fato trouxe questões e desafios para o trabalho psicoterapêutico, junto a um esforço para alcançar renovadas compreensão e conceituação dessas psicopatologias. As diversas abordagens teóricas psicanalíticas vêm repensando e reformulando seus conceitos (Mezan, 1998). Fala-se, hoje, em estruturas psíquicas flexíveis e novos sintomas. As formas clínicas da atualidade parecem re-inventar novas sintomatologias para

⁴ Apesar de, no século XVI, George Bauer ter realizado um estudo sobre doenças e acidentes de trabalho em mineiros, só no início do século XVII o médico Bernadino Ramazzini escreveu um livro intitulado *As doenças dos trabalhadores*. Ramazzini descreve minuciosamente cerca de 50 doenças de origem ocupacional, provenientes de posturas inadequadas e movimentos repetitivos e irregulares nas atividades laborais, inclusive a denominada *Doença dos Escribas*. Criador da pergunta – *Qual é a sua ocupação?* Ramazzini é considerado o Pai da Medicina do Trabalho (Cheren, 1998; Lemos, 2001).

⁵ Para dar as referências que delimitam o contorno dessa cultura da modernidade, este estudo deverá se valer do apoio da literatura, das artes plásticas, do cinema, da dança e da dramaturgia.

tão antiga e negada experiência humana de sofrimento.

(07) A clínica da atualidade vem ocupando-se, entre outras coisas, de sintomas como transtornos alimentares, apatia, toxicomania; compulsão para comprar, para trabalhar, para fazer exercícios físicos; para jogar e para exercer a sexualidade; horror ao envelhecimento, passividade, além dos mais diversos sintomas psicossomáticos. Sintomas que trazem no corpo diferentes formas de expressão. Embora novas imagens tenham surgido em decorrência das transformações do mundo nesse último século, essas continuam a guardar características similares àquelas das imagens dos corpos retorcidos das histéricas do início do século passado, — a imagem do velamento do sofrimento, do conflito e da dor — tal como as observamos nas mulheres pintadas pelo austríaco Egon Schièle (1890-1918).

(08) As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais do século XX, em outras palavras, as transformações do discurso do Outro⁶, refletem-se necessariamente nos sintomas, à medida que esses são históricos, localizados e significados pelo Outro, tanto no campo coletivo, como no individual. Por isso, torna-se necessário pensar essas alterações presentificadas na clínica, à luz das mudanças mais gerais que afetam a sociedade e conferem características peculiares à subjetividade contemporânea. A psicanálise, nesse contexto evocada, transcende a clínica clássica, constituído-se como operador de um outro paradigma para tentativa de compreensão da condição da existência e do sofrimento humano. A psicanálise, ao definir-se em sua origem como um ofício da escuta do sofrimento humano, pressupõe que esse sofrimento continua reclamando, em suas novas formas de apresentação, a exigência de se fazer escutar.

⁶ “Essa noção [lacaniana] do **Outro** é concebida como um espaço aberto [um conjunto de termos] de significantes que o sujeito encontra desde o seu ingresso no mundo” (Kaufmann, 1996:385).

(09) O tratamento psicanalítico constitui-se através da análise de uma pessoa singular e da transferência que essa pessoa estabelece com o psicanalista. A história desse processo, construída ao longo de inúmeras sessões, é igualmente singular. O objeto desta pesquisa, entretanto, não é a pessoa singular, nem também o trabalho único realizado com ela, mas sim o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Como Mezan (2001), o que torna interessante a escritura para a investigação e a discussão entre pares de um acontecimento na clínica é a sua semelhança ou a sua diferença com outros do mesmo gênero. Isto é, o que esse acontecimento tem em comum e /ou diverso em relação a uma determinada classe de processos ou eventos. O escrito da atividade clínica, portanto:

(...) precisa ser acompanhado de algum comentário, de alguma interrogação, de algo que nos faça ver naquele fato um ângulo inusitado. E esta inclusão do fato em um outro contexto – o da reflexão do analista – é que começa a transformá-lo num objeto diverso daquele que era no início, embora este, o inicial, esteja sem dúvida ali contido (Mezan, 2001)⁷.

(10) Cabe, enfim, distinguir o interesse psicoterapêutico do interesse científico. Ao nos interessarmos pela investigação de determinados eventos e processos psíquicos, o paciente do escrito clínico torna-se um personagem diverso, calcado sobre alguém efetivamente existente (análogo, mas não idêntico). A questão inerente ao trabalho científico é o tratamento dado à matéria-prima que serve para desencadear a reflexão. Fica reiterado então que não é a questão desta pesquisa, provar ou discutir a eficácia do tratamento em psicanálise. A questão da pesquisa é utilizar o saber produzido no contexto analítico — manifestado nas histórias narradas, construídas a partir dos registros das sessões analíticas —, para investigar o sofrimento psíquico no trabalho.

⁷ Fala do psicanalista em debate promovido pela Revista Percurso, nº 26. <http://www.revistapercurso.com.br>.

Esclarecimento introdutório do tema da pesquisa

- (11) A experiência clínica é que nos levou a uma primeira revisão da literatura sobre o tema: as relações entre os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT’s e a Histeria. Tal revisão foi motivada pela observação clínica de pessoas com diagnóstico de DORT’s, que buscaram tratamento em consultório, em virtude do seu sofrimento psíquico. Essas pessoas acabaram por revelar, predominantemente, a posição subjetiva característica da estrutura histérica, tal como é compreendida pela psicanálise.
- (12) Não se conclui, em vista dessa predominância, que, necessariamente, exista uma correlação entre a posição subjetiva histérica e o adoecimento por DORT’s. Este fato, entretanto, possibilita a criação de uma hipótese: que a busca por ajuda psicológica seja facilitada exatamente pela posição subjetiva histérica do paciente (Lacan, 1998). Essa posição subjetiva apresenta características que a diferenciam de outras, como, respectivamente, as posições obsessiva, fóbica e paranóica. Aquelas são características que se manifestam por insatisfação, desejo de respostas aos anseios, atitude crítica em relação ao saber médico e psicológico, não-aceitação dos próprios limites e dos limites do outro, a necessidade imperiosa de ser ouvido, além do movimento de busca em direção a laços sociais.
- (13) É provável que haverá pessoas doentes por DORT’s situadas em outras tantas posições subjetivas, que não a da posição subjetiva característica da estrutura histérica. Tendo em vista, entretanto, as observações realizadas na prática clínica, nossa escolha foi a de investigar mais detalhadamente as relações dos DORT’s com a Histeria, no âmbito da singularidade do sujeito em seu sofrimento.
- (14) Embora os aspectos psicológicos constituam boa parcela dos fatores de risco na etiopatologia dos DORT’s — ao lado de aspectos ergonômicos, organizacionais, sociais, psicossociais e biológicos —, esta patologia difere das demais doenças conhecidas como “psicossomáticas”, por dessas divergir em uma característica fundamental: os DORT’s configuram-se como uma patologia

que apresenta laços estreitos com o trabalho.

- (15) A classificação dos DORT's, como uma neurose (ou histeria) relacionada ao trabalho, foi defendida por Lucire (1986) e Almeida (Almeida, 1995), em cujos textos está ausente a valorização da ocorrência de lesões. Nas fases iniciais do processo de adoecimento, a invisibilidade da causa orgânica da dor levanta a suspeita da ocorrência de sintomas de conversão⁸, sabidos como característicos da histeria conversiva ou da histeria de retenção, enquanto descarga dos afetos associados a conflitos com trabalho. Settimi, ao falar do aumento do número de DORT's, observa que:

Alguns utilizam a teoria psicossomática para a explicação do fenômeno, atribuindo a ocorrência de LER/DORT's⁹ à interação entre “aparelhos psíquicos atípicos” e atividades repetitivas. Outros acreditam que a ocorrência de LER/DORT's seria a expressão de conflitos psíquicos de personalidades históricas. Outros advogam a má intenção dos trabalhadores para obter compensação financeira. As hipóteses acima focalizam a existência do problema no homem enquanto a tendência atual é considerar o adoecimento como expressão da interação do homem e seu meio (2000:2).

- (16) Alguns autores chegam a pensar na possibilidade de que os DORT's se configurem como uma epidemia de histeria conversiva por identificação, sugerindo a indução coletiva da doença através de episódios de histeria coletiva. O australiano Michel Patkin aponta inúmeros casos, citando um livro publicado em 1982, denominado “Mass Psychogenic Illness: a social psychological analysis” onde são apresentados casos de reclamações de dor sem evidências “objetivas” de lesão. Outros autores distinguem, denominando conversão histórica quando não há lesão, e somatização quando a lesão já é evidente (Owen, 1995, apud Magalhães, 1999).

⁸ **Conversão:** conceito cunhado por Freud, em 1884 (Freud, 1980. V. I) para designar o mecanismo característico da histeria de conversão, onde uma representação ou idéia inaceitável à consciência dissocia-se de seu afeto tornando-se inofensiva e a *soma de excitação*, desligada da representação, é transladada ao corporal. Por isso, afirma-se que os sintomas conversivos estão expressando idéias inconscientes reprimidas. Não há nesse processo a passagem do psiquismo para o somático. Há uma representação desvitalizada que passa para o inconsciente e uma excitação (investimento de energia) liberada que passa para o corpo. O DSM III-R (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edição), eliminou a nomenclatura de histeria para conservar apenas a noção de sintoma de conversão (Kaufmann, 1996; Roudinesco e Plon, 1998).

⁹ A nomenclatura clínica Lesões por Esforços Repetitivos – LER, foi substituída junto à Previdência Social por Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT's, em 1997, por ser considerada inadequada ao diagnóstico, associados à postura e/ou sem a presença de lesão (Diário Oficial da União, 1997).

- (17) Maria Elizabeth Lima (1997), realiza uma extensa discussão sobre o caráter especulativo do conhecimento sobre os DORT's, criticando o trabalho de Almeida. (Almeida, 1995) Segundo esta autora, tanto a brasileira Almeida como a australiana Lucire, descartam qualquer compromisso do psicólogo com a compreensão dos aspectos cruciais associados aos DORT's — o caráter repetitivo das tarefas, os problemas ergonômicos, as pressões com produtividade —, que dizem respeito à realidade concreta de trabalho. Lima acusa essas autoras de superestimarem os fatores psicológicos, alertando para a necessidade de que esses sejam investigados a partir de um sistema formado também por aspectos ambientais e constitucionais. Esta forma de investigação, segundo a autora, poderia conduzir à superação de um “reduccionismo psicologista”.
- (18) O “psicológico” como valor superestimado, ou o psicológico que preenche um vazio no saber, justificando o fenômeno que não é objetivamente verificável, levanta questões relevantes sobre a necessidade de maior compreensão do fato psicológico envolvido na patologia dos DORT's. Algumas pesquisas brasileiras (Moreira e Carvalho, apud: MPS, 1997) buscaram delimitar um perfil psicológico das pessoas doentes, sendo composto este perfil por pessoas exigentes, perfeccionistas, de grande eficiência em suas atividades, com baixa auto-estima, necessidade de serem reconhecidas e apresentando tendência à auto-aceleração no ritmo de trabalho (Lucire, 1986; Almeida, 1995; Magalhães, 1999; Lima, 1997; MPS, 1997). Essas características costumam ser prontamente manifestadas por aquele que adoece (Vertheim, 1999).
- (19) A tentativa de se caracterizar um perfil psicológico, a manifestação no corpo, bem como as próprias dificuldades de diagnóstico e manejo da patologia pelos médicos, é que acabaram por conduzir à aproximação entre os DORT's e a Histeria. Fracassaram as tentativas da classificação dos DORT's como uma neurose relacionada ao trabalho, ou então uma manifestação de histeria de massa por identificação (Lucire, 1986; Quintner, 1995; Ford, 1997; Hall & Morrow, 2000). Essas abordagens foram alvo de críticas, por restringirem esta patologia a uma manifestação puramente psicogênica — de responsabilidade exclusiva da pessoa que adoece —, dificultando seu nexos causal com o trabalho. Sobre o confronto entre os campos do individual e do social, é a análise atual de Cruz:

A trajetória entre o conhecimento psicológico e a categoria trabalho é uma trajetória de afirmações ideológicas acerca dos determinantes individuais do trabalho (o trabalho do sujeito) e dos determinantes da organização do trabalho sobre a conduta dos indivíduos (o sujeito do trabalho). Em meio a essas afirmações, subsiste a necessidade de responder às demandas psicossociais associadas ao cenário produtivo, pois a marca do sofrimento humano no trabalho persiste e insiste em desafiar o confronto entre utopias das ações individuais e coletivas (1999:2)

(20) Por isso mesmo, ao reconhecer o sofrimento das pessoas que adoecem por DORT's, mais relevante do que uma classificação ou delimitação de um perfil, teremos como ênfase neste estudo, atingir uma compreensão psicodinâmica do fenômeno.

(21) Dejours (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994) igualmente analisa as contradições entre a psicopatologia ligada à ordem individual do privado e o trabalho, fundamentalmente de ordem social. Ao observar o sofrimento psíquico no trabalho, afirma que as pressões do trabalho são incapazes, por si mesmas, de provocarem o surgimento de uma psicopatologia de massa. Esse fenômeno não acontece porque entre o trabalho e a doença, interpõe-se o sujeito, que tanto é capaz de compreender sua situação como manifestar reações de defesa. Essas reações são fortemente singularizadas, em função da história e da estrutura psíquica de cada sujeito. O autor designa estrutura psíquica ao conjunto de características recorrentes em cada indivíduo, isto é, que têm a força da repetição.

A estrutura psíquica (...) é que determinará a forma que poderá tomar a doença mental, em caso de descompensação do equilíbrio entre pressões do trabalho (excessivas) e as possibilidades defensivas (transbordadas) do indivíduo. A metáfora usada era a do cristal de rocha, que em caso de fracionamento (descompensação), sob o impacto de uma pressão física muito intensa, não se quebrará de uma forma qualquer, mas seguindo as linhas de força da estrutura cristalina (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994:123).

(22) Numa tentativa de solucionar esse paradoxo, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) desenvolvem o conceito de carga psíquica no trabalho¹⁰, referindo-se ao modo como a pessoa percebe o (seu) sofrimento no trabalho. E, nesse

¹⁰ Denomina-se carga de trabalho a resultante da relação do conjunto de exigências para realizar o trabalho e a capacidade de desempenho a realiza-lo. Assim como outras atividades, o trabalho apresenta pelo menos três aspectos inter-relacionados de exigências: físico, cognitivo e psíquico. (Wisner, 1994).

sentido, a recente pesquisa de Cruz abrangendo trabalhadores diagnosticados como portadores de moléstias músculo-esqueléticas, confirma essa idéia:

(...) Parece-nos que a forma através da qual os indivíduos reagem à carga de trabalho e aos eventos estressantes suscetibilizam mais fortemente à incidência de padrões sintomatológicos, o que nos faz retornar ao conceito de carga psíquica no trabalho, no sentido proposto por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) como uma *injunção (das exigências e das condições de trabalho) despersonalizadora* (2001:151).

- (23) São as concepções de Dejours sobre sofrimento psíquico no trabalho — entendido como vivência subjetiva e afetiva intermediária entre doença (descompensação) e o conforto psíquico (equilíbrio) —, a permitirem, a partir da posição do desejo articulado a organização do trabalho, a construção de uma visão clínica da relação psíquica do sujeito com o trabalho. Essa visão enfatiza as dinâmicas subjetivas a partir da posição do desejo articulado à organização do trabalho.
- (24) Por outro lado, Dejours (1999a) também observou que, sob as mesmas condições de trabalho, ocorrem laços intermediários entre as pressões do trabalho e as reações de defesa do sujeito. Nesses laços são construídas, coletivamente, estratégias defensivas. As estratégias defensivas coletivas dos trabalhadores constituem formas de luta contra os efeitos desestabilizadores e patogênicos do trabalho. A negação do sofrimento no trabalho promove sentimentos conflituosos que desembocam na impossibilidade de exprimir e elaborar o sofrimento. Essa situação, segundo o autor, impede a fala e o reconhecimento do sofrimento alheio e do seu próprio.
- (25) Para negar o que sente (Dejours, 1999a), o sujeito desenvolve a intolerância para com o sofrimento alheio, perde a consciência dele, pela clivagem (dissociação/separação) entre sofrimento, (des)emprego e injustiça social. A banalização do sofrimento no trabalho e a aceitação ou cooperação com a injustiça social pode, no psiquismo do sujeito, ser promovida pela clivagem entre afeto e pensamento, ou pela simples ausência de pensamento na consciência.

- (26) Nesses termos é que o modelo de compreensão do sofrimento psíquico no trabalho, formulado por Dejours, difere do modelo médico clássico e renuncia igualmente ao modelo causal, no qual o comportamento dos trabalhadores é visto como determinado apenas pela consciência (sua vontade) ou pela força de pressões.
- (27) Essas considerações iniciais da pesquisa são resultado de uma primeira revisão da literatura¹¹ que, associada à experiência clínica, permitiram a introdução deste estudo sobre os DORT's, como patologia relacionada ao trabalho no contexto da modernidade. Uma patologia sintomática do sofrimento psíquico de uma época, tal como historicamente ocorreu com a Histeria na transição entre os séculos XIX e XX, conforme pretende a articulação central desta pesquisa.

Os caminhos do método

- (28) A psicanálise foi criada inicialmente como uma psicoterapia para tratar neuroses (manifestação psicopatológica). Em sua atividade clínica, além dos sintomas psicopatológicos, Freud passa a investigar os sonhos de seus pacientes. Sua pesquisa sobre os sonhos, descrita em "A interpretação dos sonhos" (1900), permite a formulação do conceito de inconsciente e, por conseqüência, a definição de um novo paradigma metodológico compreensivo, que vai muito além de um instrumento ou técnica psicoterápica. Demonstra Freud que o método em psicanálise é uma conseqüência da escuta de seus pacientes e é através do saber contido no discurso do paciente, que ele desenvolve a técnica e a teoria psicanalítica.
- (29) Depois, em 1905, Freud, em "A psicopatologia da vida cotidiana", reafirma as descobertas do seu conhecido estudo sobre os sonhos. Freud verifica então que os processos de funcionamento psíquico, observados nas psiconeuroses, estavam presentes nos sonhos, nos atos falhos e chistes da vida

¹¹ A **revisão da literatura** foi realizada nas seguintes bases de dados bases de dados: Ovid – PsychoINFO <1967-abril de 2000>; clinicalpsi (28/03/2000); lilacs – medline, pesquisa via internet, com as palavras chaves – DORTs (WRI) Work Related Musculokeletal Disorders" (WRMD), RSI (Repetitive Strain Injury), OCD (Occupation Cervicobrachial Disorder) CTD (Cumulative Trauma Disorders) e Histeria.

cotidiana. Assim é que a Psicanálise deixa definitivamente de ser apenas o estudo das neuroses, para se transformar num instrumento de investigação da subjetividade humana. Além disso, em “Os chistes e a sua relação com o inconsciente” (1905), Freud descreve o inconsciente com a particularidade de ser ao mesmo tempo interno e externo ao sujeito e à sua consciência, caracterizando a intersubjetividade. O inconsciente passa a ser investigado através de suas formações: atos falhos, chistes, sonhos e sintomas, quando presentes no discurso do sujeito.

(30) Acrescenta-se a esse fato que o sujeito é portador de uma sexualidade diferenciada, caracterizada por sua articulação com o desejo e pela inexistência pré-estabelecida do objeto e do alvo da pulsão. A compulsão à repetição sem sentido (significado), levam o criador da Psicanálise a formular a bipolaridade das forças pulsionais (vida e morte), definindo a pulsão de morte como uma pulsão sem representação. As forças pulsionais (Freud, 1915-1920), que colocam o psiquismo em movimento, trazem ao ser humano uma exigência constante de domínio sobre suas pulsões. No circuito pulsional, o Outro (mãe, pai, linguagem, cultura, laços sociais, etc.) é fundamental para o estabelecimento dos destinos da pulsão. A viabilidade da vida humana depende da mediação do Outro e da organização do psiquismo (Freud, 1915; Lacan, 1998). A subjetividade, portanto, é fundada na intersubjetividade.

(31) Além disso, a psicanálise, a partir dos trabalhos de 1920, amplia seu campo de atuação constituindo-se como uma visão clínica do mal-estar na cultura. O sofrimento continua sendo analisado por Freud na dimensão da subjetividade e suas formações inconscientes, sendo a cultura percebida como uma manifestação dessa subjetividade no ambiente humano. A metapsicologia freudiana foi concebida a partir da palavra, do vivido pelo sujeito, isso é, da experiência na clínica (método clínico), através da técnica da livre associação. *O método clínico pressupõe duas dimensões paradigmáticas da clínica psicanalítica: a singularidade do sujeito (...) e, conseqüentemente, a contemporaneidade entre pesquisa e tratamento* (Aguiar, 2001).

(32) Assim, a partir do seu objeto principal, a investigação do inconsciente, a Psicanálise desenvolveu o seu método de pesquisa, tornando a subjetividade

instrumento de conhecimento, pela articulação permanente entre teoria e clínica. Nesse processo, o uso de material clínico na pesquisa constitui um dos princípios norteadores do fazer psicanalítico que se estabeleceu, desde o seu início, como psicoterapia e como método de investigação da *pathos* e *psique* humana. Na investigação psicanalítica, o diálogo constante entre a teoria e a clínica permitiu continuamente ampliar a compreensão psicodinâmica dos processos psíquicos.

(33) O ato de escrever e interrogar a produção clínica constitui uma ferramenta de produção teórica da psicanálise, desde a sua criação. A construção do método clínico de investigação, desde Freud, tem procedimentos protocolares precisos, tanto de pesquisa quanto de tratamento. O método procura articular fragmentos de um discurso em cadeias livres associativas, cujo sentido é conquistado a posteriori, retornando ao discurso na forma de pontuações e interpretações. Em psicanálise, a palavra da pessoa é utilizada como fonte de investigação simultânea da *pathos* e da *psique* humana. A psicanálise define-se por seu propósito interpretativo – apoiado na linguagem –, visando à compreensão do homem da sua época e, nesse sentido, aproxima-se da hermenêutica.

(34) A hermenêutica, igualmente, busca um outro sentido, para além da compreensão literal. Com essa finalidade, sua compreensão parte da linguagem, de palavras que ela relaciona através da interpretação etimológica ou analógica. A hermenêutica, ao penetrar progressivamente nas ciências humanas e na filosofia, tem atualizado novas formas de compreensão sobre a condição humana (Lurker, 1999; Besse e Boissière, 1998; Dejours, 1997).

(35) Ao considerar a interpretação como a forma humana de relação com a realidade, a hermenêutica fundamenta uma abordagem compreensiva do homem e da sua História. Essa é a perspectiva que permite ultrapassar o desafio da compreensão do sentido de um texto, de uma ação, de uma relação, através de diferenciadas modalidades de interpretação. O sentido é entendido por Spink (1999) como uma construção social, um empreendimento interativo pelo qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com os

fenômenos e as situações a sua volta.

(36) A produção de sentido, ao ser construída numa dinâmica de relações historicamente datada e culturalmente localizada, é uma prática social dialógica, que pressupõe a linguagem em uso. A característica contextual e polissêmica da linguagem é o que promove o caráter não linear e inacabado das técnicas interpretativas. A interpretação pode ser reinventada a cada trama engendrada, re-descobrimo-se formas e conteúdos de possibilidades infinitas. Serão, por isso mesmo, as regularidades que sustentarão a interpretação dada em determinado contexto.

(37) Os casos clínicos relativos a este estudo, foram escolhidos a partir do conjunto dos registros realizados (fonte indireta de pesquisa) na clínica, nos últimos dez anos (1992 a 2001), com mulheres portadoras de DORT's. Esses registros constituem os “estudos de casos”, produzidos através do método clínico de investigação em psicanálise.

(38) As histórias que constituem o corpo desta pesquisa foram construídas a partir de fragmentos dos discursos recolhidos no *setting* da clínica psicanalítica. Para o recorte do discurso dessas pacientes (=fragmentos), foram referência básica os temas de interesse para a pesquisa, a saber, a compreensão psicodinâmica da patologia dos DORT's:

- na singularidade do sujeito (com o seu desejo);
- na sua relação com o trabalho;
- na sua inscrição no corpo enquanto sofrimento psíquico;
- no contexto histórico-cultural da modernidade.

(39) Em síntese, o desenho do método configura-se nos seguintes passos¹²:

- A analista registra as sessões dos pacientes.
- Das sessões registradas, origina-se o recorte da sua escuta.
- A escuta é a base da pesquisadora, desse recorte são construídas as histórias narradas na pesquisa.

¹² Passos percebidos, aliás, como experiência viva, e por isso mesmo submetida aos sobressaltos, hesitações e revelações reconhecidas por tantos outros pares neste programa de mestrado.

- Na pesquisa, as narrativas compõem as cenas temáticas da interpretação final.

(40) O contexto histórico-cultural dos DORT's é o mesmo onde se origina e desenvolve a própria psicanálise: os espaços urbanos típicos da modernidade e suas “cenas primordiais” (Berman, 1992). Será esse cenário da grande cidade moderna o lugar da produção de sentidos (*a posteriori*) nas relações sujeito/trabalho/sintoma:

O espetáculo é um dos momentos da vida na *polis* (...) nossa vida também é composta de cenas, embora não de maneira exclusiva. Há nela pensamentos, reflexões, processos psíquicos que se desenrolam sem gesto, nem anúncio de seu acontecimento. A cena, enquanto unidade de uma existência, também foi usada de diferentes maneiras pela psicanálise. A cena primária, a cena de sedução, a cena traumática, a cena do sonho, a outra cena, revelam uma tradução dos processos da vida psíquica que anseia por dramaticidade. O acontecimento que é sempre cênico marca o sujeito, embora a inscrição desta marca se dê longe dos olhos (Mezan, 1998:447).

(41) O principal objetivo desta pesquisa é realizar uma discussão das relações entre a Histeria e os DORT's, enquanto expressões do sofrimento psíquico pertinente ao contexto de uma época histórica, respectivamente, o início e o final do século XX.

(42) Para alcançar tal objetivo, o procedimento no tratamento e análise das cenas contidas nas histórias das pacientes deverá privilegiar a singularidade do sujeito, através da perspectiva da Psicanálise e da Psicodinâmica do Trabalho.

(43) À análise das cenas será acrescida outra, a análise do contexto histórico-cultural da doença (DORT's/século XX), através da comparação, no tempo, com a Histeria (século XIX), buscando as significações pertinentes ao sofrimento psíquico característico da modernidade. Nas palavras de Spink, uma análise que deverá ser efetivada ao:

(...) trabalhar o contexto discursivo na interface de três tempos históricos: o “tempo longo” que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização, “o tempo vivido” das linguagens sociais apreendidas pelos processos de socialização, e o “tempo curto” marcado pelos processos dialógicos (1999:51).

- (43) Essa interpretação busca construir um modo de observar os fenômenos sociais que tenha como foco a tensão entre universalidade e particularidade, entre consenso e diversidade, com vistas a produzir uma ferramenta útil para a transformação da ordem social. Na análise das práticas discursivas, por exemplo, considera as permanências e as rupturas históricas, pela identificação do velho no novo e vice-versa, possibilitando a explicitação da dinâmica das transformações históricas. Sob essa perspectiva, o sentido contextualizado institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e sentidos velhos. Ainda para a mesma autora, os diálogos construídos no passado não são estáveis, são sempre passíveis de renovação e resignificação a *posteriori*. Os sentidos contextuais do passado podem ser recapitulados e revigorados assumindo outras formas e outros contextos.

[...] meti a boca (...) falei tudo que sentia. Eu não sou palhaça (...) já sou uma mulher de 43 anos. O cara me passa um remédio dizendo que era pra enxaqueca (...) vou comprar, e é antidepressivo (...) eu não vou tomar [...] eu não estou uma pessoa depressiva. Eu estou uma pessoa martirizada pela dor.

Maria, anos 90.

Aqui está um pequeno sumário do que necessito – poder, saúde e liberdade. É a doutrina desesperadamente insípida, segundo a qual o amor é a única coisa no mundo, que é ensinada e posta dentro das mulheres, de geração em geração, que nos detém de modo tão cruel. Devemos nos livrar desse demônio – e então virá a oportunidade de felicidade e libertação.

Katherine Mansfield, 1916.

[...] acordei às cinco horas. Saí da minha cidade às seis e meia da manhã com dor e depressão. O dia estava frio e uma chuva bem fininha. [...] sem dinheiro saltei na rodoviária [...] fui andando a pé para entrevista com a assistente social às nove horas [...] a outra consulta era às duas horas. Cheguei lá, estava marcado errado, tinham marcado para outro dia [...] a próxima consulta era no psiquiatra. Eu pensei que era às cinco e trinta, mas era às três e trinta [...] às sete da noite foi a consulta com uma psicóloga [...] quatro perícias no mesmo dia, com médicos diferentes, um em cada canto da cidade e a gente nem mora aqui.

Berta, anos 90.

Lucien Freud,
Large interior
W.11 (after
Watteau),
1981



CENAS DA VIDA NA MODERNIDADE

(...) na saúde e na doença...

- (44) As transformações características do mundo moderno, com seus valores de progresso e mudança, atingiram os destinos da vida em comunidade, dos laços sociais, e da vida privada do homem contemporâneo, de forma surpreendente e assustadora, tornando o trabalho, entre outras, uma das questões mais complexas da atualidade. Essa situação fica evidenciada, a priori, pelo aumento vertiginoso das doenças ocupacionais a partir de 1950 (Moraes e Miguel, 1998). Atualmente, segundo Antunes (2000), fala-se da extinção do *trabalho-vivo*, isto é, realizado por homens, em detrimento do *trabalho-morto*, aquele realizado por máquinas. Embora os avanços tecnológico e científico não tenham conseguido extinguir o *trabalho-vivo*, o homem moderno, cada vez mais, se vê tratado como máquina. Antunes afirma que esse contexto denota uma enorme precarização do trabalho, tornando os seus aspectos subjetivos cada vez mais distanciados de uma vida autodeterminada e autêntica.
- (45) Para compreender o contexto em que os trabalhadores portadores de DORT's estão inseridos, é necessário, portanto, compreender os acontecimentos que marcaram as mudanças do século XX: tempo da criação do homem comum, homem ou mulher a viver em seu cotidiano as conseqüências dos paradoxos do modelo de mundo sonhado, pelo Iluminismo, para a modernidade.
- (46) Na sociedade moderna, pessoas da mesma idade, à parte sua origem e história pessoal ou cultural, em geral experienciaram, de diferentes formas, os mesmos acontecimentos públicos cruciais, que acabaram por constituir marcas em suas vidas pessoais, tecendo as redes de suas biografias, privada e pública.
- (47) Hobsbawm (1995) analisa o século XX, "um século breve e extremado", marcado primeiro por um grande período de guerras e catástrofes (1914-1948) e outro, um período de Ouro (1949-1973), seguido por décadas de crises e incertezas. O olhar do historiador atento ao seu tempo assinala os fatos importantes e suas repercussões, realiza articulações que perpassam a primeira

era dos quarenta anos de guerras mundiais, crises econômicas e revoluções, até as guerras étnicas e separatistas da segunda metade do século, aliando, no mesmo contexto histórico, a precariedade dos sistemas políticos (transnacionais) e as desigualdades (econômico-sociais) contemporâneas.

(48) No período das duas grandes guerras mundiais (1914/18-1939/45) foram mortos mais seres humanos do que em qualquer outra época. O mundo então passou a ser explicado através dos opostos binários (excludentes) do “capitalismo” crescente e do “socialismo” – este que, com base no sistema político e econômico da URSS, apresentava-se como uma alternativa histórica para o capitalismo. Este período foi repleto de crises sociais e econômicas, além de muito sofrimento humano, fatos que constituíram a mola propulsora, pela propagação extremada, do ideal capitalista burguês já incipiente no século XIX, sementes plantadas pela burguesia européia e seus anseios de nobreza.

(49) No pedaço do mundo dominado pelo capitalismo, o engenheiro e economista norte americano Frederic W. Taylor¹³, com o objetivo de aumentar a produção de bens de consumo criou, no final do século XIX, uma nova fórmula de controle do trabalho, denominada “gerência científica”. Segundo essa fórmula, as tarefas seriam executadas dentro de regras e tempo determinados, previstos dentro de uma visão de funcionamento global do sistema produtivo, modelo onde as diferenças individuais e as singularidades são eliminadas, em nome de um padrão. O taylorismo atingiu seu ápice de funcionamento nos EUA e Europa durante os períodos das duas grandes guerras, disseminando-se posteriormente para os demais países de desenvolvimento capitalista (Pires, 1998).

¹³ Taylor (1856-1915) criou um sistema de exploração industrial, baseado nos princípios da organização racional do trabalho, com o qual se procura alcançar o máximo de rendimento com o mínimo de tempo e atividades. Esse sistema de administração, denominado taylorismo, propagou-se no mundo capitalista, provocando críticas de variados setores da sociedade.

- (50) Os anos dourados do milagre econômico, nas décadas de 50, 60, até 1973, são designados por Hobsbawm (1995), como “Era do Ouro”, período em que se observou a estabilização de um capitalismo voraz, criando-se a partir dele uma economia mundial historicamente inédita, cada vez mais integrada e transnacional. Durante essa época ocorreu um extraordinário crescimento econômico, desenvolvimento tecno-científico e profundas transformações socioculturais. O método de produção em massa, com produtos padronizados pela economia da força de trabalho e caracterizado pelo modelo fordista¹⁴ de desenvolvimento econômico, foi um dos responsáveis pelo intenso dinamismo do capitalismo.
- (51) Designa-se como fordismo a produção semi-automatizada, onde o trabalho humano é extremamente fragmentado, simplificado, sendo o seu ritmo totalmente definido pelas máquinas de produção (Pires, 1998). Junto ao grande desenvolvimento do capitalismo, formaram-se dicotomias políticas, ideológicas, responsáveis por abismos humanos cada vez maiores – de um lado mendigos sem teto, fome, desemprego, crianças abandonadas, de outro, abundância e luxo estonteante – em meio a um Estado que foi se enfraquecendo e se endividando, acobertado pelos interesses de diversos regimes políticos, pela Guerra Fria¹⁵ e pela promessa de que todos poderiam usufruir os benefícios do progresso.
- (52) Esse período dourado, segundo Hobsbawm (1995), foi seguido de décadas de crises e incertezas que foram culminando com o desmoronamento final do que foi construído ao longo século XIX. A presente precariedade dos sistemas institucionais, que deveriam prevenir o barbarismo contemporâneo, ao contrário desenvolveu o espaço da brutalização política, da irresponsabilidade econômica com relação aos problemas sociais e as tão conhecidas desigualdades contemporâneas. *As instituições humanas coletivas foram perdendo o controle*

¹⁴ Como Taylor, Ford também estava preocupado em alcançar o máximo de rendimento com o mínimo de tempo, leva às últimas conseqüências a separação entre planejamento e execução, a fragmentação das tarefas e a conseqüente desqualificação, perdendo-se facilmente o sentido do trabalho. O modelo fordista; ou taylorista-fordista ou modelo americano de hegemonização do padrão industrial, tecnológico, financeiro, agrícola e militar dos Estados Unidos que se propagou após a Segunda Guerra Mundial garantido o crescimento do capitalismo na sua fase de ouro no século XX., começou a dar sinais de esgotamento a partir da segunda metade dos anos 60.

¹⁵ **Guerra Fria:** estado de tensão, predominante no século XX, entre o bloco capitalista, liderado pelos EUA, e o bloco socialista, liderado pela U.R.S.S., que buscavam suplantar-se mutuamente por meio de qualquer ato que não implicasse em confronto direto (guerras).

das conseqüências coletivas da ação humana (Hobsbawm, 1995:543).

- (53) Freud, em sua obra de 1929, “O mal-estar da civilização” (1980; V. XXI), afirma que o desenvolvimento do indivíduo parece resultar da interação do impulso que busca satisfação (ego-ísta) com o impulso de união com os outros, seus pares na comunidade. O Homem é uma criatura cujos impulsos incluem, em grande parte, a agressividade, configurando uma situação que perturba as suas relações com os outros homens, já que o obriga a um grande dispêndio de energia para manter um processo civilizatório que, exatamente por este motivo, estaria perpetuamente ameaçado de desintegração. A cultura e os laços sociais são responsáveis pela construção da civilização, promovendo o domínio ou o controle da perturbação provocada pela pulsão de agressão e seus efeitos na vida comunitária. Para Freud, uma questão crucial para a espécie humana consiste na capacidade da cultura de coibir esses impulsos que, por sua natureza, impossibilitariam a vida civilizada entre os homens.
- (54) Ignorando o passado recente do período catastrófico das duas grandes guerras, bem como as considerações de Freud a respeito do processo civilizatório, a utopia neoliberal, defendendo a idéia de que cada indivíduo deve buscar sua satisfação sem restrições, não garantiu, em sua ideologia e em sua prática, uma vida saudável em sociedade, muito menos trouxe a felicidade prometida da satisfação egoísta. Ao contrário, promoveu um novo tipo de desequilíbrio, tipicamente moderno, entre a humanidade, os recursos sustentáveis que ela consome e os efeitos de suas atividades sobre o ambiente (Sundstrom, 1996). A economia mundial tornou-se uma máquina cada vez mais poderosa, incontrolável e insaciável, verdadeira devoradora dos seres humanos que vivem sob o ideário capitalista.
- (55) O colapso do sistema socialista soviético nos anos 80, culminando com a queda do muro de Berlim, acabou revelando o mal estar do resto do mundo, escancarando uma era de crise social e moral, uma crise de crenças e princípios sobre os quais se apoiava a sociedade moderna, refletida explicitamente na vida das pessoas. Por um lado, sucumbia a URSS, o mais paradigmático representante do Estado-nação, responsável por leis que organizavam o social e

protegiam seus cidadãos. De outro, a pretensão de benefícios iguais para a humanidade, assentada nas enormes conquistas de um progresso material apoiado na ciência tecnológica, fracassava, evidenciando a incapacidade dos demais Estados-nação de manterem sua maior função: a manutenção da lei e da ordem pública.

(56) O dilema do cidadão comum é o dilema de uma época em que o governo – que deveria ser “do povo e para o povo” –, não pode, em qualquer sentido operacional, ser “pelo povo”. A crise moral atinge também as estruturas históricas das relações humanas que a sociedade moderna herdou do século XIX, e que vinham, mesmo que precariamente, possibilitando o seu funcionamento.

(57) Como comparar o mundo do final do breve século XX ao mundo do final do longo século XIX? Hobsbawm (1995) afirma que não se pode compará-los em termos de contabilidade histórica de “mais” e “menos”, pois se trata de um mundo qualitativamente diferente, em pelo menos três aspectos:

- O mundo moderno deixou para trás o modelo egocêntrico de poder, riqueza, intelecto e o modelo de “civilização ocidental” dos países europeus.
- O mundo transformou-se em uma unidade operacional única, constituindo, com a inimaginável aceleração das comunicações e transportes, a “Aldeia Global” prevista por McLuhan (1962). Além de atividades econômicas e técnico-científicas, transformaram-se importantes aspectos da vida privada e dos laços sociais. Dentro do contexto histórico atual há uma tensão permanente entre o processo de globalização cada vez mais acelerado e a incapacidade das instituições públicas, e do comportamento coletivo em solucionar os abismos sociais e econômicos formados nesse processo.
- A desintegração de antigos padrões de relacionamento humano, o desenraizamento e a quebra entre passado e presente, e, em alguns países ocidentais dentro do sistema capitalista, a predominância de um individualismo associal, formando um conjunto de indivíduos egocentros, sem outra conexão entre si, a não ser a busca da própria satisfação – o prazer, o lucro, ou seja lá o que for.

Sob o impacto da extraordinária explosão econômica da Era de Ouro e depois, com suas conseqüentes mudanças sociais e culturais – a mais profunda revolução na sociedade desde a Idade da Pedra –, o galho começou a estalar e partir-se. No fim deste século, pela primeira vez, tornou-se possível ver como pode ser um mundo em que o passado, inclusive o passado no presente, perdeu seu papel, em que os velhos mapas e cartas que guiavam os seres humanos pela vida individual e coletiva não mais representam a paisagem na qual nos movemos, o mar em que navegamos. Em que não sabemos aonde nos leva, ou mesmo aonde deve levar-nos, nossa viagem (Hobsbawm, 1995:25).

- (58) Na tentativa de recuperar a memória do passado, pelos velhos mapas que guiaram e influenciaram esses acontecimentos históricos e culturais, ajudando a tecer as subjetividades de uma época, este estudo aborda como o desabrochar da modernidade pode ser percebido por autores do século XIX. Com o foco de luz projetado sobre o passado, nos momentos primordiais do que veio a constituir a vida moderna, a idéia é propiciar algum sentido novo, a posteriori, que possa dar luz à compreensão psicodinâmica e ao lugar histórico-cultural de um dos sintomas do “breve século XX”: os DORT’s, uma doença do trabalho, oriunda do contexto das relações de produção criadas pelo mundo moderno.

(...) é do humano significar.

- (59) A vida moderna traz com ela um tipo de beleza fascinante, caracterizando-se como um lugar e um tempo, invariavelmente refletidos nas telas do cinema, cujas cenas são compostas por movimento frenético, informações em turbilhão, burburinho contínuo de sons humanos e ruídos maquínicos, imagens de grandeza, luzes de refletor, mudanças aceleradas, produzindo exigências cotidianas, às pessoas, que vão desde a performance social a ser cumprida no dia, até a espinhosa tarefa das contas a pagar. Como um dos mais significativos aspectos deste cenário típico da modernidade propaga-se, entre os indivíduos, um entorpecimento da própria consciência, que se manifesta relativamente a fatos que são cruciais para a correta apreensão da dinâmica de suas subjetividades. Um desses fatos é a fusão recorrente e diária, das (suas) perspectivas material e pessoal da condição humana moderna, assinalando

pontualmente a interdependência entre o indivíduo e o seu ambiente (Berman 1992)¹⁶.

- (60) Na tentativa de compreender aspectos pontuais da vida moderna, uma das referências de sustentação deste estudo realiza-se através das idéias de Marshall Berman¹⁷. Por seus escritos, Berman tem sido reconhecido como um humanista atento, sensível às possibilidades, contradições e sutilezas que compõem o estatuto da modernidade. Ao refazer os passos inaugurados há cento e cinquenta anos por Marx, procura as ressignificações possíveis para a sua análise das “cenas primordiais da vida moderna”.

(...) movendo-se em círculos, avançando em espirais, dando voltas em torno de si mesmo, procurando incessantemente eixos para suas rotações, Marx manteve seu pensamento e sua obra tão abertos, e portanto, tão elásticos e duradouros, quanto o próprio sistema capitalista. É por isso que ainda estamos apenas começando a explorar as profundezas do pensamento de Marx, é por isso que o que ele diz nos parece hoje mais atual do que nunca, e é por isso que ele ainda estará dançando pela Broadway quando todos já estivermos mortos (2001:51).

- (61) A preocupação de Berman é entender como o pensamento social moderno, assim como a arte moderna é, ao mesmo tempo, uma expressão de uma solidão pessoal e de uma tentativa de superar essa solidão. A chave dessa compreensão é o que ele procura em suas inumeráveis re-leituras de Marx: seu maior mérito, segundo Berman, é que ensina a criar laços genuínos entre os homens como forma de estabelecer elos com a vida (1992; 2001).

- (62) Para mostrar alguns dos modos trágicos e estranhos, segundo os quais o mundo da modernidade se organiza, esse autor monta *cenas* da vida nas cidades do século XX. Mas, para que essas cenas possam ser visualizadas com força por seus leitores, usa como recurso obras datadas da literatura moderna: traçando as relações entre o texto e o contexto de uma época, Berman (1992) possibilita uma forma diferenciada de compreensão da vida das pessoas, através da história das cidades modernas. Esse autor ocupa-se dos livros de vários escritores e

¹⁶ Berman (1992) distingue duas grandes vertentes de compreensão da vida moderna: a **modernização** (a perspectiva material) e o **modernismo ou modernidade** (perspectiva espiritual).

¹⁷ Marshall Berman nasceu em Nova York. Desde o final da década de 1960 é professor de teoria política e urbanismo na City University of New York.

pensadores: Goethe, Hegel e Marx, Stendhal e Baudelaire, Carlyle e Dickens, Herzen e Dostoievski.

(63) Baudelaire (...) *fez mais do que ninguém, no século XIX, para dotar seus contemporâneos de uma consciência de si mesmos enquanto modernos* (Berman, 1992:129). O poeta francês, na verdade, é universalmente reconhecido pela aguçada sensibilidade em relação aos dramas do seu tempo, a transição entres os séculos XIX e XX. Aceitando o homem moderno em sua plenitude, com suas fraquezas, suas aspirações e seu desespero, Baudelaire revela, em suas *cenas*, a alma humana escondida no universo tantas vezes trágico das cidades. Sendo as *cenas* de Baudelaire a provocarem repercussão sobre as *cenas* de sofrimento psíquico tratadas neste estudo, será a partir de fragmentos dos textos do poeta francês, analisados por Berman (1992), que serão abordadas as relações humanas na modernidade.

(64) Na passagem do século XIX para o século XX, simultaneamente aos acontecimentos externos — porque, como se sabe, a modernidade abriu as ruas das cidades indiscriminadamente a toda a população —, nascia um outro tipo de mudança, sofrida, silenciosa, inconsciente, no interior das casas que, sem recorrer à linguagem ou à política, se expressava através de sintomas no corpo das pessoas. Tais sintomas acabaram por adquirir valor epidêmico, de cunho social, questionando arraigados saberes e normas, atraindo a atenção de um jovem pesquisador, chamado Sigmund Freud.

Cena do deslocamento do desejo para os signos da modernidade: A modernização sem lágrimas

(65) Berman (1992), ao discutir o papel decisivo que a cidade desempenha no drama subjetivo das pessoas que vivem na época moderna, quando reflete sobre a fusão entre o “espiritual” e o “material”, utiliza para a sua análise, em um primeiro momento, o ensaio de Baudelaire intitulado “O pintor da vida moderna” (poemas de 1850 a 1860). Nesse ensaio, Baudelaire mostra as próprias contradições e as contradições no que observa em sua época: as fraquezas, as

aspirações e o desespero do homem moderno, em seu nascimento. O poeta mostra-se, por exemplo, fascinado com o poder persuasivo de um desfile militar, hipnotizado por seus equipamentos reluzentes, coloridos.

(...) equipagens luzidias, música, olhares audaciosos, determinados, bigodes pesados e solenes – ele absorve tudo isso, em desordem, e em poucos momentos o “poema” daí resultante poderá ser composto. Veja como sua alma se aviva com a alma desse regimento, marchando como um só animal, imagem orgulhosa de alegria e obediência (Painter of modern life; apud Berman, 1992).

(66) Esta cena, embora não sendo uma das escolhidas na análise de Berman como uma das “primordiais da vida moderna”, certamente terá sido vista inúmeras vezes por milhares, milhões de pessoas durante o século XX e, ainda hoje, podemos observar o seu princípio em outros contextos. Operários em linhas de produção de uma fábrica, funcionários caixas de uma instituição bancária, e na rua, motoristas em fila no tráfego dentro de seus carros reluzentes, imagens essas reproduzidas à exaustão nas telas dos televisores ou dos cinemas. A essas cenas é que Berman intitula de “modernização sem lágrimas”: elas caracterizam-se pela ausência de conflitos, manifestando uma negação quase absoluta das diferenças. São cenas que se desenrolam dentro de uma concepção de “padrão universal do homem”, o mesmo padrão que acabou levando o século XX a ser caracterizado como a época da massificação, da alienação. A sensível agudeza de Baudelaire antecipou com maestria o efeito desse movimento no indivíduo, que, influenciado pelo fascínio do progresso, desloca o seu desejo para os signos da modernidade.

(67) Baudelaire por sua vez destaca a força do ideal burguês de criar, transformar, produzir para concretizar uma idéia de “futuro melhor” em todas as suas formas – política, industrial e cultural –; a promessa de posse do novo, da moda, o fascínio pelo belo, o sonho de completude (...) *veja como sua alma se aviva com a alma desse regimento, marchando como um só animal, imagem orgulhosa de alegria e obediência.* O poeta, na sua sensibilidade aos movimentos da rua, percebe, já no século XIX, a crescente *confusão entre a*

ordem material e a ordem espiritual, que será largamente disseminada pela ideologia progressista da cultura moderna.

Tome de qualquer bom francês, que lê seu jornal, no seu café, pergunte-se-lhe o que ele entende por progresso, e ele responderá que é o vapor, a eletricidade e a luz de gás, milagres desconhecidos dos romanos, testemunho incomunicável de nossa superioridade sobre os antigos. Tal é o grau de escuridão que se instalou nesse cérebro infeliz. Baudelaire (“Sobre a idéia de progresso aplicada às Belas Artes” [1855]; apud Berman: 1992:135).

O fascínio¹⁸ do ter, do consumir, do estar junto do poder emanado e subjetivado pelas máquinas (do material), em interdependência à articulação do desejo pessoal, é a imagem do cotidiano do homem moderno.

Cena da cisão subjetiva: a família de olhos

- (68) A cidade desempenha um papel decisivo no repertório das transformações a ocorrerem no curso da vida de cada um dos seus cidadãos. Baudelaire mostra em sua obra como a modernidade, simultaneamente, inspira e força a modernização da alma das pessoas. Os poemas “Spleen de Paris” são a expressão desse acontecimento, a proclamação de que a vida moderna exige uma nova linguagem.

(...) uma prosa poética, musical, mas sem ritmo e sem rima, suficientemente flexível e suficientemente rude para adaptar-se aos impulsos líricos da alma, às modulações dos sonhos, aos saltos e sobressaltos da consciência (...) esse ideal obsessivo, nasceu acima de tudo, da observação das cidades enormes e do cruzamento de suas enormes conexões (Baudelaire; apud Berman, 1992:144).

- (69) São as cenas da cidade descritas por Baudelaire, as cenas primordiais modernas, discutidas por Berman e que pela sua ressonância e profundidade mítica, são impelidas para além do seu tempo e do seu lugar.

¹⁸ **Fascínio**: domínio por encantamento (Aurélio, 1986); originário do mesmo radical da palavra *fascismo*.

Os olhos dos pobres (Spleen de Paris, nº 26)

Ah! Você quer saber por que hoje a odeio (...) sem dúvida lhe será menos fácil compreendê-lo do que a mim explicá-lo; pois você é, suponho, o mais belo exemplo de impermeabilidade feminina que se possa encontrar.

Havíamos passado juntos um longo dia, que me parecera curto. Tínhamos jurado um ao outro que todos os nossos pensamentos nos seriam comuns, e nossas duas almas, daquele dia em diante, não seriam mais do que uma só: sonho que, além de tudo, nada tem de original, a não ser que, sonhado por todos os homens, ainda não foi realizado por nenhum.

Ao anoitecer, um pouco fatigada, você desejou sentar-se diante de um café novo, na esquina de um novo bulevar que, ainda cheio de entulhos (detritos), já ostentava glorioso os seus esplendores inacabados. O café resplandecia. O próprio gás mostrava ali todo calor de uma estréia (início), e alumia com todas as forças as paredes de uma brancura cegante, as toalhas (extensões) rutilantes (deslumbrantes) dos espelhos, os ouros dos astrágulos (molduras) e das cornijas, os pajens de faces rechonchudas levados de rastros pelos cães atrelados, as damas rindo ao falcão encarapitado (empoleirado) em seus punhos, as ninfas e deusas trazendo à cabeça frutas, pastéis e caças, as Hebes e os Ganimedes apresentando, de braço estendido, a pequena ânfora de “bavoroises” (licores) ou o obelisco bicolor de sorvetes mistos: toda história e toda mitologia postas a serviço da gula.

Na calçada, diante de nós, víamos plantado um pobre homem de uns quarenta anos, de rosto fatigado, barba meio grisalha, que segurava por uma das mãos um menino e trazia no outro braço um pequenino ser ainda frágil, incapaz de caminhar. Servindo de ama, fazia os filhos respirarem o ar da noite. Todos em trapos. Eram três fisionomias extraordinariamente sérias, e seis olhos que contemplavam o novo café com admiração igual, mas diversamente colorida pela idade.

Os olhos do pai diziam: “Como é belo! Como é belo! Dirse-ia que todo o ouro do pobre mundo foi transportado para estas paredes. Os olhos do menino: “Como é belo! Como é belo! Mas é uma casa onde só podem entrar as pessoas que não são como nós”. Os olhos do menorzinho, esses de tão fascinados, revelavam apenas uma alegria estúpida e profunda.

Dizem os cancionistas que o prazer torna a alma boa e abranda o coração. Em relação a mim, tinham razão as canções, naquela noite. Eu não só me sentia enternecido com essa família de olhos, senão também um pouco envergonhado de nossos copos e nossas garrafas, maiores que nossa sede. Voltava meus olhares para os seus, querido amor, neles procurando ler o meu pensamento; mergulhava nos seus olhos tão belos e tão estranhamente doces, nos seus olhos verdes habitados pelo Capricho e inspirados pela Lua, quando você me disse:

- “Que gente insuportável aquela, com uns olhos escancarados como portas-cocheiras! Você não poderia pedir ao dono do café que os afastasse daqui”?

- Tanto é difícil entender-se as criaturas, meu anjo querido, e tão incomunicável é o pensamento, mesmo entre aqueles que se amam! (Baudelaire, 1868/1977:70-1)

(70) O Poema, assim como o Sonho, comporta vários níveis de interpretação (Freud, 1900/1980). Aqui se aplicam os sentidos metafóricos (condensação) e

metonímicos (deslocamento), fundamentais para compreender essa interdependência entre a pessoa e o seu ambiente, e suas conseqüências na constituição do sujeito. Frente às transformações da cidade, a mulher, a amada, desejou daquela vez alguma coisa mais do que juras de amor, promessas de realização e completude, até então nunca alcançadas. Ao anoitecer, fatigada, desejou estar na rua, sentar-se no café, em uma das esquinas do “novo bulevar”.

(71) O “novo bulevar” parisiense foi a mais peculiar criação urbana do século XIX, com suas avenidas largas e vias secundárias, funcionando como verdadeiro sistema circulatório da cidade, permitindo ao tráfego fluir pelo centro urbano, deslocando-se em linha reta, de um extremo a outro da cidade. Um empreendimento, até então inimaginável, um ponto de partida para a modernização da cidade tradicional. Além disso, os bulevares eliminaram bairros de habitações miseráveis, abrindo espaços para a expansão de negócios locais, dentro de um sistema de planejamento urbano que incluía mercados centrais, pontes, esgotos, fornecimento de água, uma grande rede de parques, a Ópera e outros monumentos culturais. Esse planejamento urbanístico gerou emprego para milhares de trabalhadores. Era o início da urbanização em grande escala, exercendo um fascínio em seus moradores, pois franqueou a cidade, pela primeira vez em sua história, a todos.

(72) O Projeto Hausmann (1890) foi consagrado como modelo de urbanismo moderno, e, logo, passou a ser reproduzido em cidades de crescimento emergente em todos os lugares do mundo. Para os casais, o café no bulevar criou um espaço privado em público, na rua, onde era permitida a dedicação à própria intimidade, sem que estivessem fisicamente a sós. O exibicionismo amoroso, propiciado pelos cafés nos bulevares, tornaria Paris mundialmente famosa. Nesse ambiente a realidade tornava-se mágica e sonhadora, a alegria brotando diretamente da modernização do espaço público urbano. (...) *Baudelaire nos mostra um novo mundo, privado e público, no instante exato em que esse surge. Desse momento em diante, o bulevar será tão importante como a alcova na consecução do amor moderno* (Berman, 1992:148).

(73) A modernização da cidade trouxe novos sonhos, novos desejos junto da vontade de ocupar o espaço público em todos os sentidos. Os sonhos das

mulheres, até então restritos ao espaço doméstico, transformavam-se, gerando conflitos, exigindo mudanças, trazendo novas complicações.

(74) No poema — “no meio do sonho” — uma cena reprimida se interpõe, uma nova descoberta: ao lado do brilho estão os detritos, (...) *um novo bulevar, ainda cheio de entulho*. Ao lado do brilho os entulhos, as ruínas dos velhos bairros pobres. Os pobres, a família de farrapos, saem detrás dos entulhos, colocando-se no centro da cena. Eles também querem um lugar na luz. Os bulevares permitiram também à família de pobres caminhar através da cidade. À medida que vêm, também são vistos. Sob a luz ofuscante da rua, não há como escapar do olhar. A luz ilumina os *detritos*, iluminando a vida sombria das pessoas.

(75) Engels, no panfleto “Contribuição ao problema da habitação”, de 1872, comentando o modelo de urbanização de Haussmann, reafirma que o resultado é o mesmo em toda parte, (...) *os becos e alamedas mais comprometedoras desaparecem, para dar lugar à autoglorificação da burguesia como crédito de seu tremendo sucesso – mas reaparecem logo adiante, muitas vezes no bairro adjacente* (Marx e Engels; apud Berman, 1992:149). Mal-sucedida a metáfora da modernidade, restam seus detritos metonímicos.

(76) Junto da luz ofuscante, caminha a sombra da cidade. Com os bulevares a miséria, que era um mistério, aquém do olhar público, passa a ser um fato. Como os amantes poderiam olhar os pobres em farrapos, considerando que a sua felicidade pessoal surge como um privilégio de classe? A poética de Baudelaire expressa um outro dado da cidade moderna, a manifestação das divisões de classe implicando em divisões subjetivas no cidadão moderno. O bulevar força os cidadãos a uma reação política.

(77) Berman alude, na cena da família de olhos, ao abismo entre o progresso/riqueza e a pobreza, evidenciando o confronto das diferenças de classe. A pobreza olha a riqueza e vê aquilo que não pode ter. O que a pobreza ainda não sabe, é que o espaço do café recém-criado, pela primeira vez, dá a ela visibilidade. Os olhos da família de pobres, no café, provocam em seus freqüentadores reações antagônicas: de um lado, o sentimento (burguês) pela

igualdade de condições, o (nobre) sofrimento pelos “despossuídos” e, de outro, uma reação (porque atitude irrefletida) frente à ameaça de não poder usufruir das belezas da modernidade. Daí é que surge o desejo (desprezível) de negar as relações com os pobres, de colocá-los fora da visão e do espírito moderno. A cena mostra como atuam as contradições da época e como estas ressoam na subjetividade do homem nas ruas. A resposta do homem no café, sentindo-se culpado em meio à felicidade, (...) *irmanado àqueles que a podem ver, porém não podem desfrutar dela, sentimentalmente deseja torná-los parte da família* (Berman 1992:149) incrementará a posição política da esquerda liberal, enquanto a fala da mulher — naquele instante — expressaria a posição da direita (...) *nós temos algo que eles querem; logo é melhor chamar alguém que tenha poder de nos tornar livres deles* (Berman, 1992:149).

(78) Há, no primeiro plano da fala, uma radical oposição ideológica e política, que passou a ser concretizada nos anos subseqüentes. Porém, em outro plano, a divisão não acontece só entre o narrador e a amada, mas dentro do próprio homem. Como comenta Berman, talvez ele também tenha odiado essa mulher, porque os olhos dela revelaram uma parte de si mesmo que ele se recusava a enfrentar. Não há como abrigar os pobres dentro de uma família, e nem se livrar deles por muito tempo. Os bulevares trouxeram à luz feridas — sociais e pessoais — que permanecem sem solução, desde há muito tempo.

(79) A modernização da cidade estimulou, nos homens e mulheres, o desejo de conquistar o espaço público. As luzes da cidade mostraram feridas que até então estavam restritas à esfera privada, em casa, na família¹⁹. Seguindo um outro plano metafórico, do que está presente e não é dito: as mulheres da família de olhos não saíram para caminhar na rua, ainda que com uma criança de colo, sua presença esta implícita em sua ausência (...) *o pobre homem servindo de ama, fazia os filhos respirarem o ar da noite*, referindo-se dessa forma à ausência da mulher naquele passeio mágico. Mulher excluída duplamente, por ser pobre e por ser mulher? Será essa exclusão (a da mulher que não é pobre) uma razão para a aparentemente cruel reação da amada?

(80) A família de olhos evidencia, para além da diferença de classes, as

¹⁹ A suspensão relativa entre privado e o público.

diferenças com relação ao papel da mulher na sociedade e na família. Ela, a amada, embora extasiada com as transformações do espaço público, ainda assim intuía que ali não havia lugar para ela? Após passar o dia sonhando com as juras de um amor que a completasse (...) *duas almas (...) não seriam mais que uma só* ela desejou participar de outros sonhos, (...) *sentar-se diante do café novo, na esquina de um novo bulevar*, das transformações que se iniciavam no cenário da cidade. Os olhos escancarados em diferentes matizes, entretanto, escancaravam (inclusive) a exclusão da mulher.

- (81) A exclusão exaustivamente combatida pelas mulheres que aderiram ao movimento feminino e feminista no tão próximo século XX. Futura resposta à reação da mulher no bulevar, defensiva, antecipatória dos conflitos femininos que dariam, em breve, a mola da criação clínica e teórica da Psicanálise por Freud (...) *que gente insuportável. Você não poderia pedir ao dono do café que os afastasse daqui?* “Cena moderna primordial”, da exclusão, da cisão subjetiva, da repressão, datada (e descrita) por Freud como uma estrutura histórica. No poema, o narrador-homem dá a si próprio a permissão para expressar a sua experiência na cena. À mulher-narrada é reservado o papel passivo, o lugar da frieza e do capricho. Da incomunicabilidade entre si e o seu desejo, entre ela, mulher, e ele, o homem.
- (82) A medicina herda da religião o papel de guardião da exclusão e encobrimento dos detritos, fazendo do corpo uma entidade que passa a ser cindida e coisificada. O pensamento biomédico (Cardaci e Alvarez, 1980) do final do século XIX proporcionou duas visões distintas das mulheres, a fim de atender ao contexto sócio-cultural que se delineava: uma perspectiva para as mulheres burguesas. Essas, que eram vistas e conseqüentemente percebidas por si mesmas como enfermas, muitas vezes inválidas ou demasiadamente frágeis para conquistar o espaço público. Mas nem por isso, elas deixavam de aspirar a um estilo de vida livre e autônomo.
- (83) E uma outra visão, para as mulheres da classe trabalhadora. Essas, foram consideradas, pelo modelo médico da época, como pessoas sadias e robustas por definição.(Enrenreich e English, 1976/1980), dedicando-se decididamente ao

trabalho, embora suas precárias condições de vida. As mulheres pobres, operárias, mais vulneráveis a infecções e doenças contagiosas devido a péssimas condições sanitárias, quando adoeciam –com alta frequência –eram excluídas e discriminadas como perigosas (contagiosas).

(84) A visão médica era a expressão da ideologia de um corpo racionalizado e objetivado. A noção de corpo saudável, útil, disciplinado no trabalho, fortalecia-se com o auxílio do modelo médico, enquanto se elaborava a construção da “fragilidade” do corpo feminino (Foucault, 1982; Cardaci e Alvarez, 1980; Enrenreich e English, 1976/1980).

(85) A contribuição do modelo médico (de saúde) para a contínua construção do corpo disciplinado e saudável no trabalho é claramente demonstrada em um episódio ocorrido, recentemente (1996), com uma pessoa portadora de DORT's, envolvendo seu psicoterapeuta, seu médico e o gerente da empresa em que trabalhava: estamos frente à transcendência da cena baudelairiana:

(86) Karen é uma mulher de 35 anos, afastada do trabalho durante aproximadamente dois anos devido ao diagnóstico de DORT's. Finalmente recuperada, retorna ao trabalho, colocada em função diferente daquela que exercia antes do seu adoecimento. Funcionária dedicada, empenhando-se no sucesso de seu processo de readaptação à empresa, depois de alguns meses, volta a ser elogiada por seu desempenho profissional, cumprindo com destaque as metas de produtividade de seu novo setor de trabalho. Neste contexto, a política da empresa é alterada, o objetivo é o de aumentar os lucros, “enxugando” o que a administração considerasse “desperdício”. Novas diretrizes funcionais da máquina produtiva são implantadas, coagindo cada funcionário ao incremento de sua produtividade, com a finalidade de diminuir o número de pessoas em cada setor da empresa. A óbvia estratégia é aquela de, no futuro, transferir funcionários para o escritório da empresa em outro Estado e/ou demitir funcionários “excedentes”.

(87) As novas diretrizes, associadas à probabilidade de futura exclusão, acabaram por instalar no corpo de funcionários da empresa um clima de angústia e ansiedade, provocando em todos grande sofrimento psíquico, manifestado

individualmente em variadas formas e criando estratégias defensivas frente às novas exigências físicas e psíquicas impostas pela organização de trabalho na empresa. Nessa contingência, Karen passa a sentir uma dor muito intensa durante o horário de trabalho, reiniciando-se um processo inflamatório na região afetada pelos DORT's, mesmo sem estar, naquele momento, executando atividades com predomínio de esforço repetitivo. O processo agudo de dor e sofrimento, vivenciado por esta funcionária, é prontamente pontuado durante o tratamento analítico, e detectado no exame clínico, realizado pelo seu médico. Ambos, médico e psicoterapeuta, enviam à empresa laudos técnicos, solicitando o afastamento de Karen de suas atividades laborativas por alguns dias, com a finalidade de prevenir um agravamento do seu quadro de DORT's.

(88) Estas intervenções repercutiram na empresa de forma inusitada. O gerente, recusando-se a aceitar a avaliação dos profissionais envolvidos, telefona a cada um deles questionando os pareceres emitidos. Mostrando-se indignado com a manutenção do parecer de ambos, ele diz à psicoterapeuta: (...) *se ela estava doente, voltando ao trabalho sem estar completamente curada, não devia estar trabalhando, devia ficar afastada até estar totalmente saudável para o trabalho*²⁰

(89) A configuração das causas relacionadas ao trabalho do quadro agudo de dor, bem como as suas expressões no corpo, através do início de um processo inflamatório, demonstraram-se insuportáveis para esse gerente, já que colocava em evidência os “detritos” que acompanhavam as novas diretrizes da empresa. Naquele momento e naquele contexto, a reincidência dos DORT's em Karen dizia que existem pessoas, sujeitos, com corpos que sofrem e adoecem no trabalho. Finalmente, a doença foi vista pelo gerente como indisciplina a ser corrigida e solucionada pelos profissionais de saúde.

(90) Cem anos antes, o diagnóstico epidêmico de histeria denunciava outras ocorrências, também expressadas através do corpo.

Com la histeria se llevó el culto de la invalidez femenina a su conclusión lógica. La sociedad había condenado a las mujeres de dinero a una vida de encierro e inactividad, y la medicina había justificado esta actitud arguyendo que las mujeres eran sujetos enfermos innatos. Com la epidemia de histeria,

²⁰ Conforme registros de casos clínicos.

las mujeres aceptaban su papel de “enfermas” pero mismo tiempo estaban rebelándose contra esse intolerable rol social. La enfermedad, que habia sido una forma de vida se transformaba en rebelión y los tratamientos médicos, que siempre habían tenido contenido coercitivo, comenzaban a manifestar-se como franca y abiertamente represivos (Enrenreich e English; 1976/1980:53).

(91) A epidemia de histeria do final do século XIX, devido ao grande número de casos, mais do que um “sintoma feminino”, a solicitar um competente manejo médico, constituiu-se como uma metáfora histórico-sócio-cultural, a exigir, em seu tratamento, uma aproximação profissional diferenciada na relação com o discurso feminino.

(92) Os obstáculos epistemológicos à compreensão do humano, originários de uma tradição racionalista na ciência do século XIX, serão ultrapassados, no século XX, pelo surgimento do humanismo nas ciências, influenciado pelas idéias de pensadores como Kierkegaard, Nietzsche, Buber, Husserl e sua proposta de uma Filosofia Moderna, voltada para uma “retomada da ontologia do ser”. Às Ciências Humanas, então foi possível demonstrar que os fenômenos humanos são dotados de sentido e significação, são históricos e possuem “leis próprias” (Chauí, 1999). Como fez a Psicanálise em relação às “patologias psíquicas” tratadas pela medicina.

Cena do ritmo do tráfego moderno: a perda do halo

(93) Assim como Marx, Baudelaire considerava a dessacralização uma das principais e das mais peculiares experiências da vida moderna. Marx localiza essa experiência no contexto histórico mundial:

A burguesia despiu toda atividade humana até aqui honrada e encarada com reverente respeito. Transformou o médico, o advogado, o padre, o poeta, o homem de ciência em seus trabalhadores assalariados (Marx, O Manifesto Comunista; apud Berman, 1992:152).

(94) Baudelaire, por sua vez, mostra como a experiência de dessacralização pode ser subjetivamente vivida. O poema “A Perda do Halo”, também ambientado no bulevar parisiense, revela a confrontação que o ambiente impõe ao sujeito, através de um diálogo entre o poeta e um homem comum, a ser

estabelecido em um lugar sinistro, de “má reputação”.

A Perda do Halo (Spleen de Paris, nº 46)

— Mas o quê! Você por aqui, meu caro? Você em tão mau lugar! Você, o bebedor de quintessências! Você comedor de ambrosia? Francamente, é de surpreender!

— Meu caro, você bem conhece meu pavor dos cavalos e das carruagens (carros). Ainda há pouco, quando atravessava a toda pressa o bulevar (avenida), saltitando na lama, através desse caos movediço onde a morte surge a galope de todos os lados a um só tempo, a minha auréola (halo), num movimento precipitado, escorregou-me da cabeça e caiu no lodo do macadame. Não tive coragem de apanhá-la. Julguei menos desagradável perder as minhas insígnias do que ter os ossos rebentados. De resto, disse com meus botões, há males que vem para o bem. Agora, posso passear incógnito, praticar ações vis, e entregar-me à crápula, como os simples mortais. E aqui estou igualzinho a você, como está vendo!

— Você deveria ao menos pôr um anúncio, ou comunicar ao comissário.

— Ah! não. Estou bem assim. Só você me reconheceu. Aliás, a dignidade me entedia. Depois, alegre-me pensar que talvez algum mau poeta encontre a auréola(o halo) e com ela impudentemente (desavergonhadamente) se adorne. Fazer alguém feliz, que prazer! E sobretudo um feliz que me fará rir! Pense no X., ou no Z.! Como será engraçado! (Baudelaire, Pequenos Poemas em Prosa, 1868/1977:112).

- (95) A força que arranca o halo do herói-poeta, conduzindo-o a um novo estado mental, é a força do tráfego moderno. Avenidas amplas e retas, formando vias expressas para o tráfego rápido e pesado, que virão a caracterizar as vias urbanas do século XX. A vida urbana torna-se mais arriscada, a metáfora do homem moderno é a do pedestre sozinho, lançado no turbilhão do tráfego, lutando contra um aglomerado de massa e energia. O tráfego intenso do bulevar não conhece fronteiras espaciais e temporais, impondo seu ritmo ao ritmo das pessoas. Imposta também a racionalidade, com o objetivo de incrementar o adequado aproveitamento do tempo, maior produção, a aplicação correta da funcionalidade, e o incremento do fluxo entre coisas e pessoas, não considerando quaisquer tipos de obstáculos na condução desses objetivos, acabou por conduzir o sistema social ao caos, de forma que os espaços sociais tornaram-se, quem sabe por um caminho irreversível, espiritualmente mortos.

- (96) O macadame²¹, tal qual a racionalidade moderna, é a concretude do símbolo que pavimenta a todos, homens e mulheres em diferentes profissões, como dentistas, professores, bancários, operários da linha de produção. Todos são arrastados pelo ritmo e pela força do tráfego moderno, transformando-se em pessoas comuns, anônimas, a mercê dos infortúnios capitalistas. Apesar do persistente trabalho de Freud, no início do século, pela desmistificação da crença em uma racionalidade pura (consciência), foi nessa racionalidade que se colocou a *polis*.
- (97) O achatamento – o tráfego sobre o asfalto — da paisagem urbana produziu um achatamento do pensamento social. Berman analisa o pensamento construído sobre a vida moderna, pela via de dois pólos antagônicos. De um lado, a racionalidade que acredita que todas as dissonâncias sociais e pessoais da vida moderna podem ser resolvidas por meios de desenvolvimento de tecnologia e por meios administrativos (Marinetti, Le Corbusier, Taylor, Ford). De outro lado, a visão niilista do desespero cultural, onde tudo que é moderno está destinado a produzir escravização e horror.
- (98) Ao contrário disso, Baudelaire, apesar da sua perplexidade em relação à situação de anomia do homem moderno, insiste em acreditar que é a partir do lodo que poderá brotar o novo. Assim esse poeta, em sintonia com as vivências dessa época e suas contradições, coloca-se como um modernista imerso nesse lodaçal, incitando-nos à criação de um modernismo revolucionário.
- (99) Ao lado dessa racionalidade científica e funcional, destaca-se um dos maiores arquitetos da modernização, Le Corbusier²², que propõe, como resultado do processo da cidade funcional moderna, a inteira identificação com “as forças do tráfego” da cidade moderna, por seus habitantes. *Agora, em vez de sentir-se ameaçado, ele se sente imerso, crente, participante. O homem na rua se incorpora ao novo poder, tornando-se o homem do carro* (Le Corbusier; apud Berman, 1992:161).

²¹ **Macadame**: palavra inglesa derivada de Jonh McAdam, de Glasgow, inventor setecentista da moderna superfície de pavimentação (Berman, 1986/1992:156).

²² Arquiteto francês, **Le Corbusier**, um verdadeiro modernista, desenvolveu projeto sob o tema *A cidade funcional*, publicando seus resultados, pela primeira vez em 1941, com o título *A carta de Atenas*, onde fazia reflexões sob os temas urbanos da modernidade.

(100) Seguindo a mesma perspectiva do efeito da “perda do halo”, tanto os homens quanto as mulheres, estranhos à nova configuração do trabalho, advindos do processo de modernização do século XX, tornam-se trabalhadores cada vez mais rápidos, eficientes, verdadeiras máquinas de produzir, ou melhor, engrenagens perfeitas da máquina de produção. Le Corbusier defende, como saída para a anomia do homem moderno, a identificação com os ideais dessa modernidade: a incorporação em si do novo poder da máquina, buscando a diferença pela exacerbação do ritmo, do tráfego, do fluxo, anulando desta maneira todas as suas contradições e conflitos. A idéia funcionalista daquele que se autointitulava como o “Arquiteto do Mundo” era “reformatar” a sociedade, reformando os seus espaços de circulação.

(101) A neurose como fato social já é descrita por Freud (1929/1980) em sua obra “O mal estar da civilização”.

(...) Existe uma questão que dificilmente posso evitar. Se o desenvolvimento da civilização possui tal... similaridade com o desenvolvimento do indivíduo (...) não se justificaria chegarmos ao diagnóstico de que (...) alguns períodos das civilizações – possivelmente toda a humanidade – tornaram-se neuróticos? Uma dissecação analítica de tais neuroses poderia conduzir a recomendações terapêuticas que atrairiam um grande interesse prático (Freud, 1980, V. XXI).

(102) Com o surgimento da filosofia moderna, ocorre uma radical modificação de paradigma: pode-se duvidar da existência do mundo, da existência de Deus, mas não se pode perder a certeza do *cogito*, da consciência, ficando a subjetividade identificada com a consciência (Aguiar; 2000; Garcia-Roza, 1995).

(103) Com o conceito de inconsciente (Freud, 1900) a Psicanálise destrona a razão e a consciência do lugar sagrado onde se encontravam até então. A noção de inconsciente implica numa clivagem (divisão) da subjetividade que, deixando de ser identificada somente com a consciência, se liberta do domínio exclusivo da razão. A razão consistiria em um efeito de superfície entre os sistemas consciente e inconsciente, que dominam o psiquismo. A partir desta elaboração sobre a subjetividade, a Psicanálise se consolida como uma teoria e uma prática

que buscam falar do homem enquanto ser singular. No lugar *de sujeito da verdade* a Psicanálise – que não é filosofia — vai se ocupar *da verdade do sujeito*, privilegiando o lugar do desejo²³, subvertendo o cartesianismo e a racionalidade pura operatória. Ainda assim, enquanto sistema teórico, nem mesmo a Psicanálise escapa da sedução de querer outorgar ao psiquismo e ao inconsciente uma lógica, uma racionalidade até certo ponto funcional.

(104) Lacan (1998) introduz o termo sujeito (da filosofia) na psicanálise, ao compreendê-lo como dividido, que o conduz a uma fenda entre o dizer e o ser, entre o sujeito do enunciado (onde eu falo/consciente) e o sujeito da enunciação (onde sou falado/inconsciente). Ele não é sujeito no inconsciente, ele é pulsação, “está na fenda”, onde existe uma abertura em que algo de não-sabido, de inconsciente, é apreendido pela consciência, fechando-se no mesmo instante em que se abre. O sujeito do inconsciente não é substancial, é falta em-ser, é um eclipse que se manifesta no equívoco. Para ter sentido, para dizer quem ele é, ao longo da sua vida o sujeito vai buscar, movido pelo desejo, identificar-se a traços (significantes) que vem do Outro, ofertados pela cultura.

(105) Retomando. Como afirmou Freud (1980, V. XIII e XXI) a civilização se constrói através da proibição, da lei que organiza o social. Nesse pacto social, o sujeito renuncia à busca da satisfação impulsiva sem limites, substituindo-a por satisfações ofertadas pela cultura. Do valor dos substitutos oferecidos aos membros da coletividade depende o sucesso do processo de socialização. Não podemos esquecer que o desejo vai estar sempre presente e articulando-se ao fazer humano. A negação da subjetividade articulada ao desejo, nas cidades, nos locais de trabalho, na vida dos cidadãos, constitui, através de seus efeitos (como os DORT's), uma das grandes feridas narcísicas ou um dos *detritos* que a presente vida em sociedade tem que dar conta.

²³ O termo **desejo** é utilizado na teoria do inconsciente, para designar a propensão a realização ou a satisfação de um anseio inconsciente (Freud, vol VII, 1980). Lacan, ao conceituar a idéia de desejo em Psicanálise, a partir da tradição filosófica, estabelece um elo entre o desejo baseado no reconhecimento (ou o desejo do outro) e o desejo inconsciente (realização no sentido freudiano). Lacan diferencia, mais do que Freud o fizera, o desejo da necessidade. Na concepção lacaniana, o desejo é o desejo de um desejo, é a hiância entre a necessidade e a demanda expressada através de significantes (Roudinesco & Plon, 1998).

A psicanálise é criada pelo conhecimento de um cidadão de Viena chamado Sigmund Freud. Um conhecimento que, inexplicavelmente, não se refletiu como *praxis* da cidade, já que, nesse momento, sua cidade e todas as inúmeras outras que surgiram de lá até aqui, se dissolveram e se planejaram sem considerar um lugar – geográfico e simbólico – para essa nova subjetividade (Stucchi, 1996:4).

- (106) A psicanálise demonstrou que o corpo e o ambiente são continuamente construídos e apreendidos pela subjetividade, já que a atividade humana, por excelência, é uma atividade simbólica, implicando na criação de sentidos. A subjetividade, invariavelmente, é intersubjetividade, pois é construída na relação com o Outro, na cultura. Nunca é demais lembrar: o desejo é o desejo de um outro. “Na saúde e na doença”, conclui-se, é do humano significar.

*Quando nasci um anjo esbelto,
desses que trocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou tão feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
- dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou.*

Adélia Prado, 1976



Lucien Freud, *Last portrait*, 1975

DOR NO CORPO, DOR DA ALMA

Na passagem dos séculos XX/XXI, os DORT's

(107) Segundo Arendt (1991), os ideais do *homo faber*, fabricante do mundo, que são a permanência, a durabilidade, a estabilidade, foram sacrificados, durante o curso da História, em benefício da abundância, que é o ideal do *animal laborans*. No contexto da vida do *animal laborans*, as coisas são definidas não mais pelo seu valor de uso, mas pelo seu valor de troca, daí derivando suas características de obsolescência e domínio do produto descartável. No cenário em que todo o processo de produção da vida moderna é organizado para continuar cada vez mais lucrativo, tudo que é produzido – desde as roupas que usamos, aos homens e mulheres que operam as máquinas que as fabricam –, é feito e organizado para ser rapidamente reciclado ou substituído.

(108) Por isso, a uniformidade predominante na sociedade do *labor* e do consumo, tem íntima relação com a experiência corporal de trabalhar em conjunto, quando o ritmo agrupa de tal forma os trabalhadores, que cada um passa a sentir-se como simples membro do grupo, e não mais como indivíduo. Essas condições — que aparentemente poderiam atenuar o esforço e a fadiga, fazendo o processo do *labor* funcionar de modo regular e tranquilo –, são exatamente aquelas nas quais o indivíduo pode perder a sua identidade. Esse trágico contexto da condição do homem no trabalho moderno, na reflexão de Arendt, explica-se no fato de que:

(...) O trabalho, portanto, talvez seja um modo apolítico de vida, mas certamente não é antipolítico. Este último é precisamente o caso do *labor*, atividade na qual o homem não convive com o mundo nem com os outros: está a sós com o seu corpo, ante a pura necessidade de manter-se vivo. É verdade que vive também na presença e na companhia de outros, mas essa convivência não possui nenhuma característica da verdadeira pluralidade, [essa condição] que é decididamente política (1991:224).

(109) Cem anos antes de Hannah Arendt, o tema de fundo da história da modernidade já era profunda e extensamente discutido em seus conflitos e horrores, em seus inescapáveis conflitos e embates internos, através de uma

presença de peso. Karl Marx serve como fonte fundamental e ponto de referência, inclusive para o trabalho dos seus opositores quando, em seu estilo reconhecidamente grandioso, declara:

Em nossos dias, tudo parece impregnado do seu contrário. O maquinário, dotado do maravilhoso poder de amenizar e aperfeiçoar o trabalho humano, só faz, como se observa, sacrificá-lo e sobrecarregá-lo. As mais avançadas fontes de saúde, graças a uma misteriosa distorção, tornam-se fontes de penúria. As conquistas da arte parecem ter sido conseguidas com a perda do caráter. Na mesma instância que a humanidade domina a natureza, o homem parece escravizar-se a outros homens ou a sua própria infâmia. Até a pura luz da ciência parece incapaz de brilhar senão no escuro pano de fundo da ignorância. Todas as invenções e progressos parecem dotar de vida intelectual as forças materiais, estupidificando a vida humana ao nível da força material. (...) Tudo que é sólido desmancha no ar, tudo que é sagrado é profanado, e os homens finalmente são levados a enfrentar (...) as verdadeiras condições de suas vidas e suas relações com seus companheiros humanos (Marx, 1856; apud Berman, 1992:19-20).²⁴

- (110) Essa visão do “desmantelamento”, característica do turbilhão das aceleradas transformações que caracterizam a vida moderna, coloca o ser humano no centro das profundas contradições dessa época, à mercê, invariavelmente, da própria “sorte”. Em tempos modernos²⁵, a experiência da vida se faz sentir de forma particularmente significativa, quando sob o olhar daqueles que, como Marx ou Arendt (entre outros), parecem ter antecipado o futuro da sociedade ocidental, nossa realidade no presente.

Um pouco da história dos DORT's

- (111) O avanço tecnológico dos países industrializados, favorável ao acelerado desenvolvimento da medicina e dos seus procedimentos em diagnóstico de um lado, e a popularização dos sintomas dos DORT's²⁶ no cotidiano da classe trabalhadora, por outro, acabaram por revelar seu aspecto epidêmico, que

²⁴ Optou-se pela tradução dos textos originais de Marx feita por Berman, em razão da discussão diferenciada sobre o fenômeno da modernidade a partir de uma releitura humanista de Marx, Nietzsche, Goethe e Baudelaire.

²⁵ Alusão ao filme do cineasta e ator inglês Charles Chaplin (1889-1977).

²⁶ O *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) classifica os DORTs entre os dez mais significativos problemas de saúde ocupacional nos EUA, correspondendo à metade das doenças ocupacionais notificadas (Wünsch Filho, 1997). Segundo dados do *United States of Labour Statistics*, em 1981 registraram-se 22.600 casos (18% das doenças ocupacionais), ao passo que em 1994 foram 332.000 casos, representando 65% das doenças ocupacionais naquele país.

atingem as pessoas no auge da sua capacidade produtiva – entre 25 e 45 anos de idade –, disseminando-se entre os mais diferentes ramos da atividade produtiva. A cronicidade e a irreversibilidade de grande parte dos casos de DORT's são um agravante nesta situação de evidente relevância social (Wünsch Filho, 1997).

- (112) Segundo as Normas Técnicas do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (MPS,1997), os DORT's se constituem como um conjunto de afecções de músculos, tendões, sinóvias, articulações, vasos e nervos que atingem, principalmente, os membros superiores, os ombros e a região cervical, em pessoas expostas à sobrecarga de trabalho, cujo resultado são as lesões por esforço repetitivo. Esta patologia apresenta um quadro de dor difusa e de difícil diagnóstico, devido aos aspectos essencialmente subjetivos do sintoma dor. Da etiopatologia dos DORT's participam a sobrecarga músculo-esquelética e a sobrecarga mental²⁷. Entre os riscos ocupacionais da síndrome estão os fatores ergonômicos, organizacionais e psicossociais. Como fatores de risco individuais, colocam-se: características biológicas (maior incidência de casos entre as mulheres), antecedentes mórbidos, traços de personalidade, aspectos emocionais e hábitos de conduta. (...) *Um aspecto importante para um correto diagnóstico é o estabelecimento do nexo causal entre os sintomas e a atividade laborativa exercida pela pessoa* (MPS, 1987).

²⁷ No conceito de (sobre) **carga mental** há uma mistura de fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica: variáveis psicossensoriais, sensório-motoras, cognitivas-perceptivas etc., além de fenômenos de ordem psicológica, psicossociológica, ou mesmo sociológicas: variáveis de comportamento, de caráter, psicopatológica, motivacionais etc. (Guelaud, Beauchesne, Gautrat et al, 1975 in: Dejours, 1994:22).

Os DORT's, a dor

(113) Um sinal de que a pessoa, provavelmente, adoeceu, é a dificuldade apresentada no desempenho das suas atividades habituais no cotidiano. Tais dificuldades estão diretamente relacionadas à dor e à redução da força muscular, reconhecidas como fadiga. Por outro lado, a queda de produtividade no trabalho, ocorre de forma progressiva, mantendo-se a pessoa em atividade, freqüentemente, pela ingestão de analgésicos com a finalidade de combater a dor. É nesse quadro que poderá ocorrer uma incapacidade laborativa temporária e a possibilidade da evolução desta dor para uma síndrome dolorosa crônica agravada, ainda, por manifestações depressivas, decorrentes dos fatores psíquicos contidos na síndrome.

(114) A ausência de procedimentos médicos padronizados que, nas fases iniciais da doença, possibilitem uma visão clínica preventiva, levam a uma situação em que o diagnóstico se estabelece, apenas, pela identificação de uma evidente manifestação física de algum dentre os sintomas dos DORT's. Neste momento, os mecanismos presentes na geração, manifestação e cronicidade da patologia já estarão operando – no sentido circular – ficando dificultada, por esse motivo, a análise do processo de adoecimento. A compreensão e a análise da interação dos fatores envolvidos no processo de adoecimento dos DORT's, nas diversas áreas do conhecimento, seriam fundamentais, portanto, para a instrumentalização teórica e clínica de um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, para a implantação de intervenções preventivas eficazes.

Os DORT's, o desencontro

(115) Uma das características relevantes dos DORT's é a sua invisibilidade²⁸. A princípio, a dor aparece imediatamente após uma jornada de trabalho, ou então à noite, sendo percebida por quem a sente como coisa banal, sem

²⁸ **Invisibilidade:** No modelo médico tradicional (Vertheim e Gomes, 1999), o processo de adoecimento ou incapacitação para o trabalho pertence à pessoa e não às condições de sua efetivação, mascarando a separação entre trabalhador doente e trabalho que adoece. Quando os procedimentos médicos tornam visível o corpo doente, o estar doente é incompatível com o “corpo saudável” no trabalho. O trabalhador deixa de ser visto dentro do referencial coletivo, para ser visto no individual. A visibilidade da doença afasta-o então da concepção do institucional e, conseqüentemente, do nexos que indicaria a relação entre doença e trabalho.

importância. Por outro lado, o *outro* – aquele que não sofre a dor – comumente tem muita dificuldade para compreender ou até mesmo para acreditar na existência de uma doença: acaba, muitas vezes, pensando que está frente a uma farsa²⁹.

- (116) O paradoxo está em que, à medida que a síndrome se agrava, o doente vê a sua dor negada pelas pessoas da sua convivência. Esta situação vem acompanhada por reações de caráter afetivo – decorrentes da dor intermitente, primeiro, e depois, da desvalorização que o outro dela faz – que se manifestam no doente como irritação, raiva, medo, culpa. Afinal, a “prova” mais concreta da existência de um quadro de DORT’s, é o próprio doente, que passa pela experiência da progressão da dor e do próprio processo de adoecer. São características dos estágios de progressão dos DORT’s:

Estágio 1: (...) sensação de peso ou desconforto no membro afetado; dor localizada no membro afetado, sem irradiação nítida, geralmente leve e fugaz; piora com a jornada de trabalho; melhora com o repouso; ausência de sinais clínicos; bom prognóstico com tratamento adequado. Estágio 2: (...) dor tolerável, porém mais persistente e intensa; dor mais localizada, com formigamentos e calor; piora com a jornada de trabalho e algumas atividades domésticas; leves distúrbios de sensibilidade; redução da produtividade; prognóstico favorável. Estágio 3: (...) dor persistente, forte e pouco atenuada com repouso; dor com irradiação mais definida; redução da força muscular; perda do controle dos movimentos; alterações de sensibilidade; queda acentuada da produtividade ou impossibilidade de executar funções; prognóstico reservado. Estágio 4: (...) dor forte, contínua, irradiada para todo o segmento afetado, por vezes insuportável, que se acentua aos movimentos; perda de força e de sensibilidade; incapacidade para executar tarefas no trabalho e no domicílio; são comuns deformidades e atrofia; prognóstico sombrio (INSS, 1997; Lemos, 1999).

- (117) O paradigma de um diagnóstico apoiado em dados essencialmente médicos, que poderiam possibilitar a evidência de uma lesão, encontra uma barreira na principal queixa do paciente, vale dizer, a dor. A dificuldade de um diagnóstico precoce envolve, fundamentalmente, a disponibilidade do profissional em considerar procedentes (verdadeiras) as informações que o paciente lhe fornece sobre as particularidades da sua dor. Porque a dor associada aos DORT’s, para além da sua manifestação física/fisiológica, apresenta um

²⁹ LER é denominada de “legião dos espertos remunerados” (fala de um gerente de banco, 1991; Magalhães, 1998: 100).

quadro particularmente subjetivo, que vai tomando forma definida conforme, gradativamente, o paciente concebe, percebe e admite em si mesmo, a sua dor.

(118) A dificuldade – ou o fracasso –, no tratamento e na cura dos DORT's são atribuídos, pelos diferentes profissionais na área da saúde, a essa complexidade de fatores envolvidos no diagnóstico onde o fato psicológico, embora invariavelmente citado, resultará na categoria “não/mal compreendido”. É o desencontro que marca a relação do doente com os profissionais da saúde no contexto dos DORT's, experiência que pode resultar, para quem adoece, em sentimentos de fracasso e/ou culpa. E, em suas últimas conseqüências, ao silêncio e à acomodação do paciente dentro desse quadro doloroso.

(119) Primeiro, é o desencontro com a organização do trabalho, para quem a pessoa é um corpo útil³⁰, onde lhe é negada a sua condição de sujeito³¹. Depois, é o desencontro com o médico que, impotente perante a dificuldade de um diagnóstico preciso, não sabe o que acontece com o paciente³². Então, surge a figura do fisioterapeuta, que parece não perceber como a eterna aplicação das mesmas técnicas se mostram ineficazes em atingir a causa da dor, remetendo o paciente a uma experiência de real desamparo. Finalmente, o desencontro com o psicoterapeuta que, essencialmente motivado pelo sofrimento psíquico do paciente, acaba relevando o corpo físico e a concretude de sua dor. Os DORT's terminam, nesse contexto, por trazer a pessoa ao desencontro consigo mesma: com seus desejos, sentimentos, com os limites do seu próprio corpo, ao desencontro com todo o seu processo de construção de identidade.

(120) A especificidade do sintoma dor e a ausência de evidências orgânicas, principalmente nas fases iniciais do processo de adoecimento, processo que pode se estender por vários anos, levam à suspeita de uma sintomatologia

³⁰ Segundo Michel Foucault, é como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e dominação. Sua constituição como força de trabalho só é possível se ele estiver preso em um sistema de sujeição: *o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso* (Foucault, 1983:28).

³¹ Neste texto é utilizada a **noção de sujeito**, tal como é formulada por Lacan: como sujeito do inconsciente e do desejo (Roudinesco e Plon, 1998).

³² Comentário de um médico sobre o **diagnóstico dos DORTs**: (...) *Em alguns pacientes chegaremos a diagnósticos de lesões ao nível dos nervos periféricos (...) tendões ou sistema osteoligamentar e o tratamento, na maioria desses, proporcionará bons resultados. O grande problema é quando não chegamos a um diagnóstico anatômico da lesão, quando então devemos suspeitar de influência de fatores psicossociais* (Mattar e Azze, 1995:19).

psicogênica, que se assemelha, muitas vezes, à sintomatologia da histeria de conversão (Lucire, 1986; Codo e Almeida: 1995).

- (121) É no corpo que o sintoma aparece, é no corpo que a percepção dos diversos profissionais e a autopercepção do doente se encontram/desencontram. Corpo das manifestações biológicas e das expressões psicológicas, corpo receptor e processador de símbolos sociais e culturais. O estudo do corpo, ou dos corpos, ao evocar uma série de processos – fisiológicos, psicológicos, culturais, econômicos e sociais – constitui-se como um espaço essencialmente multidisciplinar, para o qual convergem saberes vindos das mais diversas áreas do conhecimento.

Corpo, corpo físico, corpo erógeno

- (122) Freud demonstra em seus trabalhos (1905-1919) como cada órgão do corpo adquire uma dupla função: fisiológica e erógena. Em sua obra “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, descreve os estádios sucessivos, de diferentes partes do corpo (sentidos, esfíncteres, pele...), onde, progressivamente, as funções fisiológicas vão sendo modificadas, subvertidas, para construir o que é chamado *corpo erótico*. O corpo erótico organiza-se através das pulsões³³ sexuais que se apóiam, inicialmente, nas funções vitais ou fisiológicas, em direção a um alvo. O corpo físico fornece à sexualidade suas zonas erógenas ou fontes de satisfação. Na criança, então, a boca que inicialmente teria apenas a função de nutrição, passa a servir também para sugar, morder, para obter prazer.
- (123) As primeiras experiências de satisfação (prazer) e de frustração (desprazer), constituirão as marcas da memória, que serão formadoras do aparelho psíquico (função mental), transformando a criança em um *ser desejante* (Freud, 1900, cap VII). A criança, enquanto se distancia da necessidade

³³ A **pulsão** é um conceito limite, desenvolvido por Freud (1980), entre o psíquico e o somático. A pulsão consiste em uma força ou pressão que movimenta o organismo para um alvo. Os alvos são múltiplos (pulsões parciais), com objetos variáveis e contingentes – isto é, dependentes das vicissitudes da história da pessoa –, e a sua satisfação vai mais além da obtenção do prazer. Lacan (1998) enfatiza que a pulsão nunca alcança o seu fim, satisfazendo-se no próprio movimento de busca, caracterizando-se assim o seu caráter compulsivo e repetitivo, já descrito por Freud em 1920, em “Para além do princípio do prazer”.

fisiológica, vai constituindo-se como sujeito. Torna-se a criança, neste processo, *sujeito de seu desejo*.

(124) O desenvolvimento do corpo erótico é resultado de um diálogo em torno do corpo e de suas funções fisiológicas, que se dá por intermédio da relação inicial com a mãe. A entrada na cultura e na rede de significados que esta contém, implica, no sujeito, em um distanciamento entre o corpo e a satisfação instintiva das suas necessidades fisiológicas: o corpo passa a ser simbolizado.

(125) Lacan (1998), em 1953, a partir das descobertas do inconsciente em Freud e dos conceitos da lingüística moderna, formulando sua tese do *inconsciente estruturado como uma linguagem*, enfatiza a idéia de uma ordem simbólica que estrutura a realidade inter-humana. O ser humano, ao nascer, é inserido em uma ordem simbólica pré-fixada. As necessidades biológicas “puras” ficariam para sempre perdidas, já que serão sempre demandadas (pedidas), significadas, através de significantes (ordem simbólica) que vêm do Outro (código da linguagem, cultura, pai, mãe). Apoiado no conceito freudiano do inconsciente, Lacan destaca, ainda, que a relação entre o significante e o significado é bastante fluída, atuando nessa relação o processo metafórico (condensação) e metonímico (deslocamento).

(126) O corpo passa a ser investido de significados, posto que é construído em relação ao simbólico. Nesse sentido, toda doença seria, simultaneamente, tanto psíquica como somática. O corpo biológico é alvo dos processos de somatização e o corpo erótico constitui-se como o terreno da subjetividade, com uma história de acontecimentos corporais, pessoais e coletivos, repleta de sentidos.

Corpo útil, corpo como texto cultural

(127) Autores como Norbert Elias, Marcel Mauss e, principalmente, Michel Foucault, contribuíram para colocar o corpo como um tema central na história. Para Foucault não existe, aprioristicamente, um corpo pronto: são as relações, as práticas sociais historicamente datadas que produzem, ao longo da vida, sentimentos, preferências, aparências e fisiologias. Foucault (1983) aponta que o olhar sobre o corpo, *lugar do bem e do mal*, é fundador do indivíduo, sendo possível organizar em seu entorno um discurso de estrutura científica. Corpo

este composto por dois movimentos: de um lado, como objeto de conhecimento e, de outro, como uma linguagem que fala deste conhecimento sobre o ser, realizando uma nosografia política aderente ao contexto social de sua época.

(128) A pesquisa não buscaria “o corpo”, mas as práticas, as experiências, as relações sociais que visam fortalecê-lo ou enfraquecê-lo, em cada circunstância. A historiadora Denise Sant’Anna (1998) destaca que é nas alianças entre o cotidiano e a ciência, entre a técnica e a cultura, que os ideais de saúde e de corpo eficaz, vigentes em um contexto histórico tecno-industrial, revelam-se estritamente associados às concepções e usos dos aspectos mais banais do corpo no cotidiano.

(129) Por exemplo, provavelmente pela dificuldade de um diagnóstico clínico preciso dos DORT’s, costumam os profissionais privilegiar, de uma forma particular, as características subjetivas deste processo de adoecimento, imputando ao doente a responsabilidade do adoecer:

(...) há um tom geral de discriminação moral com relação ao doente, que seria vítima de seus próprios excessos (...) a doença seria decorrência de descuidos que as pessoas teriam no cuidado de si mesmas (...) preocupações, perturbações, também levariam ao adoecimento, o que teria contrapartida no imaginário médico na nebulosa categoria do stress (Luz, 1996:25).

(130) As categorias estresse e subjetividade são “não/mal entendidas” e, além disso, apresentadas de forma a encobrir a presença de fatores ergonômicos e organizacionais. A responsabilidade do adoecer como (sendo) exclusiva da pessoa, bem como a produção da culpa, neste contexto, respondem à exigência de um corpo asséptico – sem doença e sem desejo – corroborando com a construção do já referido corpo útil: domesticado, submisso, silencioso, educado, que se apresenta saudável para o trabalho. O corpo é atravessado por significados dados pela cultura, que são subjetivados (e introjetados) pelas pessoas.

(131) Bordo (1997), comentando Foucault, preocupada com o ideal de feminilidade na contemporaneidade, realiza uma interessante reflexão sobre o corpo como texto cultural, como lugar onde se inscrevem práticas de controle social, ao mesmo tempo que ele próprio, o corpo, é agente da cultura. Bordo centra sua atenção em corpos femininos que apresentam os sintomas da histeria,

da agorafobia e da anorexia nervosa, historicamente localizados. A autora analisa essas patologias como “formações culturais”, que trazem em si a capacidade de revelar as contradições que permeiam os mecanismos construtores de comportamentos, considerados “normais” ou “desviantes” em cada época. Dessa forma, ela sustenta que o corpo vivo é treinado, moldado – obedece e responde –, tornando-se um *corpo útil* ou *corpo prático*, socialmente adaptado.

- (132) Ao mesmo tempo, observa Bordo (1997), a patologia apresenta-se como sinal de protesto: inconsciente, incipiente, contraproducente, sem recorrer à linguagem, à voz e à política, tornando possível um conluio entre o sujeito, enquanto produtor de sintomas (de modo inconsciente ou não intencional) e a sociedade. O mecanismo de produção do sujeito, neste processo, ocorreria através do investimento de significados no corpo. A tensão existente entre o significado psicológico da desordem (que pode comandar fantasias de rebelião e protesto) e a vida prática do corpo doente (que pode frustrar e subverter totalmente a rebelião e o protesto), tende a ser recortada, segundo esta autora, a partir de um enfoque demasiadamente simbólico, ou pela atenção insuficiente às práticas corporais. É necessário, então, superar a idéia de que o corpo prático seja apenas uma entidade biológica ou física, pois ele é também uma forma culturalmente mediada: suas manifestações estão sujeitas, portanto, à interpretação e à descrição pelos especialistas.

Os DORT's, deslocando o sofrimento

- (133) OS DORT's, como sintoma social de caráter epidêmico³⁴, adquirem um valor de doença antropológica, destacando o caráter metafórico e coletivo das enfermidades. Essa caracterização diz respeito não apenas ao foro pessoal e subjetivo, mas aos relacionais partilhados. A pessoa se constitui em relação ao Outro, a subjetividade implica na intersubjetividade. Os DORT's podem ser

³⁴ **Epidemia:** doença que surge rápida num lugar e acomete simultaneamente grande número de pessoas (Ferreira, 1986); repetição de padrões de adoecimento de uma população. Já, epidemiologia, é a ciência que estuda a distribuição, a determinação e os modos de expressão do processo saúde/doença, serializando e hierarquizando valores e contravalores em relação ao momento histórico e a população significativa (Codo e Almeida, 1993:217-8).

vistos como um sintoma sócio-cultural historicamente constituído e estruturado no sujeito (Sontag, 1984; Magalhães, 1998).

(134) A incapacitação para o trabalho, o “custo econômico”, bem como a dor e o sofrimento que os DORT’s representam, tanto individual quanto socialmente, colocam à prova os conhecimentos e as respostas construídas sobre a doença, justificando um questionamento sobre os efeitos subjacentes das novas formas de trabalhar propostas pela sociedade moderna.

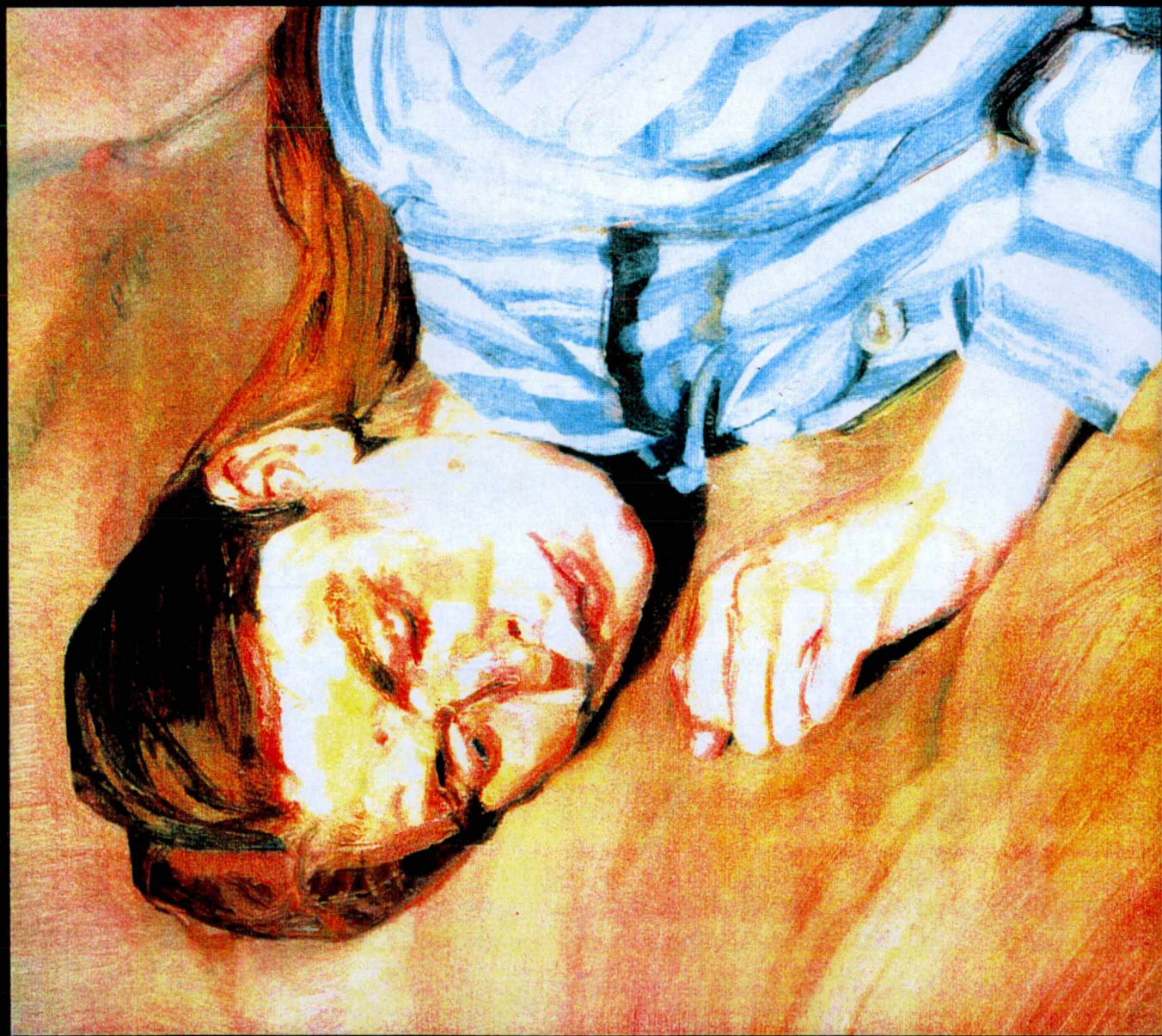
(135) Os DORT’s, assim como a AIDS e outras epidemias de características antropológicas, são verdadeiras metáforas culturais de uma época. Ao quebrar com um fenômeno “supostamente dado”, trazem significados e perguntas para a ciência e a sociedade; questionando saberes fragmentados, colocando (-nos) todos frente a sua falta, a sua incompletude. Herzlich, ao falar da epidemia da AIDS como doença antropológica, afirma:

Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira (Herzlich e Pierret, 1991:33).

(136) Ao tematizar o sofrimento no trabalho, Dejours, redefine o objeto da pesquisa em Psidinâmica do Trabalho, o sofrimento psíquico, constrói um modelo teórico abrangendo dados empíricos, de forma que possa compreender os trabalhadores como *sujeitos* do seu trabalho (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994).

(137) Para a psicanálise de Freud (1980), o comportamento humano é movido por pulsões, desejos, com conteúdos conscientes e inconscientes. O inconsciente é concebido por Freud como um sistema constituído por conteúdos recalçados, que escapam à percepção da consciência, mas que atuam em concomitância a esta, criando “uma outra cena” (inconsciente). E o sujeito (Lacan, 1998), é movido por desejos inconscientes, que buscam satisfações através de demandas (pedidos) que são, em última instância, uma demanda de amor.

Lucien Freud, *Girl in striped nightdress, 1985*



- (138) Dejours (1992), apoiado neste referencial psicanalítico, e em particular na noção da psicopatologia da vida cotidiana, descrita por Freud (1980), construiu um modelo teórico de compreensão das psicopatologias do trabalho, propondo-se a estudar os mecanismos psíquicos mobilizados pelo sofrimento, sem o pressuposto de uma morbidez de caráter, tal como percebido por Freud.
- (139) Esta psicopatologia do trabalho valoriza os aspectos psicodinâmicos do psiquismo, apontando como objeto de estudo os processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito – e sua história preexistente — com uma situação de trabalho cujas características foram fixadas à revelia da sua vontade. O aparelho psíquico estaria encarregado, primeiro, de representar e, depois, de fazer triunfar o modo de funcionamento do sujeito (gozo³⁵) e de suas aspirações (desejo), em um arranjo da “realidade” suscetível de produzir, simultaneamente, satisfações concretas e satisfações simbólicas.
- (140) As satisfações simbólicas dizem respeito ao sentido, à significação do trabalho nas suas relações com o desejo. Além disso, as questões relativas à organização do trabalho podem favorecer e manter comportamentos que não faziam parte dos hábitos do sujeito.
- (141) Para a psicodinâmica do trabalho (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994), o sofrimento torna-se patogênico quando fracassam todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento do sujeito à organização do trabalho, com o objetivo de articular o desejo e as satisfações pulsionais. A impossibilidade de adaptação promove a clivagem (dissociação) e o bloqueio (recalque) na relação subjetiva com a organização do trabalho. Como o desejo está situado entre a necessidade e a demanda (Lacan, 1998), atacado o desejo, fica ameaçado, segundo Dejours, o “regulador natural do equilíbrio psíquico e somático”. A partir da posição do desejo é possível construir uma visão clínica da relação psíquica do sujeito no trabalho: neste contexto, a organização do trabalho representa (decifra) a vontade de um Outro (Clínica do Trabalho).
- (142) É observada a relação entre o avanço das doenças ocupacionais e os processos (subjetivos) de negação do corpo doente (lembrando que o paradigma contemporâneo exige um corpo apto/saudável para o trabalho), mesmo nos

³⁵ Lacan chamou de **gozo** a satisfação pulsional, diferenciando da satisfação em busca de prazer (1998).

espaços onde o contexto organizacional oferece condições ergonomicamente adequadas³⁶. O corpo adquire papel de alvo privilegiado no estudo das condições de trabalho. O sofrimento, por sua vez, torna-se um sinalizador que coloca o trabalhador em questão, ele e o seu sintoma. Para Seligmann-Silva (1994), o estudo da subjetividade é apresentado como instrumento de saber, de conhecimento.

Um saber criado, alternativa para a produção de um saber

(143) A viabilidade de um tratamento psicoterápico para a pessoa com diagnóstico de DORT's, portanto, poderá ser dificultada por vários fatores. Em muitos casos, quando a patologia é identificada, o doente, devido aos seus sintomas, ou será obrigado a se afastar de suas atividades profissionais, ou então já não conseguirá desempenhar suas funções com eficiência. Esta situação é habitualmente vivida com muito sofrimento, sempre provocado pela dor: a dor física e a dor pela quebra de um modo de ser. Porque na pessoa, a repercussão psicológica envolvida pelo quadro da doença, leva à ansiedade, angústia, irritabilidade, depressão, sintomas esses que alteram o seu status, ou seja, alteram o seu sistema de identificações. Doente, a pessoa vê-se frente a uma limitação imposta pelo seu próprio corpo, que é sistematicamente negada durante o processo de adoecimento: pela organização onde desenvolve suas atividades de trabalho, pelas pessoas da sua convivência íntima, pelos especialistas e, por fim, por ele mesmo. Desencontro é um tema recorrente (persistente) nos quadros clínicos dos DORT's.

(144) Dentre as diversas teorias e práticas terapêuticas que tratam os aspectos psicológicos das patologias relacionadas ao trabalho, a Psicanálise, mais recentemente, segundo Dejours (1992), tem contribuído efetivamente na construção de suportes teórico-clínicos para a compreensão e análise do sofrimento mental e do prazer no trabalho (Seligmann-Silva, 1994).

³⁶ "(...) se o sentido e o valor do trabalho dependem exclusivamente das condições sociais, o problema é que nessas "melhores e modernas condições", características do sistema da divisão do trabalho, o trabalhador nada pode realizar no isolamento (...) seu esforço é apenas parte ou função do esforço de todos os trabalhadores entre os quais a tarefa é dividida (...)" (Arendt, 1991:226).

(145) Ao psicanalista, cuja formação dirige o olhar (profissional) para o paciente dentro de uma ordem simbólica e singular, poderá, em um primeiro momento, ser particularmente difícil conceder um valor significativo ao corpo físico (concreto), à situação material, profissional e social do sujeito. Estes aspectos, geralmente, são considerados somente ao reativarem impasses afetivos marcantes na história (passada) do paciente. A ocorrência desse fato poderá propiciar um novo desencontro na vida do paciente com diagnóstico de DORT's, já marcado pelos desencontros. A esse profissional é preciso assinalar que os conflitos e comportamentos, no processo de adoecimento, não pertencem, exclusivamente, ao domínio de sua estrutura psíquica e de suas reações singulares, mas também, à articulação entre o sujeito e a organização do trabalho, incluindo as condições físicas do ambiente (Dejours, 1992), onde, concretamente, se desenvolveram os DORT's.

(146) Mais do que uma experiência simbólica pessoal que se organiza sobre o processo de desenvolvimento psíquico, o paciente traz consigo, uma experiência (também simbólica), coletivamente determinada, pelo contexto de suas relações. Sua dor é concreta, tanto como são concretas a negação que faz o outro da sua dor e a angústia pela perda do seu lugar profissional. Se acontecer de o psicanalista/psicoterapeuta não poder contemplar este vínculo com um olhar que transcenda os limites da sua sala de atendimento, alcançando as circunstâncias socioculturais da vida do paciente, novo desencontro sempre poderá ocorrer. O campo de estudos dos DORT's, assim como outros sintomas da atualidade, coloca um desafio para a psicanálise e para o psicanalista, um desafio que é próprio do princípio da realidade (Freud, 1911/1980), isto é, da adaptação do aparelho psíquico às imposições e restrições da realidade externa, e da "realidade social"³⁷.

(147) Fundamental é o trabalho psicanalítico (ou psicoterapêutico), que propicie a elaboração e a tomada de consciência do processo de adoecimento, para que o doente se desloque de uma posição subjetiva de impotência, para

³⁷ Segundo Edith Sellignann-Silva (1994), a **psicanálise** tem contribuído na área do trabalho, através de sua **teoria** e de sua **técnica**, para formulações metodológicas que vêm permitindo, mais recentemente, o desenvolvimento de pesquisas com descobertas valiosas para o campo da psicopatologia do trabalho. Esse campo coloca, ao mesmo tempo, um desafio para a psicanálise, que seria a reavaliação da **realidade social** na configuração da psicopatologia.

outra posição, nova e diferenciada. É nessa nova posição, que o sujeito pode encontrar (sua) força para se relacionar com as suas dores, com a limitação, o medo, a culpa, com suas emoções, enfim, com a angústia. Com a discriminação e o preconceito. E com o medo pelo seu futuro: como as lesões somente são visíveis em casos avançados, com seqüelas físicas, o doente estará submetido à crítica própria e alheia, porque não poderá, provavelmente, exercer suas habituais funções profissionais³⁸.

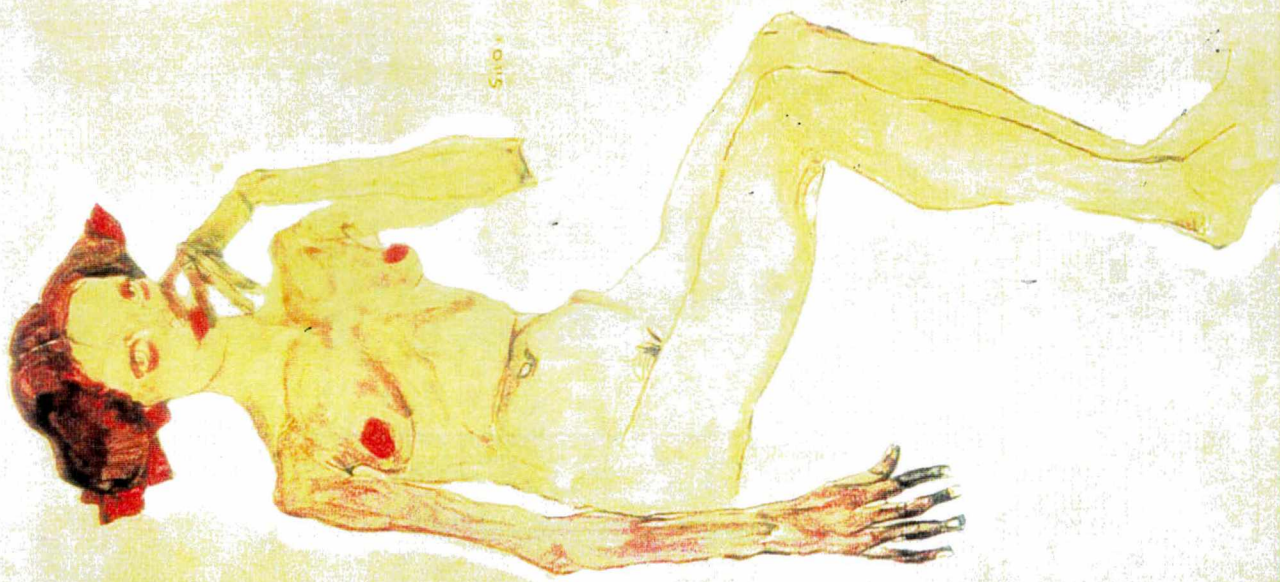
- (148) Assim é que o *setting* analítico deverá se tornar o lugar onde o doente de DORT's se libertará da sua posição de assujeitamento, onde ele se permitirá descobrir um saber sobre si próprio, sobre seu desejo, suas identificações, seu gozo, seu modo de ser. Lugar possível de lhe trazer, mais do que o significado pessoal da sua doença, inclusive e até, a possível significação da metáfora histórico-cultural contida pelos seus sintomas. Uma pessoa, finalmente, a valorar o sentido do seu sofrimento psíquico, pela apropriação e conseqüente configuração do saber contido em sua doença.

Na passagem dos séculos XIX/XX, a Histeria

- (149) Retomando. Bordo (1997), em seu texto "O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminina de Foucault", ao analisar um grupo de desordens às quais as mulheres têm sido particularmente vulneráveis, como os quadros de: histeria no final do século XIX, e de agorafobia, anorexia nervosa e bulimia, no final do século XX, mostra como o sintoma pode ser visto enquanto expressão de conflitos e sinal de protesto (inconsciente) frente aos ideais do feminino cultuados em uma época.

³⁸ Além disso, terá geralmente que arcar com as conseqüências impostas pelo adoecimento, principalmente o risco de desemprego.

Egon Schiele,
*Mulher sentada
com a perna esquerda
dobrada, 1917*



Na histeria, na agorofobia e na anorexia, o corpo da mulher pode ser visto como uma superfície na qual as construções convencionais da feminidade são expostas rigidamente ao exame, através de inscrições (...) escritas de linguagens de horrível sofrimento. É como se os corpos falassem da patologia e da violência escondidas ali na esquina (...) Talvez por isso, os sintomas cristalizados a partir da linguagem da feminidade sejam tão perfeitamente adequados para expressar os dilemas das mulheres que vivem em épocas situadas à beira de mudanças de gênero: o final do século XIX, o período após a Segunda Guerra Mundial e o final do século XX (Bordo, 1997:27- 29).

- (150) A autora está salientando a relevante significação da histeria e da anorexia, atingindo o seu ápice durante períodos históricos de reação cultural, quando habitualmente acontecem tentativas de reorganizar e redefinir os papéis masculino e feminino. Dentro desta perspectiva de análise, também podem ser incluídos os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT’s – , uma epidemia característica do final do século XX, localizada no corpo, atingindo de forma predominante, mulheres em seu contexto profissional³⁹, produzindo significações que vão além da sua manifestação física, provável metáfora a representar conflitos sociais e culturais (Magalhães, 1998; Souza e Silva, 1999). Quaisquer que sejam as condições concretas (sobrecarga física) e sociais a produzir uma patologia, os significados simbólicos serão, invariavelmente, criados de modo consciente e inconsciente, pelo sujeito. Como corpo erótico, investido de significados, pessoais, sociais, culturais. De acordo com autores como Bordo, (1997) e Poster, (1984; apud Bordo, 1997), somente investigando esse processo “criativo” do sujeito, poderemos esclarecer os mecanismos, inclusive de dominação, através dos quais o significado é produzido na vida cotidiana, tal como se vê acontecer na Histeria — passagem XIX/XX – e nos DORT’s -passagem XX/XXI.

O lugar da Histeria na História

- (151) Apesar do quadro de manifestações patológicas, característico da histeria, ter sido descrito há mais de quatro mil anos (Hipócrates), ainda hoje permanece suscitando questões e frustrando o saber médico. A manifestação

³⁹ As mulheres, ao longo do século XX, entraram no mercado de trabalho assumindo postos de trabalho com características rotineiras, repetitivas e de menor qualificação.

corporal característica da histeria, ao longo da história da civilização, já foi representação da alma animal, possessão demoníaca na Idade Média, chegando aos séculos XVIII e XIX como um quadro patológico de difícil precisão diagnóstica, confundido com a epilepsia, sem, contudo, perder seu caráter enigmático e irredutível à ação médica. O nome *histeria* tem sua origem na origem da medicina, que associava o que hoje chamamos de neuroses às doenças do aparelho genital feminino⁴⁰.

(...) a histeria passou pela consideração dos teólogos, dos moralistas, dos filósofos e dos padres da Inquisição e posteriores, e sua história é simultaneamente a história da sexualidade ocidental e, particularmente, a das vicissitudes da sexualidade feminina. Durante séculos foi considerada uma doença exclusiva de mulheres, e hoje permanece como emblemática das questões da sexualidade (...) acentuando que as questões que a histeria traz são as questões do corpo, e das formas de habitá-lo, quando a questão da sexualidade é assumida como destino humano (Ávila, 1996:27).

- (152) A histeria no século XIX, devido à impossibilidade do saber médico de absorvê-la dentro de uma lógica anátomo-patológica⁴¹, *onde o paciente deve calar-se sobre a doença que ele comporta* (Aguiar,2000:2), provocando um descrédito na medicina, foi relegada aos sanatórios, como La Salpêtrière, ou às manipulações empíricas dos clínicos, como a hipnose (Trillatt,1991; Ávila, 1996). No século XIX, no hospital francês La Salpêtrière, houve primeiro a tentativa de colocar as pessoas com histeria junto da enfermaria dos “alienados” (doentes mentais), porém as “histéricas” causaram muita perturbação e indisciplina, não se assujeitando a essa condição. No final do século XIX, os problemas da histeria passaram a ser assunto dos que tratavam doenças neurológicas, sendo as pacientes transferidas para a ala dos epiléticos. A grande dificuldade dos médicos da época era a de encontrar, nos quadros de histeria, sintomas com alterações ou lesões anatômicas ou fisiológicas, e por esse motivo, seus sintomas eram considerados, pela maioria dos especialistas, como *simulação* (farsa). O grande número de pessoas acometidas dessa doença

⁴⁰ **Histeria:** a própria raiz da palavra histeria excluía o sexo masculino: *Hysteron* é um vocábulo grego que significa útero (Jones, 1979:242).

⁴¹ **Visão anatomofisiológica:** a base de seu objeto de investigação do processo e desenvolvimento das doenças é o cadáver, tornando a medicina mais objetiva, o que acabou determinando uma clínica que despreza o que o paciente pode falar (Aguiar, 2000).

preocupava o saber médico, que chegou ao final do século como um quadro epidêmico (Trillatt, 1991). Para Roudinesco, (...) *Se o século XIX foi aquele que a ciência tentou triunfar sobre as doenças, a feiticeira, na figura da histérica, tomou sobre si as enfermidades do mundo. Ela fora terapeuta, tornou-se doente* (1989:42).

E Freud ouviu as mulheres?

(153) Apesar do grande número de pessoas sofrendo e sendo internadas em virtude de um quadro histérico, esta doença era considerada uma simulação ou uma criação da imaginação do paciente, isto é, uma farsa, em relação à qual o médico “não perderia seu tempo”. Algumas vezes eram realizadas, ainda (como no século XVIII), cirurgias para extirpação do clitóris. Outro procedimento médico habitual em tais casos era a prescrição do remédio valeriana⁴², com o intuito de que o odor desagradável dessa planta deslocasse o útero, recolocando-o no lugar (Freud, 1886/1980, vol. II; Jones, 1979).

(154) Foi nessa época que o neurologista Charcot⁴³, trabalhando no La Salpêtrière, passou a estudar os fenômenos histéricos. Este médico, ao fazer um estudo sistemático e global das manifestações histéricas, atribuindo-lhes “leis gerais”, tornou essa patologia uma entidade nosológica respeitável, mesmo que não tivesse base neurológica visível ou conhecida. Os sintomas histéricos em si mesmo podiam ser tratados e eliminados pelo emprego das idéias (hipnotismo e sugestão) desvinculando a doença dos órgãos genitais e do sexo feminino, podendo ocorrer a manifestação desses sintomas tanto em homens quanto em mulheres.

⁴² **Valeriana:** “erva de valéria” (*valeriana officinales*), nativa da Europa, de uso clássico em medicina como sedativo do sistema nervoso, provindo a droga da raiz, que contém o óleo do qual se extrai essência dotada de componentes ativos. Um remédio geral dos espasmos e moléstias histéricas (...) hipocondria histérica (...) flatulência histérica (...) remédio dos hábitos histéricos” (Cairo, 1979:637).

⁴³ **Charcot:** entre 1862 a 1870, na França, quando da sua entrada como médico no hospício Salpêtrière, criou uma nova neurologia, tornando-se catedrático em anatomia patológica. Suas aulas versavam sobre as localizações cerebrais e a epilepsia cortical. Após a criação da Cadeira de Clínica das Doenças Nervosas (1881), como seu titular, promoveu o reconhecimento da neurologia como disciplina autônoma (1882). Foi nessa ocasião, que “*interessou-se pela histeria e pelo hipnotismo e deu um novo conteúdo ao conceito de neurose*” criando a princípio uma polêmica sobre a questão da etiopatologia das neuroses. Herdeiro da tradição anatomopatológica, não concebia que as doenças nervosas não tivessem um substrato orgânico, porém não subordinava a patologia à fisiologia (Roudinesco, 1989).

- (155) Os sintomas, segundo Charcot, teriam origem psicogênica, abrindo caminho para a investigação psicológica dos pacientes. Com este novo olhar sobre a histeria, esperava-se o início de uma nova época no tratamento desta patologia, através de um correto diagnóstico dessa neurose até então pouco conhecida e considerada tão maligna.
- (156) Os questionamentos sobre a etiopatologia psicogênica da histeria e a pessoa de Charcot influenciaram de maneira decisiva os interesses profissionais e científicos de Freud, centrados no tratamento e na investigação do fenômeno histérico. A histeria questionava o saber médico desde a Antigüidade. Para Ávila (1996) os sintomas característicos da histeria intrigam, convocam a uma produção de saber, desafiam, questionam e subvertem a atitude médica, diríamos que desde a Antigüidade até os nossos dias.
- (157) A queixa da histérica não se limita a um pedido de alívio, vai mais além, questiona e esvazia o saber que o outro pensa dele ter. O histérico expõe a sua dor além dos limites da busca de um simples alívio, ele quer se fazer ouvir, exigindo do outro uma atitude de escuta (Freud, 1886/1980; Lacan, 1998).
- (158) Para Freud, em “Estudos da histeria” (1886/1980), a pessoa histérica sofre de reminiscências – lembranças traumáticas da sua história pessoal — e a “verdade” colocada pelo modelo médico no exame anátomo-fisiológico, é definida como o limite que o aparelho psíquico pode suportar. Em 1894, em “Psiconeuroses de defesa” (1980), Freud escreve que as três formas de enfermidade psíquica são referidas a três formas de defesa: quando se trata de neurose, o ego se defende pela separação da representação (idéia) do afeto correspondente, explicando a conversão do afeto na histeria (e transposição na neurose obsessiva). A representação perde a sua força, sendo isolada na consciência. O ego rechaça a idéia conflitiva que lhe parece insuportável, enquanto seu afeto se comporta como se essa representação nunca tivesse estado associada ao afeto, no ego.
- (159) Freud, ao ser convocado à *escuta* reclamada pela pessoa com diagnóstico de histeria, afasta-se do terreno da neurologia. Em 1891, ele introduz em sua investigação o estudo das associações da fala do paciente, substituindo o procedimento privilegiado pela medicina, anátomo-fisiológico, por excelência,

por outro, privilegiando a linguagem (discurso do paciente). Ao privilegiar a fala, o discurso, o elemento acústico, introduz um caráter puramente ideativo da anatomia do cérebro. Cria o conceito de conversão retirando, finalmente, a histeria do espaço “pictórico” (cenários de Charcot), da reprodução, (da simulação), colocando-a no espaço simbólico. Assim a psicanálise marca o seu início não como uma relação médico-paciente, senão a relação de uma pessoa, de uma mulher, com Freud (Cottet, 1989).

A suposição de um saber dirigido ao outro é o que melhor define a relação de Freud com a histérica nessa época. Para o psicanalista, o paciente é um sujeito suposto saber e o desejo do analista é perfurar o mistério para além do muro da linguagem. (...) Essa identificação do inconsciente com um saber que não se sabe a si mesmo, induz a uma prática de cura que dirige o paciente à revelação de um segredo (Cottet, 1989:27).

- (160) Dentro da nosologia da Histeria, Freud (1886/1980) relata uma série de sintomas que incluem as diversas manifestações como ataques convulsivos, zonas histerogênicas, distúrbios de sensibilidade, distúrbios da atividade sensorial, paralisias, contrações. As manifestações histéricas caracterizadas, de modo geral, como exageradas, e ao mesmo tempo, por características isoladas e particulares como a anestesia, a paralisia e as contrações, não sendo acompanhadas por lesões orgânicas⁴⁴. Adicionados aos sintomas físicos da histeria, no final do século XIX, eram observados em pessoas com esse diagnóstico, uma série de distúrbios psíquicos como mudança no fluxo e na associação de idéias, inibições da atividade volitiva, aumento e supressão dos sentimentos. A histeria poderia vir associada a várias outras doenças nervosas ou orgânicas, dificultando largamente a análise. Do ponto de vista do tratamento, Freud a princípio distingue, na época, três tarefas: o tratamento da disposição histérica, o tratamento das crises histéricas e os sintomas histéricos individuais (Freud, 1886/1980).

⁴⁴ Na histeria, é um “corpo mímico pedindo e evitando ao mesmo tempo ser desvelado. Não há lesão orgânica, a não ser eventualmente secundária. A via é a da escrita, não a da anatomia. A anatomia do corpo simbólico é uma anatomia muito singular, relacionada à história da sexualidade e à vida do sujeito a quem pertence esse corpo em particular” (Santos; 1992:109).

- (161) A partir do método com associações livres, a interpretação dos sonhos, os atos falhos e os lapsos, enfim, o inconsciente passa a existir como objeto de investigação científica. A noção de clivagem (dissociação/separação) caminhou lado a lado com o estudo da histeria e com a noção de inconsciente, passando a designar uma divisão intrapsíquica, configurando uma posição conflitiva do ego, onde o sujeito fica separado de parte de suas representações. Com o tratamento de uma mulher que ficou conhecida pelo pseudônimo Dora, (Freud, 1980), ficou evidenciado a prevalência do fenômeno da *transferência*. Dessa forma, a neurose, e com ela, a própria histeria, deixava de ser considerada como tendo sua etiologia baseada na hereditariedade e na degenerescência, passando os seus sintomas a criarem uma história repleta de significados, uma expressão dos conflitos, uma manifestação psíquica.
- (162) Um século depois (1993), a histeria é oficialmente excluída da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos — CID -10⁴⁵ da Organização Mundial de Saúde (OMS), e com ela, toda a categoria das neuroses e das psicoses foi substituída por outros termos. A justificativa para a exclusão da histeria deve-se a variadas gradações de significados, sendo suas manifestações sintomáticas incluídas na classificação de transtornos dissociativos e conversivos.
- (163) Como alerta de Ávila (1996) e de autores como Berlink (1997), a referida substituição não deveria se ater apenas a uma questão semântica. Pois os quadros globais sendo substituídos por descrições semânticas, retiram o caráter dinâmico e compreensivo das patologias. A infinita variedade e possibilidades contidas em “seus múltiplos significados” obrigavam o saber científico a deparar-se com o singular, o único, o indizível, e com o que é inseparável do humano, “o criar e significar”.
- (164) Ao final do século XX, as diretrizes da OMS para a compreensão médica sobre o “mental” estão limitadas ao plano do que é descrito e catalogado, restando ao diagnóstico médico apenas o plano da classificação (nosografia). A exclusão da histeria como categoria médica, e das demais estruturas

⁴⁵ Classificação de transtornos mentais e de comportamentos in: Classificação Internacional de Doenças – C.I.D. – 10 – , da Organização Mundial de Saúde, 1993 (referência de diagnóstico mundial).

constitutivas, no campo das neuroses, tal como são compreendidas pela psicanálise, é a exclusão do enfoque psicodinâmico e estrutural sobre o sujeito na compreensão da sua sintomatologia.

- (165) Para Trillat, apoiado na tese de Brisset sobre um continuum entre as histerias e as doenças psicossomáticas, (...) *a repressão da histeria é um fato de ordem sócio-cultural que engendrou os estados psicossomáticos* (1991: 281). A manifestação da histeria teria desaparecido sob o efeito da repressão exercida sobre o sujeito, evocando costumes (formas de viver, de estar no mundo) e das mentalidades (subjektividades criadas).

A pulsão é recalcada pelo Eu e o produto desse recalçamento (o sintoma) é, por sua vez, reprimido pela sociedade. A doença psicossomática seria uma conversão da histeria de conversão, uma conversão em segundo grau. (...) A auréola misteriosa e maravilhosa que a circundava desde a Antigüidade se dissipou. Despojada de seus sintomas, nada mais resta da histeria senão ela mesma: uma personalidade histérica. É preciso voltar-se para ela. Na verdade o interesse por essa personalidade não é novo (Trillat, 1986/1991:281-2).

- (166) Trillat afirma ainda, que ressaltar as mudanças e as diversas manifestações da histeria ao longo da história, significaria considerar os fatores sócio-culturais como produtores de sintomas histéricos, seria considerar a histeria como expressão de conflitos do sujeito em suas relações sociais. A Psicanálise surgiu para responder ao enigma da histeria no século XIX, como hoje é solicitada para explicar o enigma da psicossomática. Para Ávila:

(...) o pensamento médico tem seguido um curso positivizante que exclui as questões subjetivas de seu campo, e por isso chega ao final do século sem conseguir manejar com todas aquelas problemáticas em que o “doente” mostra-se maior do que seu órgão doente, ou então mostra-se mais complexo do que aquela parte ou função específica que é tratada por uma especialidade médica. Impotente diante dessas situações, a medicina é particularmente confrontada com dois grandes enigmas: a Histeria e a Psicossomática, questões do Sujeito humano quando este se mostra habitante não passivo (não paciente) de seu corpo (1996:48).

- (167) Segundo Ávila (1995), provavelmente a histeria, nos dias de hoje, adquira as formas dos sintomas nos quais se alojam as falhas do saber da ciência. A prática psicanalítica, ao herdar o ato de Freud — a escuta como

resposta ao inconsciente do paciente, inconsciente que se revela claramente no discurso da posição subjetiva da histeria – permitirá sua permanente re-criação, no próprio momento do encontro entre psicanalista e paciente.

A personalidade histérica

(168) O sintoma, por ser sobredeterminado de forma singular (Freud, 1980) ou por ser uma metáfora, isto é, uma substituição significativa (Lacan, 1998), sempre terá uma particularidade de valor imprevisível. Porém, ao lado da indeterminação dos significantes (e significados), existe uma determinação dada pela posição subjetiva predominante na forma do sujeito se relacionar com o mundo, caracterizando sua estrutura psíquica. Freud fala da noção de estrutura do aparelho psíquico desde “A interpretação dos sonhos (1900)”. Em “O Homem dos Ratos” (1909), alude à estrutura de funcionamento característica da neurose obsessiva como uma modalidade histérica.

(169) Lacan retoma a noção de estrutura no terreno da psicanálise, articulando-a com as investigações feitas por Levi-Strauss, ao demonstrar as relações estruturais entre a linguagem e as leis sociais, que regulam a aliança e o parentesco. O fundamental, apreendido na noção estruturalista, são as relações, que implicam em lugares. Lacan, diferentemente dos demais estruturalistas, privilegia o aspecto posicional da estrutura. O sujeito é definido a partir da estrutura da palavra, que se funda na mediação assimétrica com um Outro, que decide o sentido do que ele diz. (Miller, 1988). O termo *posição subjetiva*, característica de cada estrutura, enfatiza esse aspecto posicional, e não substancial, do sujeito. É no dizer do paciente, e não no seu dito, que algo da estrutura do sujeito é localizável. É com a estrutura que se deve contar para estabelecer um diagnóstico diferencial.

(170) A investigação diagnóstica localiza-se, portanto, no espaço intersubjetivo, ordenado pela articulação da palavra. As especificidades da posição, no sistema identificatório, caracterizam-se pelos traços recorrentes (traços estruturais), governados por um determinado perfil da economia de seu desejo.

- (171) A estabilidade desse sistema, que deverá caracterizar a estrutura psíquica de uma pessoa, pode ser suposta na constância dos seus traços recorrentes. A forma de gozo e/ou um certo modo de gestão do desejo (falta), por sua vez, darão as características do modo de funcionamento das diversas estruturas psíquicas assumidas pelo sujeito (Dör, 1994).
- (172) Por outro lado, o que se denomina em psicologia como *identidade*, para a psicanálise é um processo constante e sempre inacabado de construção de um *Eu*, definido a partir de traços identificatórios que são referenciados, simbolicamente, pelo Outro.
- (173) Com intuito de investigação diagnóstica, Joël Dör (1994) destaca alguns traços característicos da posição subjetiva⁴⁶ do que se denomina, em psicanálise, *estrutura histórica*:
- (174) • Constante busca da realização de uma identidade ideal. Nessa posição subjetiva, o sentimento de um vazio atópico, vai privilegiar identificações com o *ser* que o outro deseja. A frustração por não se sentir suficientemente amado pelo Outro acompanha esse processo identificatório. São comuns sentimentos de desvalorização, insatisfação e incompletude, determinados pela comparação do que poderia ser enquanto objeto ideal, que completaria o outro. Em busca desse ideal, a pessoa nessa posição subjetiva desenvolve esforços persistentes e sistemáticos, denotando uma tendência ao perfeccionismo. Essa suposição traduz a particular determinação imposta à economia de seu desejo.
- (175) • O desejo articula-se a um desejo de um ideal de ser. Por isso a pessoa na posição subjetiva histórica caracteriza-se por uma insatisfação constante. Algumas identificações denotam um narcisismo fálico, oferecendo-se ao olhar do outro como encarnação do objeto ideal de seu desejo, podendo preencher sua falta. A posição de insatisfação do desejo, nesse contexto, é alimentada pelo não-querer reconhecer a falta, isto é, a castração no outro e em si mesmo.
- (176) • Alienação ou sujeição do desejo ao que supõe ser o desejo do outro. Com o sentimento de um vazio atópico (privado do falo), o sujeito delega a questão do seu desejo àquele que supõe *ter o que lhe falta para se sentir*

⁴⁶ Uma pessoa pode assumir ou apresentar uma posição subjetiva característica da estrutura histórica sem necessariamente ter uma estrutura histórica.

completo. O histérico supõe no Outro a resposta de seu enigma, e é devido a essa suposição que o outro serve de suporte privilegiado aos seus processos identificatórios. Na constante construção de sua identidade, o sujeito histérico intensifica o seu modelo identificatório, levando muitas vezes à exaustão, o ideal eleito.

(177) Nesta dimensão da alienação do desejo do histérico ao desejo do outro, é comum que pessoas na posição subjetiva histórica se coloquem como defensores incondicionais das idéias, das convicções, das opções do outro. Dör destaca que a esse traço de caráter sacrificial, agrega-se a ilusão de que, ao se colocar a serviço do outro, o esplendor do outro será também seu esplendor. Assim, para agradar e tentar preencher o que ele imagina ser o prazer do outro, o sujeito na posição histórica se engajará de bom grado na cruzada da abnegação sacrificial, servindo como imagem representativa deste movimento, como acontece, por exemplo, na atividade missionária. Em nome do ideal, a pessoa com traços históricos, sacrifica-se sem medir esforços, evidenciando uma tendência ao perfeccionismo.

(178) A busca da perfeição, do ideal, encontra suportes privilegiados em certos estereótipos culturais e ideológicos, como a exigência de um ideal de beleza, ou a exigência de um ideal profissional. Entretanto, ao lado da auto-exigência na busca incessante da perfeição, evidencia-se o seu próprio negativo, que é a convicção permanente da imperfeição (a falta). As identificações ostensivas servem de máscara para as imperfeições. Em torno da (im)perfeição física, tão divulgada no senso comum como característica da histórica, ligam-se a (im)perfeição moral e intelectual. É comum a personalidade histórica, ao decepcionar-se com o referencial simbólico tomado como ideal, torná-lo alvo de profunda insatisfação.

Sobre o Ser Histórico

(179) A teorização freudiana está fundada numa indagação insistente sobre o Ser da mulher e da feminilidade. O início do percurso freudiano foi marcado pela indagação insistente sobre o enigma da mulher, pela mediação da figura da

Histeria. Esta preocupação ainda perseguia Freud nos seus últimos textos sobre a sexualidade feminina (Freud, 1925; 1932/1980). Seu discurso ao longo de sua obra foi se deslocando progressivamente sobre o ser da mulher – do sofrimento na Histeria para um questionamento sobre o Ser da feminilidade.

(180) A feminilidade seria uma fonte de horror para ambos os sexos, pois ao suspender o referencial da lei fálica do sexual, colocaria o sujeito (homem ou mulher) diante do insondável de seus impulsos (gozo) e de seus impasses, colocando-o assim diante da tragicidade que marca as relações entre os diferentes sexos.

(181) Para o psicanalista Joel Birman (1997), a expressão cultural dos desígnios do ser feminino pode ser encontrada, como imagem representativa, na trágica história de Carmen. A ópera de Bizet⁴⁷ expressa, entre outras, a oposição entre a personagem angelical, materna, esterilizada em seu desejo de ser mulher, representada por Micaela e a personagem central Carmen — a mulher sedutora e fatal, que ao assumir seu desejo é considerada perigosa, vadia, responsável pela situação a levar um homem à ruína.

(182) A imagem da feminilidade prostituta é evidenciada na clássica oposição à construção da figura da maternidade. Condenada, machucada, culpada, Carmen vive na imobilidade de seus movimentos a amargura decorrente da obstaculização do fluxo de seu desejo, o que impossibilita a sua experiência do vir-a-ser. Humilhada em sua condição de mulher, a personagem evoca traços da vingança feminina frente ao machismo dos homens.

⁴⁷ A ópera Carmen foi composta por Georges Bizet, com libreto de Henri Meilhac e Ludovic Halévy, estreando em 1875. Uma história de amor passional entre a cigana Carmen e o jovem oficial Don José é o motivo central deste melodrama ambientado na Andaluzia, Espanha. Don José, perdidamente apaixonado por Carmen, abandona a caserna e se torna um contrabandista, na crença de que terá o amor da bela cigana para sempre. Carmen, todavia, acaba por se interessar por um outro homem, o famoso toureiro Escamilo, que vem ao seu encontro, o que desperta a fúria do ex-oficial. Don José decide abandonar o bando de contrabandistas temporariamente para ir ao encontro de sua mãe no leito de morte, mas jura a Carmen que ela será sua ou então morrerá. Ausente Don José, Carmen se vê livre para ir a Sevilha ao encontro de Escamilo. Advertida de que o ex-amante está à sua espreita em meio à multidão que vem assistir às touradas, Carmen decide procurar Don José para terminar de vez o romance. No momento culminante da ópera, enquanto a multidão exulta com a tourada, Carmen encontra Don José e lhe diz que não o quer mais, o que o leva ao desespero e daí à fúria descontrolada, ao perceber que ela deseja o toureiro Escamilo: cego de ciúmes, Don José apunhala Carmen no coração e cai prostrado a seu lado (A história narrada no libreto foi condensada em texto por José Pedro de Paiva Reis).

- (183) Birman comenta as novas performances da personagem de Bizet, encenadas nos anos 80⁴⁸. Segundo o psicanalista, essa personagem coloca-se enquanto resultante do que foi delineado pelo movimento feminista dos anos 60 e 70, ao reivindicar um novo lugar social e outras posições possíveis para a mulher.
- (184) Na versão moderna para o cinema, a personagem de Micaela é substituída por uma colega de trabalho de Carmen. Ela é Cristina, uma mulher mais velha, que teme que a sua dança seja ofuscada pela juventude e beleza da protagonista. Carmen e Cristina, no filme, personificam exemplarmente um mito tipicamente moderno, a valorização do Novo. Mesmo assim, segundo Birman (1997), essa atualização do personagem, ao lado da conquista pelo espaço social, retoma de forma diferenciada o traço da sedução, do excesso, da impetuosidade da mulher fatal, repudiado pelo discurso feminista, dando-lhe um novo sentido. Em sua nova imagem, Carmen abandona o ataque às insígnias de poder da figura masculina, em favor do exercício lúdico de seu erotismo.
- (185) Nesses termos, a figura de *Madame Bovary* do francês Flaubert⁴⁹, assim como a ópera original *Carmen*, criações dos meados do século XIX, indicariam de maneira dramática o pólo da Histeria na modernidade — do fracasso do desejo em efetivamente se impor. Em oposição, assim, à personagem re-criada da *Carmen dos 80*, que se revela, tragicamente, como o Ser deslumbrante da feminilidade.
- (186) Birman, refletindo sobre as diferenças contextuais e históricas dos papéis do feminino, posiciona a nova Carmen como uma revelação da possibilidade da restauração do Ser da mulher no registro do desejo, visto que:

⁴⁸ Segunda obra da trilogia flamenca do diretor espanhol Carlos Saura (além de *Bodas de Sangre* e *El Amor Brujo*), o filme *Carmen* (Espanha, 1988) narra o envolvimento entre um coreógrafo, Antonio, e uma bailarina durante os ensaios de um espetáculo que adapta a ópera de Bizet para o flamenco. Enquanto cria a coreografia, Antonio vai se apaixonando pela sedutora e talentosa bailarina que tem o mesmo nome da protagonista do melodrama e que acabará conseguindo o papel principal. Mesmo tendo como amante o coreógrafo e diretor do espetáculo, Carmen se relaciona sexualmente com outros homens, inclusive da própria companhia. Antonio, cada vez mais inseguro, não suporta a rejeição quando Carmen lhe diz que voltará para o namorado, um ex-presidiário: num momento de descontrole, Antonio apunhala mortalmente a bailarina durante um ensaio (Este resumo do filme de Saura foi escrito por José Pedro de Paiva Reis).

⁴⁹ Romance datado de 1856 e base da análise de Scotti (1998) sobre a estrutura histórica.

(...) Ao longo do século XIX a medicalização dos corpos no espaço social, teve no que concerne ao corpo feminino, dois alvos privilegiados. Antes de mais nada, produzir a figura da mãe pela extração sistemática da feminilidade do corpo da mulher, de forma a tornar esta compatível com a função materna. Em contrapartida, como decorrência da existência de naturezas femininas rebeldes (...) impõe-se a construção da personagem prostituta (1997:113).

- (187) O desejo feminino assumido e positivado, encenado pela nova Carmen, passa a ocupar um lugar respeitado no campo social, exorcizando os fantasmas da virilidade e da prostituição que macularam, durante o “breve século XX”, o ser mulher. Pois,

(...) Carmen afirma literalmente é que não pretende abrir mão de seu desejo, justamente porque ela reconhece que ama seu parceiro agnóstico (...) reconhece a insuficiência radical de seu ser e isso se impõe a ela para além de seu entendimento (Birman, 1997:97-98).

- (188) Discutindo a Histeria na atualidade, Birman distingue a histeria da *histericização*. A histeria implica na repressão do desejo. O desejo é esterilizado, encontra-se em denegação, em recusa (exemplo do sintoma conversivo). O método clínico de investigação da psicanálise, através da associação livre, possibilita a suspensão da ordem racional do entendimento e da vontade, de maneira a permitir o registro do desejo e do erotismo.

- (189) A figura da Histeria remete às sofredoras, recalcadas, que não podem assumir seu desejo, porque no contexto do início do século XX, segundo Freud, as mulheres poderiam ter três destinos possíveis ao descobrirem sua condição de castração: a neurose e a inibição sexual, a virilidade feminina e a maternidade. Esses ideais de masculinidade e feminilidade, em sua rigidez, conduzem irrevogavelmente a mulher à inibição sexual, à culpabilidade, à imobilidade da fluidez pulsional e à manifestação de sintomas em seu corpo. Desse jeito é que se imobiliza a mobilidade feminina do desejo, pela sua pregação esterilizante e culposa. A histeria, nesse sentido, indica o fracasso da feminização do desejo, pela sua colagem nas falácias enganosas de ter o falo.

- (190) Finalmente, a personagem Carmen se distinguido da posse e do registro do *ter*, pode simplesmente *ser*: alegre, erotizada pela feminilização do seu corpo, conforme Birman:

(...) Seria pela feminilização do desejo que o erotismo se torna possível, pois revelaria para os homens e para as mulheres a incompletude que rasga seus corpós, permeados que são pelo excesso indomável e diabólico (1997:125).

- (191) Porque a *histericização* implica, para o sujeito, na colocação em movimento de seu desejo. Na personagem Carmen, revela-se a *histericização* pelo canto, pela dança, pelo gesto exagerado da encenação fílmica, pelo *excesso*. Ao desejar e dizer positivamente⁵⁰ “Se eu te amo, cuide-se”, Carmen evidencia o despedaçamento de seu Ser e sua incompletude, indicando uma ruptura na figura da feminilidade no final do século XX.

Da travessia do trágico – I

- (192) O sentido coletivo da tragédia, em Mezan (1998), pode ser visualizado nos acontecimentos singulares das vidas privadas, quando atos ou palavras destituem um sujeito de um lugar ou posição subjetiva que lhe caberia de direito. A tragédia no plano pessoal diz respeito a uma mudança obrigatória de posição das identificações, tendo em vista que as identificações também se movem e são movidas pelos acontecimentos, pelas circunstâncias.
- (193) Durante a vida, o sujeito sofre continuamente transformações. A experiência de ser destituído de lugares é algo comum a todos, em diferentes situações e diferentes ritmos. Aprender a mudar de lugar implica em ter presente a instabilidade presente no sistema identificatório. A posição subjetiva, ao depender do Outro para a obtenção do referencial simbólico constituinte do sujeito, não é uma opção consciente e autônoma. O desejo, em última instância, sempre implica num desejo de reconhecimento pelo *ser* ou pelo *ter*. Por isso, o sujeito não escolhe de maneira deliberada seu sintoma ou mesmo sua posição frente aos objetos de desejo.
- (194) No tempo da tragédia, o sujeito pode identificar-se em excesso com as referências de suas circunstâncias. Quando ocorre, por qualquer motivo, a perda dessas referências devido a um impacto, é quase como se o sujeito perdesse o

⁵⁰ Alusão ao desejo como “vontade” (pulsional) e não como “falta”.

aspecto processual das identificações, repercutindo como uma quebra de seu modo de ser e de estar no mundo.

- (195) Mezan (1998) descreve alguns passos para a travessia da tragédia. Num primeiro momento após a quebra ou descolamento do referencial simbólico identificatório, ocorre a transformação, quando eclode a angústia, o desespero, o pânico. Depois, é a quebra dos referenciais simbólicos que estão articulados ao desejo em uma determinada posição subjetiva. Há uma vivência, ainda que inconsciente, de que algo se partiu – é a perda dos referenciais simbólicos que sustentavam sua identidade. No momento final, ocorre a consciência, necessariamente dolorosa (sofrimento), indicando o último estágio de operação do trágico, levando o sujeito ao pensar reflexivo sobre a sua condição.

(...) Não é possível pensá-lo [o trágico], nem pensar a clínica psicanalítica, sem essa conscientização de um processo ou de uma condição. A condição que nos devolve para a região mais próxima de um originário que nos constituiu não apenas há muito tempo, mas que não cessa de constituir ainda hoje, nas tramas infundáveis da linguagem e do Simbólico (Mezan, 1998:442).

- (196) Para Mezan, ainda, a recusa dessa transformação identificatória ao longo da vida é que leva à psicopatologia. Acontece quando a mudança é insuportável, aproximando-se demasiado da catástrofe, impedindo a possibilidade de uma expansão da consciência sobre a própria condição de estar e ser no mundo.

- (197) O tema da associação do trágico aos afetos, que diz respeito às pulsões, levanta questões a serem investigadas, certamente, pelos estudiosos das imagens e do discurso da modernidade. É também o objetivo deste estudo, ao analisar as cenas narradas a partir do discurso produzido pelas mulheres diagnosticadas como portadoras de DORT's.

*Ela ama, ama aquele que deve amar Tatiana.
Ninguém. Ninguém ama Tatiana em mim.
Faço parte de uma perspectiva que ela está construindo com obstinação
impressionante,
não lutarei.
Tatiana, pouco a pouco, penetra, arromba as portas.
Marguerite Duras, 1964.*

*[...] estou numa fase de transformação (...) acho que estou finalmente me emancipando
(...) não sinto mais necessidade de ficar preocupada com o outro (...) com que o outro
goste de mim (...) cansei [...] mudei. Não sei mais quem é essa pessoa que está vindo
[...] mas eu estou bem.
Maria, anos 90.*

*(...) não dá pra desenhar forte, tem que desenhar fraquinho (...) eu já aprendi que tudo
eu tenho que fazer de um jeito diferente (...) aceitar e admitir isso já é difícil (...) fazer
então (...) mas a dor é implacável.
Carolina, anos 90.*

*Ah, se eu sei, ah, se eu sei, não nascia.
A loucura é vizinha da mais cruel insensatez.
Engulo a loucura porque ela me alucina calmamente.
O anel que tu me deste era de vidro e se quebrou e o amor não acabou,
mas em lugar de, o ódio dos que amam.
Diga-me por favor que horas são para eu saber que estou vivendo nesta hora.
Clarice Lispector, 1960.*

SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO

O tempo da tragédia no mundo da modernidade

- (198) No espaço coletivo da modernidade o sujeito é definido por diferentes formas do Outro (Lacan, 1998). (...) *somos modernos quando o mundo deixa de ser fechado para tornar-se aberto, ou melhor, infinito, também nas suas referências simbólicas* (Dufour, 2001:5). Na modernidade, a supressão dos valores de permanência e tradição ao lado da diversidade de referências concorrentes e conflitantes, configuram-se como crítica constante dos valores simbólicos e a condição subjetiva de “crise”.
- (199) Segundo Dufour (2001), a crescente destruição das estruturas coletivas e a promoção de uma ordem fundada no individualismo e na liberdade sem limites — promovidas pelo neoliberalismo — ressoam de diferentes formas na organização social e nos processos de subjetivação, configurando um processo que vem sendo denominado de pós-modernidade. Se o espaço coletivo configura-se como modernidade ou pós-modernidade, neste estudo não é importante precisar. Porém, é nítida a marca imposta pelo processo de globalização e pela crise do Estado no mundo econômico contemporâneo, com conseqüentes transformações no mundo do trabalho, no processo produtivo, na vida das pessoas (Abraham, 2000).
- (200) Nos últimos anos, as funções do Estado, enquanto representante e organizador dos espaços públicos, perderam progressivamente a sua legitimidade. Os reflexos do enfraquecimento do Estado são observados na economia. A desregulamentação e a abertura dos mercados, — incentivados por políticas governamentais — tornam proeminentes a regulação da economia mundial por instituições multinacionais e pelo mercado de capitais. Esses fenômenos tendem a desembocar no aumento da concorrência e na necessidade de diminuir custos, a fim de alcançar o aumento da competitividade e da rentabilidade produtiva.
- (201) O processo de globalização, devido a sua tendência totalitária na direção de um mercado mundial caracterizado pela extrema velocidade das operações

financeiras, produz efeitos múltiplos no cotidiano das pessoas que sobrevivem do seu trabalho. Esses efeitos vão desde o desenvolvimento acelerado das tecnologias de informação, a expansão das redes, até a dificuldade da identificação do sujeito do poder. As decisões do poder parecem deslocar-se metonimicamente — estão sempre ao lado ou então mais adiante —, dificultando sua apreensão ou a construção de um ponto axial que dê sustentação na criação de referências simbólicas que promovam continência aos rumos da vida. Sem uma referência minimamente estável para fundar a alteridade e uma exterioridade simbólica, a relação com o outro do poder torna-se problemática, à medida que a própria sobrevivência pessoal se encontra fragilizada e ameaçada frente a acontecimentos cotidianos fora do controle: como se a vida das pessoas estivesse à mercê dos caprichos ou rumos de “algo” dificilmente identificado ou apreendido (Dufour, 2001; Abraham, 2000). Pode-se dizer que, historicamente, o sujeito nunca teve controle sobre os mecanismos de poder, mas a questão dessa problemática contemporânea, será a impossibilidade de reconhecer — literal e simbolicamente —, quem é e onde está o poder.

- (202) Por outro lado, a globalização ou a mundialização, conforme Hirata (2000), é um fenômeno multidimensional, trazendo conseqüências extremamente complexas nas transformações do trabalho e na vida das pessoas.

O processo de intensificação do trabalho, que paradoxalmente sucedeu à emergência de novos modelos produtivos, trouxe no caso das mulheres a explosão de uma epidemia: as Lesões por Esforços Repetitivos (LER). (...) As mulheres também sofrem, como conseqüência dessas mutações na organização da produção e do trabalho, problemas de saúde mental, de descompensação psíquica, e sobre essa questão remeto à literatura existente (cf., por exemplo, M.P. Guiho-Bailly, D. Dessors, 1997; G. Doniol-Shaw, M. P. Guiho-Bailly, 1996; M. Pezé, 1997,1999; C. Dejours, 1993) [Hirata, 2000:25].

- (203) Segundo Abraham (2000), as características cunhadas pela globalização e a crise do Estado aproximam o mundo econômico da tragédia grega, onde os homens não possuíam o controle e o conhecimento de seu destino. De um lado, observa-se a estrutura trágica dos rumos da economia produzirem efeitos de impotência. Por outro, a onipotência do sujeito é reforçada pelas tecno-ciências (Dufour, 2001) e pela ideologia recordista predominante, ideologia contida nas histórias de personalidades que circulam no imaginário social da

contemporaneidade. São as epopéias dos homens ricos e de sucesso, com realizações de um campeão⁵¹ — imagens da mais alta performance, sem limites —, a circularem no imaginário coletivo, permeando e orientando as relações estabelecidas pelas pessoas em seu cotidiano.

O mundo da economia parece uma tragédia. Tem efeitos de tragédia. Esses efeitos continuam em uma epopéia, uma épica. É a epopéia dos homens ricos. Mas o modo pelo qual esses homens se apresentam é uma comédia. Então da tragédia vamos à epopéia e terminamos na comédia (Abraham, 2000:20).

Da travessia do trágico – II

- (204) Diversamente do clima de tragédia do mundo contemporâneo, onde é comum a vivência da falta de sentido e da possibilidade de um devir, na tragédia grega antiga, o sentido do mundo e dos destinos, está apoiado na bacia semântica dos mitos, na sua relação com os deuses. Para Durand, sociólogo e mitólogo francês:

(...) enquanto o inconsciente social seria passível do pré-semiotismo do *mythos*, o consciente social das codificações do *logos*, o “eu” social pertenceria à área do drama. Não esqueçamos que o termo “pessoa” tem em primeiro lugar um sentido dramático preciso. A pessoa, sobretudo social, é papel, máscara e contorno. (...) Não será o teatro originário das antigas liturgias equilibrando o mito que o impregna, no seio de uma re-presentação (...) pelos códigos da linguagem, das situações, das *dramatis personae* do consciente coletivo? O “eu” de uma sociedade é a sua encenação (1996:141).

- (205) O mito de Prometeu⁵² é a imagem escolhida por mitólogos e antropólogos, segundo Durand (1996), para dar a compreensão e a análise da história do homem moderno, tal como a ele vem se referindo este estudo, através da reflexão e autores escolhidos. Prometeu – o titã heróico vitorioso e vencido

⁵¹ Como Henry Ford, Silvio Santos, Bill Gates, Abílio Diniz entre tantas outras personalidades divulgadas pela mídia.

⁵² Na história do grego Ésquilo: Prometeu, por amor aos homens, enganou Zeus, o pai dos deuses e dos homens. Dotado de grande inteligência e astúcia, ele dispusera um grande animal sacrificado de tal modo que Zeus ao escolher a melhor parte – guiado pela aparência – escolhesse, sem saber, a pior parte, para a oferenda aos deuses (ossos e toucinho) e assim deixando a melhor parte (carne e vísceras) de todo animal sacrificado, aos mortais. Enganado pela aparência, Zeus em sua fúria decidiu não enviar o fogo aos homens. Prometeu, mais uma vez, para beneficiar a vida dos homens, roubou algumas sementes do fogo, levando-as à terra. Vingativo, o “pai dos homens e dos deuses”, envia a terra a primeira mulher para se casar com Epimeteu (irmão de Prometeu), a quem presenteia com uma caixa. A mulher que recebeu a caixa era Pandora. Depois, Zeus mandou prender Prometeu com grilhões de aço no desfiladeiro do Cáucaso, onde todos os dias uma águia comia-lhe o fígado, que se renovava incessantemente para novamente ser devorado (Grimal, 1966).

— é o mito da redenção do homem contra o poder do grande deus. Por isso mesmo, as circunstâncias da luta de Prometeu contêm a cena mítica da violência, da agressão, da injustiça, do sofrimento, da culpa, decorrentes da decadência do representante da função paterna, representada pelo grande deus.

- (206) Ainda para Durand, as fases de decadência histórica de uma sociedade são, simultaneamente, momentos de grande informação e de extrema fragilização das instituições.

(...)é assim que, em finais do século XVIII, quando emerge o mito de Prometeu (...) e durante toda a primeira parte do século XIX, em que esse mito do progresso secular, material, confundido com todos os tipos de crescimento, se desmistifica na pedagogia positivista e científica, ficam à espera no “isto” coletivo as derivações mais discretas do famoso mito: o individualismo do mito de Fausto, ou substitutos como o mito de Orfeu, de Dionísio e Hermes, que surgirão no final do século através dos simbolistas, dos decadentes e das remitologizações wagnerianas e nietzsherianas (1996:138).

- (207) No mito, o início da decadência da função paterna exercida por Zeus, coincide com o conflito desencadeado por Prometeu, que defendia uma maior liberdade e autonomia dos homens mortais. Ao situar seu desejo como legislador, Zeus (pai dos deuses e dos homens) foi capturado pelas aparências, situação típica do mundo do século XX. Esse engano, forjado de forma inteligente e astuta pelo logos presentificado em Prometeu, desvelou em Zeus sua vontade — imperativa, vingativa, sem limites — dirigida ao próprio Prometeu e aos homens.

- (208) A imagem que condensa e dá o tom trágico à história de Ésquilo, é a de Prometeu Acorrentado, suportando, em sua solidão, um grande segredo: a morte dos deuses no coração dos homens e o nascimento da racionalidade que fundou as ciências e as tecnologias da modernidade.

- (209) A palavra de Zeus, primeiro representa a lei reguladora do social, a qual ele próprio tem que se submeter. Depois, seus atos caprichosos representam a manifestação de um querer excessivo, sem razão e fora da lei, que buscam satisfação promovendo injustiça e sofrimento. Essa vontade fora da lei e sem limites, em psicanálise, diz respeito à manifestação das pulsões, que se apresentam no excesso, de forma imperativa e caprichosa. Freud, em “O mal

estar da civilização” (1924), ao discutir a repressão necessária para uma convivência social, argumenta que o progresso da civilização só se tornou possível com o refreamento das pulsões⁵³. O que significa – em Freud — passar da satisfação da vontade caprichosa (pulsional) sem limites, para uma satisfação do desejo dentro da lei, sustentada pelos laços sociais e pela cultura. A satisfação dessa vontade, desse querer caprichoso, sem razão, desenfreado e fora da lei é o que Lacan (1998), posteriormente, denominou de Gozo. No ensino de Lacan sobre a metáfora paterna, o capricho está no lugar do desejo da mãe, reprimido pelo pai, que tem o nome e representa a lei.

(210) Essa vontade caprichosa e inesperada aparece entre os homens na mitologia grega na figura de Pandora. Conta essa mitologia (Grimal, 1966) que a raça humana, até então composta só de homens, vivia na terra protegida dos males, da dura fadiga e das enfermidades dolorosas que trazem a morte. Ao chegar à terra, a primeira mulher foi chamada Pandora, aquela que tem a “dádiva de dons”. Epimeteu, seduzido por sua beleza, tornou-a sua esposa. Esquecido das advertências feitas por seu irmão Prometeu — no sentido de jamais aceitar um presente de Zeus –, recebe em sua morada uma caixa que o deus enviara de presente à esposa: uma caixa que não poderia ser aberta. Essa caixa escondia todos os males dos quais os homens até aquele momento estavam protegidos. Movidada por intensa curiosidade, Pandora abre a caixa inadvertidamente, espalhando as mazelas causadoras de sofrimento e morte aos homens. Apenas a Esperança, que estava no fundo da caixa, por não conseguir sair antes que Pandora a fechasse, ali permaneceu.

(211) Assim é que os homens se viram condenados ao sofrimento, restando-lhes a esperança como alento. Entre os males a lhes trazerem o sofrimento e a morte, estão a doença e o cansaço produzido pelo *labor*. A caixa de Pandora⁵⁴ revela-se como o conhecimento da realidade da vida: aberta a caixa, abre-se com ela a possibilidade de serem desvelados os males que trazem a infelicidade da condição humana.

⁵³ A irracionalidade sob controle da racionalidade.

⁵⁴ A caixa presenteada por Zeus, proibida e irresistível, corresponde ao fruto proibido no Jardim do Éden, mito fundador da mitologia cristã (Durand, 1996).

(212) Segundo Chevalier (1999), essa caixa no fundo da qual só a esperança permanece, é o inconsciente com todas as suas possibilidades inesperadas, excessivas, destrutivas ou positivas, mas sempre irracionais, quando deixadas entregues a si mesmas. A cena da abertura da caixa corresponderia, também, ao inconsciente pulsional, descrito por Freud, que estão presentes nas entrelinhas do discurso.

(...) E é preciso reencontrar o sentido do capricho. O capricho é uma vontade fora da lei. A lei está aí, com suas grossas grades, com seu chicote, com a promessa e a fidelidade – eis os laços mais verdadeiros, os engajamentos de discursos – para frear a vontade. (Miller, 2001:79).

(213) Ao se lançar o olhar sobre a doença e o sofrimento relacionados ao trabalho – banalizados, escondidos e negados, no cotidiano de/por todos nós –, é inevitável a aproximação com as imagens do mito de Prometeu – e de Pandora, contidos na fala — na caixa aberta — das mulheres presentes neste estudo. As mulheres é que permitem essa analogia com o mito trazendo as *cenar* a configurarem, através das suas histórias pessoais, os dramas ocultos nas relações do sujeito com o trabalho no mundo contemporâneo.

(214) São mulheres, essas, movidas pela curiosidade de conhecerem a si próprias a partir de uma vivência de sofrimento originada por suas relações com o trabalho. Elas descobrem, ao ouvirem a si mesmas, que podem construir um saber – bastante sólido e produtor – não apenas sobre si próprias, mas inclusive sobre o tempo presente da História. São elas que, “abrindo as suas caixas”, correndo os riscos, acabam por dar as condições e as circunstâncias para a realização desta pesquisa. Nesse sentido, estão muito distantes da epopéia dos campeões da modernidade e absolutamente íntimas da essência da tragédia que constitui a própria condição da vida das pessoas comuns no mundo da globalização.

(215) A partir de agora, o leitor ficará em contato com as histórias de Berta, Carolina, Elizabeth, Alice e Maria. A expectativa (Esperança) é que esse leitor possa, através delas, elaborar novos sentidos para o tema desta pesquisa, sobre o sofrimento psíquico no trabalho.

(...) as heranças das palavras são heranças de imagens. E mais, a este nível

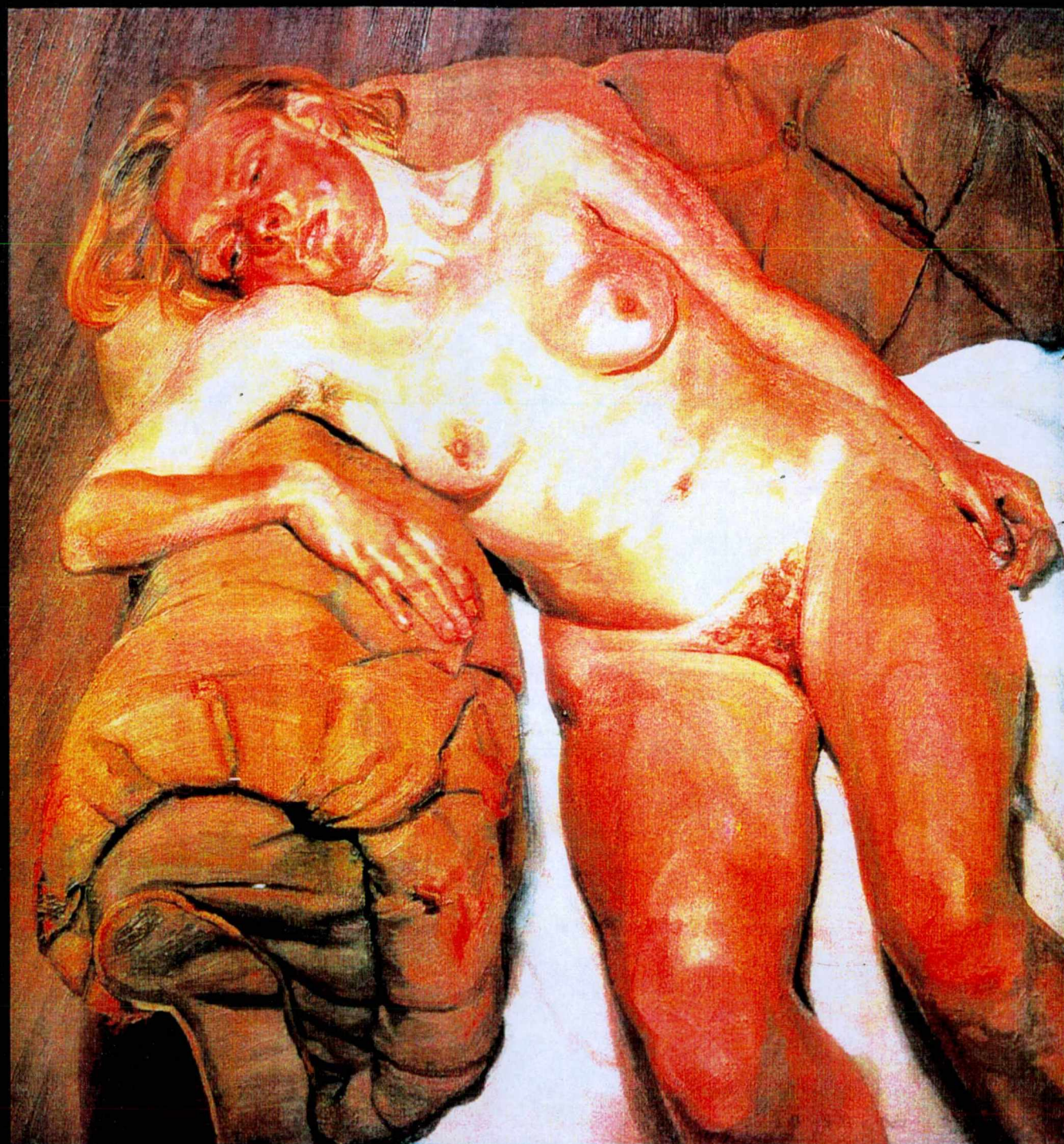
mais profundo das imobilidades da história, o inconsciente social vai ao encontro do inconsciente específico. (Durand, 1996:136).

Que suas histórias pessoais possam, afinal, encontrar repercussão naqueles que delas tomarem conhecimento.

Cenas de relações com o trabalho narradas através de histórias singulares

(216) As histórias são narradas por cinco mulheres que:

- ◆ Estiveram ou estão em atendimento psicoterápico consultorial;
- ◆ Têm mais de 34 e menos de 47 anos, com escolaridade em nível de segundo grau completo; algumas têm nível universitário. Começaram a trabalhar jovens e constituíram família própria. Os seus salários, integrados à manutenção familiar, possibilitaram a aquisição de casa própria financiada e, freqüentemente, a matrícula de seus filhos em escolas da rede privada.
- ◆ Ao adoecerem, eram bancárias – através de concurso público — há mais de quinze anos. Suas funções, no decorrer desses anos, estavam vinculadas ao atendimento ao público (bateria de caixas, setor de aplicações; abertura de contas; recadastramento, telex, atendimento geral).
- ◆ São portadoras de um diagnóstico clínico de LER/DORT's — Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho — com diferentes manifestações no corpo e características de adoecimento crônico (grau quatro).
- ◆ Além da manifestação física dos DORT's, apresentaram estados depressivos associados ao sofrimento, decorrentes do processo de adoecimento relacionado ao trabalho.
- ◆ Foram afastadas do trabalho, para algumas um afastamento permanente, configurou-se junto à previdência social via Comunicação por Acidente de Trabalho (CAT).
- ◆ Buscaram tratamento dos DORT's, com profissionais de diversas áreas da saúde, sendo esses tratamentos viabilizados pela assistência de saúde das empresas das quais são/foram contratadas.



Lucien Freud, *Blond girl, night portrait*,
1985

A história de Berta

(217) (...) *Essa semana depois de muito tempo eu fui na Caixa, na minha agência, onde eu trabalhava,... mudaram tudo... As baterias dos caixas tiraram tudo... Éramos seis e só ficaram dois. E só um, estava atendendo... Acho que era hora de almoço. Acho, pois ando meio perdida no tempo. Já não ando fazendo quase nada, e tinha que resolver algumas coisas no banco... Lá, com um caixa as pessoas estavam sendo orientadas para fazer tudo nos terminais novos de auto-atendimento. Mudaram toda a agência,... Tiraram as pessoas dos caixas e botaram as máquinas para o auto-atendimento... Eu acho que a maioria dos clientes não vai saber o que fazer... A cidade é pequena, tem muito aposentado e eles gostam de ser atendidos. ... Muitas pessoas esperavam para ser atendidos por mim, porque eu fazia tudo direitinho, dava atenção e era rápida. (...).Hoje para vir aqui, não tinha força para vir dirigindo sozinha... A minha filha que me trouxe... Sozinha eu não vinha... Ia ficar jogada lá num canto.*

(218) (...) *Essa noite eu tive um sonho. Um sonho muito horrível... Eu estava dirigindo um carro, dirigia sem parar dia e noite... Eu acho que descansava, dormia e comia ... Mas no sonho, só aparecia eu dirigindo... Eu estava carregando uma caixa ... Eu sabia que tinha que carregar a caixa para algum lugar, pra frente ... carregar sempre, sem parar ... Aí começou uma coisa horrível ... roubavam as partes do carro sem ninguém ver. Eu também não via quando eles tiravam, depenavam tudo só via que tinham tirado... E eu não podia fazer nada, só tinha que carregar a caixa pra algum lugar que eu não sabia ... Mas eu sabia ir. Quando eu olho pra trás, vejo que a caixa é um caixão. Meu Deus, eu estou carregando um caixão ... e o carro estava sendo depenado aos pedaços, roubado. E eu continuava dirigindo ali, dirigindo. Quando eu olho pra trás de novo vejo — sou eu que estou dentro do caixão. Eu, eu carregando o meu próprio caixão ... Como pode isso? [chorando]. Eu estava morta e estava viva. Eu continuo carregando, sozinha, o meu próprio caixão. Já tinham arrancado todas as partes do carro. O carro vira bicicleta... Eu estou na bicicleta, fico pedalando, e me carregando deitada no caixão ... Carregando o meu caixão assim atrás ... Tenho que fazer muita força para me carregar. Eu*

estava morta e tinha que ser enterrada em algum lugar. Eu não agüentava mais me carregar, não tinha força [chorando muito].

(219) (...) *Normalmente eu sinto dor quando eu escrevo, ou vou fazer outra coisa em casa. Mas já não faço mais nada (...) Só quando estou bem (...) Às vezes não dá para evitar tem que pelo menos varrer a casa, dar uma ajeitada (...) Minhas filhas limpam a casa, nos finais de semana. O marido faz a comida e faz a limpeza grossa. A comida eu não faço, meu marido gosta de cozinhar, já teve um restaurante. Ele fica brigando para eu comer, mas a comida não entra, não entra nada.*

(220) (...) *Agora estou sentindo muita dor. Quando a dor é tanta, não consigo fazer nada. Quando a dor alivia, eu fico mais animada ... um pouquinho. Essa semana, a dor estava demais, parecia que queria me arrancar o braço. Eu sofro calada. As pessoas não entendem (...) Dizem que eu tenho que reagir. Então não falo, como sempre fiz. Isso também dói.*

(221) (...) *Ontem, mesmo tomando remédio para depressão, chega no meio da noite, eu acordo com dor e não durmo mais. Parece que tem espinhos onde eu estou deitada, ou sentada. Têm espinhos no assento, na cama. Não tem posição, não tem nada que faça que eu possa me livrar desses espinhos. Hoje na viagem para cá eu senti isso, parecia que o assento do ônibus estava cheio de espinhos, me espetando, nas costas, no ombro, no braço.*

(222) (...) *O ano passado tinha indicação de um especialista em braços e mãos, para quatro cirurgias no braço, desse lado ... Daí resolvi, depois de uma perícia horrível e falar com outros médicos, a não fazer as cirurgias. O perito disse que era bom, porque assim eu sumia de vez. E os três outros médicos, disseram que a cirurgia não ia resolver e até poderia deixar o braço atrofiado. Eu aleijada (...) Prefiro ficar com braço doendo, do que com braço inválido. Fiquei com medo (...) Prefiro morrer a fazer cirurgia.*

(223) (...) *Então, acabei fazendo uma operação espírita no CAPC. Aliviou bastante. Não sei o quanto é do corpo ou do espírito (...) Às vezes penso que é meu carma, e que já sofri o bastante (...) melhor seria eu morrer de uma vez.*

(224) (...) *Na minha cidade, não tem especialista para fazer perícia do INSS, é pediatra, ginecologista, anestesista, é quem tiver. Eles nem olham para a cara*

da gente (...) Não olhar para cara da gente dói, como dói. Mas eles tratam assim né (...) [tom de desprezo]. Os peritos são conhecidos, e eu sou conhecida na cidade porque eu trabalhava na caixa e já trabalhei no hospital, antes de ser bancária. É gente conhecida e eles tratam assim, imaginam os coitados que eles nem sabem que são, sinto pena dessa gente.

(225) (...) Na perícia daquele mês, perguntei para ele se havia problemas eu estar tomando antidepressivo e todos os outros remédios, e fazer cirurgia com anestesia geral. Será que era bom? O médico perito anestesista disse com tom irônico, sério e grosso, sem olhar: — Ah! é bom porque assim você vai e não volta mais -. Sai de lá chorando. Não faço mais perícia com ele, os funcionários do INSS sabem disso e não marcam mais perícia com ele. Cada perícia de três em três meses tem que ser um médico diferente, pelo menos na minha cidade é assim.

(226) (...) Outubro do ano passado a Caixa chamou para fazer uma perícia geral, assistente social, psicólogo, ortopedista, quatro médicos. Eles queriam ver se eu podia voltar a trabalhar (...) o Doutor da clínica de ortopedia e fisioterapia, com cara de menino, que eu nem acreditei que era doutor, me ensinou a fazer um exercício com cabo de vassoura, para descolar o meu braço e meu ombro, estavam presos (...) Doía. Ele disse para fazer dez vezes ao dia, só assim o meu braço ia soltar. E foi assim que o braço descolou do ombro. Mas continua doendo. Agora, não agüento mais sentir dor, cansei de tudo, não faço mais nada, mas procuro fazer os exercícios todos os dias. Eu sei, se eu não fizer, é pior. A dor não passa de qualquer jeito, mas pode piorar.

(227) (...) O dia da perícia da minha empresa, para ver se eu podia ser re-adaptada ao trabalho, foi com certeza o dia pior da minha vida. Porque de lá para cá a depressão desandou a minha vida (...) Tu nem imagina o que a Caixa fez. Ela que sempre fez tudo certinho pra gente fazer as coisas que ela pedia. Eu moro a mais de 120 km daqui. Até hoje eu não esqueço. O horário. Os horários que marcaram para min. Eram impossíveis de eu cumprir: o primeiro, às 9 horas com assistente social aqui perto, no Centro. Não podia dirigir, e não tinha ninguém para vir comigo.

- (228) *Acordei às cinco horas. Sai da minha cidade às seis e meia da manhã com dor e depressão. O dia estava frio, frio e uma chuva bem fininha. Normalmente quando convocam, eles pagam as despesas de viagem adiantadas. Eu estava afastada, não me pagaram. Só depositaram o dinheiro para a outra funcionária, que estava trabalhando. Estranhei (...) Telefonei reclamando mas o dinheiro não foi depositado a tempo.*
- (229) *Sem dinheiro, saltei na rodoviária aqui em Florianópolis. Com frio e chuva, fui andando a pé para a primeira entrevista com a assistente social às 9 horas. Depois estava marcado, na minha folha de programação da perícia, a outra consulta lá no Estreito, às 2 horas. Cheguei lá. Estava marcado errado, tinham marcado na clínica para o outro dia. Como isso era possível! Expliquei que eu não morava aqui. Fiquei esperando, implorei e fui atendida O doutor, com cara de menino, disse que me atenderia se eu esperasse um pouco. Foi ele que me ensinou o exercício para eu descolar meu braço. A próxima consulta, era no Centro com um psiquiatra. Eu pensei que era às 5h30, mas era às 3h30. Cheguei lá, o médico disse que eu tinha perdido o horário. Mesmo se eu não tivesse esperado para ser atendida no Estreito, não ia dar tempo (...) O psiquiatra era no Centro. Não sei porque eu vi errado, acho porque imaginei que para dar tempo não podia ser em lugares diferentes num espaço curto de tempo, Ainda, andando a pé e tendo que pegar ônibus. Mesmo se eu tivesse de carro, ia ficar com tempo apertado Às 7 da noite foi a consulta com uma psicóloga, lá no Pantanal.*
- (230) *Quatro perícias no mesmo dia, com médicos diferentes, um em cada canto da cidade, e a gente nem mora aqui. Como eu podia cumprir esse horário do jeito que eu estava (...) Eu chorava de raiva e indignada. Eu me senti um lixo. Os peritos sempre desconfiados da gente. Tu tens que provar o que estás sentindo a todo momento (...) Parece, sempre, que não acreditam (...) me senti muito ruim, desconsiderada e desvalorizada. E não adiantou nada, tudo isso pra nada, eu não pude entrar no programa de readaptação no trabalho.*
- (231) *Saí do consultório da psicóloga às 9 horas da noite, estava tudo escuro. Eu não sabia o que fazer, não sabia como ia fazer para voltar, para sair daquela escuridão. Como eu ia para casa naquela escuridão, e ainda com frio e*

chuva. Fiquei parada na porta do consultório pelo lado de fora, sem saber para onde ir. A psicóloga fechou a porta do seu consultório e foi embora. Eu, desesperada, lá naquele fim do mundo, no Pantanal, não sabia o que fazer parada na porta. Comecei a chorar. Em seguida, passou um táxi, o motorista me viu ali parada, chorando e parou. Ele perguntou se eu queria um táxi. Foi assim que cheguei na rodoviária. O ônibus para minha cidade, só às 10h30 da noite. Peguei o ônibus, ainda chorando (...) Cheguei em casa, 1h30 da manhã, chorando de raiva, deprimida, sozinha, sem saber para onde vai, de onde vem. Além disso, esse ônibus ia para outro Estado, como tinha poucos passageiros, ele esqueceu de entrar na minha cidade e passa direto. Tu acreditas nisso, depois de tudo, ainda acontece isso. Ainda bem que eu não durmo. Eu chorando no ônibus pela falta de consideração durante o dia. Quando eu vi que o ônibus não entrou na minha cidade fiquei desesperada (...) Bati na porta do motorista. Acho que ele esqueceu. Ele sorriu e disse que ia entrar na cidade, deu a volta num posto de gasolina e me levou. Se eu dormisse no ônibus, eu ia parar em outro Estado. Com tudo isso, eu pedi para ele parar na frente da minha casa que fica no caminho da rodoviária (...) Ele parou bem frente do meu portão. Entrei em casa 1h30 da manhã (...) Fiquei de cama uma semana, sem força para levantar. A empresa fez essa perícia para fazer uma avaliação geral com diversos profissionais para ver quem estava em condição de trabalhar, e que coisas precisava para voltar a trabalhar re-adaptada. De lá para cá, até hoje quando lembro desse dia, me dá vontade de chorar. Alguns médicos (...) eu não vou com a cara deles. Tratam a gente como malandra. Se eu não sentisse dor, eu não estaria em casa. Tem gente que gosta de ficar em casa, e tem gente que é malandra mesmo, mas eu não. Só a gente sabe o que a gente sente. Aí, dizem – “ah! tu não sente dor, tu estás malandrando, não gosta de trabalhar” (...) Eu fico sentindo tudo isso.

- (232) Eu trabalhei a vida inteira, nunca reclamei de nada. Faziam de gato e sapato de mim. O meu erro, é que eu sentia e nunca abri a boca para me defender, mesmo sendo injustiçada. Às vezes eu fico pensando, porque eu não reagia (...) guardava. Eu guardava, trancava até a respiração, chegava a dava um troço aqui na garganta. Essa situação da perícia, eu falei porque outra que

estava trabalhando me ajudou a falar. Eu ainda costumo ficar com raiva e engolir [veio reclamando que não estava conseguindo comer, nem beber água, ficando várias vezes anêmica por isso].(...) Hoje quando tomo água eu sinto dor, sinto aquela dor que sentia quando engolia e trancava alguma coisa ruim, quando me sentia injustiçada. Me dói só do lado esquerdo, tudo do lado esquerdo, eu costumo dizer que é o lado do mal. [em outros momentos disse que já pensou que ia dar um enfarto, ou algo no coração].

(233) *Tudo isso, que eu tenho passado, dá muita raiva...muita dor [chorando] Eu não quero chorar mais. Não adianta. Eu tenho medo de sentir dor. Eu não suporto esses dias. Eu fico amuada. Eu não sabia mais o que fazer, daí um dia tomei quatro a cinco comprimidos de uma vez só, e dormi três dias sem parar. Eu sinto raiva de mim mesma (...) Eu sinto que sou culpada das coisas. Eu fico pensando que eu podia ser diferente.*

(234) *Eu trabalhava, não falava quando sentia que estava sendo injustiçada, não considerada. Eu descarregava a raiva trabalhando bastante. Era assim que eu fazia para me sentir bem. Eu gostava de trabalhar, queria atender todo mundo, e tinha muito movimento na Caixa. Aí, a raiva passava. Eu trabalhava rápido, atendia todo mundo. Quando o gerente ficava enchendo a paciência, ficava reclamando que a fila estava demorando, eu ficava calada e trabalhava mais ainda. Eu estava fazendo o que eu gostava (...) sempre gostei de trabalhar na Caixa. Eu amava aquele serviço [chorando], não só no caixa, como na Caixa (...) Não acho que eu trabalhava demais porque eu gostava. Agora a tensão, a pressão do chefe me enrijecia os músculos. A pressão sem motivo, sem razão, isso era demais (...) Eu gostava da perfeição, sou muito perfeccionista, pra mim a perfeição é tudo. Dificilmente eu costumava errar no meu caixa. Quando tem muito movimento, isso já é complicado. Dia de muito movimento, alguém dizia algo injusto pra gente, eu ficava com raiva e engolia. Jamais eu imaginei, eu nunca pensei (...) que pudesse ficar assim. Acho que eu teria feito diferente. Trabalhava, a gente nunca saía no horário previsto. Tem gente que está lá belo e formoso, ele ficava até tarde mas não se envolvia como eu. Nós tínhamos horário para entrar e não tinha horário para sair (...) Eu queria fazer tudo perfeitinho. Quanto mais rápido eu atendia, mais a fila aumentava. Quanto mais*

rápida que ia, mais a fila aumentava. A minha fila sempre tinha gente, nunca diminuía, e isso às vezes dava raiva. Depois passou para fila única, continuou a mesma coisa (...) enquanto o meu colega atendia uma pessoa, eu atendia cinco, seis pessoas. E eu gostava disso. Eu sentia prazer. Eu gostava de trabalhar, gostava do que fazia. Quando tu fazes uma coisa que tu gosta, tu fazes bem feito, e tu sente prazer em fazer bem feito (...) e eu sentia isso, eu sentia prazer, fazia bem feito. Eu gostava que os clientes vissem isso. “Pô, a Berta é rápida.” (...) “ Pó, a Berta atende bem” (...) Eles gostavam de ser atendidos por mim. (...) Eles gostavam de ser atendidos por mim (...) Até hoje, eles sentem falta. Os clientes me encontram na rua (...) Meu Deus, às vezes eu tenho até que me esconder. – “Como é (...) quando tu vais voltar a trabalhar?” Dizem pra mim que sentem falta de mim. Acho que eles sentem falta, porque eu atendia bem. Às vezes, eles falavam sobre os meus colegas. Diziam que eles eram muito lerdos. Então, eles gostavam de ser atendidos por mim porque eu atendia bem e atendia rápido, fazia bem o meu serviço, procurava fazer o serviço perfeito, perfeito (...) Isso me confortava. (...) Tu falaste a palavra certa, isso é que me movia, fazia eu trabalhar com vontade, com prazer, com perfeição. Os clientes me valorizavam, falavam que gostavam de mim, pelo meu trabalho. Jamais o meu gerente me disse isso, dele eu só recebia pontapé. Isso, também machuca, dói. Eu estou me achando esquisita porque antes eu me preocupava com tudo, ficava sentida com tudo. Eu dava atenção para as pessoas, mesmo sem receber.

- (235) *Agora, não estou ligando pra nada, e pra ninguém. Eu me sinto sozinha, eu quero ficar sozinha. Se a dor fosse só o braço (...) eu arrancava ele fora. Quando sinto muita, eu fico para morrer.*

A história de Elizabeth

- (236) (...) *Já faz um ano que fui afastada no exame periódico do banco. Não posso trabalhar (...) Dependendo do movimento que faço sinto uma agulhada no cotovelo e no ombro direito... como se o osso tivesse roído. Parece ácido escorrendo, queimando ... a sensação é como se o osso tivesse calcificado ... corroído. Sinto um peso ... um cansaço ... está tudo rígido ... cheio de nódulos ... A sensação é de estar carregando peso nas costas. Eu acordo carregando esse peso ... o braço fica petrificado ... a carne ... aqui ... assim ... fica dura ... rígida.*
- (237) (...) *Essa dor, iniciou em 1994, no braço direito. O chefe na época não deixou eu sair para fazer fisioterapia, me ameaçando tirar do caixa – “Se tu estás com dor, vou te tirar do caixa. Aqui ninguém vai ganhar comissão de caixa sem trabalhar”. A minha filha estava doente. Mesmo com plano de saúde (...) com doença a gente sempre gasta muito (...) Eu não podia diminuir meu salário por uma dorzinha⁵⁵.*
- (238) (...) *Em casa, eu sempre dei conta de tudo... Sustentava a casa apesar do trabalho do meu marido. O pesado sempre foi meu.*
- (239) (...) *Eu sentia uma brasa viva dentro do braço (...) Mas trabalhar me aliviava a cabeça. Eu esquecia de tudo ... Não gostava de ficar parada ... Achava que aquilo ia logo passar (...) Eu não podia perder a gratificação de caixa. Na época, eu tinha tendinite e não acreditava na LER. Vários colegas começaram a ficar com LER.*
- (240) (...) *Quando uma colega que todos admiravam, — pois trabalhava muito e gostava de trabalhar -também se afastou com LER, eu pensei que isso não iria acontecer comigo. (...) Mudei meu jeito de trabalhar (...) colocava o braço dentro da gaveta para apoiar (...).*

⁵⁵ Trabalhando em ritmo intenso adoece, sendo afastada no exame periódico após dois anos do primeiro diagnóstico de tendinite (1996): tendinite no músculo extensor médio (braço direito) e cotovelos, fibromialgia no músculo trapézio, enquadrada no nível quatro das lesões por esforço repetitivo (LER/DORTs) por estar impossibilitada de realizar movimentos exigidos pela sua atividade laborativa. Afastada do trabalho há um ano, não apresenta melhora em seu quadro clínico, com depressão acompanhada por períodos de euforia, negação do sofrimento e grande excitabilidade. Não aceita não poder fazer as coisas como antes. Reclama enfaticamente de um sentimento de impotência, intensificado com o processo de adoecimento dos DORTs, interpretado por ela como fraqueza. Diz que essa fraqueza parece que foi para os braços. Teve algumas tentativas de re-adaptação ao trabalho, entrando em crise em seguida, sendo novamente afastada.

- (241) (...) *Eu me sentia muito orgulhosa de conseguir fazer todo o serviço. O banco passava por muitas transformações (...) muito trabalho (...) e eu conseguia dar conta de tudo. Eu trabalhava num caixa avançado, em uma indústria (...) tinha mais liberdade e menos pressão da chefia, mas tinha que digitar tudo duas vezes porque não tinha comunicação on-line com a agência.*
- (242) *No dia de pagamento da empresa, eu fazia o pagamento de mais de 300 funcionários (...) eu conseguia pagar tudo direitinho, sem erro no caixa e depois, passar para o sistema na agência. Era o dia do mês que eu trabalhava muito (...) ficava muito cansada (...). Chegava em casa, me atirava no sofá, largava os meus braços para os lados. (...) A sensação de dor e de peso era tanta, que às vezes eu nem mais sentia (...) mas me sentia muito satisfeita porque eu conseguia (...) eu conseguia dar conta de tudo (...) era um cansaço doído, mas gostoso. Eu me sentia realizada no meu trabalho.*
- (243) *Depois, quando a dor atingiu o cotovelo, eu não podia mais apoiar o braço na gaveta (...) aí, aí (...) a dor aumentou. Eu passei a me sentir mal. Não queria pegar licença porque falavam mal do pessoal que tinha saído com LER. Nem fui fazer fisioterapia (...) eu não acreditava que aquela dor não passasse. E ainda pensava que o banco ia achar que era mentira. Ia trabalhar com muita dor (...) tomava remédio para trabalhar (...) já era sofrimento, deixou de ser prazer. Mesmo com dor, para mim é difícil não fazer nada.*
- (244) [sobre um desenho feito por Elizabeth] (...) *A imagem da mulher na chuva com guarda-chuva, que lembrava o braço forte, levantado em posição de vitória, espetando uma banana gigantesca (...) e no outro braço segurando a bolsa (...) com a cabeça erguida (...) e a imagem da ampulheta cheia de areia nos dois lados (...) parada (...) não me sai da cabeça.*
- (245) (...) *Antes achava importante ser uma mulher de negócios (...) bem sucedida, uma boa profissional (...) acho que cresci com essa crença, eu sempre tive orgulho disso. De cabeça pra cima, com orgulho, não dependendo só do homem parar sustentar a família (...) diferente da minha mãe, que teve aceitar um monte de coisas do meu pai, como traição, bebida (...) ela agüentou muita coisa, mas quando decidiu se separar teve que voltar para casa de cabeça baixa porque tinha as filhas para sustentar. Toda essa história pesa nesse momento*

(...) agora, que não posso mais dar conta das coisas. Como já foi falado aqui, parece que tudo que construí desabou. Aonde vou me apoiar para me erguer?

(246) *(...) A ampulheta lembra esse tempo parado (...) nada para crescer (...) não estou progredindo, não estou realizando nada. O sentimento de impotência é muito grande. Aí tem a bolsa que parecia um balde (...) lembra o balde de dar comida aos bichos (...) o balde de água de poço. Ele pode estar vazio ou cheio. Quando pequena eu tinha o compromisso de alimentar os bichos. Lá em casa, quando criança (...) agora dar comida para os filhos, sustentar a família.*

(247) *(...) A minha bolsa é onde estão todos os compromissos. Tenho um envelope cheio de contas pra pagar. Eu tenho que dar conta das contas no final do mês, do sustento. Tenho que pensar em tudo. Na bolsa estão todos os documentos, o envelope, a chave, a história da minha vida. As contas para pagar, e eu tentando controlar tudo (...) eu sei que isso era papel de homem (...) mas acho que fui esperada homem. (...) eu sempre tive que cuidar dos meus irmãos. A mãe me dava excesso das tarefas, limpar a casa, cuidar dos irmãos, estudar e tirar notas boas E depois, trabalhar fora. No banco o chefe me sobrecarregava de serviço, porque eu dava conta. Eu sempre fiz o que esperavam de mim. Eu segurava todas (...) e agora quem vai me segurar (...) me dar apoio. Parece que não vai ter ninguém para me segurar, só eu tenho que assumir as responsabilidades. Tenho que ser boa profissional (...). não posso sentir dor (...) tenho que cuidar da casa, dos filhos, das pessoas (...) e pior ainda me sinto responsável pelo meu marido ter fracassado na loja porque eu não estava trabalhando com ele. E ainda por cima, eu estou engordando por conta desses antiinflamatórios, e de ficar parada sem poder fazer as coisas. Nunca estive tão gorda. Agora lá em casa estamos todos de regime — eu e minha filha pelo corpo e o marido pelo colesterol.*

(248) *(...) A imagem do guarda chuva que era para proteger da chuva e parecia uma banana (...) lembra o meu marido (...) ele gosta de banana. Sábado, convidei ele para ir ao cestão comprar frutas e verduras, já que não posso carregar peso. Ele foi e voltou resmungando, reclamando que eu tinha que ter feito isso durante a semana (...) que ia chegar atrasado na loja (...) que tinha que correr. Gastei todo o dinheiro que eu tinha economizado, para comprar a*

loja para ele (...) agora acho que a loja era também para mim. Para me proteger do que poderia acontecer comigo no banco, quando já não conseguia mais trabalhar como antes. (...) achei que ele pudesse dar conta. E eu continuaria a me sentir vitoriosa. (...) eu me sentia vitoriosa de dar conta de tudo no banco. Pensei que eu poderia junto com ele ser a empresária (...) ter uma loja (...) um negócio. Nós poderíamos ser um casal bem sucedido. A loja estava dentro de um ramo em que ele sempre trabalhou e gosta, e ele deixaria de ser empregado. Mas ele não soube dar conta e além disso tem a recessão. Os juros matam qualquer um. Ajudou a matar outro sonho. Vai ser difícil eu voltar a ser como antes (...) faz um ano que não melhora (...) faço fisioterapia, acupuntura, tomo os remédios e não melhora. Fico revoltada, parece que não tem um médico que eu possa confiar plenamente. Tenho vontade de ir para São Paulo, me internar no Hospital das Clínicas para acharem uma solução para esse meu braço. Concretamente tudo escapa das mãos(...) eu não consigo mais fazer (...) fechar e apertar a mão. Fazer o movimento de digitação é impossível. Os dedos estão todos duros, petrificados. Não posso segurar com força, carregar (...) apertar(...) fica tudo inchado como um pão mole. É muito estranho isso tudo(...) tem horas que penso que vou pirar.

(249) (...) O braço duro forte, vitorioso da mulher, parece um braço de madeira (...) um braço de pau (...) lembra o boneco de pau (...) Pinóquio (...) mentiroso. Não sou mais esse braço forte (...) o pau para toda obra virou um braço de boneca de pano que agente enche de areia...para poder ter alguma sustentação. Os movimentos com o braço estão cada vez mais difíceis (...) ainda mais com esse desânimo. Passei o final de semana deprimida (...) toda molengona. Sábado era o dia de limpar a casa, fiquei com muita raiva de não poder fazer as coisas direito. Não sei ter que ficar dependendo do marido e da filha. Não posso mais nem carregar uma sacola direito sem que depois não sofra com isso (...) a impotência dói (...) dói muito (...) a dor parece alguém que fica me dando beliscões e dizendo "... vê se fica quieta no teu canto".

(250) (...) Fui trabalhando, trabalhando (...) fico feliz e triste empunhando o braço da vitória. No trabalho, me sentia capaz e me embriagava com isso.

Bebia trabalho, procurava fazer sempre com capricho e dedicação (...) depois fiquei nessa fantasia de ser uma empresária, mas não deu certo.

(251) (...) *Ando com pressa, agoniada, como se o tempo fosse curto. Estou no tempo parada (...) queria um direcionamento (...) estou dentro de um casamento, insatisfeita porque ele novamente não correspondeu. Como bancária, depois de vinte anos, não tenho perspectiva profissional assim com esse braço, nem lugar para trabalhar. A loja já está fechada. Dá tristeza. O tempo parece que escorre pelas minhas mãos. Acho que em casa, estou ficando parada no tempo. Tudo (...) em casa, não tenho e-mail, não tenho computador para me conectar com o mundo, parece que tenho que ter a internet para estar na globalização. Em casa, pareço que estou fora do tempo, da realidade, totalmente alienada. A ampulheta é o relógio antigo que está fora do tempo, e ainda com duas metades cheias. Era para uma parte estar vazia para ter movimento (...) e parte para ser preenchida no tempo. Estar vazia para ser preenchida, lembra algo a ser projetado. Eu havia projetado as coisas que não pude realizar na adolescência (...) antes de começar a trabalhar (...) mas está fora do tempo.*

(252) (...) *A alça da bolsa-balde, parece bem grossa e forte. Ela não pode arrebentar. Vai sustentar meu peso? [chorando] Acho que tem um balde de emoções, sentimentos de tudo que vivi. Me sinto seca e amarga (...) sem apoio para me sustentar.*

(253) (...) *O balde pode estar vazio descendo para o fundo do poço (...) e também pode estar cheio de água subindo (...) para beber.*

(254) (...) *Eu quero resgatar o tempo perdido (...) comecei a trabalhar cedo, ainda adolescente, porque queria independência. Eu não pude estudar, fazer uma faculdade e trabalhar. Tinha deixado esse sonho para meus filhos (...) mas isso não dá mais (...) eu tenho vontade de resgatar o sonho de adolescente (...) quem sabe voltar a estudar (...) fazer psicologia ou serviço social (...) acho que isso é um sonho (...) quem sabe.*

A história de Carolina

- (255) (...) Não gosto do meu destino na mão dos outros. No trabalho tudo dependia do tempo. É como ponteiro do relógio, é controlado com o tempo, para não atrasar, não adiantar. Se não existisse relógio haveria mais desencontro do que encontro (...) ajuda na organização. Eu sem meu trabalho sou meio perdida. Em casa tem três relógios (...) O do vídeo, quando falta força, luz, fica maluco piscando, o do quarto para o Leo [marido] acordar para trabalhar é à corda; esse é o preferido do Mel [filho] para mexer, mas o Léo acerta. O da cozinha ninguém interfere, está sempre certo. E eu me perco nos horários, agora acho que deveria seguir só o relógio biológico, para dormir, para comer. Lembrei também do relógio do Salvador Dali derretendo, muito idiota essa coisa sem forma, ele muda a forma das coisas. Me incomoda aquele quadro. Tem relógio derretendo, congelado, pequeno, torto, deformado, tem um que fica no canto da mesa (...) é o tempo derretendo deformado. É a velhice, nós desenvolvemos e depois as células não se regeneram como antes, há uma transformação, as células não são coisa que se regenera com facilidade, é mais lento, mas há uma transformação que degenera. Tenho expectativas com minha velhice, espero ser a melhor possível, se a LER⁵⁶ não virar artrose. Essa deformação é horrível.
- (256) (...) Existe um sistema de organização natural que funciona em uma certa harmonia, acho que isso está mais próximo do relógio à corda do Léo em sintonia com o relógio interno, até para comer. Às vezes penso que deveríamos só comer quando tivesse vontade (...) às vezes no banco eu não comia, perdia a minha escala de almoço, outras esquecia de comer. Era arrastada pelo tempo. Não sei se meu ritmo não funciona direito ou a sistemática está errada, eu me sentia organizada no trabalho. Mas acho que eu não sou organizada.

⁵⁶ Sintomas: tenossinovite dos músculos extensores e flexores dos dedos: inflamação crônica com sintomas de crepitação, rubor local com dor e impotência funcional; tenossinovite de Quervan –evolui com processo inflamatório local atingindo, com o tempo, os tecidos sinoviais e os próprios tecidos próprio dos tendões. Dor com irradiação para antebraço e cotovelo, impotência funcional sinovial. Cistos sinoviais no punho; no cotovelo: compressão do nervo mediano. Bursite; água por baixo do tendão do músculo supra espinhal. [passa por baixo do músculo deltóide e em cima da cápsula de articulação do ombro; tendinite do supra espinhoso e bicipital] Pescoço: síndrome de tensão do pescoço e síndrome cérvico braquial. Depressão.

- (257) (...) *Salvador Dali era feliz (...) porque conseguia colocar tudo isso num quadro (...) traz as fantasias para realidade (...) de maneira mais equilibrada (...) o inconsciente é maluquinho (...) acho que acabei trazendo as coisas que vivíamos de maneira errada no meu corpo.*
- (258) (...) *Essa porcaria de computador tão bem facilita a vida de todo mundo (...) se não souber usar acaba estragando a vida de muita gente. Mel está doido para ganhar um computador, sofri para lhe dar o vídeo game e eu morro de medo (...) como vai ser com ele? (...) Eu adoro, gosto de desvendar, jogar, descobrir coisas, porque ele é rápido. Se a gente for rápida ele acompanha, faz o trabalho e fica pronto na hora e isso é alucinante. Concluir cada vez mais rápido, é mais fácil corrigir os erros. Não se pode deixar ir pela correnteza, a gente vai embora, é um jogo. Computador é lógica, tem regras, depois de pegar o jeito, vai embora, é perigoso, é um jogo de azar, uma roleta. Sinto na carne. A máquina fica cada vez mais moderna, mas a pessoa, não (...) passar de oito mil para vinte mil toques assim como fizemos (...) o ser humano não modifica assim tão rapidamente. Se não fosse a modificação para um sistema mais moderno, eu não iria fazer o cadastramento de todos os clientes daquele jeito. O banco gastou com máquina e exigiu produção para pagar a máquina e nós estamos no planeta terra, e tem a era tecnológica onde o braço é uma extensão do computador, parece uma coisa lógica integrar ao homem a máquina (...) mas respeitando os limites do corpo. Para o computador somos todos iguais, e a gente vai indo. Não cansa. Entra no ritmo, e vai (...) e de repente não dá mais (...) Aí fica tudo no ar ou fora do ar. Eu fico pensando que eu era uma linha de produção quando fazia de doze a quinze cadastramentos por hora, checava informações, falava com cliente programava e digitava (...) além disso, foi aquela loucura do setor de aplicação, fazendo tudo ao mesmo tempo. O computador é máquina, a gente não.*
- (259) (...) *O médico especialista dizia que a dor era coisa da minha cabeça e me deu tranqüilizante e antidepressivo (...) os outros dizem: quem mandou você ficar nisso (...) acho que eu já pago um preço caro e carrego a minha culpa todos os dias. O que eu fiz? Se eu soubesse antes (...) que nós não tínhamos controle (...) mas ninguém vê a correnteza do mar.*

- (260) (...) *Aí depois ainda ouvi do perito que o meu braço estava assim porque trocava fralda e dava mamadeira, porque cuuuuuiidaavvaa do meu filho. Agora dos problemas que meu filho teve por eu ter ficado assim (...) sem poder fazer quase nada (...) eles não querem nem ouvir. Se meu filho ficar com problemas nessa história, o banco paga tratamento psicológico para o meu filho? (...) não... isto está fora do alcance (...) nem dinheiro, ou bônus, paga isso (...) prejudicar a vida do meu filho é demais.*
- (261) (...) *Meu movimento está lento, vagaroso, tudo tem um peso diferente depois de um tempo. Não sei se é velhice ou é LER (...) a LER...deza tem dias que toma conta de mim (...) fico irritada com dor (...) até pensar em outras coisas fica difícil (...) aí vem o pensamento o que eu fiz ontem para acordar assim (...) às vezes é uma louça a mais que lavei daquele meu jeito né, fazendo de conta que estou lavando direito, ou uma sacola mínima do supermercado que carreguei (...) ou é a própria mudança de tempo. Não dá vontade de fazer nada (...) mas nem deitada dá para ficar porque dói, não tem posição, a vontade é de arrancar o braço fora e colocar uma prótese e um transplante de articulações (...) um outro braço para eu poder fazer as coisas que gostaria e tenho que fazer. Estou com sono, o antidepressivo não funciona, meu olho está pesado e ardendo (...) o braço doendo já é normal (...) não dá para desenhar forte, tem que desenhar fraquinho (...) eu já aprendi que tudo eu tenho que fazer de um jeito diferente (...) aceitar e admitir isso já é difícil (...) fazer então (...) mas a dor é implacável.*
- (262) (...) *Ontem fui no banco, nossa (...) consegui chorar lá dentro (...) como pode! Justo aqui! (...) tanto lugar para chorar. Fiquei revoltada de ver o pessoal trabalhando, olhei pra minha chefe (...) o olho encheu de lágrima e fiquei muito revoltada. Deu vontade de fazer como o Mel, encher a cara dela de porrada, não questioneei se ela tem culpa ou não (...) só senti raiva dela por todas as coisas que a gente passou (...) me revoltei de ter que pedir ajuda para alguém digitar um extrato pra mim (...) fiquei braba (...) não vou me humilhar, não vou me rebaixar mais ainda, o braço doendo (...) e eu fiquei um tempão na fila, porque não quis pedir ajuda para ninguém. Fui lá e puxei um extrato e fiz as outras operações que tinha que fazer (...) sozinha. O braço ficou doendo mais*

ainda e eu sentindo a dor de não poder trabalhar. Depois encontrei uma cliente deficiente que não enxerga (...) ela e o marido (...) e fazem uma porção de coisas, têm filho, têm casa e a gente vê os dois sempre sorrindo alegres. Aí eu olhava para o meu braço (...) ele está perfeito, não estou enxergando nada (...) minha mão e meus braços estão perfeito aparentemente, ele só dá uma tremida e fica um pouco inchado. Mas eu não tenho mais a sua força, aí eu fico mais revoltada (...) eu não tenho nada, a limitação existe por dentro. A minha cabeça ia explodir e comecei a chorar Saí da fila correndo, desisti de depositar o cheque (...) não queria que as pessoas vissem que eu estava chorando.

- (263) *(...) Não estou mais me sentindo como aquela árvore podada que te falei no início. . Achô que estou mais inteira, mas tenho que ser replantada bem rápido (...) de onde vou tirar minha seiva, minha energia, sem meu trabalho?!. Não quero ser só mãe, esposa e cuidar da minha saúde. Bem, dona de casa já não sou mais [rindo] (...) lembrei do Leo, ele agora é mais dona de casa do que eu, já não faço mais nem comida sozinha. Ser mulher ser esposa, não é fácil, mas falta (...) tem que ter produção, tem que ter trabalho. O trabalho dá estrutura, dá raízes até mesmo para a família.*

A história de Alice

- (264) (...) Alice (...) eu gostaria que fosse Alice no país das maravilhas (...) mas esse lugar não existe (...) só no meu desejo. O país das maravilhas seria um lugar onde não haveria dor (...) eu não precisaria mais tomar remédio para dor, nem para dormir. E eu não precisaria ter medo do que pode surgir (...) nem de como vai ser amanhã. Teria alegria e as pessoas não iriam sofrer com seu trabalho (...) não sofreriam tanto para viver. Mas esse país não existe (...) só existe nos meus sonhos.
- (265) (...) Como tudo na minha vida (...) parece que sempre tenho que enfrentar as coisas primeiro. Fui uma das primeiras pessoas a ser afastada do trabalho por LER na minha empresa. Ninguém imagina como eu penei com isso. Ao ver o que as outras pessoas passaram e sofreram (... ainda considero que tive sorte. As pessoas, e os médicos, nem sabiam o que era. O que era ficar doente por causa do trabalho? Muitos ainda continuam não sabendo
- (266) (...) Pessoas muito próximas (...) trabalham com segurança no trabalho, mas não relacionavam o que eu sentia com meu trabalho. Todo mundo sabe o que é trabalhar na vida de cada um. Mas não se tocam que o trabalho também faz ficar doente, nem eu. (...) estudar nos livros é fácil, agora (...) viver é outra coisa.
- (267) (...) Sofro demais com que os outros pensam (...) fico desconfiada (...) acho que pensam, quem está com LER, está inventando (...) que é só “coisa da cabeça”. No meu braço não aparece nada. No trabalho, o chefe vivia fazendo piadinha e me enchendo de coisa para fazer (...) tratada como máquina. (...) e eu culpada, achando que sempre tinha que fazer mais (...) culpada, por não estar dando a atenção que meus filhos precisavam. Trabalhar (...) criar filho (...) cuidar da casa (...) não é pouco não.
- (268) (...) Vou fazer de tudo para não ficar pior do braço. Se não posso fazer tal movimento, não vou fazer (...) não vou piorar. Isso já é uma loucura. Deixar comprimir mais do que está o punho! Não (...) não vou operar. (...) preciso de força (...) para dizer não. Não. (...) dizer — não posso—, e não achar que vão me perseguir ou ficar culpada. Como isso é difícil para mim. (...) as pessoas no

trabalho (...) fazem cara feia. (...) fico pensando (...) o que eles podem fazer (...) me transferir (...) ou me botar para rua. Tenho o papel da previdência dizendo o que posso e o que não posso fazer. Para os colegas que olham com cara feia (...) quando tenho oportunidade eu falo: “Isso pode acontecer com vocês, não se cuidem, não”. Não sei se acreditam, ou não querem acreditar.

(269) *(...) Não dá para ficar o dia inteiro dizendo não (...) também não dá para ficar em casa sem viver, com medo de tudo. Preciso de um outro lugar para trabalhar. [Tempos depois, Alice foi eleita representante dos funcionários, com deslocamento de função. Por alguns anos trabalha fora da agência, adquirindo maior autonomia, mas sempre trabalhando muito].*

(270) *(...) Sonhei que estava num hospício, parecia meio um colégio. Eu falo para alguém: – “A partir de agora, chega. Eu não quero mais saber de ficar nessa coisa, nessa loucura!” Daí, vinha um cara no corredor. Vinha, e vinha com tudo, em direção à porta que eu estava. Ele estava indo para o consultório do Doutor X. No sonho, eu estou indo para a porta do Dr. X. Como todos os outros louquinhos que vieram depois (...) eu que nem aqueles louquinhos (...) Dr. X é o médico que cuida de meu braço [rindo nervosa]. Todos nós, que nos tratamos com ele, éramos louquinhos (...) É pelo que as pessoas pensam sobre ficar doente (...) do trabalho(...) .uma doença que não aparece. No sonho eu disse para mim mesma: “Eu vou sair desse lugar de louquinha”. Aí (...) eu estava num quarto, estava todo esculhambado. Tinha outras pessoas para ficar ali (...) aí, eu não estava mais num hospício, estava numa pousada. Não éramos mais louquinhos. No sonho, eu estava ocupando os dois lugares: no hospício — que parecia um colégio — e na pousada, de repouso (...) aí eu entrei e comecei a tocar nos lugares. Chegou mais gente. Eu acendi a luz. Estava tudo arrumado, decorado (...) tinha umas coisas bem pequeninas (...) com azul e branco (...) um azul marinho que lembra a noite. Mais duas pessoas iam entrar na pousada. Ali onde eu estava (...) estava desocupado (...) tinha lugar para duas pessoas. Eu fui para outro quarto. Olhei para a pessoa que estava ali. Ela me chamou a atenção, mas não lembro da cara dela.*

(271) *Acordei e fiquei pensando: “O que será que esses louquinhos vão atrás do consultório do DR. X.?”*

(272) (...) *Ontem estávamos entregando a cartilha sobre a LER na agência. Um diretor veio me perguntar por que: “(...) na cartilha, nosso banco está com epidemia de LER (...) e nos outros bancos, também estatais, não tem (...) lá ninguém ouve falar de LER?” Eu disse pra ele que poderia responder o porque, mas era uma conversa longa. Era melhor ele ler a cartilha (...) antes de ficar falando (...) Ler sobre essa epidemia.*

(273) (...) *Aí veio outro colega (...) veio falar de algumas pessoas, que estão se afastando por LER. Disse que tal pessoa: “estava bem, não estava com cara de doente (...) veio a semana passada na agência, arrumada, estava até de batom!” Falou de outra pessoa com LER, que foi vista trabalhando no quintal de sua casa, mexendo na terra (...) que a perícia tinha questionado as unhas cheias de terra! Segundo esse colega, essa pessoa podia estar agindo de má fé com o banco. Escutei mais, que (...): “tem caixa, com mais de 20 anos de trabalho e nunca deu problema (...) então, ficar com LER não podia ser relacionado ao trabalho (...)”. Então falei: “Já visse o ritmo que ele trabalha, e o de quem adoeceu? (...) do cara eu nada sei, mas da mulher (...) fiquei com pena dessa mulher. Ela vai passar um cortado nessa agência (...) eu sei o que a gente passa quando tem um diagnóstico de LER (...) falam barbaridades (...) eu sei o que falavam na minha frente (...) e nas minhas costas. Essa cartilha é importante (...) acho que as pessoas sabendo (...) quem sabe, nós deixamos de ser os louquinhos que inventam doença para enganar o banco. Essa mulher se trata com DR X. Está todo mundo ficando meio louquinho com tudo isso. Escutamos cada coisa! (...) mas ninguém quer nos escutar. Pensas que o diretor depois veio falar comigo? Não quis ouvir minha explicação. Somos vistos como loucos (...) o problema é esse braço (...) traz uma loucura que ninguém quer ver.*

(274) *Mesmo com a análise (...) e de todo o trabalho aqui (...) não é fácil aceitar realmente a limitação. Além disso, os banqueiros não querem reconhecer a doença, e nem os próprios colegas (...) eles não querem ver que também pode acontecer com eles. Ficam falando que somos todos louquinhos. Dizem: “Se fosse doença de verdade, teríamos de estar com cara de doente(...)” Tem que andar esculhambada, mostrando que está estragada.*

- (275) (...) *Sempre procurei ser, como eu achava que as pessoas esperavam (...) precisavam. Sempre fiz para os outros (...) e vivo culpada, achando que não fiz o suficiente. Isso atormenta. Fico tentando resolver a vida de todo mundo e só não resolvo a minha. O que eu recebo por isso? Para cuidar da minha vida, tenho que sempre cuidar dos problemas dos outros (...) queria poder cuidar mais da minha vida, de mim, dar mais atenção aos filhos. Isso parece coisa que a minha cabeça não deixa.*
- (276) (...) *Tem cada vez mais gente ficando doente com LER, não podendo mais trabalhar. Sem contar os que estão trabalhando com dor. As pessoas falam disso, mas não dão atenção. Nem elas escutam. Eu sei disso, porque muitas vezes eu não consigo escutar o que as pessoas estão falando (...) fico preocupada com isso. Fico sempre me cobrando para fazer alguma coisa. Eu vivo tentando resolver problemas e antecipar o que pode vir. Bem, isso virou o meu trabalho. É melhor ficar pior do braço, trabalhando na agência (...) não sei se é o melhor mesmo (...) será que não era melhor eu ter ficado lá? (...) trabalhava aquelas horas que todo mundo trabalha, e pronto. Eu sei, eu sei, que não é assim. Está tudo uma loucura (...) trabalhando daquele jeito (...) isso vai estourar em algum lugar. Trabalhando sob ameaça, sob pressão, sem garantias do que vai acontecer (...) tendo que vender até a mãe (...) é uma loucura. Mas eu não sou essa pessoa forte que as pessoas pensam (...) ninguém sabe quando fico tomando tranqüilizante para ficar na cama (...) parar de pensar (...) descansar minha cabeça (...) parar e dormir (...) quando tomo tranqüilizante para trabalhar (...) fazer o que tenho que fazer. Então, eles só vêem a Alice forte, a brigona.*
- (277) (...) *Ando com medo de me verem dirigindo (...) mesmo com tala (...) sem usar a tala, o braço incha e dói. Se eu continuasse afastada do trabalho por LER, seria insuportável.*
- (278) (...) *Quando estava de licença, não conseguia fazer as coisas (...) agora, como não estou na agência, tenho que trabalhar o tempo inteiro (...) estar sempre disponível. Não posso ir ao shopping (...) tomar um sorvete (...) ir ao cinema com minha filha, sem sentir culpa. Ela vive falando que não faço nada com ela, que eu só fico pensando em trabalho. Ela cresceu e eu não vi (...) não*

dou conta nem de um, nem de outro (...) quando penso nisso dá raiva. [Passou por períodos graves de depressão, e algumas recidivas de LER/DORT's, facilmente controladas].

(279) *(...) Não fiquei aleijada do braço, mas não posso fazer as coisas como antes. A LER continua ali. Minha marca ficou na cabeça. Minha filha vai querer sair de casa (...) se eu continuar à noite e no final de semana ficar tomando tranqüilizante e deixar de viver (...) e a depressão não me larga (...) não dou conta de fazer as coisas (...) dói muito. A cada dia, eu tenho que lutar por tudo.*

(280) *Eu só queria sofrer menos e viver bem.*

(281) *(...) É fácil ser dependente de tranqüilizante. Qualquer médico receita sem muito perguntar. Essa semana, eu fiquei assustada. O médico do [exame] periódico da empresa me disse: (...) “Quantas caixas você quer? Oito está bom? (...) é o máximo que posso te dar”. Eu fiquei assustada. Se fosse antes (...) se eu não quisesse parar de tomar tranqüilizante (...) talvez aceitasse numa boa (...) sem estranhar (...) ia até ficar contente. Hoje se receita tranqüilizante como água (...) qualquer médico acha normal a gente pedir receita de tranqüilizante. Quantas pessoas estão tomando tranqüilizante para continuarem fazer as coisas do seu dia (...) para poderem dormir e trabalhar no outro dia? Eles não têm culpa de eu ficar tomando (...) essas coisinhas. Mas se é normal, por que não tomar? Dá sensação de ajuda (...) ajuda a tirar essa angústia com a mão. Às vezes, eu nem preciso e tomo. No final de semana (...) quero dormir (...) tomo para dormir o dia inteiro. É bom deitar e dormir (...) aliviar a cabeça, parar de pensar no que vai ser, de como vai ficar. É difícil (...) não durmo direito (...) não como (...) não tenho vontade para nada. [Ao voltar a ser lotada no trabalho junto à agência bancária, apresenta recidiva dos DORT's, acompanhada de depressão e crises de ansiedade com características fóbricas. Após dez anos da primeira crise de LER/ DORT's, Alice é definitivamente afastada, não retornando ao trabalho].*

(282) *(...) Estou melhor (...) estou saindo dessa depressão. Ainda é estranho (...) não ter mais lugar no banco (...) mesmo que isso torne possível uma aposentadoria. Estranho ficar mal assim (...) ficar mal com algo que vai me beneficiar. Essa coisa de não ter lugar (...) parece que tudo que eu fiz não*

significou nada (...) sinto uma coisa horrível (...) um nada. Minha vida profissional parece não ter tido sentido.

- (283) *(...) Esse final de semana consegui sair de casa. Só fiquei mal de ver como as pessoas dão importância para o que você faz (...) no que trabalha. Falei com uma porção de pessoas que eu não conhecia. Logo de cara me perguntam: "O que você faz?" No lugar de procurarem conhecer como você é. Vem um: "Quem você é? ... em que você trabalha? ... se não estás trabalhando ou fazendo alguma coisa, você não é nada ... eu não sabia como responder, digo o quê? (...) nessa situação veio à tona o sentimento de que não sou mais nada. Não sou bancária ... não me sinto aposentada ... não sou representante dos funcionários como antes ... afinal quem eu sou para as pessoas ... não sei mais o que eu sou (...) eu não deixei de ser a Alice ... isso é estranho.*

A história de Maria

- (284) (...) *Eu não estou uma pessoa depressiva. Eu estou uma pessoa martirizada pela dor.*
- (285) (...) *Apesar de boa filha, desde pequena sofro por me sentir cagada(...) sem valor (...) só ganhava restos (...) roupas reformadas e (...) restos de atenção. O trabalho foi um grande amor. Quando entrei no banco, passei a ser valorizada pelo que fazia (...) conquistei reconhecimento dos clientes e dos colegas. Durante 15 anos e 7 meses, me dediquei com prazer ao trabalho. As dores começaram após dez anos de trabalho. Eu não dava bola (...) sempre fui muito resistente. Na época, só doía quando parava de trabalhar (...) tinha tanto trabalho, que eu até esquecia do mal estar e do desconforto que sentia pela dor.*
- (286) (...) *Fico revoltada porque me deixaram trabalhando (...) eu não sabia que podia chegar onde chegou. Fui em vários médicos (...) fazia fisioterapia. O médico que me tratava naquela época não solicitou meu afastamento. Como não costumo reclamar continuei trabalhando no mesmo ritmo (...) chegou no ponto onde eu já não agüentava atender os clientes que eu gostava (...) fazer as operações (...) vender os produtos (...) recolher e digitar os dados (...) colocar tudo no sistema. Tudo tinha um tempo, um ritmo. Eu fazia tudo certo (...) trabalhei até o meu corpo entrar em colapso (...) senti um choque (...) uma descarga elétrica que não parava mais (...) meu braço disparou (...) parecia que eu ia morrer (...) foi horrível.*
- (287) (...) *Entro em pânico, quando chove com trovoadas (...) eu fico totalmente transtornada. Começo a suar frio (...) o coração dispara (...) sinto dor no peito. Parece que vou morrer. Ontem vínhamos de carro para casa. (...) Aí começou a dar relâmpago, vi um raio no céu (...) fiquei num estado (...) comecei a gritar no carro feito uma louca [chora]. Parecia que eu ia morrer. (...) Só de falar fico agoniada. Venho sentindo isso desde que deu aquele treco no banco (...) já faz tanto tempo (...) pensei que ia passar. Também pensei que eu ia melhorar do braço e ficou cada dia pior. Hoje (...) não posso pentear um cabelo (...) escovar os dentes (...) só com escova elétrica (...) até abrir uma porta dependendo da maçaneta (...) não dá. Escrever nem pensar (...) minha assinatura virou esse*

rabisco. Não estou saindo de casa porque andar no ônibus (...) fico em pânico (...) só em pensar que alguém possa bater no meu braço sem querer. A dor é insuportável (...) o braço está atrofiado (...) estou com vergonha de usar uma blusa curta (...) as pessoas ficam olhando. Me sinto um ET. (...) Quando dá relâmpago parece que um raio vai me atingir. A corrente elétrica vai atingir meu corpo e me aniquilar. A sensação é de desintegração(...) como se quebrasse tudo (...) me destruísse(...) meu afastamento do trabalho foi um raio com descarga elétrica e tudo. Naquele dia pensei que ia morrer (...) não conseguia pensar em nada. Fiquei quebrada era como se a minha vida tivesse acabado (...) e acabou mesmo (...) pelo menos a profissional. (...) Desmontada (...) não sei mais quem eu sou. Acho que tenho que ser fênix (...) não existe antidepressivo que dê conta disso.

(288) (...) *Sonhei à noite, sonhei com um antigo gerente do banco (...) estava vestido de diabo num inferninho conversando comigo. E eu estava conversando com ele e fumando. Cada vez que eu tragava ficava sem ar. E ele me convencendo (...) a continuar fumando(...) num innfferninho [voz sibilante] ... um desses ambientes demoníacos [rindo].*

(289) *Não sei porque sonhei com isso (...) meu marido disse que esse gerente era um diabo mesmo. Ele sempre pareceu legal, não vejo ele como diabo. No sonho, eu ffuummavva [voz sibilante] mesmo fazendo mal (...) e ele dizia para eu continuar fumando. Não sei. (...) Eu tenho acordado à noite(...) não consigo dormir (...) estou com medo de dormir e ficar sem ar (...) parar de respirar [assustada]. Uma noite acordei (...) fiquei sentada assistindo TV. Senti um cheiro de queimado. Pensei: pegou fogo em algum apartamento. No outro dia (...) passou na TV (...) pegou fogo num apartamento no bairro vizinho naquela noite. Ficaram pegando no meu pé que além de ouvido biônico (...) escuta fina (...) eu agora estava com faro biônico. Isso porque tenho o nariz trancado (...) imagina quando não tiver mais. Eles ficaram rindo de mim o dia inteiro. Deu uma irritação (...) eu parei de fumar há dois meses.*

(290) (...) *Não é estranho??!! O gerente num inferninho!(...) não tinha ninguém da minha família (...) e o vício de fumar? (...) Parecia um lugar demoníaco. (...) Nunca tive vício além do cigarro (...) no trabalho o gerente nem*

fumava. Ele dizia que não era bom ficar fumando (...) fazia mal para saúde. (...) O vício do trabalho(...) esse era bom (...) sempre foi legal. (...) Há um boato que esse gerente pressionou o médico (...) para não me afastar do trabalho. Estava na época havendo muitos afastamentos por LER. Eu não tenho raiva dele (...) mas é como se ele também fosse culpado por ter me deixado ficar trabalhando. (...) Um lugar com chaminé (...) um lugar onde acontecem coisas do mal (...) programas (...) drogas. Eu como garota de programa? (...) não sei. (...) eu conversando com o gerente e fumando. O meu marido diz quando eu fumo que sou uma chaminé ambulante (...) ele fumava mais do que eu e eu que era a viciada! No trabalho não fumava muito. [T: mas trabalhava muito...]. Era uma chaminé [rindo]. Na 6ª estávamos conversando sobre drogas (...) os filhos não querem mais sair com a gente. Tenho medo de eles ficarem viciados, usar droga. A filha foi saber que o pai se drogava pela prima. Eu nunca falei mal do pai para eles. Ele na época era uma (...) uma merda [baixinho]. Agora eles têm orgulho dele. Valorizam (...) valorizam pelo que ele fez (...) pela mudança. Hoje os dois têm orgulho (...) valorizam o pai. Sabem que o pai era um viciado.

(291) E eu (...) eu (...) eles não valorizam (...) fui viciada só em trabalho. Mas o trabalho não é considerado vício. A compulsão na droga é demoníaca (...) traz coisa ruim. O trabalho é valorizado.. a sociedade exige cada vez mais [T: a compulsão pelo trabalho não foi demoníaca?]. (...) trouxe de ruim a doença. Às vezes eu fico com raiva (...) que até nisso quem foi drogado sai ganhando (...) se drogava (...) se divertiu (...) aprontou uma porção. (...) Eu estou assim porque fiquei trabalhando. Quem se droga sabe que está fazendo mal para a sua saúde. Agora (...) quem trabalha?! O trabalho dignifica o homem. (...) chaminé de fumaça (...) só se for de produção. Isso é vício?

(292) (...) Eu gostava de trabalhar me sentia bem. (...) fiquei queimada e não senti o cheiro. (...) Isso não é visto. O pai desceu até as profundezas do inferno das drogas e conseguiu superar (...) passou mal (...) ficou com o diabo. Os filhos vêem isso e valorizam. Hoje ele fala sobre drogas com os filhos. Ele conseguiu fazer de sua experiência algo de bom. Eu (...) [emocionada] é o inferno minha doença, é um inferno (...) mas isso não é igual. Esse sofrimento não é reconhecido (...) agora estou melhor (...) saí um pouco (...) tenho feito coisas

(...) depoimentos na CIPA. (...) As pessoas se interessaram (...) perguntaram. Eu senti que fiquei melhor (...) tenho que fazer algo com isso (...) me sentir útil novamente (...) talvez seja o meu caminho (...) minha causa (...) despertar interesse nas pessoas (...) nem que seja pela doença.

(293) (...) Tenho que cuidar com a diabete. Não posso ficar com diabetes com esse braço. Chorei de raiva. Agora (...) limitação para comer (...) não poder comer o que eu quero. Parece bobo (...) a família não entende (...) é mais uma limitação. Essa semana foi terrível (...) também chorei pelo banco. (...) Teve a audiência (...) agora não vou sentir mais nada por ele [referindo-se ao banco] (...) Senti que fui traída (...) traída. Eles forjaram um documento (...) jamais esperava que pudessem fazer algo assim. Não me deram a comissão de digitadora porque eu atendia público também eu fazia serviço de duas. Senti vergonha do banco por causa do documento (...) não esperava que ele fizesse isso.

(294) (...) Falo do banco como (...) uma pessoa (...) mas eu amava como se fosse uma pessoa. Gostava tanto do que fazia (...) me sentia reconhecida pelos clientes (...) pelos colegas. Sabia que eu fazia o melhor. Eu sentia que o banco nunca ia me abandonar. Engraçado (...) com meu marido eu (...) sabia que não podia contar. Ele é que sempre precisava de mim. Eu segurava as pontas em casa. Ele gastava e eu ajudava a pagar as dívidas. Proteção era no banco que eu sentia. (...) Trabalhava daquele jeito mas me sentia protegida (...) acho que eu cheguei a adoecer em nome dele. Sempre amei o meu trabalho no banco.

(295) Acho uma injustiça eu ter ficado doente por isso (...) algo quebrou nessa audiência (...) pude contar com ele até me aposentar por invalidez. Eu acreditava que ele nunca ia me abandonar. Não esperava o que aconteceu (...) esperava discutir (...) argumentar, não esperava forjarem um documento (...) um laudo antigo (...) cortaram [o documento] em cima e embaixo (...) a juíza não aceitou. Olhei o documento (...) cheguei em casa e fui procurar. Foi um dos primeiros laudos que dizia que eu podia voltar ao trabalho dali a 90 dias e que fosse afastada da digitação. Cortaram a data dizendo que foi uma perícia recente. Fiquei tão mal com isso (...) tão mal. Como puderam fazer isso, bem que veio da matriz. Me senti (...) desrespeitada. Aí fui ver a documentação

[referindo-se aos laudos, perícias, exames] (...) *tem coisas que estão se apagando. Fiquei com um desespero (...) chorei muito por isso. Vou requerer a continuação do meu tratamento de saúde (...) tenho que esperar de tudo (...) são capazes de dizer que eu quero roubar o dinheiro do banco e ainda quererem me processar por isso. As pessoas não sabem o que cada portador de LER vem falando. Não sabem as barbaridades que cada um enfrenta.*

- (296) [Trazendo os documentos do processo de seu adoecimento para a sessão] (...) *Foi a quebra do altar do banco (...) Eu ainda estou ruim com isso. Não é que eu não visse as coisas erradas (...) mas falsificar um documento realmente quebrou (...) quebrou. Não há mais limite para nada. (...) [chorando]. Tenho medo que daqui a pouco ninguém mais lembre. Têm coisas aqui que estão documentadas (...) têm outras que tenho aqui [apontando com a cabeça] (...) eu não esqueço. Coisas que me disseram (...) como a que eu estava com câncer e ia morrer logo. Os desaforos (...) as agressões. Tudo isso eu só posso falar aqui. Lá em casa (...) na associaçã o (...) as pessoas não gostam muito de ouvir. Tu sabes bem que pra mim o dinheiro não importa (...) eu queria com esse processo que pudesse ter alguma justiça (...) que o banco também assumisse sua culpa (...) para que possam pensar (...) não importa a quantia que pague. Eu queria que eles entendessem que têm coisas erradas. Tem que mudar o mobiliário (...) que mudem (...) que cuidem mais das pessoas que trabalham com eles (...) que se importem mais (...) que reconheçam o que está acontecendo (...) que eles possam que ver se não fizerem isso (...) vão perder mais.*

- (297) (...) *Não consigo andar na rua sem ficar com medo (...) estou com compressão aqui no pescoço (...) dá tontura (...) parece que vou cair (...) sinto que o sangue não está passando direito para cabeça (...) meu médico me encaminhou para um neurologista (...). Na segunda consulta o neurologista receitou antidepressivo sem me dizer nada. Eu já tinha dito pra ele que não queria tomar antidepressivo. Meu marido diz que estou ficando linguaruda (...) falei tudo para o meu médico. Reclamei desses médicos (...) como se ele não fosse médico também né [rindo]. Ficam tratando quem tem LER feito uns idiotas. (...) Vêem a gente como louco que vive sentindo um monte de sintoma que eles não verificam. Eu quero alguém (...) que estude meu caso (...) procure*

saber o porque de eu estar ficando tonta. Tu achas que eu vou ficar tomando relaxante muscular minha vida inteira sem saber porque. (...) é lógico que vai ficar causando efeito colateral (...) eu já estou com infecção urinária.

(298) (...) essa dor é nova, nesses dois primeiros dias eu tomei relaxante muscular porque o meu pescoço vai ficando vai ficando de um jeito (...) aí chega à noite o meu pescoço estala. Esses dias (...) levantei à noite com os estalos (...) dá aquela contratura assim [colocando a mão no pescoço]. Aí eu tomei ontem e antes de ontem. Sei que chega num ponto que não adianta (...) o braço dói a mesma coisa (...) tudo continua doendo. O relaxante só alivia um pouco mais não distensionava totalmente.

(299) (...) Tu achas que eu vou ficar dependente de remédio. Daqui a pouco eu vou ter que me internar em uma clínica por dependência em remédio (...) em relaxante muscular. (...) Vi casos de estrelas de Hollywood internadas por ficarem viciadas em remédio para dor.

(300) (...) Meti a boca (...) falei tudo que sentia. Eu não sou palhaça (...) já sou uma mulher de 43 anos. O cara me passa um remédio dizendo que era para enxaqueca (...) vou comprar e é antidepressivo. Não vou ficar pagando consulta de 15 em 15 dias para ele ficar dando remedinho. Eu não vou tomar. (...) Ainda, vem com a conversa que os relaxantes musculares modernos são bem menos agressivos. Eu falei (...) de qualquer maneira já está me dando infecção urinária.

(301) Outra: (...) antidepressivo nem pensar. Só se eu estiver realmente deprimida. Se acontecer isso eu vou pedir. Eu não estou uma pessoa depressiva. Eu estou uma pessoa martirizada pela dor. Eu não sou mais aquela pessoa (...) que fica óóóhhh. Estou reagindo (...) estou saindo. Nesse momento eu sei que não preciso. Eu já tomei três anos então (...) não me venha com antidepressivo que eu estou de saco cheio. Meu médico só ria e ria. Ele me acompanha faz alguns anos (...) sabe o que eu estou falando. Ele eu sei que me ouve. Eu disse: mas tu sabes como são os teus colegas. Precisar estar com o exame ali, para acreditar. É fácil para eles dizerem: "Ah! a tua dor é psicológica" sem escutar ou tocar na pessoa. Se tocasse ia ver (...) que tem alguma coisa errada ali (...) que está complicando. (...) se eu falo o que sinto (...) fazem de conta que me

ouvem (...) e pensam (...) vamos dar um calmante vamos dar um antidepressivo (...) que aí vai passar tudo. Como se tu tivesse mentindo. Ou como só o teu estado emocional fosse responsável por isso (...) sem nem procurar entender ou escutar. (...) Entendeu (...) é bem esse o estilo. Para mim, isso que é enganação. Eles passam a impressão de que somos mulheres histéricas à beira de um ataque de nervos. Para os homens (...) não ficam fazendo aquelas famosas perguntinhas: (...) és casada? (...) vais bem no casamento? (...) quantos filhos? (...) toma pílula? (...) que idade têm teus filhos? (...) lava roupa? Insinuando o que? (...) o problema é a família, ou é(...). Às vezes dá vontade de ser sarcástica e dizer: (...) tu achas que sou uma histérica (...) tipo aquela mulher que não tem orgasmo. (...) ou dá vontade de dar uma bofetada (...) mas daí corre o risco de sair de lá numa camisa de força [rindo].

(302) *(...) A medicina que estão fazendo está muito errada. (...) mas quem sou eu para dizer isso. Eu não quero me acalmar (...) agora eu quero ficar indignada (...) para mim essa história de remedinho que vai fazer bem é (...) um cala boca. Vamos dar um remedinho para ela ficar quieta daí ela não vem mais encher o saco. É o meu corpo (...) não é o dele e eu já sofro bastante com isso. Estou numa fase de transformação (...) e não quero ficar compactuando com isso. Acho que estou finalmente me emancipando (...) não sinto mais necessidade de ficar preocupada com o outro (...) com que o outro goste de mim (...) parece que eu vivia querendo migalhas que os outros davam (...) cansei. Eu quero ter contato com pessoas que me valorizem (...) que possam trocar. Estou tocando minha vidinha (...) não é muito emocionante mas é a minha vida.*

(303) *(...) Eu ando me enfurecendo (...) mudei. Estou de uma maneira que nem eu estou aturando. Não sei mais quem é essa pessoa que está vindo. Mas eu acho que sempre fui assim (...) sempre tive medo de ser assim. Mas eu estou bem.*

(304) *(...) Fico indignada (...) vai fazer sete anos (...) eu vou ali no banco (...) mudam o lay-out mas é a mesma cadeira (...) a mesma (...) o computador é um pouco mais moderno. Tudo a mesma coisa (...) não tem apoio de pé para as pessoas. Na agência tem dois apoios de pé e duas cadeiras ergonômicas para os portadores de LER que estão trabalhando e exigiram mobiliário. Quem não é*

portador está exposto a um risco que eles não se preocupam. Eles já foram multados não sei quantas vezes pela DRT. (...) São multados pelas cadeiras (...) vão lá pagam e daí então (...). Eu fico com uma coisa (...) uma sensação de impunidade.

(305) *A sensação de que só eu (...) só eu fui punida na história toda (...) a punição veio para mim só (...) não vejo ninguém (...) além de quem adoce (...) sendo punido: nem a administração (...) nem o banco (...) nem os médicos. Eu não vejo (...) eu não vejo. Dá uma sensação ruim (...) passaram sete anos e continuam fazendo as mesmas coisas. Eu achava importante que houvesse esse julgamento. Assim (...) as pessoas vão até pensar melhor.*

(306) *(...) Uma colega estava me contando que foi num médico que era também perito do INSS que disse pra ela: "Ah tu tens tenossinovite (...) lá na perícia eu dou pau em todos eles." Ela falou: mas o Sr. não tem que dar pau na gente (...) o Sr. tem que dar pau no banco". Então o valor é inverso (...) entendeu? Parece que a gente fica doente porque quer (...) né: "Eu fiquei assim por que eu quis (...) sou a única responsável". É lógico (...) eu tenho a minha parcela de culpa (...) eu sei disso (...) de não dizer (...) não deixar ser explorada (...) mas eles também não são responsáveis (...) não tem culpa? Então (...) cada vez mais o tempo vai passando (...) a minha punição física é maior (...) a punição emocional é maior. Revolta porque do outro lado nada acontece (...) não vai haver punição (...) não vai haver reconhecimento (...) não vai haver justiça? Dá uma coisa ruim na gente, (...) dá [colocando a mão na garganta] (...) dá uma angustia [parece angustiada] (...) tu dá um copinho d'água para mim?[tosse].*

(307) *(...) Ontem tomei batida de abacaxi e deu um refluxo amargo. Eu me afoguei (...) vomitei. Estou com essa região irritada (...) dá uma secura (...) esse assunto faz subir um amargo. Sinto isso no corpo. Fico com um embucho (...) com a garganta seca (...) com vontade de gritar (...) de chutar. A minha vontade é de botar uma bomba (...) Gostaria que o processo a ser julgado fosse como uma bomba (...) significasse um limite à impunidade (...) poderia fazer um limite (...) poderia me sentir mais segura (...) fico pensando sempre nos meus filhos que estão começando a trabalhar.*

Da travessia do trágico – III⁵⁷

- (308) Ao dar visibilidade ao sofrimento psíquico, este estudo pretende criar um espaço de discussão iniciado pelas narrativas dessas mulheres trabalhadoras. A esse espaço caberá a continência da conversação entre essas mulheres, a pesquisadora e os autores indicados no curso deste estudo, de modo que essa interlocução se estenda, em seu texto final, à (re)significação de seus possíveis leitores. Assim deverá estar caracterizado esse espaço de discussão, como a relação entre discursos variados sobre um mesmo tema: o sofrimento psíquico no trabalho. Nesse sentido este estudo, em seus pressupostos e considerações, encontra-se invariavelmente aberto à produção de novos sentidos, disponível às considerações daqueles que mostrarem seu interesse em participar desse espaço de discussão.
- (309) Um espaço constituído a partir de “estudos de casos”, organizados e apresentados na forma de histórias narradas. As histórias construídas a partir de fragmentos dos discursos produzidos em sessões analíticas de mulheres portadoras de DORT's, querem oferecer ao leitor a possibilidade de uma abordagem compreensiva sobre esse sofrimento, cuja verdade é dita pelos que fizeram de seu sofrimento e de sua relação com o trabalho uma questão para si mesmo. Essas mulheres, ao se implicarem subjetivamente na compreensão de seu processo de adoecimento e de seu sofrimento, acabaram por criar um saber sobre si mesmas, constituído a partir de sua reflexão pessoal sobre o contexto de suas relações de trabalho. Cumpre ressaltar que essas mulheres são a expressão viva de uma possibilidade real de aprofundamento no conhecimento relativo ao sofrimento psíquico no trabalho, tal como se manifesta no mundo contemporâneo.
- (310) A escuta do sofrimento dessas mulheres em sua relação com o trabalho, durante o atendimento clínico, suscitou na analista questões sobre os efeitos do trabalho na vida das pessoas. Exatamente esses questionamentos é que

⁵⁷ “Da Travessia do Trágico I, II, III” são títulos (momentos) que pretendem vincular, neste estudo, as questões da quebra e mudança de posição identificatória ao contexto crítico da época moderna, por meio de conceitos psicanalíticos (e da psicodinâmica do trabalho) observados sob a óptica de derivações míticas.

conduziram a analista ao lugar de pesquisadora. Das associações entre a escuta da analista e o olhar da pesquisadora é que nasceu o seu comprometimento ético e político com os temas relativos ao sofrimento psíquico no trabalho. Em outras palavras, ao compromisso da analista em sua prática profissional, com a escuta do sofrimento de seus pacientes, somou-se o desejo e a ação da pesquisadora e escritora, de compreender e dar visibilidade ao sofrimento causado pelo trabalho, o que originou o presente espaço de discussão.

(311) Para Dejours (1999b), a preocupação ética advém da própria metodologia que a Psicodinâmica do Trabalho preconiza: ouvir o que os trabalhadores têm a dizer sobre o próprio sofrimento no trabalho, buscando analisar a demanda relacionada ao sofrimento. A escuta comprometida com o sofrimento dos trabalhadores implica em uma preocupação política com a vida coletiva de um grupo de homens e mulheres.

(312) Sobre a importância da construção de um espaço de discussão, que dê continência ao sofrimento do trabalhador, diz Dejours:

(...) Quando as comunicações no trabalho são bloqueadas, quando o silêncio se impõe ou a mentira impera, quando não há espaço para discutir abertamente o que acontece nos locais de trabalho, a situação se deteriora e o sofrimento humano assume formas incontroláveis, que vão desde o puro cinismo até as manifestações de violência, individual e social. Só se for aberto um espaço de discussão, os problemas passam a poder ser, primeiro, falados e depois compreendidos e, quem sabe, solucionados. E falar de espaço de discussão é falar de assunto essencialmente político (1999b:11).

(313) As relações de subjetividade no *setting* analítico configuram uma narrativa que se condensa e se desloca, questiona e re-questiona, na conversa entre paciente e analista, instaurando-se a possibilidade de re-significação de sua vivência, de seu imaginário, de sua experiência afetiva. O momento privilegiado da criação de sentido não precisa ser excepcional e nem mesmo vir acompanhado de interpretação por parte do analista, basta que seja revelador e determinante, que transforme o estabelecido. A criação de sentidos ocorre quando a pessoa mantém a *atenção flutuante* na percepção das coisas que tecem a rede complexa de suas associações e manifestações cotidianas e nas reflexões sobre si mesmo. Ver, a título de exemplo, a rede de associações e vivências percebidas por Carolina em sua visita ao banco [C:200]; a construção metafórica

produzida a partir do sonho de Berta [B:156]; a reflexão de Alice sobre sua condição no atendimento médico [A:219]; as associações feitas por Maria frente ao seu pânico “quando chove com trovoadas” [M:225]⁵⁸.

- (314) Mesmo os episódios narrados parecendo triviais, o paciente pode neles encontrar riqueza simbólica. Esses momentos de criação de sentido evidenciam a metáfora que, em não se fechando em si mesma, abre a possibilidade de novas significações que se deslocam na rede de significantes. Como faz Berta com a palavra “caixa” quando, ao lhe atribuir significações renovadas, cria para si uma condição interna diferenciada⁵⁹.

(...) essa noite eu tive um sonho. Um sonho muito horrível. Eu estava dirigindo um carro, dirigia sem parar dia e noite...Eu acho que descansava, dormia e comia...Mas no sonho, só aparecia eu dirigindo...Eu estava carregando uma caixa...Eu sabia que tinha que carregar a caixa para algum lugar, pra frente...carregar sempre, sem parar...Aí começou uma coisa horrível...roubaram as partes do carro sem ninguém ver. Eu também não via quando eles tiravam, depenavam tudo, só via quem tinha tirado...E eu não podia fazer nada, só tinha que carregar a caixa pra algum lugar que eu não sabia...Mas eu sabia ir. Quando olho para trás, vejo que a caixa é um caixão. Meu Deus, eu estou carregando um caixão...e o carro estava sendo depenado aos pedaços, roubado. E eu continuava ali, dirigindo. Quando eu olho pra trás de novo vejo – sou eu que estou dentro do caixão. Eu, eu carregando o meu próprio caixão...Como pode isso? [chorando] [B:156].

- (315) Uma boa metáfora, portanto, é aquela que revela e esconde, que rompe com o sentido dado, produzindo estranhamento e encanto, liberando uma emoção, provocando um impacto, transformando, abrindo novas criações de sentido, como acontece com Carolina:

[...] No trabalho tudo dependia do tempo. É como ponteiro do relógio, é controlado com o tempo, para não atrasar, não adiantar. [...]. Eu sem meu trabalho sou meio perdida. Em casa tem três relógios (...) O do vídeo, quando falta força, luz, fica maluco piscando, o do quarto para o Leo [marido] acordar para trabalhar é à corda, esse é o preferido do Mel [filho] para mexer, mas o Leo acerta. O da cozinha ninguém interfere, está sempre certo. E eu me perco nos horários, agora acho que deveria seguir só o relógio biológico, para dormir, para comer. Lembrei também do relógio do Salvador Dali derretendo, muito idiota essa coisa sem forma, ele muda a forma das coisas. Me

⁵⁸ A partir daqui, os nomes das mulheres serão reconhecidos por sua inicial maiúscula; o n° é referente ao parágrafo de onde foi retirado o fragmento para a citação.

⁵⁹ A repercussão da “metáfora da caixa”, produzida por Berta, transcendeu o campo de significações do *setting* analítico, prestando-se, como se viu, enquanto sentido fundamental à produção escrita deste estudo.

incomoda.[...] é o tempo derretendo deformado.[...] minha velhice, espero ser a melhor possível, se a LER não virar artrose [C:193].

(316) As metáforas do tempo estão presentes de diferentes formas nas *cenar* das histórias narradas, sinalizando a sua importância no ato de trabalhar: ampulheta; correnteza; os relógios de Salvador Dali; tempo digital, à corda, à pilha... As metáforas presentes no discurso das pacientes, por estarem mais próximas da vivência simbólica, rompem com o estereótipo, o pré-estabelecido, afastando-se do senso comum e da criação de sentido da racionalidade formal. A construção metafórica, ao dar continuidade a novas possibilidades de sentido, revela na cena humana trivial um espaço semântico, repleta de significados, nomeando, mais do que uma experiência simbólica individual, o sentido coletivo do trabalho.

(317) Então, que posição está ocupando o sujeito na produção social? A pesquisadora interessa, além de dar visibilidade a essa experiência simbólica, perceber e identificar os possíveis processos que estão em operação, o lugar que cada um ocupa no sistema social ou achar leis ou normas que organizam o funcionamento do sistema no contexto de trabalho. Toda a organização se apresenta como *locus*, onde cada qual irá tentar a realização de seus projetos e de seus desejos, já que a posição do (...) *sujeito não é somente percebida como a soma de suas insuficiências, mas primeiramente na sua contribuição às relações humanas de ordem social* (Laurent, 2000:18).

O tempo antes do adoecer

(318) O trabalho, além de ser a realização de ações subjetivadas (atividades) produtivas, é também um viver em comum, a partir de uma história individual. No trabalho as pessoas criam ações para enfrentar a defasagem entre a organização prescrita e a organização real, e o real do trabalho. Esse real do trabalho diz respeito à experiência do sem sentido que não encontra possibilidade de simbolização.(Dejours, 1996).

(319) Embora o real (do trabalho) seja nomeado como vivência do sem sentido, as pessoas buscam significar essa experiência, visto que o ser humano encontra-se essencialmente constituído pela sua relação com o simbólico.

Compreender o que é efeito de sentidos, em suma, é compreender a necessidade da ideologia na constituição dos sentidos e dos sujeitos. É da relação regulada historicamente entre as muitas formações discursivas que se constituem os diferentes efeitos de sentidos entre locutores. Sem esquecer que os próprios locutores (posições do sujeito) não são anteriores à constituição desses efeitos, mas se produzem com ele (Orlandi, 1993:21).

- (320) O contexto em que se realiza o processo de trabalho pode ser caracterizado de acordo com os seguintes elementos e conceitos, visualizados na Figura 1:



Figura 1- Caracterização dos processos psicodinâmicos no contexto do trabalho

- (321) A visão psicodinâmica do trabalho busca a articulação das três racionalidades do trabalho: a racionalidade em relação à produção (critério da eficácia); a racionalidade em relação ao mundo social (com as normas e valores

de convivência no trabalho) e a racionalidade com relação à saúde e ao mundo singular subjetivo.

(...) Trabalhar, na verdade, não é apenas exercer atividades produtivas, mas também “conviver”. Assim, uma organização do trabalho racional deve antes de tudo preocupar-se com a eficácia técnica, mas deve também incorporar argumentos relativos à convivência, ao viver em comum, às regras de sociabilidade, ou seja, ao mundo social do trabalho, bem como argumentos relativos à proteção do ego e à realização do ego, ou seja, à saúde e ao mundo subjetivo (Dejours, 1999a:42).

(322) As organizações mais ou menos estáveis podem ser entendidas através de processos que estão presentes nas relações interpessoais. Assim, categorias como a articulação do desejo, projeção, introjeção, identificação, imaginário e repressão são essenciais, dentro de perspectiva psicanalítica, para tornar inteligível a cena organizacional.

(323) A questão a ser analisada aqui são os laços que unem os indivíduos à organização, laços que não podem ser vistos apenas como materiais, socioeconômicos ou políticos, mas também psicológicos, subjetivamente mobilizados. Segundo Freud (1980; V. XXI), a organização modela os impulsos e os sistemas de defesa individuais, tornando-se fonte de angústia e prazer. Esse é um dos aspectos mais evidentes do poder das organizações em influenciar o inconsciente.

(324) Primeiramente, sobre os laços, destacam-se alguns pontos que se repetem de forma ora similar ora antagônica, no discurso das mulheres ao narrarem sua relação com o trabalho antes do adoecimento. Por exemplo:

(...) O trabalho foi um grande amor. Quando entrei no banco, passei a ser valorizada pelo que fazia (...) conquistei reconhecimento dos clientes e dos colegas. Durante 15 anos e 7 meses, me dediquei com prazer ao trabalho”[M: 223].

“[...] Eu amava aquele serviço [chorando] na só no caixa, como na caixa. [...] Então, eles gostavam de ser atendidos por mim porque eu atendia bem e atendia rápido, fazia bem o meu serviço, procurava fazer o serviço perfeito, perfeito (...) Isso me confortava. [...] Tu falaste a palavra certa, isso é que me movia, fazia eu trabalhar com vontade, com prazer, com perfeição. Os clientes me valorizavam, falavam que gostavam de mim, pelo meu trabalho” [B:172].

(325) Na fala de Berta e Maria o desejo articula-se como desejo de reconhecimento de seu trabalho pelos clientes e colegas. Os diferentes reconhecimentos modulam o envolvimento e a mobilização subjetiva no exercício de suas atividades laborais. O trabalho apresenta-se como um grande amor⁶⁰, ou uma paixão, mediante a qual conquistaram valorização, reconhecimento e auto-realização, valores que acabaram integrando o constructo do seu Eu.

(326) Para Elizabeth, o reconhecimento apresenta-se relacionado ao *fazer* e ao atendimento de um ideal competitivo de produção, gerando onipotência e associada a uma vontade de vencer vivida de forma compulsiva.

(...) eu me sentia vitoriosa de dar conta de tudo no banco.[...] No trabalho, me sentia capaz e me embriagava com isso. Bebia trabalho, procurava fazer sempre com capricho e dedicação [E:188].

(...) O braço duro forte, vitorioso da mulher, (...) um braço de pau (...) Pinóquio (...) mentiroso. Não sou mais esse braço forte (...) o pau para toda obra virou um braço de boneca de pano que agente enche de areia...para poder ter alguma sustentação. Os movimentos com o braço estão cada vez mais difíceis (...) ainda mais com esse desânimo.[...] deprimida (...) toda molengona. [...] fiquei com muita raiva de não poder fazer as coisas direito. Não sei ter que ficar dependendo do marido e da filha [E:187].

(327) Carolina manifesta a vivência do fascínio e da captura do seu desejo pelo ritmo da máquina, pelo ritmo da produção, que passa a comandar sua organização interna:

[...]. Eu sem o meu trabalho sou meio perdida [C:193].

[...] Eu adoro, gosto de desvendar, jogar, descobrir coisas, porque ele é rápido. Se a gente for rápida ele [o computador] acompanha, faz o trabalho e fica pronto na hora e isso é alucinante. Concluir cada vez mais rápido, é mais fácil corrigir os erros. Não se pode deixar ir pela correnteza, a gente vai embora, é um jogo [C:196].

(328) Maria, Berta, Elizabeth e Carolina contam do “tempo antes de adoecer”, quando se percebem mobilizadas subjetivamente no trabalho, conquistando prazer e reconhecimento, aparentemente sem grandes conflitos ou sofrimento.

⁶⁰ Articulação discutida por outros autores – Dejours cita os trabalhos de Dazeveis, Derrienic, Pezé (1997) – sobre como o “amor ao trabalho” pode, no contexto das modernas formas de organização do trabalho, levar o sujeito a ultrapassar os próprios limites.

- (329) Por sua vez, as relações de trabalho de Alice estão marcadas pela tentativa sistemática de atender ao que supõe ser o desejo do outro. Uma vivência, segundo sua reflexão, que se manifesta de forma alienada, conflitiva e incompleta, buscando Alice atender a um ideal nunca alcançado:

(...) Sempre procurei ser, como eu achava que as pessoas esperavam (...) precisavam. Sempre fiz para os outros (...) e vivo culpada, achando que não fiz o suficiente. Isso atormenta [A:213].

- (330) Os processos identificatórios, ao longo da vida da pessoa, determinam sua identidade e sustentam a posição subjetiva no contexto de suas relações. A abordagem psicanalítica, portanto, compreende o que se nomeia de *identidade*, como um processo em constante construção.

- (331) O sofrimento também está sempre presente impelindo o sujeito ao mundo, — e também ao trabalho — na busca de condições de satisfação, auto-realização e identidade, fazendo esse sujeito construir, eroticamente, laços sociais constitutivos da intersubjetividade.

- (332) Quando a pessoa é reconhecida (=valorizada) por atender às expectativas da organização (chefia, colegas, clientes) – em seu ritmo de trabalho ou através de uma atitude profissional perfeccionista –, esse modo de relação com o trabalho acaba se tornando, para ela, um valor. E esse valor pode constituir-se como um traço, passando a integrar a sua identidade:

(...) eu gostava de perfeição, sou muito perfeccionista [...] dificilmente eu costumava errar no meu caixa. Quando tem muito movimento, isso é complicado [B:172].

- (333) A influência do trabalho na identidade de uma pessoa faz parte do saber contido no senso comum: a primeira pergunta que habitualmente se faz quando se quer conhecer uma pessoa, é uma pergunta sobre sua profissão.

[...] Fiquei mal de ver como as pessoas dão importância para o que você faz (...) no que trabalha [...] se não estás trabalhando ou fazendo alguma coisa, você não é nada (...) afinal quem eu sou para as pessoas (...) não sei mais o que eu sou (...) eu não deixei de ser a Alice (...) isso é estranho [A, 221].

- (334) O cotidiano do trabalho ocupa grande parte da vida das pessoas. Assim, os laços de pertencimento grupal que referenciam a identidade social costumam

estar associados ao trabalho: (...) *eu sou caixa, na CAIXA*. Certamente, existirão muitas outras formas de referência simbólica, entretanto o trabalho, no mundo contemporâneo, assume uma posição de destaque.

[...]Ser mulher ser esposa, não é fácil, mas falta (...) tem que ter produção, tem que ter trabalho. O trabalho dá estrutura, dá raízes até mesmo para a família [C:201].

[...] Tenho que ser boa profissional (...). não posso sentir dor (...) tenho que cuidar da casa, dos filhos, das pessoas [E:185].

- (335) Dejours (1999b) defende a idéia do trabalho dar acesso à construção de identidade no campo social, através de uma outra possibilidade de acesso à construção de um Eu – diferenciada daquela que se realiza nos termos da economia libidinal e que promove o reconhecimento do sujeito pela via do desejo. Essa forma de construção identitária, que independe do reconhecimento do *ser* e do *ter* do sujeito, realiza-se através do seu fazer. O *fazer* diz respeito à relação que o sujeito mantém com o real, mediado pelo trabalho.
- (336) O reconhecimento de si mesmo pelo fazer, introduz um terceiro termo além do simbólico e do imaginário – o real. Dessa maneira, o autor introduz um lugar diferenciado para o trabalho na concepção do funcionamento psíquico, assim como nos processos identificatórios, propostos pela psicanálise.
- (337) O próprio Dejours (1999b), entretanto, ao descrever o processo de *alienação social*, afirma que o reconhecimento pelo *fazer*, para ser integrado à identidade pessoal, embora marcado prioritariamente pelo reconhecimento da qualidade dos serviços, implica em que o reconhecimento ainda assim se realiza por um outro. O sujeito (...) *ao não ser reconhecido por ninguém, acaba duvidando do que acha que seja verdade ou duvidando do que acredita saber ou compreender de sua relação com o real do trabalho* (1999b:23).
- (338) Essa tese do *fazer* no trabalho como via de acesso à constituição do sujeito e construção de identidade, descartando a mediação do simbólico, entretanto, deverá merecer aprofundamento posterior, por dizer respeito a uma revisão (atualização) da teoria da constituição do sujeito no contexto da modernidade.

Processos psicodinâmicos do adoecimento

(339) A Figura 2 procura dar visibilidade aos conceitos e as relações que utilizamos referenciados na psicodinâmica do trabalho, para a compreensão e análise dos aspectos psicodinâmicos associados ao modo de relação com trabalho e ao processo de adoecimento.

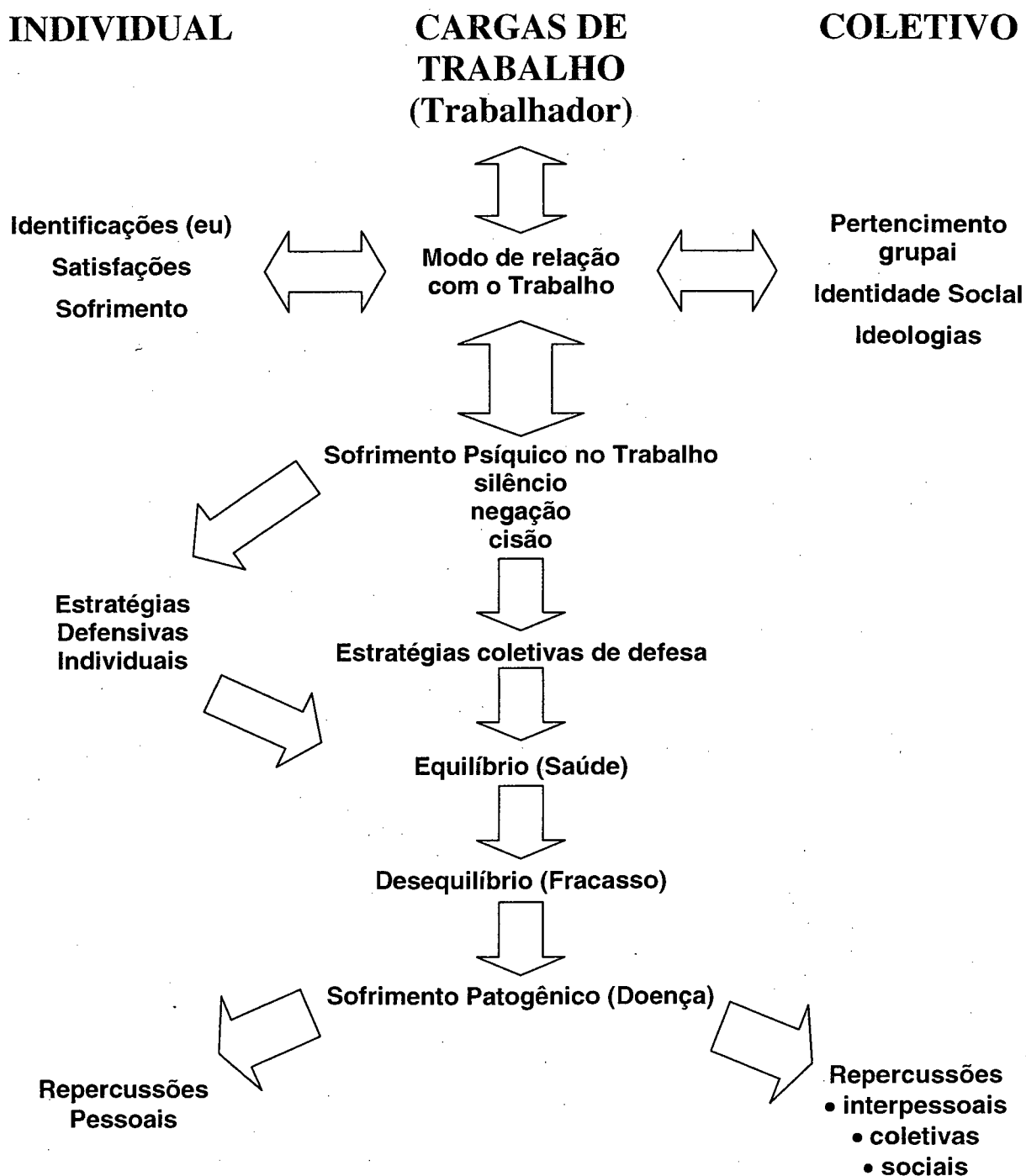


Figura 2 – Processos Psicodinâmicos do Adoecimento

- (340) A qualidade da dinâmica do reconhecimento, estabelecida no contexto das relações de trabalho é que deverá dar a direção do sofrimento, da mobilização subjetiva e do grau de comprometimento no trabalho: para a saúde ou para o adoecimento. Para que o sofrimento — inerente ao trabalho — possa ser re-significado pelo e para o sujeito e para organização, é decisiva a escolha das referências para essa discussão, nos termos propostos pela Psicodinâmica do Trabalho.
- (341) Todas as narrativas dessas mulheres aludem à mobilização subjetiva proveniente da articulação do desejo nas relações de trabalho. Essa mobilização aparece impregnada pelas repercussões e ressonâncias⁶¹ provocadas pelas transformações tecnológicas e organizacionais, realizadas em nome da eficácia e do aumento da produtividade. É nesse “tempo antes do adoecer” que podem ser observados alguns indícios dos pactos recíprocos estabelecidos entre o sujeito e a organização do trabalho, evitando, na pessoa que trabalha, a reflexão sobre si mesma e sobre o sofrimento no trabalho.
- (342) A percepção do sofrimento implica necessariamente em um movimento pessoal de reflexão sobre o “estar no mundo”. Por sua vez, a vivência de sofrimento não pode ser separada da corporalidade. É o corpo que dá a visibilidade do sofrimento, e é desta forma que a corporeidade se insere no mundo e nas relações interpessoais⁶².

[...] Sinto na carne. A máquina fica cada vez mais moderna, mas a pessoa, não [C:196].

[...] O braço ficou doendo mais ainda e eu sentindo a dor de não poder trabalhar [C:200].

[...] Concretamente tudo escapa das mãos(...) eu não consigo mais fazer [...] É muito estranho isso tudo(...) tem horas que penso que vou pirar [E:186].

[...] Não posso mais nem carregar uma sacola direito sem que depois não sofra com isso (...) a impotência dói (...) dói muito (...) a dor parece alguém

⁶¹ **Repercussão e ressonância:** conceitos desenvolvidos pelo filósofo francês Gaston Bachelard (1884-1962) referindo-se, o primeiro, às vivências subjetivas de impacto significativo; o segundo termo presta-se às experiências que não ultrapassam o limite da superfície da consciência, e por isso mesmo não conferem registro marcante na vida da pessoa (1989).

⁶² A corporificação do sofrimento está expressa nas reproduções das pinturas de Lucien Freud e Egon Schiele, que acompanham este estudo como forma de traduzir o texto escrito em imagens do sofrimento na cultura moderna.

que fica me dando beliscões e dizendo “... vê se fica quieta no teu canto” [E:187].

- (343) A organização do trabalho define suas maneiras de organização, supervisão e execução, moldando os corpos e disciplinando as relações interpessoais (Foucault,1983:XIII).

[...] Tudo tinha um tempo, um ritmo. Eu fazia tudo certo (...) trabalhei até o meu corpo entrar em colapso [M:224].

- (344) Com o adoecimento, a dor associada aos DORT's vai definindo um quadro subjetivo, conforme a pessoa concebe, percebe e admite a dor em si mesma. Durante o processo de adoecimento e reconhecimento do sofrimento, a dor do corpo vai assumindo várias faces ou sentidos. A dor, percebida em um primeiro estágio como banal, é seguida pela percepção da dor como limitação do movimento do corpo, forçando àquele que sente a dor, o reconhecimento do sofrimento.

(...) Essa dor, iniciou em 1994, no braço direito. O chefe na época não deixou eu sair para fazer fisioterapia, me ameaçando tirar do caixa – “Se tu estás com dor, vou te tirar do caixa. Aqui ninguém vai ganhar comissão de caixa sem trabalhar”. A minha filha estava doente. [...] Eu não podia diminuir meu salário por uma dorzinha [E:175].

(...) eu não acreditava que aquela dor não passasse. E ainda pensava que o banco ia achar que era mentira. Ia trabalhar com muita dor (...) tomava remédio para trabalhar (...) já era sofrimento, deixou de ser prazer. Mesmo com dor, para mim é difícil não fazer nada [E:181].

- (345) À dor pelo reconhecimento da própria dor, é somada a dor pelo não reconhecimento do sofrimento, pelo outro: as organizações do trabalho, os profissionais da saúde, os colegas, a família.

[...] Essa semana, a dor estava demais, parecia que queria me arrancar o braço. Eu sofro calada. As pessoas não entendem (...) Dizem que eu tenho que reagir. Então não falo, como sempre fiz. Isso também dói [B:158].

- (346) Porque a dor, a princípio, é interpretada como falso sintoma, ocorre o agravamento do quadro sintomatológico. Acontece que associado à questão dinâmica relacional do não reconhecimento do sofrimento no trabalho está o

modelo de saúde vigente: o diagnóstico que não alcança estabelecer as relações entre sintomatologia e trabalho é que provoca esse quadro.

[...] Só a gente sabe o que a gente sente. Aí, dizem – “ah! tu não sente dor, tu estás malandrando, não gosta de trabalhar” [falando sobre a perícia do INSS] [B:169]

- (347) Quando finalmente o sintoma físico é identificado (via exames), a perda parcial da capacidade laborativa é muitas vezes irreversível, levando a pessoa que adoece a perder o seu lugar profissional.

[...] como bancária, depois de 20 anos, não tenho perspectiva profissional assim com esse braço, nem lugar para trabalhar [E:189].

- (348) Lugar profissional que, a esta altura, está integrado ao seu modo de ser, a sua identidade. Por isso haverá, inevitavelmente, uma quebra de seu modo de ser — no trabalho e na vida —, gerando angústia, ansiedade, irritabilidade e depressão.

[...] Entro em pânico, quando chove com trovoada (...) eu fico totalmente transtornada. [...] a suar frio (...) o coração dispara (...) sinto dor no peito. Parece que vou morrer. Ontem [...] começou a dar relâmpago, vi um raio no céu [...] comecei a gritar no carro feito uma louca [chora]. Parecia que eu ia morrer. (...) Só de falar fico agoniada.[...] Quando dá relâmpago parece que um raio vai me atingir. A corrente elétrica vai atingir meu corpo e me aniquilar. A sensação é de desintegração (...) como se quebrasse tudo (...) me destruísse (...) meu afastamento do trabalho foi um raio com descarga elétrica e tudo. Naquele dia pensei que ia morrer (...) não conseguia pensar em nada. Fiquei quebrada era como se a minha vida tivesse acabado (...) e acabou mesmo (...) pelo menos a profissional. (...) Desmontada (...) não sei mais quem eu sou. Acho que tenho que ser fênix (...) não existe antidepressivo que dê conta disso. [M:225].

- (349) O fato psicológico envolvido no processo de adoecimento costuma ser “não/mal compreendido”. O assim chamado estresse aparece como nomeação privilegiada para esse quadro dos DORT’s, de forma a imputar exclusivamente ao doente a responsabilidade do adoecer. Encobrem-se, assim, os fatores ergonômicos e organizacionais associados a essa patologia.

- (350) Os fatores ergonômicos e organizacionais, reconhecidos como elementos de risco nos quadros dos DORT’s sinalizam, na perspectiva da psicodinâmica do

trabalho, a produção de cargas psíquicas. As cargas psíquicas referem-se aos elementos afetivos e relacionais e à vivência de tensões ou descompensações psíquicas relativas à organização do trabalho (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994). Tendo em vista os aspectos subjetivos e o grau de complexidade teórica que lhe é atribuída, a noção de carga psíquica encontra especificidades operacionais entre os principais autores da psicologia do trabalho, da ergonomia e da área da saúde do trabalhador (Lemos, 2001).

(351) A carga psíquica, diferentemente dos outros tipos de carga, não pode ser quantificada simplesmente por se referir à vivência do trabalhador. A carga psíquica adquire um status diferenciado, modulador da intensidade das demais cargas de trabalho, no sistema de interação entre o trabalho desejado, a tarefa prescrita⁶³ e o trabalho real. Ao exercer sua atividade, o trabalhador procura manter o equilíbrio da organização e o seu próprio (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Mendes e Abrahão, 1996).

(352) Após uma vasta revisão da literatura, Carayon⁶⁴ (2000) constatou que estudos empíricos demonstram uma ligação entre organização de trabalho e a frequência dos DORT's no setor de serviços, onde os mecanismos psicobiológicos (pressão arterial, tensão muscular e cortisol) e as reações psicológicas ao estresse (como sensibilidade à dor e comunicação dos sintomas) desempenham papel fundamental. Os dados coletados levaram esse autor a concluir que a organização do trabalho é o fator principal a determinar a exposição de fatores de risco ergonômicos e fatores psicossociais no setor de serviços.

[...] Eles já foram multados não sei quantas vezes pela DRT. (...) São multados pelas cadeiras (...) vão lá pagam e daí então [...] passaram sete anos e continuam fazendo as mesmas coisas [M:242].

⁶³ Tarefa prescrita: conjunto de atividades prescritas pela organização do trabalho que determinam o processo de trabalho.

⁶⁴ Professor do Departamento de Engenharia da Escola de Nancy (França) e da Universidade de Wisconsin-Madison (EUA).

(353) Ao caracterizar a carga psíquica em trabalhadores hospitalares da enfermagem, Lemos (2001) discute as implicações dessas cargas nos quadros de DORT's, com alterações do tônus muscular, associadas à organização do trabalho. O autor enfatiza, por outro lado, os efeitos psicogênicos das cargas físicas presentes no ambiente, além do fator do "imprevisto" implícito nas situações vividas (o real do trabalho).

A alteração do tônus muscular, por sua vez, implica nas posturas, estáticas e dinâmicas, exigindo maior concentração do trabalhador para execução de suas tarefas (Lemos, 2001:82).

(354) A epidemia dos DORT's no setor de serviços quebra a visão de que as atividades nesse setor fossem inofensivas à saúde do corpo. Isso porque, tradicionalmente, o tipo de carga associada à organização do trabalho era predominantemente psíquica e, assim, o esperado era o predomínio de transtornos de manifestação psicopatológica.

(...) Tem cada vez mais gente ficando doente com LER, não podendo mais trabalhar. Sem contar os que estão trabalhando com dor. As pessoas falam disso, mas não dão atenção. Nem eles escutam. Eu sei disso porque muitas vezes eu não consigo escutar [A:214].

(355) Ao buscar uma explicação para os elevados índices de DORT'S no setor de serviços e suas relações com o sofrimento psíquico no trabalho, Dejours (2000) destaca três elementos referentes às modificações na organização do trabalho, pautadas pela introdução da automação e de novas gestões administrativas: 1 – O sedentarismo das tarefas com aumento do esforço estático (tônus muscular) e a hipersolicitação de contrações isométricas⁶⁵; 2 – A relação direta com os clientes; 3 – O aumento da cadência (ritmo) sobre a pressão da ameaça.

(356) Enquanto as pressões da organização do trabalho atingem o funcionamento psíquico (cargas), é no corpo que a doença aparece. Os aspectos

⁶⁵ Quando não há diferença significativa no comprimento da fibra muscular, sem deslocamento angular das articulações (Lemos, 2001).

psicodinâmicos associados ao modo de relação com trabalho⁶⁶ têm, também, ressonância na expressão do corpo.

(...) dependendo do movimento que faço sinto uma agulhada no cotovelo e no ombro direito...como se o osso tivesse roído, queimando (...) a sensação é como se o osso tivesse calcificado...corroído. Sinto um peso...um cansaço...está tudo rígido...cheio de nódulos...A sensação é de estar carregando peso nas costas. Eu acordo carregando esse peso...o braço fica petrificado...a carne...aqui...assim...fica dura...rígida [E:174].

(357) As atividades desenvolvidas por essas mulheres, no setor de serviços bancários, assemelham-se ao que Dejours (2000) descreve como sedentarismo das tarefas. São atividades caracterizadas pelo impedimento dos movimentos do corpo, de forma alternada (contração/ relaxamento) com inibição da mobilização espacial e rotação das articulações em diferentes direções do espaço. O uso do corpo no exercício da atividade de operadores de caixa e de prestação de serviços gerais bancários, restringe-se a poucos movimentos, modelados para um “adequado atendimento”. O desgaste desigual de grupos musculares, pela repetição sistemática dos mesmos movimentos, acaba provocando desconforto e dor.

[...] o braço doendo já é normal [...] eu aprendi que tudo tenho que fazer de um jeito diferente (...) aceitar e admitir isso já é difícil (...) fazer então (...) mas a dor é implacável [C:199]⁶⁷.

(358) Além da sensação de cansaço muscular e dor, esse uso do corpo tende à osteofitose⁶⁸ compensadora, lesões das cartilagens, e hipertonia⁶⁹ local progressiva difundida da periferia para a medula. Os efeitos do uso do corpo, *útil e disciplinado*, dentro de uma determinada organização de trabalho (e suas pressões) conduz a uma concepção psicopatológica dos DORT's, afastando essa patologia da concepção bio-mecânica de micro-traumatismos acumulativos⁷⁰.

⁶⁶ Conforme esquema “Processos psicodinâmicos do trabalho no processo de adoecimento”.

⁶⁷ A vídeo da coreógrafa Sílvia Geraldi deverá trazer a representação, através da dança, dos limites corporais de mulheres diagnosticadas com DORTs.

⁶⁸ Neoformação de tecido ósseo – como “bico de papagaio” (Lemos, 2001).

⁶⁹ Alteração do tônus muscular provocada pela persistência da contração (Lemos, 2001).

⁷⁰ A concepção de traumatismos cumulativos foi que originou a antiga sigla de LER – lesões por esforços repetitivos.

[...] Se a dor fosse só o braço (...) eu arrancava ele fora [B:173].

[...] não tem posição, a vontade é de arrancar o braço fora e colocar uma prótese um transplante de articulações (...) um outro braço para eu poder fazer as coisas que gostaria e tenho que fazer. Estou com sono, o antidepressivo não funciona, meu olho está pesado e ardendo [C:199].

[...] quando a dor atingiu o cotovelo, eu não podia mais apoiar o braço na gaveta (...) aí, aí (...) a dor aumentou. [...] Passei a me sentir mal. Não queria pegar licença porque falavam mal do pessoal que tinha saído com LER [B:181].

[...] As dores começaram após dez anos de trabalho. Eu não dava bola (...) sempre fui muito resistente. [...] Na época, só doía quando parava de trabalhar (...) tinha tanto trabalho, que eu até esquecia do mal estar e do desconforto que sentia pela dor [M:223].

- (359) Por outro lado, o contato “corpo a corpo” com o cliente, disciplina o corpo enquanto disciplina a alma, sendo dessa forma fortemente modificado o destino da agressividade:

(...) frente aos clientes, os operadores inibem sua agressividade tanto quanto possível, pois consideram que o cliente não é diretamente responsável pela situação de trabalho que lhes é imposta. Quando sua agressividade extravasa e explode contra o cliente sentem, de volta, culpa. (...) A culpa (...) funciona como armadilha psíquica contra as manifestações e as descargas da agressividade (Dejours, 2000:425)⁷¹.

- (360) Acontece uma inibição (ou repressão) da expressão corporal e da expressão dos afetos considerados indesejados, pois como discutido anteriormente, os clientes também podem ser um vetor de equilíbrio frente à situação de sofrimento, uma fonte de satisfação e reconhecimento para o sujeito. Muitas vezes, certamente, é a relação com os clientes que supre a ausência de um reconhecimento na relação com as chefias e na organização do trabalho.

[...] Eu gostava de trabalhar, queria atender todo mundo, e tinha muito movimento na Caixa. Aí, a raiva passava. Eu trabalhava rápido, atendia todo mundo. Quando o gerente ficava enchendo a paciência, ficava reclamando que a fila estava demorando, eu ficava calada e trabalhava mais ainda. Eu estava fazendo o que eu gostava (...) sempre gostei de trabalhar na Caixa [B:172].

[...] Gostava tanto do que fazia (...) me sentia reconhecida pelos clientes (...) pelos colegas. Sabia que eu fazia o melhor [...] Trabalhava daquele jeito mas

⁷¹ Tradução livre.

me sentia protegida [M:232].

[...] Como não costumo reclamar continuei trabalhando no mesmo ritmo (...) chegou no ponto onde eu já não agüentava atender os clientes que eu gostava (...) fazer as operações (...) vender os produtos (...) recolher e digitar os dados (...) colocar tudo no sistema. [M:224].

- (361) Na investigação do processo psicodinâmico da articulação entre sofrimento, estratégias defensivas e adoecimento, é necessário re-qualificar o sofrimento no trabalho e re-conhecer o intrincamento entre — ação, trabalho, sofrimento —, dado que uma ação sempre envolve, em sua manifestação, atividade, paixão, motivação (desejo), subjetividade⁷². No trabalho, vivências singulares de sofrimento são comuns, assim como as estratégias de defesas individuais e coletivas construídas, inconscientemente, contra o sofrimento. O sofrimento torna-se patogênico quando fracassam as possíveis articulações e adaptações do sujeito na sua relação com a organização e condições de trabalho.

Estratégias defensivas

- (362) Para suportar as pressões e o sofrimento psíquico no trabalho, as pessoas constroem estratégias defensivas (Dejours, 1999^a; Mendes e Ferreira, 2001). Essas estratégias defensivas transformam o funcionamento psíquico da pessoa, alterando suas formas de existência, incorporando-se não só ao trabalho, mas inclusive à vida privada, familiar. A banalização e a negação do sofrimento manifestam-se nas estratégias coletivas de defesa mobilizadas frente ao medo e à ameaça da própria integridade física e psíquica, num contexto de relações sociais de dominação (Dejours, 1999^a;) ⁷³.

(...) ouvi do perito que o meu braço estava assim porque trocava fralda e dava mamadeira, porque cuuuiidaavaaaa [enfática] do meu filho. Agora, dos problemas que meu filho teve por eu ter ficado assim (...) sem pode fazer quase nada (...) eles não querem nem ouvir [C:198].

[...], sonhei com um antigo gerente do banco (...) estava vestido de diabo num inferninho conversando comigo. E eu estava conversando com ele e fumando. Cada vez que eu tragava ficava sem ar. E ele me convencendo (...) a continuar

⁷² O conceito de “ação” de Hannah Arendt incluiria, entre essas, a pluralidade: como a convivência (política) entre os homens (Arendt, 1991).

⁷³ Segundo o próprio autor, essas idéias ele levantou a partir das suas reflexões sobre a obra “Eichmann em Jerusalém – a banalização do mal”, de Hannah Arendt.

fumando (...) num infferninho [voz sibilante]... um desses ambientes demoníacos [rindo]. [...] Não é estranho?! O gerente num inferninho! [...] e o vício de fumar? [...] fui viciada só em trabalho. A compulsão na droga é demoníaca [...] o trabalho é valorizado [...] a sociedade exige cada vez mais [...] chaminé de fumaça só ser for de produção. Isso é vício? [...] do pai [nas drogas] os filhos vêm e valorizam [...] é um inferno a minha doença [...] Esse sofrimento não é reconhecido [M: 226, 228].

- (363) Nos processos defensivos, embora a clivagem⁷⁴ possa assumir em cada sujeito uma forma específica, segundo sua história particular, quando aquilo que é excluído do pensamento (o não-dito) é comum ao grupo em que está inserido, o sujeito pode substituir o pensamento pessoal por ideologias e estratégias defensivas coletivas. A vivência do sofrimento permanece singular, mas as defesas, estas podem ser objeto de cooperação coletiva.

(...) em casa, não tenho e-mail, não tenho computador para me conectar com o mundo, parece que tenho que ter a internet para estar na globalização. Em casa, pareço que estou fora do tempo, da realidade, totalmente alienada. A ampulheta é o relógio antigo que está fora do tempo, e ainda com as duas metades cheias. Era para uma parte estar vazia para ter movimento (...) e parte para ser preenchida no tempo. Estar vazia para ser preenchida, lembra algo a ser projetado [E:189].

- (364) A prática da auto-aceleração – caracterizada pelo aumento progressivo do ritmo de trabalho concomitante à progressiva redução do tempo no desempenho das tarefas –, pode ser compreendida como uma estratégia coletiva de defesa: como uma forma de inibir o pensamento reflexivo, dissociando a vivência de sofrimento. No setor de serviços bancários, a aceleração no ritmo das atividades, costuma ser estimulada pela organização do trabalho, sustentada pelos ideais de produção e pelas ideologias comunicacionais que perseguem o modelo de um bom atendimento aos clientes⁷⁵.

(...) Eu queria fazer tudo perfeitinho. Quanto mais rápido eu atendia, mais a fila aumentava [B:172].

(...) enquanto o meu colega atendia uma pessoa, eu atendia cinco, seis pessoas. E eu gostava disso. Eu sentia prazer.[...]. Eu gostava que os clientes vissem isso. “Pô, a Berta é rápida.” (...) “ Pô, a Berta atende bem” (...) Eles

⁷⁴ “A noção freudiana de clivagem (ou cisão), associada à noção de inconsciente, designa uma divisão psíquica, configurando uma posição conflitiva do ego, onde o sujeito fica separado de parte de suas representações (pensamentos) ou afetos” (Martins, 2001:175).

⁷⁵ Práticas com as quais, é importante anotar, compactuam os consumidores desses serviços.

gostavam de ser atendidos por mim. (...) Eles gostavam de ser atendidos por mim (...) Até hoje, eles sentem falta [B:172].

[...] No trabalho, me sentia capaz e me embriagava com isso. Bebia trabalho, procurava fazer sempre com capricho e dedicação [E:188].

- (365) O ritmo exigido pela organização do trabalho, um misto de auto-aceleração com o incremento da cadência nas tarefas, é uma experiência comum a todas essas mulheres, experiências por sua vez subjetivadas e vivenciadas de forma singular.

[...] existe um sistema de organização natural que funciona em uma certa harmonia [...] em sintonia com relógio interno, até para comer. Às vezes penso que deveríamos só comer quando tivermos vontade (...) às vezes no banco eu não comia, perdia a minha escala de almoço, outras esquecia de comer. Era arrastada pelo tempo. Não sei se meu ritmo não funciona direito ou a sistemática está errada, eu me sentia organizada no trabalho. Mas acho que eu não sou organizada [C:194].

- (366) A organização interna de Carolina é alterada pelo tempo e pelo ritmo da organização do trabalho. Essa organização evidencia uma relação com o desejo marcada pela noção do tempo — construído socialmente na organização do trabalho pelo sistema de turnos — e pela cadência do ritmo das atividades. A cadência, por sua vez, é influenciada pelo ideal de produção, apoiado em ideologias organizacionais, e pela velocidade do tempo simultâneo digital introduzido com o advento do funcionamento em tempo real do computador.

(...) Se não fosse a modificação para um sistema moderno, eu não iria fazer o recadastramento de todos os clientes daquele jeito. O banco gastou com a máquina e exigiu produção para pagar a máquina [...] e tem a era tecnológica que o braço é uma extensão do computador, parece uma coisa lógica integrar o homem à máquina [C:196].

- (367) A máquina fascina, capturando o sujeito, deslocando seu desejo⁷⁶ conforme o ritmo de trabalho exigido e imposto pela empresa — como uma *correnteza*—, levando seu interesse, sua motivação, a noção de limite do seu próprio corpo e de seu fazer.

⁷⁶ Conforme cena descrita por Baudelaire discutida anteriormente no capítulo *Cenas da modernidade: a modernização sem lágrimas*.

(...) sinto na carne.[...] aquela loucura do setor de aplicação, fazendo tudo ao mesmo tempo. O computador é máquina, a gente não. [C:196].

A modernidade carrega consigo não só organizações, mas *organização* e essa palavra quer dizer “o controle regularizado de relações sociais através das distâncias indefinidas de tempo e espaço” (Giddens, 1994:14)⁷⁷ Uma das características mais relevantes desse período é o dinamismo, que inclui um ritmo desenfreado das mudanças sociais de longo alcance e profundidade que interfere nas mais diversas práticas sociais (Tonelli, 2001:245).

(368) O ritmo altera a forma dos laços sociais e do funcionamento psíquico das pessoas. No setor bancário, nas últimas décadas as novas tecnologias provocaram uma redefinição na repartição das tarefas e uma menor flexibilidade na organização do trabalho. O trabalho bancário depende cada vez mais da lógica e das ordens das máquinas, o dispositivo informatizado fornece um sistema de controle implacável sobre as atividades dos bancários nos mínimos detalhes: tempo de trabalho sobre um terminal, erros, números de documentos a serem tratados, ou de caracteres a serem digitados em tempo determinado.

(369) Carolina narra um ritmo imposto pelo sistema informatizado a transformá-la internamente: a própria velocidade em que esses sistemas funcionam, exige uma aceleração no trabalho, além das imposições pautadas pela gerência que são subjetivadas e articuladas pelo sujeito. A percepção do tempo, do sofrimento e dos limites do próprio corpo, transformam-se, carregados pelo ritmo. A velocidade e a regeneração das células nos músculos, nos nervos, na pele é lenta, quando comparada à máquina. É o que conta Carolina da sua experiência.

(...) Passar de oito mil para vinte mil toques (...) o ser humano não modifica assim tão rapidamente [C:196].

(370) A pressão da chefia sobre o ritmo do trabalho parece, no caso de Alice, estar internamente sustentada. Uma pressão, aliás, corroborada pela alienação do desejo e pela culpa frente ao referencial simbólico ideal no trabalho e em casa, nunca atingido, e vivenciado, nas palavras de Alice:

[...] No meu braço não aparece nada. No trabalho, o chefe vivia fazendo

⁷⁷ Giddens, A. “Modernidade e Identidade Pessoal”, Oeiras, Celta, 1994.

piadinha e me enchendo de coisa para fazer (...) tratada como máquina. (...) e eu culpada, achando que sempre tinha que fazer mais [...] culpada, por não estar dando a atenção que meus filhos precisavam. Trabalhar (...) criar filho(...) cuidar de casa (...) não é pouco não [A:205].

- (371) É a fusão do espiritual com o material dentro de um projeto de avanço tecnológico, produção em massa, globalização e flexibilização dos costumes e das tradições preconizados pela modernidade. A ideologia do progresso, aplicada compulsoriamente ao cotidiano dos cidadãos deste planeta, prevê o esgarçamento de todas as possibilidades humanas (Berman, 1992):

(...) Eu fico pensando eu era uma linha de produção quando fazia de doze a quinze recadastramentos por hora, checava informações, falava com cliente programava e digitava.[...]. Para o computador somos todos iguais, e a gente vai indo. Não cansa. Entra no ritmo, e vai (...) e de repente não dá mais (...) Aí fica tudo no ar ou fora do ar [C:196].

- (372) Em relação às conseqüências, na pessoa, da extrapolação dos seus limites pessoais na relação com a organização do trabalho, Dejours (2000), sugere uma explicação. Sua hipótese é que no processo de auto-aceleração, a consciência, ao ver-se em sua totalidade engajada em um circuito curto entre percepção e atividade psicomotora, deixa cada vez menos lugar à atividade do pensar, caracterizando um estado de rigidez do funcionamento psíquico. Esse estado de embrutecimento, mesmo passível de causar angústia e apreensão, paradoxalmente, produz uma relativa proteção, para a pessoa, contra a consciência dolorosa do contexto da organização do trabalho.

- (373) Tal estado de inibição do pensamento, em nome da boa execução das tarefas, aliado à necessidade de reprimir o sentimento de agressividade frente ao cliente, conduziria o sujeito, segundo Dejours, ao pensamento operatório característico do uso do mecanismo defensivo de supressão pulsional⁷⁸.

- (374) Na abordagem de especialistas da teoria psicossomática, o funcionamento psíquico característico do pensamento operatório e da depressão essencial, predispõem ao aparecimento de uma doença no corpo. O pensamento operatório, nesse sentido, caracteriza-se pela supressão do pensar reflexivo,

⁷⁸ Modo de pensamento descrito sob o nome de "pensamento operatório", por Marty e M'Ulzan (1963/1994).

criativo e imaginativo, conduzindo, conforme aponta Dejours (2000), a uma pobreza simbólica e fantasmática do que é experienciado, além de uma atenuação ou supressão das reações emocionais e afetivas. É o protótipo de um agir robotizado.

(375) De acordo com a hipótese de Dejours (2000), a supressão do pensar e do sentir é o que impede a constituição do sentido, e a possibilidade de modificação do sujeito pela via dos deslocamentos e da reorganização psíquica da experiência, que se processa através do pensamento e do sentimento.

(376) Ao estabelecer um curto circuito da mediação simbólica, mediante uma ligação direta (real) entre organismo e ambiente, resta ao corpo a continência dos afetos e das representações suprimidas, os quais habitualmente são nomeados como “órgãos de choque”, porque predispostos ao adoecimento. A falta das associações e da historicidade do sintoma no contexto de vida relacional ou subjetiva do paciente, promovido pelo mecanismo de supressão pulsional⁷⁹ (do afeto e da representação), caracteriza o fenômeno psicossomático. Esse fenômeno psicossomático manifesta-se no corpo sem que o sujeito saiba “o porque”, nem relacionado “a que”.

(377) Mas as mulheres que narram o seu sofrimento, contribuindo para as reflexões e conclusões desse estudo, não apresentam, em seu discurso, sequer vestígios do mecanismo de supressão do pensar e sentir na base da formação da sintomatologia física dos DORT's. A essas mulheres não faltam associações, historicidade e, menos ainda, riqueza simbólica: disso é manifestação irrefutável o registro das sessões em consultório.

Estratégias defensivas e a rede de não reconhecimento do sofrimento

(378) O que as narrativas contam é que o quadro dos DORT's parece estar vinculado, desde sua origem, a uma rede de não-reconhecimento do sofrimento no trabalho. Que rede é essa?

(379) Primeiro, no “tempo antes do adoecer” observa-se o estabelecimento de pactos recíprocos entre os trabalhadores e a organização do trabalho, pelo uso de

⁷⁹ “O mecanismo de defesa de supressão pulsional atingiria o processo de pensamento na sua origem, na fonte” (Dejours, 2000:423); tradução livre.

estratégias defensivas construídas coletivamente (aumento do ritmo) e praticadas individualmente (auto-aceleração), a fim de evitar a reflexão do trabalhador sobre a sua posição no contexto das relações de trabalho.

[...] Quando entrei no banco, passei a ser valorizada pelo que fazia (...) conquistei reconhecimento dos clientes e dos colegas. Durante 15 anos e 7 meses, me dediquei com prazer ao trabalho [M:223].

[...] o chefe me sobrecarregava de serviço, porque eu dava conta. Eu sempre fiz o que esperavam de mim. Eu segurava todas [E:185].

- (380) Ao atingir os limites do corpo, a dor osteomuscular rompe com o precário equilíbrio atingido, trazendo à tona as pressões e o sofrimento pela situação contida pelos pactos nas relações de trabalho. Nesse período, à medida que a pessoa percebe a dor em si mesma, refletindo sobre a experiência vivida, evidencia-se a rede de pactos recíprocos de não- reconhecimento do sofrimento entre a organização do trabalho (chefias, colegas, clientes), as relações pessoais e familiares, além da própria pessoa que sente a dor. Tais estratégias defensivas, mais as ideologias e os laços afetivos de busca de satisfação — os mantenedores da identidade até então –, são os promotores da banalização e do entorpecimento do sentir e do pensar da pessoa sobre si mesma e sobre o seu sofrimento.

[...] o chefe [...] “Se tu estás com dor, vou te tirar do caixa. Aqui ninguém vai ganhar comissão de caixa sem trabalhar”. A minha filha estava doente.[...] Eu não podia diminuir meu salário por uma dorzinha [E:175].

- (381) O que se conclui a partir das narrativas das mulheres, é que a prática da auto-aceleração alude à presença de um entorpecimento (=anestesia) do pensar e do sentir, propiciado e sustentado por essa rede do não-reconhecimento do sofrimento. Dessa maneira, a vivência relatada contraria a hipótese de ocorrência do processo de supressão pulsional na fonte do pensar e do sentir, conforme propõe Dejours (2000), articulando conhecimentos de especialistas da psicossomática (Marty e M’uzan, 1963/1994) com os adquiridos pela psicodinâmica do trabalho.

(...) Fui trabalhando, trabalhando (...) fico feliz e triste empunhando o braço da vitória. No trabalho, me sentia capaz e me embriagava com isso [E:188].

(...) Meu movimento está lento, vagaroso, tudo tem um peso diferente depois de um-tempo. Não sei se é velhice ou é LER (...) a LER...deza tem dias que toma conta de mim (...) fico irritada com dor (...) até pensar em outras coisas fica difícil (...) aí vem um pensamento (...) o que eu fiz ontem para acordar assim [C:199].

Todo mundo sabe o que é trabalhar na vida de cada um. Mas não se tocam que o trabalho também faz ficar doente, nem eu. (...) estudar nos livros é fácil, agora (...) viver é outra coisa [A:204].

- (382) Como efeito dessa rede – é importante reiterar –, a dor vivenciada é sentida como uma banalidade, coisa sem importância. Acontece que o quadro de dor se agrava, vem a perda da capacidade laboral e finalmente a pessoa vai em busca de ajuda profissional especializada. Nesse momento, a rede de não reconhecimento do sofrimento geralmente se amplia, com a participação nesse processo dos profissionais da saúde. O profissional faz esse papel quando deixa de relacionar, em seu diagnóstico, os vários sintomas de manifestação somática da pessoa, com as suas atividades no trabalho.

[...] Eu sentia uma brasa dentro do braço (...) mas trabalhar me aliviava a cabeça. Eu esquecia de tudo [...] achava que aquilo ia logo passar. Na época eu tinha tendinite e não acreditava na LER. Vários colegas começaram a ficar com LER[...] mudei o jeito de trabalhar colocava o braço na gaveta para apoiar [E:178].

[...] os banqueiros não querem reconhecer a doença, e nem os próprios colegas (...) eles não querem ver que também acontece com eles. Ficam falando que somos todos louquinhos. Dizem: “se a doença fosse de verdade, teríamos de estar com cara de doente (...) Tem que andar esculhambada, mostrando que esta estragada [A:212].

[...]. (...) Vêem a gente como louco que vive sentindo um monte de sintoma que eles não verificam. [M:235]. Precisar estar com o exame ali, para acreditar. É fácil para eles dizerem: “Ah! a tua dor é psicológica” sem escutar ou tocar na pessoa. Se tocasse ia ver (...) que tem alguma coisa errada ali [M:239].

[...] Escutei(...): “tem caixa, com mais de 20 anos de trabalho e nunca deu problema (...) então, ficar com LER não podia ser relacionado ao trabalho (...)”. Então falei: “Já visse o ritmo que ele trabalha, e o de quem adoeceu? [...] eu sei o que a gente passa quando têm um diagnóstico de LER (...) falam barbaridades [A:211].

- (383) A partir de então, a auto-aceleração vai sendo progressivamente substituída por medicação “amordaçante”: relaxante muscular, analgésico,

tranqüilizante, antidepressivo, bombas de morfina, entre muitas. A medicação, sem tratar o sintoma de origem, passa a ser uma nova estratégia defensiva de caráter coletivo (a classe médica). E a pessoa em sofrimento fica submetida à medicação, a fim de suportar o não-dito no trabalho, e também a dor pela sua impotência em reivindicar reconhecimento para o seu sofrimento.

[...] não acreditava que aquela dor não passasse. E ainda pensava que o banco ia achar que era mentira. Ia trabalhar com muita dor (...) tomava remédio para trabalhar, já era sofrimento, deixou de ser prazer [E:181].

[...] o médico especialista disse que a dor era coisa da minha cabeça e me deu tranqüilizante e antidepressivo (...) outros dizem: quem mandou você ficar nisso (...) acho que pago um preço caro e carrego a minha culpa todos os dias. O que eu fiz? Se eu soubesse antes (...) que nós não tínhamos controle (...) mas ninguém vê a correnteza do mar [C:197].

[...] Não fiquei aleijada do braço, mas não posso fazer as coisas como antes. A LER continua ali. Minha marca ficou na cabeça. Minha filha vai querer sair de casa (...) se eu continuar à noite e no final de semana tomando tranqüilizante e deixar de viver (...) a depressão não me larga (...) não dou conta de fazer as coisas (...) dói muito [A:217].

[...] se eu falo o que sinto (...) fazem de conta que me ouvem (...) e pensam (...) vamos dar um calmante vamos dar um antidepressivo (...) que aí vai passar tudo. Como se tu tivesse mentindo. Ou como só o teu estado emocional fosse responsável por isso (...) sem nem procurar entender ou escutar se eu falo o que sinto (...) [M:239].

- (384) O sintoma que não é reconhecido mantém-se excluído da consciência reflexiva pela medicação, que passa a se configurar como uma estratégia defensiva, já que evita o reconhecimento do sofrimento no trabalho. A queixa dissociada de seu sintoma pode, então, ser facilmente interpretada como estresse (fadiga), histeria com sintomas conversivos, ou depressão associada a estados dolorosos de origem somática. A dor não reconhecida passa então a se manifestar como revolta, irritabilidade, depressão e também como reflexão sobre “o seu estar no mundo”. Pode se manifestar, por outro lado, também por passividade e alienação.

[...] eles não tem culpa de eu ficar tomando essas coisinhas [tranqüilizantes] Mas se é normal, por que não tomar? Dá sensação de ajuda (...) ajuda a tirar angústia com a mão [...] tomo para dormir [...] para aliviar a cabeça, parar de pensar no que vai ser, de como vai ficar. É difícil [...] não tenho vontade para nada [A:219].

[...] É fácil ser dependente de tranqüilizante. Qualquer médico receita sem muito perguntar. [...] O médico do [exame] periódico da empresa me disse: (...) “Quantas caixas você quer? Oito está bom? (...) é o máximo que posso te dar”. Eu fiquei assustada. Se fosse antes (...) se eu não quisesse parar de tomar tranqüilizante (...) talvez aceitasse numa boa (...) sem estranhar (...) ia até ficar contente. Hoje se receita tranqüilizante como água (...) qualquer médico acha normal a gente pedir receita de tranqüilizante [A:219].

(...) A medicina que estão fazendo está muito errada (...) mas quem sou eu para dizer isso. Eu não quero me acalmar (...) agora eu quero ficar indignada (...) para mim essa história de remedinho que vai fazer bem é (...) um cala boca. Vamos dar um remedinho para ela ficar quieta daí ela não vem mais encher o saco. É o meu corpo (...) não é o dele e eu já sofro bastante com isso. Estou numa fase de transformação (...) e não quero ficar compactuando com isso [M:240].

(385) Dessa forma é que este estudo, nesse sentido, opõe-se à hipótese apresentada por Dejours (2000) de que, possivelmente, o principal processo psíquico subjacente ao sintoma dos DORT's seja a “supressão pulsional”, indicando ausência da experiência de elaboração do sofrimento no trabalho.

(386) A análise das narrativas dessas mulheres trabalhadoras demonstra, claramente, que o sintoma a ser tratado é o modo de relação com o trabalho, do qual os DORT's são um indício, um resíduo.

(387) As narrativas das mulheres mostram que os sintomas físicos dos DORT's são diferenciados, na sua origem, do que se conhece como fenômeno psicossomático. Mostram também que os DORT's são uma patologia resultante de um outro sintoma: o sofrimento patogênico no modo de relação com o trabalho, possuindo uma história de vivência simbólica, individual e coletivamente determinada.

Conjunções e disjunções entre a Histeria e os DORT's

(388) Ao termo das discussões propostas, o quadro comparativo que se segue deverá permitir o delineamento esquemático das relações (conjunções e disjunções) entre a Histeria e os DORT's, enquanto proposta fundamental deste estudo. O Quadro 1 presta-se a introduzir o capítulo final, que discutirá que assim como a Histeria no final do século XIX, também os DORT's, no final do século XX, podem ser concebidos como expressões do sofrimento psíquico no contexto de uma época histórica.

Quadro 1: - Comparativo das similaridades entre a Histeria e os DORT's.

	HISTERIA	DORT's
1. Sintoma histórico	final do século XIX	final do século XX
2. Maior incidência	Mulheres	mulheres
3. Localização dos sintomas	Corpo	corpo
4. Distúrbios no corpo caracterizado pelo processo de:	CONVERSAO: <ul style="list-style-type: none"> sem lesão orgânica sintomas podem desaparecer 	SOMATIZAÇÃO: nas fases iniciais, sem lesão orgânica <ul style="list-style-type: none"> agravamento dos sintomas com comprometimento físico e psíquico progressivo (lesão orgânica)
5. Invisibilidade do sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> para outro dor e sofrimento para o doente 	<ul style="list-style-type: none"> para outro (médico, empresa...) dor e sofrimento para o doente
6. Suspeita de simulação, podendo ser vista como	... "farsa" pelo outro: família, médico	... "farsa" pelo outro: organização (empresa), médico, colegas, família
7. História do sintoma	sintoma contém uma história de algo ocorrido na relação com outro	sintoma físico resultante de história de algo ocorrido na relação com o trabalho (outro)
8. Inscrição do sintoma	Simbólico	resíduo, no real do corpo, de uma relação, também simbólica, entre o sujeito e o trabalho
9. Etiopatologia	Psicogênica	Relacional - sobre-carga física e psíquica, envolvendo fatores de risco: ergonômicos, organizacionais, biológicos, psicológicos e sociais.
10. Relação que o saber médico vigente na época estabelece entre a doença e a sua predominância em mulheres	século XIX: atribuiu a doença a uma fragilidade biológica (natureza feminina)	século XX: há a tentativa de atribuir a fragilidade biológica feminina: hormônios, menor tônus muscular
11. Relação com Ideal ofertado pela cultura	atuação exagerada do ideal feminino vigente	atuação exagerada do ideal de produção como o aumento do ritmo do trabalho
12. Atitude de perfeccionismo	perfeccionismo na aparência física, moral, intelectual	perfeccionismo no trabalho
13. Atitude sacrificial	em nome de um ideal, para atender o desejo do outro	em nome do ideal de produção para atender a demanda da organização, chefia, cliente (representante da vontade do Outro)
14. Relação com os limites	não aceita os limites: insatisfação	negação dos limites do corpo
15. Relação com o desejo do Outro	coloca-se como objeto de desejo do outro	faz o que o outro deseja; sacrifica-se pelo desejo do outro
17. Desejo de reconhecimento pelo	Outro: ser visto, mesmo que, através do outro	pela da organização, chefia, clientes, colegas
18. Desejo de ser ouvido	necessidade de falar e ser ouvido (Freud)	desejo de ser ouvido pela: empresa profissionais de saúde (médicos), perícia
19. Posição subjetiva na condição de doente	questiona o saber médico: o líder, o mestre	questiona a eficiência do saber médico e a organização de trabalho
20. Posição subjetiva de denúncia e reivindicação	<ul style="list-style-type: none"> do limite (castração) do outro: saber médico (impotência) denuncia a condição feminina e reivindica um saber 	dos limites do saber das especialidades médicas e da saúde. denuncia o processo produtivo e o modelo de saúde vigente

[...] Eles (os médicos) passam a impressão de que somos mulheres histéricas à beira de um ataque de nervos. Para os homens (...) não ficam fazendo aquelas famosas perguntinhas (...) és casada? (...) vais bem no casamento? (...) quantos filhos? [...] lava roupa? Insinuando o quê? (...) o problema é a família, ou é...(...) Às vezes dá vontade de ser sarcástica e dizer: (...) tu achas que sou uma histérica (...) tipo aquela mulher que não tem orgasmo. [...] meti a boca (...) falei tudo que sentia. Eu não sou palhaça (...) já sou uma mulher de 43 anos. O cara me passa um remédio dizendo que era pra enxaqueca (...) vou comprar, e é antidepressivo (...) eu não vou tomar [...] eu não estou uma pessoa depressiva. Eu estou uma pessoa martirizada pela dor. Maria, anos 90.

O sofrimento psíquico como metáfora histórico-cultural

- (389) Ao comparar as similaridades entre a histeria no século XIX e os DORT's no século XX, observamos (Quadro 1) muitos pontos próximos, embora distintos, caracterizando momentos histórico-culturais diferenciados no que diz respeito à prevalência dos sintomas em mulheres, à manifestação no corpo e aos ideais culturais de corpo; do feminino, da produção e da saúde. Dentre essas similaridades, destacamos os aspectos referentes à invisibilidade e à subjetividade associados à dor (sofrimento) e ao sintoma, na relação com os profissionais de saúde e nos vínculos sociais com a sociedade de um modo geral.
- (390) Ao ressaltar as mudanças e as diversas manifestações da histeria ao longo da história, e conseqüentemente, o papel dos fatores sócio-culturais como produtores de sintomas histéricos, Trillat (1991), Bordo (1997), Enrenreich e English (1976/1980) Cardaci e Alvarez (1980), de forma diferenciada, abordam a histeria como expressão de conflitos do sujeito em suas relações sociais.
- (391) Como bem o disse Ávila (1996), os dois grandes enigmas — a histeria, no século XIX, e a psicossomática na atualidade — questionam e subvertem a atitude médica, evidenciando a presença do sujeito humano, que não seria (é) um habitante passivo (não agente) de seu corpo. A psicanálise, através da histeria, mostrou que o corpo é erogenizado, tem significados, é habitado. Já os sintomas psíquicos e somáticos impedem a psicanálise de esquecer do corpo. O sujeito é um ser simbólico contido nos contornos de um corpo real.
- (392) As narrativas das mulheres confrontadas com os achados na literatura especializada permitem afirmar que os sintomas físicos dos DORT's são diferenciados, na sua origem, tanto do que se denomina conversão característica da histeria, quanto do que se conhece como fenômeno psicossomático. Mostram também que os DORT's são uma patologia resultante de um outro sintoma: o sofrimento patogênico no modo de relação com o trabalho, trazendo uma história de vivência simbólica, individual e coletivamente determinada.

- (393) Apoiados em nossa pesquisa, julgamos mais importante dar visibilidade ao fato psicológico presente no fenômeno dos DORT's, do que determinar um perfil psicológico das pessoas que adoecem com DORT's. Nesse sentido, a investigação dos processos psicodinâmicos na relação do sujeito com o trabalho e no processo de adoecimento, levam à análise do lugar do trabalho na construção dos laços sociais, nos processos de subjetivação e na configuração do próprio Eu (identidade). Revelou-se fundamental, na análise do material, a utilização de uma visão clínica apoiada na Psicodinâmica do Trabalho, articulando os conceitos: desejo, atividade, organização do trabalho, carga de trabalho, estratégias defensivas individuais e coletivas, equilíbrio psíquico-físico, sofrimento psíquico e adoecimento.
- (394) Com relação ao uso de estratégias defensivas individuais e coletivas, o que se conclui a partir das narrativas das mulheres, é possível perceber que a prática da auto-aceleração no setor de serviços bancários alude à presença de um entorpecimento (= anestesia) do pensar e do sentir, propiciado e sustentado pelo que denominamos de uma rede do não-reconhecimento do sofrimento. O mecanismo de *entorpecimento* do pensar e agir, descrito neste trabalho, difere do mecanismo, "supressão pulsional" descrito por Marty e M'uzan (1963/1994) associado aos fenômenos psicossomáticos. As mulheres que narram o seu sofrimento não apresentam em seu discurso, indícios do mecanismo de supressão pulsional na base da formação da sintomatologia física dos DORT's. A elas não faltam associações, historicidade e riqueza simbólica.
- (395) A complexidade dos fatores envolvidos no adoecimento, onde o fato psicológico invariavelmente citado resulta na categoria de "não" ou "mal" compreendido, levam a uma dificuldade de diagnóstico relacional e tratamento dos DORT's. O sofrimento costuma ser reconhecido pelos profissionais de saúde, pela perícia e pela empresa, quando a sintomatologia física se tornou evidente e já anuncia um comprometimento muitas vezes irreversível da capacidade produtiva.

(396) As narrativas das mulheres evidenciam que as dificuldades de diagnóstico e o não reconhecimento do sintoma pelos profissionais de saúde, pela organização do trabalho e pelas próprias pessoas que sofrem, acabam por favorecer a exclusão do sintoma da consciência reflexiva pelo uso de medicação. Por sua vez, é a própria ingestão dos medicamentos que passa a se configurar como uma estratégia defensiva, já que evita o reconhecimento do sofrimento no trabalho. A queixa dissociada de seu sintoma pode, então, ser facilmente interpretada como estresse (fadiga), ou histeria com sintomas conversivos, ou depressão associada a estados dolorosos de origem somática. Nesse estágio, a dor não reconhecida passa, então, a se manifestar como revolta, irritabilidade, depressão e também como reflexão sobre “o seu estar no mundo”. Por outro lado, pode se manifestar também por passividade e alienação. O desencontro é o que marca a relação de quem adoece com a organização do trabalho, com os profissionais de saúde e consigo mesmo.

(397) No limite ou na interface entre a conversão e a somatização, do objetivo e do subjetivo, do físico e do psíquico, do individual e coletivo, a patologia dos DORT's parece contemplar as contradições da modernidade e dos saberes construídos dentro de uma lógica operacional utilitarista, enfatizando a sua historicidade e dessa forma nos colocando todos frente a importantes questões. Os sintomas físicos mostram-se como resíduos no real do corpo, como resultantes do modo de relação com o trabalho dentro de um contexto específico, diferenciando os DORT'S's da conversão e, do que habitualmente se entende por fenômeno psicossomático.

(398) Os DORT's como expressão de sofrimento e configurando uma metáfora histórico cultural, colocam em questão um modelo de saúde que exclui tudo que vai além do órgão doente; as características vigentes do processo produtivo; as metodologias organizacionais. Evidenciam, ainda, a falta de reconhecimento das questões subjetivas e a vivência de sofrimento de pessoas trabalhadoras. Essas questões referentes ao diagnóstico e ao tratamento, entre outras, apontam para a necessidade de uma construção, na prática do sistema de atendimento à saúde,

de uma visão dinâmica do processo saúde-doença com abordagem multiprofissional.

(399) Além disso, os dados levantados sobre o sofrimento psíquico no trabalho, a partir das histórias narradas, remetem este estudo para o campo das subjetividades típicas da modernidade, em particular para a sua relação com o trabalho e os ambientes da modernidade. Essa relação evidencia a fusão do espiritual com o material, analisada por Berman (1992), dentro de um projeto de avanço tecnológico, produção em massa, globalização e flexibilização dos costumes e das tradições preconizados pela modernidade.

(400) Neste estudo, a análise do contexto histórico-cultural acrescida à análise das narrativas das cinco mulheres trabalhadoras, demonstram que o sintoma a ser tratado é o modo de relação com o trabalho, do qual os DORT's são um indício configurado, pelo seu valor epidêmico, uma das formas de expressão do sofrimento em nossa época.

*A auto-expressão é sagrada e fatal (...)
Digo hoje em minha escultura
o que não pude entender no passado.
O medo impediu-me de entender.
O medo é armadilha, nos paralisa
(...) a meta é ser ativa e tomar o controle,
(...) sem negar o passado.
No presente não se vive,
sofre-se emoções como zumbi,
e a vida passa.
Desde que os medos do passado conectem-se com funções corporais,
eles reaparecem através do corpo.
Para mim, escultura é corpo.
Meu corpo é minha escultura.*

Louise Bourgeois, escultora, nascida em 1911.

Bibliografia

- BACHELARD, G. (1989). *A poética do espaço*. Trad. Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Martins Fontes.
- BERLINCK, M (Org.) (1999). *Dor*. Trad. Mônica Seineman. São Paulo: Escuta.
- BOLLAS, C. (2000). *Hysteria*. Trad. Mônica Seineman. São Paulo: Escuta
- BOURDIER, P. (1997). *A miséria do mundo*. Vários tradutores. Petrópolis: Vozes.
- DAVID-MÉNARD, M. (2000) *A Histérica entre Freud e Lacan: corpo e linguagem em psicanálise*. Trad. Maria da Penha Caltadi e Elisabeth Sapororiti. São Paulo: Escuta.
- DEJOURS, C. (1986). *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____ (1991). *Repressão e subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FOUCAULT, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- GAIGHER, W. (2000). *A psicossomatização no processo de surgimento e agravamento das LER/DORT'S*. Monografia de Conclusão de Curso, Florianópolis: Especialização em Prevenção e Reabilitação Física. Universidade do Estado de Santa Catarina.
- GARCIA, C. (1998) O trabalho, sintoma do homem na “Clínica do Social” In: GOULART, I. e SAMPAIO, J. *Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 83-84.
- HERZOG, R. (1991). A percepção de si como sujeito da doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, V. 1. n.º 2.
- LACAN, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações inconscientes*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- MACIEL, R. (1986). Considerações gerais sobre o trabalho de digitação. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 50:13. p. 37-40.
- MARCONDES, D. (1997). *Iniciação à História da Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- MENDES, A. M. (1996) Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento. *Revista de Psicologia*. Fortaleza, V.13 (1/2) V. 14 (1/2).

- MENDES, A. M. e LINHARES, N. J. R. (1996). A prática do Enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. *Revista Enfermagem*. Brasília: V.49. n° 2. p. 267-280.
- MENDES, A. M. e TAMAYO, A. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Revista Psico-USF*. n° 6. p. 39-46.
- MENDES, A.M. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília. n°. 1-2-3.
- MENDES, R. (1995). *Patologia do trabalho*. São Paulo: Editora Atlas.
- MENDES, R., e DIAS, E. C. (1994). Saúde do trabalhador. In: ROUQUARYOL, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. São Paulo: Medsi.
- MORAES, L. F. R. et alli (1995). O trabalho e a saúde humana: uma reflexão sobre as abordagens do "stress" ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Cadernos de Psicologia*, v. 3. n°. 4. p. 11-18.
- OLIVEIRA, C. R. & Cols.(1998). *Manual prático de L.E.R* Belo Horizonte: Heath.
- QUINET, A. (1991). *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- RIAVIZ, V. (1998). *Alienação e separação: a dupla causação do sujeito*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- RICOEUR, P. (1976). *Teoria da interpretação*. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70.
- SAFRA, G. (1994). *Pesquisa com material clínico*. In: Psicanálise e Universidade. Atas do 1º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise realizado em novembro de 1991 pelo Núcleo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- SCHNITMAN, F. (Org.) (1996). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Trad. Jussara H. Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas.
- STUCCHI, D. (2001). *Processos de subjetivação no contexto urbano significados a partir do texto literário: A hora da estrela de Clarice Lispector*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.
- TITTONI, J. (1994). *Subjetividade e trabalho: a experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador*. Porto Alegre: Ortiz.

Referências Bibliográficas

- ABRAHAM, T. (2000). Estética da existência e pós capitalismo. In: JERUSALINSKY, A. (Org.) *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios. p.13-20.

- AGUIAR, F. (2001). "Método clínico: método clínico?" *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre: nº 14 (I), Ano II.
- ALMEIDA, M.C (1995). Características emocionais determinantes da L.E.R In: ALMEIDA, M. C. e CODO, W (Org.). *L.E.R.: diagnóstico, tratamento e prevenção, uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- ALMEIDA, M.C (1995). Em busca de uma linguagem. In: ALMEIDA, M. C. e CODO, W (Org.). *L.E.R.: diagnóstico, tratamento e prevenção, uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- ALVAREZ, D. et alli (1987). *Hysteria y obsesion*. Buenos Aires: Manantial.
- ANTUNES, R. (2000). *Material e imaterial*. In: Caderno MAIS! Folha de São Paulo. São Paulo: 13 de Agosto de 2000.
- ARAÚJO, G. & cols (1998). *L.E.R. – dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais*. Belo Horizonte: Heath.
- ARAÚJO, J.e CARRETEIRO, C. (Org.) (2001). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec.
- ARENDT, H. (1991). *A condição humana*. Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- AVILA, A. (1996). *Doenças do corpo e da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- AVILA, A. (1996). Doenças do corpo e da alma: uma apresentação. *Estudos de Psicologia*. Campinas. V. 13, n. 2. p. 47-58.
- BAUDELAIRE, Charles.(1976) *Pequenos poemas em prosa*. Trad. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BERMAN, M. (1992). *Tudo que é sólido desmancha no ar – a aventura da modernidade*. Trad. Carlos Felipe Moisés. São Paulo: Cia das Letras.
- _____ (2001). *Aventuras no marxismo*. Trad. Sonia Moreira. São Paulo: Cia das Letras.
- BERLINCK, M. (Org.) (1997). *Histeria*. Trad. Mônica Seineman. São Paulo: Escuta
- BIRMAN, J (1997) "Se eu te amo, cuide-se: sobre a feminilidade, a mulher e o erotismo nos anos 80". In: BERLINCK, M. (Org.) *Histeria*. Trad. Mônica Seineman. São Paulo: Escuta.
- BESSE, J.M & BOISSIÈRE, A (1998) *Précis de philosophie*. Paris: Nathan. p. 52-53.

- BORDO, S. (1997). O corpo e a reprodução da feminilidade; uma apropriação feminina de Foucault. In: JAGGAR, A. & BORDO, S. *Gênero, corpo, e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. p. 19-41.
- CARAYON, P. (2000). Work organization and work-related musculoskeletal disorders in the service setor. Sznelwar L. E Zidan L. (Org.). In: *Trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. São Paulo: Plêiade.p. 407-419.
- CARDACI, D e ALVAREZ,L.K.(1980) *Mujeres y medicina: de cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. Núcleo de investigación y desarrollo en educación y salud. Xochimilci:casa abierta al tempo, Universid Autonoma metropolitana.
- CHAUÍ, M. (1999). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.
- CODO, W: et ali (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- _____. & SAMPAIO, J. (Org.) (1995). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- CODO, W e ALMEIDA, M. C. (Org.) (1995). *L.E.R: diagnóstico, tratamento e prevenção, uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- COTTET, S. (1989) *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- DEMBE, A. E. (1996). *Occupation and disease. How social factors affect the conception of work-related disorders*. New Haven and London: Yale University Press.
- DEJOURS, C. (1992). *A loucura do trabalho — estudo de psicopatologia do trabalho*. 4ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré.
- _____. (1992). “Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações”. In: CHANLAT, J. *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas. p.
- _____. (1996). *Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive*. Clot, Y. (Org.). *Les histoires de la psychologie du travail*. Toulouse: Octares
- _____. (1997). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- _____. (1999a). *A banalização e a injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- _____. (1999b). *Conferências brasileiras – identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo:Fundap:EAESP/FGV.
- _____. (2000). *Nouvelles formes d’organization du travail et lésions par efforts répétitifs (LER): approche par la psychodynamique du travail*. Sznelwar L. E Zidan L. (Org.). In: *Trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. São Paulo: Plêiade. P. 421-428.

- DEJOURS, C , ABDOUCHELI E JAYET (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- DÖR, Joel (1994). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus.
- DURAND, G. (1996) "Perenidade, derivações e desgaste do mito". In: *Campos do Imaginário* (Textos reunidos por Danièle Chauvin). Coleção Teoria das Artes e Literatura, V. 6. Lisboa: Instituto Piaget. p. 91-118.
- ENRENREICH, B e ENGLISH;D (1976/1980) "Invalidas" o "contagiosas" In Mujeres y medicina Me: *sexismo en el saber y la práctica médica* In CARDACI, D e ALVAREZ,L.K.(1980) Mujeres y medicina: de cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos. Núcleo de investigación y desarrollo en educación y salud. Xochimilci: casa abierta al tempo, Universidad Autónoma metropolitana.
- FORD, C. V(1997) Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life In: *Scandinavian Journal of work environment & Health*1997;23 suppl 3:7 -16
- FOUCAULT, M. (1982). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1983). *Vigiar e punir: História da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.
- FREUD, S. (1980). Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. II*. Rio de Janeiro: Imago., (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- _____. Primeiras publicações psicanalíticas. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. III*. Rio de Janeiro: Imago., (Trabalho original publicado em 1893-1899).
- _____. A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. IV/V*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. A psicopatologia da vida cotidiana. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. VI*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. VII*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. Os chistes e sua relação com inconsciente. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. VIII*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud — V. X*. Rio de Janeiro: Imago.

- _____. Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* — V. XIII. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. Além do princípio do prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* — V. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. Inibições, sintomas e ansiedades. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* — V. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. Mal-estar na civilização. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* — V. XXI. Rio de Janeiro: Imago.
- GARCIA-ROZA, L. (1995) *Artigos de metapsicologia, 1914-1917*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- HALL, W. e MORROW, L. (1988). *Repetition strain injury: an Australian epidemic of upper limb pain*. Soc. Sci. Med. V. 27. n.º 6. Inglaterra: Pergamon Press. p. 645-649.
- HERZLICH, C. & PIERRET, J. (1991). Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. V. 2. n.º 1.
- HIRATA, H. (2000) Globalização, trabalho e Gênero. In: JERUSALINSKY, Alfredo (Org.) *O valor Simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios. p.21-34.
- HOBSBAWM, E. (1995) *Era dos extremos: o breve século XX :1914 –1991*. São Paulo: Companhia das Letras.
- HUGHES, R. (1989) *Lucian Freud*. New York: Thames and Hudson.
- JONES, E. (1979) *Vida e obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (1998) *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LAURENT, E. (2000). *Sete problemas de lógica coletiva na experiência da psicanálise segundo o ensinamento de Lacan*. Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. N.º 26/27. p. 17-33.
- LIMA, M. E. (1997). A dimensão psicológica. In: *L.E.R.: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Health. p. 201-216.
- _____. (1997). A L.E.R. no setor bancário. In: *L.E.R.: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Health. p. 52-107.
- LUCIRE, Y. (1986). *Neuroses in the workplace*. The Medical Journal of Australia. v. 145: 6. p 323-327.
- LUZ, M. (1996). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.

- MARTY, P. e M'UZAN, M. (1994) O pensamento operatório (1963). *Revista Brasileira de Psicanálise*: V. XXVIII, nº1 p.165-174.
- MCLUHAM (1962/1972). H. M *A galáxia de Gutember.*, São Paulo: Cia Editora Nacional – Editora da USP.
- MARTINS, S. e CRUZ, R. e BOTOMÉ, S.(2001) A (in) sustentável banalização do ser. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. Florianópolis: 2001 V. 1(1), janeiro a julho, p 173-179.
- MATTAR, Jr, R. e AZZE, R (1995). Moléstias Ocupacionais – Leões por esforços repetitivos: um desafio para cirurgia de mão In: e CODO, W e ALMEIDA, M. C. (Org.) (1995). *L.E.R.: diagnóstico, tratamento e prevenção, uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- MENDES, A. M.e ABRAHÃO, J (1996) Organização do trabalho e vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: abordagem psicodinâmica. *Revista de Psicologia:teoria e pesquisa*. Brasília: maio- agosto V.12(2), pp.179-184.
- MENDES, A. M. e FERREIRA, M. (2001) “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer – sofrimento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, V. 6(1), p.93-104.
- MEZAN, R. (1998). Casos clínicos no contexto da tese. In: *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 435-464.
- MILLER, J. A. (1988). S'TRUC DURE. In: *Matemas II – Los Ensaio*s. Buenos Aires: Manantial.
- MILLER, J. A. (2001).Teoria do capricho. In: *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise. nº30, abril de 2001. p. 79-86.
- ORLANDI, E. (1993). *As formas do silêncio*. Campinas: Editora UNICAMP.
- PIRES, D. (1998). *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT São Paulo: Annablume.
- QUINTNER, J. (1995). *The australian RSI debate: stereotyping and medicine*. Disability rehabilitation. V. 17. nº 5. p. 256-262.
- ROUDINESCO, E. (1989). *História da psicanálise na França – a batalha dos 100 anos*. V. I: 1885-1939. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- SANTA'ANNA, D. B. (1998). Corpo, história e cidadania. In: MARTINS, I. et al. (Org.). *História e cidadania*. São Paulo: Humanitas/FFLCH; USP; ANPUH.

- SANTOS, O. C. L. (1992). Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 108 - 112.
- SATO, L. et alii. (1993). Atividades em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 79:21. p. 49-62
- SELLIGMANN-SILVA, E. (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: UFRJ; Cortez.
- SONTAG, S (1984). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal.
- SPINK, M. J. Org. (1999) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez
- STEINER, R. (1993) *Egon Schiele (1890-1918): A alma nocturna do artista*. Lisboa: Benedikt Taschen.
- SUNDSTROM, E.; BELL, P. A.; BUSBY, P. L.; ASMUS, C. (1996) Environmental Psychology (1989-1994). *Annual Review of Psychology*. nº 47. p. 485-512.
- TONELLI, M. J. (2001). Organizações, relações amorosas e familiares. Davel E. e Vergara S. (Org.). *Gestão com pessoas e subjetividade*. São Paulo: Atlas.
- TRILLAT, E. (1991) *História da histeria*. São Paulo: Escuta.
- WISNER, A (1994) *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*; tradução de Roberto Leal Ferreira, São Paulo: FUNDACENTRO.

Dicionários

- CAIRO, N. (1979). *Guia de medicina homeopática*. São Paulo: Livraria Teixeira.
- CHEVALIER, J. e GHEERBRANT, A. (1999). *Dicionário dos símbolos*. São Paulo: José Olympio.
- FERREIRA, B. H. A. (1986). *A Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- GRIMAL, P. (1966). *Dicionário de mitologia greco-romana*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil.
- KAUFMANN, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LURKER, M (1999). *Dicionário de simbologia*. São Paulo: Martins Fontes.

MORA, J. F. (1979). *Diccionario de filosofia*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. (1998). *Diccionario de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Teses e dissertações

CHEREN, A. J. (1998). *A prevenção do pathos: uma proposta de protocolo para diagnóstico dos DORT's*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

CRUZ, R. M. (2001). *Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho*. Tese de Doutorado, Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

GAIGHER, Walter (2000). *A psicossomatização no processo de surgimento e agravamento das L.E.R./D.O.R.T.* Monografia de Conclusão, Florianópolis: Curso de Especialização em Prevenção e Reabilitação Física pela Universidade do Estado de Santa Catarina.

LEMOS, J. C. (2001). *Avaliação da carga psíquica nos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria — HUSM*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

MAGALHÃES, L. V. (1998). *A dor da gente: representações sociais sobre lesões por esforço repetitivo (saber e intervenção médica)*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

MONTEIRO, J. C. (1997). *Lesões por esforço repetitivo: um estudo sobre a vivência do trabalhador com LER*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

RIAVIZ, V. (1998). *Alienação e separação: a dupla causação do sujeito*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

SCOTTI, S. (1998). *A estrutura da histeria em "Madame de Bovary"*. Tese de Doutorado, São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

Documentos

AGUIAR, Fernando (2000). *Subjetividade e conhecimento*. Aula da disciplina Escolas Psicológicas III. Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Anais do *II Simpósio multidisciplinar de lesões por esforço repetitivo (DORT'S)*. São Paulo, 1998.

CRUZ, R. (no prelo). *Psicologia e trabalho: aspectos históricos em torno das utopias de confronto — entre a ação individual e a coletiva*. Texto apresentado durante o X Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO – 11/10/1999.

CRUZ, R. M. e SENNE, W. Testes psicológicos: problemas epistemológicos. In: CRUZ, R. M. *Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho*. Artigo extraído de Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MORAES, M. A. A. e MIGUEZ, S. A. (1998). L.E.R./D.O.R.T. – prevenção, tratamento e noções básicas de ergonomia. Apostila de curso de atualização. Campinas, SP.

SOUZA, M. & SILVA, G. (no prelo) *A study of the prevalence and risk for WRMD (Work related Musculoskeletal Disorders) among female and male workers*. In: Anais do XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho. Abril de 1999 (artigo inédito enviado por e-mail pela autora).

STUCCHI, D. (1996) *O lugar da subjetividade no espaço da vida urbana*. Trabalho de pesquisa no Laboratório de Estudos Audiovisuais – OLHO. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

VERTHEIM, M. e GOMEZ, C. M. (1999). *A construção do sujeito-doente em LER*. Artigo enviado pela autora via mensagem eletrônica. São Paulo.

WÜNSCH FILHO, V. (1997). Perfil epidemiológico das lesões por esforço repetitivo – afecções músculo—esqueléticas no Brasil. In: *Protocolo de Pesquisa*. São Paulo.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS, 1997. DORT'S. Proposta do INSS para a substituição da MPS/1993. Normas Técnicas de Avaliação de Incapacidade para Fins de Benefícios Previdenciários. São Paulo.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS, 1993. Normas Técnicas para a Avaliação da Incapacidade. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS, 1987. Portaria nº. 4062 de 06/08/87: reconhece a Tenossinovite como doença do trabalho.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS, 1991. Decreto nº. 375/91. Reconhece as LER como doença relacionada ao trabalho.

DELEGACIA REGIONAL DO TRABALHO – 1990. Portaria nº. 3751: reedita a Norma Regulamentar – NR. 17 sobre Ergonomia.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Atualização Clínica dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. nº. 131, seção 3, p. 14231–14233, de 11 de julho de 1997.

Documentos eletrônicos

DUFOUR, D. R. (2001). *Uma nova condição humana: os extravios do indivíduo-sujeito* Trad. Selvino J. Assmann. In: *Le Monde Diplomatique* Paris, Fevereiro de 2001. Versão italiana: *Uma nuova condizoneunmana. gli smarriment dell'individuo-soggetto. Le Monde Diplomatique/II Manifesto*. Fevereiro de 2001. (<http://www.ilmanifesto.it/mondediplo/Lemonde-archivio/febbraio2001/01021m22.01.html>).

SETTIMI, M. (2000). *Cenário: As LER /DORT'S no Brasil*. <http://www.uol.com.br/prevler/Artigos/cenário.htm>

MEZAN, R. (2001). *Narrar a clínica*. Texto para lançamento da Revista Percurso nº 26. <http://www.revistapercurso.com.br>.

Iconografia

Lucien Freud: *Last portrait*, 1974-75 *

Lucien Freud: *Girl in stripe nightdress*. 1983-85*

Egon Schiele: *Mulher sentada com a perna esquerda dobrada*. 1917*

Lucien Freud: *Blond girl, night portrait*. 1980-85*

Lucien Freud: *Large interior w.II. (after Watteau)* 1981-83*

Videografia

GERALDI, S. (1998). *O ar, a montanha. A água*. Vídeo de dança produzido pelo Laboratório de Estudos AudioVisuais OLHO, como parte integrante da Dissertação de Mestrado, Campinas: apresentada na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

Filmografia

SAURA, C. (1988). *Carmen*. Espanha.

Musicografia

BIZET, G. (1964). *Carmen*. Ópera em quatro atos. Direção artística: Michel Glotz. Som original EMI Records: Brasil. Wagram.

ANEXO

PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA À PESQUISA

PUBLICAÇÕES

Artigos publicados em revistas nacionais:

MARTINS, S.e CRUZ, R. e BOTOMÉ, S. A (In) Sustentável Banalização do Ser. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* (ISSN. 1518-5923), Florianópolis (SC): Editograf, 2001, V. 1(1), janeiro a julho, p 173-179.

MARTINS, S. e BOTOMÉ, S. **Psicodiagnóstico e Trabalho. Uma Questão de Método.** *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* (ISSN. 1518-5923), Florianópolis (SC): Editograf, 2001, V.1(2), agosto a dezembro p.165-171.

Internacionais

MARTINS, S.e CRUZ, R. e SCOTTI, S. A HISTERIA E OS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT'S), COMO EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA. *Anais do XXVIII Congresso Interamericano de Psicologia* Santiago, Chile: Publicação Eletrônica (CD ROM) da Sociedade Interamericana de Psicologia, 2001

Nacionais

MARTINS, S. OS DORT'S CONSTITUEM UM SINTOMA? *Atas da I Jornada de Cartéis.* Escola Brasileira de psicanálise . Delegação Geral de Santa Catarina. Florianópolis (SC), 2000. p.32-34

MARTINS, S. Perícia e prática psicológica: diagnóstico precoce e trabalho. *Anais do II Congresso Norte Nordeste de psicologia* :Publicação: Eletrônica (CD Rom). Salvador: Conselho Federal de Psicologia. 2001.

MARTINS, S. Sofrimento psíquico no trabalho: dor no corpo, dor na alma. Anais do II Congresso Norte Nordeste de psicologia :Publicação: Eletrônica (CD Rom). Salvador: Conselho Federal de Psicologia. 2001.

PRODUÇÃO TÉCNICA:

- 2000 – **Curso de Extensão: Psicologia Trabalho e Compromisso social** – UFSC, em 05/05/ 2000, apresentando o tema: Psicopatologia do trabalho, com carga horária total de 2 (duas horas). . Atividade Técnica desenvolvida: Ministrante
- 1999-(...) - **Pesquisadora do PSITRAB- Laboratório de Psicologia da UFSC.** . Atividade Técnica desenvolvida: pesquisa na área de Perícia no Trabalho e Diagnóstico de Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho.
- 2001-(...) **Programa de Intervenção Multiprofissional de atenção à Saúde do Trabalhador.** Realizado pelo PSITRAB – Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC. Florianópolis (SC).Atividade Técnica desenvolvida: elaboração do Projeto de pesquisa *Multiprofissional de atenção à Saúde do Trabalhador no ambulatório do Hospital Universitário da UFSC*; atividade de pesquisa e intervenção, co-coordenação e supervisão técnica.
- 2001 – **Oficina Saúde e Trabalho** -atividade mensal promovida pelo TMT -Núcleo de estudos sobre Transformações no Mundo do Trabalho- do Departamento e Ciências Sociais da UFSC e pelo PSITRAB- Laboratório de Psicologia do Trabalho-. . Atividade Técnica desenvolvida: co-coordenação
- 2001 – **I Seminário Regional sobre LER / DORT'S de Blumenau,** promovido pela Secretária Municipal de Saúde de Blumenau, nos dias 04 e 05 de maio de 2001. Atividade Técnica desenvolvida:Conferencista.
- 2001 – **II Seminário UNITRABALHO na UFSC,** realizado em Florianópolis (SC), no período de 5 e 6/ 07/2001.Carga horária: 10 horas . Atividade

Técnica desenvolvida: Ministrante e participante do Seminário temático Saúde e Trabalho.

- 2001 – **Fórum Nacional sobre o Fenômeno LER/DORT'S.** Realizado pela FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do trabalho e Ministério do Trabalho e Emprego, nos dias 9 a 11 de outubro de 2001, em Florianópolis (SC). Atividade Técnica desenvolvida: Participante, como pesquisadora do PSITRAB – Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC.
- 2001 **Fórum da Região Sul sobre Linhas de Pesquisa em Segurança e Saúde no Trabalho.** Realizado pela FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do trabalho e Ministério do Trabalho e Emprego, nos dias 25 e 26 de outubro de 2001, em Florianópolis (SC). Atividade Técnica desenvolvida: Participante, como pesquisadora do PSITRAB – Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC.
- 2001 - **Oficina de Trabalho Sobre Bases de Dados Relacionadas à Saúde do Trabalhador.** Realizado pela FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do trabalho e Ministério do Trabalho e Emprego, nos dias 20 e 22 de outubro de 2001, em Florianópolis (SC). Atividade Técnica desenvolvida: Participante, como pesquisadora do PSITRAB – Laboratório de Psicologia do Trabalho da UFSC. Carga Horária: 20 horas.
- 2001 Coordenação da Sessão de Comunicações Coordenadas: *SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO*, no **XI Encontro Nacional da ABRAPSO** – Associação Brasileira de Psicologia Social, realizado na UFSC, Florianópolis (SC), no período de 14 a 17 de novembro de 2001.

COMUNICAÇÕES EM ENCONTROS CIENTÍFICOS E CONGRESSOS

Internacionais

MARTINS, S. A HISTERIA E OS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT'S), COMO EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA . Ponencia libre no *XXVIII Congresso Interamericano de Psicologia* , realizado pela Sociedade Interamericana de Psicologia, em Santiago do Chile, no período de 29 de julho a 3 de agosto de 2001.

Nacionais

MARTINS, S. DORT'S SIM!MAIS AINDA DORA? – ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A PSICANÁLISE . Palestrante na Reunião científica da Delegação Santa Catarina da Escola Brasileira de Psicanálise, no dia 27 de março de 2000.

MARTINS, S. PERÍCIA PSICOLÓGICA NA CLÍNICA DO TRABALHO Palestrante na Reunião científica promovida pelo Conselho Regional de Psicologia – Santa Catarina CRP-12, no dia 10 de novembro de 2000.

MARTINS, S. DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRABALHO. Palestrante na Mesa Redonda: *PERÍCIA E PRÁTICA PSICOLÓGICA* no Congresso Norte Nordeste de Psicologia no dia 26/05/2001. Realizado de 23 a 26 de maio de 2001 no Centro de Convenções da Bahia, Salvador, pelo Conselho Federal de Psicologia. 2001.

MARTINS, S. SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO: DOR NO CORPO, DOR NA ALMA Palestrante no Simpósio: *SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO*: no Congresso Norte Nordeste de Psicologia no dia 26/05/2001. Realizado de 23 a 26 de maio de 2001 no Centro de Convenções da Bahia, Salvador, pelo Conselho Federal de Psicologia. 2001.

MARTINS, S. ASPECTOS PSICODINÂMICOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO. Palestrante na Mesa Redonda: *PSICODINÂMICA DO TRABALHO* no Congresso Norte

Nordeste de Psicologia no dia 26/05/2001. Realizado de 23 a 26 de maio de 2001 no Centro de Convenções da Bahia, Salvador, pelo Conselho Federal de Psicologia. 2001.

MARTINS, S. RELAÇÕES ENTRE A HISTÉRIA E OS DORT'S – DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO – COMO EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE UMA ÉPOCA. Palestrante na Sessão de Comunicações Coordenadas: *SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO*, no XI Encontro Nacional da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social, realizado na UFSC, Florianópolis (SC), no período de 14 a 17 de novembro de 2001.

MARTINS, S. DIAGNÓSTICO PRECOCE NA CLÍNICA DO TRABALHO Palestrante na Mesa Redonda: *PERÍCIA NO TRABALHO*, no XI Encontro Nacional da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social, realizado na UFSC, Florianópolis (SC), no período de 14 a 17 de novembro de 2001.

MARTINS, S. ASPECTOS PSICODINÂMICOS DO PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRABALHO Palestrante na Mesa Redonda: *PSICODINÂMICA NO TRABALHO*, no XI Encontro Nacional da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social, realizado na UFSC, Florianópolis (SC), no período de 14 a 17 de novembro de 2001

A (In)sustentável banalização do ser ¹

Soraya Rodrigues Martins²
Roberto Moraes Cruz³
Sílvio Paulo Botomé⁴

Como as pessoas sofrem no trabalho, sacrificam a si mesmas ou sacrificam outros? Por que não há mobilização coletiva contra o sofrimento no trabalho? E por que cada vez mais as pessoas toleram situações profissionais que há algum tempo eram inaceitáveis? Mesmo sabendo sobre o agravamento do sofrimento psíquico no trabalho a que todos estão submetidos, ele é negado ou banalizado. A resignação, a negação ou a banalização desse sofrimento ocorrem pela familiaridade? Como é possível cooperarmos com a injustiça, mesmo quando não a aprovamos? Inquietações como essas acompanham toda a leitura do livro *A banalização da injustiça social*, de Christophe Dejours, publicado no Brasil em 1999 pela Editora da Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo.

Nessa obra, o autor faz um exame da participação e do consentimento das pessoas em relação às várias formas de exclusão e injustiças sociais praticadas em nome do modo de produção da sociedade contemporânea. O livro, escrito em forma de ensaio, contém uma análise do processo de construção da tolerância ao sofrimento no trabalho na França, que poderia ser transferida para a realidade brasileira, consideradas as diferenças culturais.

¹ Resenha do livro de C. Dejours *A banalização da injustiça social*. Traduzido por Luiz Alberto Monjardim e publicado pela Ed. Fundação Getúlio Vargas - FGV - do Rio de Janeiro em 1999, com 163 páginas.

² Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (soravarm@terra.com.br).

³ Doutor em Engenharia de Produção. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (rcruz@cfh.ufsc.br).

⁴ Doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (botome@cfh.ufsc.br).

Para Dejours, o grande palco do sofrimento psíquico é configurado no trabalho, composto de um complexo sistema de relações e motivações intersubjetivas, tensionadas pelo maniqueísmo das categorias do bem e do mal. Por detrás das vitrines da contemporaneidade, do progresso tecnológico, da melhoria da qualidade de vida, surgem as imposições da organização do trabalho; imposições de horário, ritmo, formação, informação, rapidez, produção e adaptação à ideologia dos modelos de gestão empresarial. Do lado dos trabalhadores, a vivência de situações relacionadas às exigências permanentes de mercado, à ameaça de exclusão, ao desemprego primário e crônico sinaliza a dimensão social e individual mais evidente do sofrimento no trabalho. O cenário social é de enfraquecimento das políticas de bem-estar social. O “clima de ameaça de desemprego” e as práticas de “enxugamento da máquina produtiva” utilizados, tanto no Estado quanto na iniciativa privada, intensificam o processo de precarização do trabalho, as relações de troca descompensatórias e a atitude sacrificial do trabalhador.

O ensaio de Dejours consiste em uma importante contribuição à análise do processo de mobilização em massa de pessoas “de bem” para o “trabalho sujo”, isto é para o consentimento, participação e colaboração na injustiça, no sofrimento infligido a outrem. Para a análise da injustiça infligida a outrem na forma banalizada de gestão do trabalho, o autor retrocede na História, revendo o nazismo alemão sob a ótica de Hannah Arendt (1963), conforme citado pelo autor, ao examinar a “normopatia”, a atitude do oficial nazista Eichmann de permitir, consentir e colaborar na matança indiscriminada de judeus durante a Segunda Guerra, a qual a filósofa designou como a expressão da *banalidade do mal*. Dejours, usando os conceitos de *banalização do mal*, a partir de Arendt, e de *distorção comunicacional*, de Habermas, realiza uma instigante reflexão sobre a banalização e a negação do sofrimento no trabalho, relacionando-os a investigações empíricas de sua experiência como pesquisador.

No percurso dessa obra, uma questão serve de ponto de partida para o autor: *quais são as motivações subjetivas da dominação; por que uns consentem em padecer (de tal) sofrimento, enquanto outros aceitam infligir tal sofrimento?* Dejours descreve os processos de construção e adoção de estratégias individuais e coletivas de defesa, que funcionam como uma armadilha psicológica, incrementando a aceitação e a tolerância do sofrimento no trabalho.

Para Dejours, a banalização do mal repousa sobre o processo de reforço recíproco das relações entre sofrimento e trabalho e sofrimento e (des)emprego. Destaca como todos estão envolvidos nesses processos. Por um lado, demonstrando como a recusa sindical em considerar a importância da subjetividade, negando-a em nome de uma idéia de que o subjetivo tolhe a mobilização coletiva e a consciência de classe, contribui para a *clivagem*³ (dissociação ou cisão) entre sofrimento e indignação, pelo próprio descompasso entre as lutas sindicais e as vivências do trabalhador. Por outro lado, realiza no livro a análise de como os trabalhadores, para manterem seus empregos e para não adoecerem, acabam cometendo atos que reprovam em si mesmos. E, com isso, reforçam a perversão de um sistema que ataca sua integridade física e psíquica, além da imagem que têm de si mesmos. O uso de estratégias defensivas, que negam e rejeitam o sofrimento no trabalho, além de ajudar os trabalhadores a nele se manterem, termina por promover a contínua precarização do trabalho e do emprego. Assim como promove uma condição social e existencial indesejável e inaceitável. Ao banalizar o mal, a injustiça e o sofrimento psíquico, decresem as possibilidades de reações de indignação e mobilização coletiva, em detrimento de uma ação em direção à solidariedade e ao senso de justiça.

³ A noção freudiana de *clivagem* (ou cisão), associada à noção de inconsciente, designa uma divisão psíquica, configurando uma posição conflituosa do ego, onde o sujeito fica separado de parte de suas representações (pensamentos) ou afetos.

A negação do sofrimento no trabalho nesse contexto promove apatia e rejeição pelos desempregados e vergonha daqueles que mantêm seus empregos. Esses sentimentos conflituosos desembocam na impossibilidade de exprimir e elaborar o sofrimento no trabalho, impedindo, segundo o autor, a fala e o reconhecimento do sofrimento alheio daqueles outros que estão sem emprego. Isto é, para negar o que sente o sujeito desenvolve a intolerância para com o sofrimento alheio, perde a consciência dele, pela *cisão* entre sofrimento, (des)emprego e injustiça social. O mal pode ser promovido pela *cisão* entre afeto e pensamento, ou pela simples ausência de pensamento na consciência.

Apesar de a *cisão* assumir em cada sujeito uma forma específica, segundo sua história particular, quando o *setor excluído do pensamento* é comum ao grupo em que está inserido o sujeito pode substituir o pensamento pessoal por ideologias e estratégias defensivas coletivas. A origem da maldade, seguindo a reflexão do autor, não parece estar na própria violência, mas nas estratégias coletivas de defesa mobilizadas diante do medo e da ameaça da própria integridade física e psíquica, num contexto de relações sociais de dominação do qual não é possível desertar. A vivência do sofrimento permanece singular, mas as defesas podem ser objeto de cooperação coletiva. O trabalho, além de ser a realização de ações subjetivadas (no sentido atribuído pela Psicologia do Trabalho francesa), é também um viver em comum. No trabalho, as pessoas criam ações para enfrentar a defasagem entre a organização prescrita (tarefa) e a organização do trabalho real. Nesse mesmo trabalho, elas constroem sentido para a situação, para o sofrimento e para o próprio trabalho. Dejours identifica dois processos básicos na mobilização subjetiva que colocam uma pessoa na posição perversa de colaboradora do mal, mesmo sendo ela, reconhecidamente, uma “pessoa de bem” (não perversa). Por um lado, o uso do medo e da ameaça de castração simbólica, presentes no discurso da virilidade (masculinidade) reconhecida pelo grupo

como instrumento de banalização do mal e promotora da inversão do ideal de justiça. De outro, a *racionalidade prática* (com condutas, ações, decisões) apoiada em uma racionalidade construída coletivamente e utilizada pelo sujeito para preservação de sua saúde física e mental, ou para realização de uma construção subjetiva de sua identidade, e de seu pertencimento a um grupo.

A ação da “banalização do mal”, descrita por Dejours, repousa sobre um dispositivo de três estágios. Um deles é constituído por pessoas cujo engajamento não é defensivo, mas é resultante de impulsos perversos conscientes e inconscientes, onde se situam aquelas que fazem parte da organização do “trabalho sujo” (do mal). Um outro estágio é constituído por colaboradores diretos, no qual a participação ativa é obtida mediante estratégias coletivas e ideologias de defesa (estratégia coletiva de defesa do tipo “cinismo viril”). Um terceiro estágio é constituído pela massa das pessoas que recorrem a estratégias de defesa contra o medo e à ameaça de exclusão comuns ao grupo. Essas podem ser unificadas em estratégias coletivas de defesa, apoiadas em ideologias dominantes no grupo, e colocadas à sua disposição também por meio de estratégias de distorção comunicacional utilizadas pelas organizações de trabalho.

Dejours, apoiado no conceito de *distorção comunicacional* (de Habermas), examina as comunicações organizacionais, a cultura empresarial, a publicidade e a mídia interna que, em nome da “valorização”, criam comunicações distorcidas sobre o trabalho (a mentira organizacional), ocupando o lugar do não-dito, do silêncio entre os trabalhadores sobre o real do trabalho, negando a descrição da *atividade* produtiva, do sofrimento subjetivo e da injustiça no trabalho. O sofrimento característico da ação gerencial surge com a construção da mentira organizacional, na imputação de sofrimento e injustiça ao outro e no apagamento de vestígios que evidenciam a mentira como, por exemplo, a exclusão ou silenciamento de pessoas mais velhas (memória) e de pessoas portadoras de

doenças do trabalho. O sofrimento característico dessa ação gerencial costuma ser negado e clivado no processo de racionalização, que costuma ser apoiado pelo discurso científico sobre metodologias organizacionais.

A leitura desse ensaio de Dejours coloca o leitor diante da dinâmica de como as pressões, o medo e a ameaça de exclusão do trabalho podem gerar alienação, violência e doenças, por meio de estratégias de defesa contra o sofrimento. Ao mesmo tempo, e paradoxalmente, o trabalho permanece como mediador de auto-realização, sublimação e saúde. O autor, embora explorando as estratégias referentes ao discurso masculino de dominação, tem o cuidado de diferenciar as estratégias de defesa e a ideologia defensiva de cunho viril (nas quais o real do trabalho é negado coletivamente com o uso de racionalizações) das estratégias de defesa construídas no discurso (por exemplo, na Enfermagem), caracterizadas por um cerceamento do real do trabalho, sem negá-lo totalmente.

A abordagem clínica propiciada pela Psicodinâmica do Trabalho sugere que, no cerne do processo de banalização do mal, está o sofrimento articulado às estratégias defensivas. Para enfrentar esse processo, é preciso re-qualificar o sofrimento no trabalho e re-conhecer o intrincamento entre *ação, trabalho e sofrimento*, dado que uma ação sempre envolve, em sua manifestação, atividade, paixão, motivação e subjetividade.

A leitura do livro *A banalização da injustiça social* revela-o denso e interessante, verdadeiramente pertinente, pelas originais articulações realizadas pelo autor com a finalidade de compreender, pelo método do desvelamento, o que não é dito e vivido, por tantos trabalhadores em tempos modernos.

Referências bibliográficas

- ARENDEI, H.
Eichmann em Jerusalém - Um relato sobre a banalidade do mal. (A primeira edição, em alemão, foi feita em 1963) Tradução de José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- DEJOURS, C.
A banalização da injustiça social. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

Diagnóstico psicológico e trabalho. Uma questão de método?¹

Soraya Rodrigues Martins²
Sílvia Paulo Botomé³

Diagnosticar é “conhecer através de...”. Usar um método implica seguir de forma ordenada e regular um caminho pelo qual um certo objetivo ou finalidade são alcançados, para adquirir ou demonstrar conhecimentos (Chauí, 2001).

A tese de doutoramento do pesquisador Roberto Moraes Cruz – *Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho*, 2001 – é um estudo descritivo, de corte transversal, no qual o autor desenvolve um método de investigação dos transtornos psicológicos em pessoas portadoras de síndromes dolorosas músculo-esqueléticas, combinando duas tradições teórico-metodológicas da Psicologia (psicométrica e projetiva), associadas à análise das queixas relatadas por trabalhadores na sua relação com a doença. Esse estudo vem contribuir para a reflexão e produção do conhecimento referente a problemas pertinentes, primeiro, à realidade social do diagnóstico psicológico, em particular das doenças relacionadas ao trabalho; depois, para a prática profissional de psicólogos e seus modos de intervenção nas relações entre saúde e trabalho.

As constantes e aceleradas transformações no mundo do trabalho, trazendo inevitáveis consequências para a saúde do trabalhador, ampliam, enquanto tornam mais complexa, a avaliação do sofrimento, da dor e do desconforto físico e psíquico

¹ Resenha da Tese de doutoramento de Roberto Moraes Cruz - *Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho* - apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - 2001.

² Psicóloga. Mestranda em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (sorayarm@terra.com.br)

³ Doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. (botomé@cft.ufsc.br).

presentes nas relações entre trabalho e saúde. Vários estudos⁴ apontam a progressiva incidência das doenças relacionadas ao trabalho, sendo essas definidas a partir de estudos epidemiológicos e pesquisas interseccionais, dado que as condições de trabalho constituem um fator de risco adicional⁵ de adoecimento. Sob as mais diferenciadas contribuições teóricas e denominações (estresse do trabalho, fadiga mental, fadiga patológica, *burnout*, neurose do trabalho, etc.), o problema principal desses estudos está em dimensionar o papel histórico (e cultural) que o trabalho desempenha no processo saúde-doença (somática e psíquica).

A incidência dessas doenças nas últimas três décadas favoreceu o questionamento das concepções existentes sobre o processo saúde-doença, sobre os procedimentos atuais de diagnóstico, além das relações homem e trabalho. A dificuldade de diagnóstico adequado (e precoce) e a complexidade dos fatores envolvidos no processo saúde e trabalho destacam a importância em discutir o método de investigação para conhecer esses fenômenos. No caso das doenças relacionadas ao trabalho, que justificam os planos individual e coletivo, o pensar sobre o fato psicológico envolve uma análise sistêmica ou dinâmica da situação de trabalho.

Cruz, inclusive, procede a uma revisão bibliográfica das pesquisas na área de saúde e trabalho, destacando o papel da Ergonomia e da Psicologia francesas, tanto com relação a aspectos psicodinâmicos do trabalho, quanto no estudo das cargas físicas e psíquicas no trabalho. Seu trabalho ressalta, como uma das grandes dificuldades da pesquisa sobre as patologias relacionadas ao trabalho, a compreensão da influência das características individuais e dos fatores psicológicos (estados emocionais e transtornos psíquicos) na modulação da intensidade e na exacerbção das síndromes dolorosas músculo-esqueléticas.

⁴ Laurel & Noriega (1989), Dejourns (1987; 1994), Wisner (1994), Lacaz & Ribeiro (1984), Selligman-Silva (1994), Codo & Stampato (1995), Settini (2000), Cruz (2001), Lemos (2001).

⁵ Os fatores de risco adicional ocupacional ocorrem quando o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário ao adoecimento, sendo o estabelecimento do nexo de natureza epidemiológica (grupo II), ou ainda quando o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente (grupo III). Diferenciando-se das "doenças profissionais" nas quais o trabalho é causa necessária do adoecimento. Brasil, Ministério da Saúde, *Lista de doenças relacionadas ao trabalho*: Portaria n.1339/GM, de 18/11/1999, 2000.

Segundo Dejourns (1987, 1994) e Laurel & Noriega (1989), as síndromes dolorosas crônicas evidenciam de forma marcante o sofrimento "físico e psíquico" no trabalho. A pesquisa sobre a relação entre os fatores psicossociais e as doenças músculo-esqueléticas delimita três tradições: os estudos dos fatores estressores relacionados ao trabalho atuando como moduladores do estado de saúde dos trabalhadores; os estudos epidemiológicos sobre os determinantes fisiológicos e ocupacionais das doenças músculo-esqueléticas, nas quais fatores mecânicos do trabalho (posturas) são os mais estudados, com pouca atenção aos fatores psicológicos; e uma terceira linha, que busca estabelecer as relações entre características individuais, transtornos psicológicos, condições de trabalho e síndromes músculo-esqueléticas. Cruz destaca essa última como área de contribuição no desenvolvimento do quadro de diagnóstico: a pesquisa sobre as características psicológicas associadas aos quadros de dores crônicas, em especial aquelas que podem ser consideradas mantenedoras e exacerbadoras dos sintomas. Porém, nas três tradições de pesquisa prevalece a idéia de que o caminho para a compreensão das manifestações psicopatológicas relacionadas ao trabalho passa pela análise crítica da situação de trabalho e dos mecanismos ou formas de enfrentamento das exigências e das condições nas quais o trabalho é realizado.

A sociedade vem exigindo, da prática do psicólogo, posições e intervenções mais claras quanto ao conhecimento dos aspectos psicológicos que interagem nas patologias de modo geral e, em particular, nas psicopatologias. Apesar do procedimento de diagnóstico ser esperado dessa atividade profissional, acontece que durante o exercício profissional, assim como durante a sua formação, o psicólogo vê tais procedimentos relegados a querelas entre linhas teóricas e metodologias de investigação divergentes em Psicologia. Assim, uma das grandes questões colocadas pelo estudo de Cruz é a de como definir uma estratégia que possa subsidiar pesquisadores e psicólogos, ao investigar, organizar e sistematizar o conhecimento, de forma a fomentar discussões e ampliar as condições teórico-metodológicas para a investigação das relações entre saúde e trabalho e do diagnóstico psicológico no trabalho. Questões que poderiam ser facilmente

estendidas para todo e qualquer processo de diagnóstico psicológico.

Nesse contexto, da produção de conhecimento em Psicologia e do "processo saúde-doença", o estudo de Cruz desenvolve um método de investigação psicológica dos transtornos psicológicos em trabalhadores com síndromes dolorosas crônicas de incidência músculo-esquelética. Nesse percurso, combina dois métodos distintos em Psicologia, o psicométrico e o projetivo. Os métodos referidos são operacionalizados com o uso do teste SCL-90-R (*Symptom Checklist*) – instrumento de medida de padrões psicológicos associados à vivência de dor – e da técnica de psicodiagnóstico de Rorschach – instrumento para o diagnóstico dos transtornos psicológicos –, associados a uma anamnese clínico-ocupacional, criada especialmente para esse fim⁶. Apesar desses instrumentos possuírem validação científica internacional, no Brasil não há, segundo o autor, validação do uso do SCL-90-R, nem produção científica significativa dos transtornos psicológicos associados aos distúrbios músculo-esqueléticos.

O estudo de Cruz está organizado sobre as contribuições na área de diagnóstico psicológico, psicopatologia relacionada ao trabalho e síndromes dolorosas crônicas, sistematizando os dados necessários a sua pesquisa. Justifica a utilização do termo "transtorno psicológico" em detrimento de outros, por considerá-lo mais distante do reducionismo patológico impregnado do dualismo "corpo/mente" e da concepção de uma etiologia individual do processo saúde-doença, enfatizando o fenômeno em si que ocorre nas pessoas (Cruz, 2001, p.10).

O conceito e o procedimento de psicodiagnóstico são explorados e caracterizados de forma que o processo de psicodiagnóstico é concebido a partir do fenômeno psicológico a ser estudado, organizando-se em função da perspectiva de trabalho adotada pelo psicólogo. A ordenação e a sistematização dos dados colhidos durante o processo acontecem pela delimitação e identificação dos elementos recorrentes (estáveis) orientadas pelo referencial adotado.

6 Derogatis, L. *SCL-90-R Symptom Checklist*, 1994; Rorschach, H. *Psicodiagnóstico*, 1978.

O autor defende a aproximação de ato de diagnosticar na prática psicológica com a atividade de pesquisa: para conhecer e descrever o fenômeno a ser investigado é necessário construir um método que possibilite a organização de uma rede de informações e estratégias para o psicólogo pensar e significar o que é observado. O diagnóstico, portanto, não se reduz a questões de procedimentos e aplicações técnicas. Ele exige uma postura ética na construção e produção do processo de conhecer o fenômeno, na qual a habilidade de pensar do pesquisador sobre o acontecido e os pressupostos teóricos utilizados desempenham fundamental função.

Sobre o recurso de testagem psicométrico, oriundo da tradição metodológica das ciências naturais, considerando tudo que existe como passível de ser quantificado ou medido, Cruz adverte sobre a falsa segurança que a suposta simplicidade de manuseio dos testes oferece, levando a equívocos de avaliação, muitas vezes com graves consequências tanto na problemática psicológica averiguada, quanto em suas prováveis consequências sociais. Negada a complexa fundamentação dos testes psicológicos, quando separadas teoria e técnica, acabam os testes por se confundirem com aqueles exibidos nas revistas informativas de consumo geral.

Por outro lado, também o método projetivo é examinado nesse estudo, ao qual se anexa o manual de aplicação e interpretação da técnica do Rorschach confeccionado para pesquisa. O psicodiagnóstico de Rorschach, cujos fundamentos derivam da Psicanálise e da Gestalt, busca o diagnóstico clínico dos aspectos dinâmicos da personalidade. A técnica tem como pressuposto o conceito de projeção, no qual as respostas dadas pela pessoa aos estímulos não estruturados a partir de uma realidade não conhecida configuram uma rede de significados presentes em seu discurso, que precisa ser compreendida pelo pesquisador.

Em sua pesquisa, Cruz examina os critérios técnicos e a validade do teste SCL-90-R e da técnica de Rorschach, avaliando o desempenho de ambos no diagnóstico de síndromes dolorosas crônicas músculo-esqueléticas. A população pesquisada tem setenta trabalhadores – atendidos em dois serviços de atendimento psicológico⁷ na cidade de Florianópolis (SC). Os resultados obtidos nos dois métodos de investigação foram associados às variáveis sociodemográficas, clínicas e ocupacionais, obtidas na anamnese. Os dados obtidos apontaram para a existência de uma correlação entre os métodos empregados – psicométrico e projetivo –, indicando diferenças de desempenho no diagnóstico de transtornos psicológicos. A técnica de Rorschach mostrou-se mais eficiente na descrição e na análise dos impactos estruturais do adoecimento, com o predomínio de indicadores neuróticos, destacando-se, além da depressão, a hostilidade e a fobia. A escala de sintomas SCL-90-R, por sua vez, apresentou limitações no diagnóstico de fobia e depressão.

O autor não traz conclusões finais sobre o seu estudo, parecendo preferir seu aspecto descritivo e apontando a importância da continuidade da reflexão e, provavelmente, realização de novas pesquisas nessa área. Uma das conclusões que apreendemos desse trabalho consiste na contribuição para a melhoria da compreensão e avaliação da ocorrência e prevalência de síndromes dolorosas músculo-esqueléticas, que não podem estar limitadas aos aspectos físicos do ambiente ou do desempenho das tarefas (cargas físicas de trabalho). Incluem-se, nessa compreensão, os fatores psicossociais (familiares, afetivos, percepção da queixa, história familiar e vida social), associados à intensificação das cargas cognitivas (melhor seria dizer *psíquicas* – grifo nosso), e os aspectos emocionais: principalmente, quando esses são qualificados em termos de transtornos e/ou alterações das funções psíquicas sinalizadoras de um estado geral de desequilíbrio, sentido como desprazer ou desconforto (sofrimento psíquico). O autor ressalta que o aprimoramento metodológico das estratégias de avaliação psicológica sobre as síndromes estudadas é uma condição necessária ao desenvolvimento técnico-

7 NIDI – Clínica de Dor e no SAPSI – Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Santa Catarina.

científico das pesquisas sobre psicopatologias relacionadas ao trabalho.

Após a leitura do trabalho de Cruz é possível concluirmos que o adoecimento no trabalho é habitualmente percebido e conceituado como pertinente à esfera individual (referindo-se à pessoa do doente), embora seja, o trabalho, uma ação reconhecidamente coletiva. O fato “psicológico” e o “estar doente”, entretanto, são imediatamente remetidos ao plano individual, o que significa que o adoecer é responsabilidade exclusiva do doente. E, com o autor, é possível considerarmos, inclusive, que uma compreensão mais ampla dos fatores envolvidos no processo de adoecimento deverá contribuir decisivamente para a realização de diagnósticos adequados à complexidade da problemática e, conseqüentemente, a tratamentos e medidas preventivas mais eficazes no combate ao adoecimento que ocorre no contexto do trabalho, o que acabaria promovendo concretos benefícios à saúde do trabalhador.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde, *Lista de doenças relacionadas ao trabalho: Portaria n. 1339/GM, de 18/11/1999 / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.*
- CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. 12 ed. São Paulo: Ática, 2001.
- CODO, W & SAMPAIO, J. *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- GRUZ, R. M. *Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho*. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo sobre psicopatologia do trabalho...* São Paulo: Cortez, 1987.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEROGATIS, L. *SCL-90-R Symptom Checklist*, 3rd ed Mineapolis, USA: NCS, 1994.
- LACAZ, F. A & RIBEIRO, H. P. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: DIESAT, 1984.
- LAUREL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989
- LEMOS, J. C. *Avaliação da carga psíquica nos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM*. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- RORSCHACH, H. *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou, 1978. (Originalmente publicado em 1921).
- SELLIGMAN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
- SETTIMI, M. *Cenário: as LER/DORT no Brasil*. Em 28/04/2000. <http://www.uol.com.br/preveler/Artigos/cenario.htm>
- WISNER, A. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro, 1994.