

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICODRAMA – SALVADOR, BAHIA, 2002

MESA REDONDA: PSICODRAMA, SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

Proponho nesta exposição contextualizar o tema Psicodrama, Saúde Mental e Subjetividade referindo-me ao mundo do trabalho, isto porque dentre outros interesses, não menos importantes, o ambiente de trabalho tem sido uma das minhas áreas de atuação. Iniciemos pela Saúde Mental. O que entendemos por saúde mental?

GUIMARÃES (1992), reportando-se ao conceito de saúde mental da OMS como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doença ou invalidez” afirma que a saúde é única no indivíduo e, portanto, indivisível, tratando-se o uso do termo saúde mental apenas de uma divisão de trabalho e habitual. Lembra ainda que a saúde é afetada por fatores psicológicos, alterações físicas e circunstâncias sócio-culturais. A saúde quer seja ela física, psíquica, mental ou social estará sempre se referindo a um ser único no uso de todos os seus papéis e potencialidades.

Em MENDES (1995, p.35,36), estudioso da Patologia do Trabalho, encontra-se uma definição de saúde que incorpora o conceito de papel social. Define saúde como um estado de equilíbrio entre o ser humano e seu ambiente físico, emocional compatível com a plena atividade funcional da pessoa. A saúde é tida como a capacidade para desempenhar papéis na sociedade, na família e no trabalho; capacidade para lidar com agressores físicos, biológicos e sociais; uma sensação de bem-estar; liberdade do risco de doença e de morte fora do tempo.

A saúde mental relacionada ao desempenho do papel profissional preocupa-se com os danos que possam ocorrer ao sujeito enquanto desempenha este papel. Aqui falamos na presença de fatores agressivos (fatores de risco), que podem incluir agentes tóxicos (ruído, poeira, etc), como também ausência ou deficiência de fatores ambientais como, por exemplo, monotonia no trabalho, falta de responsabilidade individual, falta de comunicação, conflito de papéis, etc.

Buscando em Moreno o conceito de saúde nos deparamos com os conceitos de espontaneidade e criatividade, criação espontânea ou espontaneidade criadora tantas vezes repetidos em sua obra e considerados um de seus pilares.

À espontaneidade Moreno atribui um significado psicológico, no sentido que cada um pode manifestá-la enquanto desempenha múltiplos papéis e um sentido cosmológico, no sentido de que sem ela nada existe na vida humana e de que ela justifica a evolução permanente que se dá no mundo. (MARTÍN, 1984, p. 121).

Já o termo subjetividade é definido por Japiassú e Marcondes no Dicionário Básico de Filosofia como “*característica do sujeito; aquilo que é pessoal, individual, que pertence ao sujeito e apenas a ele, sendo portanto, em última análise, inacessível a outrem e incomunicável. Interioridade. Vida interior... Kant chama de subjetivos o espaço e o tempo, porque não são propriedades dos objetos, não nos são dados pela experiência, mas pertencem ao sujeito cognoscente: são [formas a priori da sensibilidade]*”.

A subjetividade sintetiza o homem em todas as suas expressões, as visíveis (o comportamento), as encobertas (os sentimentos), as singulares (porque cada um é uma especificidade) e as genéricas (porque a subjetividade nos torna humanos). A todas essas expressões de homem chamamos de subjetividade: o homem-corpo, homem-afeto, homem-sentimento. A subjetividade é a síntese individual que cada um vai fazendo ao longo de sua trajetória de vida. É a maneira de sentir, sonhar, idealizar, fazer, amar de cada um. Ela é construída a partir do modo como cada um se relaciona e se apropria do mundo social e cultural. (BOCK, 1999, p. 22-24). Neste sentido, podemos dizer que ela é tanto produto das interações com o meio e portanto, determinada, como também diz respeito à maneira como o homem, no uso de sua espontaneidade, questiona as conservas a que está sujeito, atribuindo-lhe significados pessoais.

E por falar em subjetividade, vamos subjetivar esta apresentação e situar no tempo e no espaço de que saúde mental e de que subjetividade estamos falando. A maneira de abordar a subjetividade depende do conceito de homem que embasa nossas concepções.

Fui, como a maioria aqui presente, buscar em MORENO um alento para a condução de um grupo de trabalho, portadores de LER/DORT, inseridos em um programa de readaptação profissional ao trabalho em uma grande organização.

Falo de um homem em particular, de um ambiente próprio – seu local de trabalho, de uma relação particular, num determinado momento de sua vida – sua relação com a LER/DORT no momento de retorno ao trabalho após dois ou quatro anos de afastamento.

Grupo composto de oito profissionais, alguns deles em fase de retorno ao trabalho, alguns já tendo iniciado sua reintegração e um deles com retorno ainda não previsto. A participação no grupo é facultativa, alguns moram na cidade grande, outros vêm de cidades circunvizinhas. Têm em comum a presença da LER/DORT em suas vidas.

O que são as LER/DORT? Segundo o Ministério da Saúde, a patologia LER/DORT abrange quadros clínicos do sistema músculo-esquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho: movimentos contínuos, repetitivos, sobrecarga muscular estática ou posturas inadequadas.

Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. Ocorrem ainda sintomas de ansiedade, depressão e insônia, associados à duração e ou intensidade dos sintomas. Tais sintomas podem dar origem a diferentes quadros clínicos (por exemplo: tenossinovite dos flexores do punho e dedos e síndrome tensional do pescoço); pode ser estadiada em diferentes fases clínicas, relacionadas com o diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção. (MENDES, 1995, p. 176).

Tendo contextualizado o tema, a pergunta é: Quais as possibilidades de criação e transformação para um profissional submetido a uma condição que o expõe a um posto de trabalho inadequado, ambiente desfavorável, movimentos repetitivos em alta

velocidade, tensão e estresse oriundos da organização do trabalho? O que seria buscar condições para o desenvolvimento da saúde mental desse profissional?

Quero ressaltar aqui não as premissas do método, nem as técnicas utilizadas, nem tampouco os cuidados que se deve ter em trabalhos desse feitio, pois se trata de um trabalho que pode se tornar insípido se isolado de ações complementares junto daqueles que administram as condições de trabalho dentro de uma organização.

Quero sim enfatizar as possibilidades do método como alternativa para resgate da subjetividade do indivíduo. Quais alternativas são essas?

Começemos por uma breve passagem pela doença e seus contornos. Enfatizo alguns recortes do atendimento, numa tentativa de mostrar as possibilidades do método para resgate da subjetividade do indivíduo.

A DOR “PENTELHA”

O início das sessões é sempre marcado por queixas de dor vivida durante a semana ou dor presente naquele momento.

Nas primeiras sessões, quando solicitado ao grupo a construção de um personagem para representar a doença e sua relação com ele, o personagem construído é o “*Pentelho*”. O “*Pentelho*” lhe impõe limites físicos para o trabalho, para os afazeres domésticos e atividades rotineiras. A dor é relatada por um dos participantes como estando presente durante os cinco últimos anos, estendendo-se, a todos os e outros aspectos da vida – a vida social, o lazer, o estudo, o convívio com a família.

As LER/DORT são caracterizadas pela presença marcante da dor. Ela está presente em todo o período de atendimento, num total de três meses. A maior dificuldade dos participantes diz respeito à invisibilidade da doença e à ineficácia dos tratamentos experimentados. Aqui aparecem sentimentos de impotência e de incapacidade. Muitas vezes o profissional é submetido numa mesma semana a seis ou sete profissionais de saúde diferentes, incluindo aí o INSS – Instituto Nacional de Seguro Social.

Quando solicitamos imagens da dor, ela é vista como se fosse uma pessoa atirando um caderno ao longe (sua vida?). Solilóquios assim a descrevem: “Ela é muito feia... é uma raiva”. Ao criarem um personagem que pudesse se contrapor ao “*Pentelho*” para estarem representando em suas vidas, escolhem o personagem “*Tigre*”. Querem sua maciez e flexibilidade. O anseio por vivências mais espontâneas é expresso nos desejos: “Quero querer menos, Quero não levar o problema LER/DORT para outros ambientes, Quero buscar o ritmo interno”. Aqui sua subjetividade se faz presente ao se contraporem à realidade da doença.

OS LIMITES FÍSICOS E A AUSÊNCIA DE LIMITES

No estágio inicial há apenas uma sensação de desconforto ou peso que aparece nos picos da produção, piorando no final da jornada e melhorando com repouso (fase 0). Em seguida, ocorre uma sensação de desconforto e peso nos membros superiores relacionados aos movimentos repetitivos com mais de um mês de duração (fase 1). Estas sensações passam a ser uma constante, aparece o inchaço. Não há melhora do quadro clínico com tratamento medicamentoso e fisioterápico. As atividades no trabalho e fora dele são afetadas (fase 2). Aí ele acorda à noite, deixa objetos caírem,

tem dificuldade para realizar tarefas fora do trabalho, fazer sua higiene pessoal e a lida doméstica (fase 3). Num estágio final (fase 4) há dificuldade para realizar movimentos repetitivos, a dor é exacerbada e fica impossibilitado de realizar tarefas domésticas e de trabalho, tendo também dificuldade para dormir. (ASSUNÇÃO & ROCHA, 1994, p. 479-481).

Utilizo como aquecimento inicial exercícios de bioenergética. Neste momento, os limites físicos ficam evidenciados, pois alguns não podiam elevar seu braço acima de 30 °, em relação à posição horizontal.

Durante o desenvolvimento da doença, a trajetória desses profissionais caracteriza-se pela crescente incorporação de limites físicos e também pela ausência de limites no trabalho. Não há limites de tempo ou de capacidade. Não se respeitam horários de almoço ou pausas. A lógica da organização se sobrepõe aos interesses individuais e familiares. Sentem-se extremamente responsáveis por seu trabalho. A maioria se reconhece como bons profissionais, perfeitamente identificados com seu trabalho.

No transcorrer das sessões, através das histórias encenadas, dos papéis alternados, dos solilóquios compartilhados e principalmente dos insights que a representação espacial e temporal de seu drama permitem, vão sendo reconhecidos novos aprendizados feitos em relação a si próprio e aos limites que a doença lhes impõe. Gradualmente os limites são vislumbrados. Reconhecem claramente que não é saudável trabalhar em ritmo acelerado. Verbalizações como: *“Eu sou responsável só por mim mesma”*. *“Preciso aprender a administrar meu tempo nesta vida. Não me confundir com a organização”*. *“As pessoas precisam de tudo: lazer, trabalho, família, filhos...”* demonstram a possibilidade de um exercício de subjetividade, no qual o sujeito se separa do objeto (a doença) e reconhece sua forma particular de expressão.

Alguns mencionam o respeito à jornada de trabalho como algo já incorporado. Em uma das sessões, uma das participantes depois de ter vivido um conflito entre ir trabalhar ou vir para o atendimento, resolve comparecer ao grupo, a despeito de estar sobrecarregada de trabalho. Sua atitude é aclamada pelo grupo. Aqui nos deparamos diante de outro exercício de subjetividade.

A VÍTIMA E O ONIPOTENTE

Em uma das sessões finais dois participantes falam sobre o quanto estavam incomodados com a dor que estavam sentindo por utilizar demais o micro. Um dos participantes observa o grupo e faz um solilóquio: (neste grupo) *“todos sentem muita dor, reclamam dela, fazem serviços além da conta e não sabem lidar com limites... Quando a dor nos acomete passamos de herói para vilão”*. Aqui fica demonstrado a oscilação entre os papéis de vítima, impossibilitada de trabalhar, e de onipotente, impossibilitado de dizer não.

Uma das possibilidades terapêuticas do trabalho psicodramático é o experimentar de papéis onde a dor é reconhecida não mais como vitimizadora, mas sim como aliada para identificação das situações nas quais não se respeitam limites corporais, físicos ou emocionais. Os papéis experimentados são mais flexíveis, vulneráveis aos limites que o corpo impõe.

O DESEJO ADORMECIDO E AS ESCOLHAS PROFISSIONAIS

Naquele dia o grupo buscava entre suas lembranças escondidas pela presença constante da doença onde ficaram seus desejos para a escolha profissional. Maria, com a doença em seu grau mais elevado, dizia com oito anos ter colocado o sapato de saltos da tia e dizer: “*Quero ser bancária*”. Sempre gostou de ajudar as pessoas, cuidar de doentes, visitar asilos, estar com as pessoas. Reconhece ter assumido o papel de mediadora na família e se sentir realizada em seu trabalho através do contato com o cliente. Marlene não reconhece qual teria sido seu desejo, ficando triste e quieta durante o transcorrer da sessão. Pedro gosta de consertar aparelhos eletrônicos, rádios, TV, vídeos. Hoje atua como um atendente de balcão. A lembrança lhe traz a perspectiva de estar fazendo um curso técnico no SENAI. Júlio queria ter sido um policial, tinha medo de sua ira e que ela pudesse provocar atos violentos. Hoje parece estar conformado com sua atual condição. Pergunto-me: O que lhe aconteceria se lhe fosse permitido abrir a torneira dos desejos? Encorpado, fala mansa, pausada dá-nos a impressão de que na dor encontra receptáculo para sua agressividade.

As pessoas riem ao se depararem com seus ensaios infantis do papel de trabalhador. Falam com leveza e risos, como se tivessem tirado de uma cartola personagens infantis: o policial, defensor do bem; a moça sorridente do banco, o consertador de coisas quebradas. Neste momento, não há lugar para a dor e para o sofrimento. Sou sujeito, contam apenas meus desejos, o sonho, o prazer, a minha subjetividade.

A RAIVA CONTIDA E A IMPOSSIBILIDADE DE SER SUJEITO

A raiva, enquanto sentimento dirigido aos alvos corretos, e de maneira saudável, é uma das formas de expressividade do sujeito, na medida em que se contrapõe às conservas culturais.

Na maioria das sessões fica estampada a raiva contida naquilo que não foi dito, no trabalho que não foi recusado, no desejo não realizado, no lazer não priorizado, no limite não colocado, no porto-seguro não questionado, relação submissa não transformada.

O não dito, o não expresso, o não vivido ficam buscando formas de expressão. É como se encontrassem na dor as únicas possibilidades de expressão permitidas.

Algumas vezes, a raiva contida ousa manifestar-se através dos papéis representados, de início, de maneira tímida, incipiente, depois com maior vigor, porém sempre contida.

Esta pequena incursão pelas sessões teve como pretensão mostrar algumas possibilidades terapêuticas do método psicodramático utilizado para resgate da subjetividade e para melhoria da saúde mental de trabalhadores.

Para concluir, quero dedicar um olhar ao momento de retorno ao trabalho, retorno este sempre envolvido pelo medo de retomar o ritmo alucinante, de que a dor intensifique ou de ter que recusar o trabalho. Apesar de estarem protegidos pela lei que exige pausa após cada 50´ de trabalho, encontram uma organização em ritmo alucinante, passando por profundas transformações de processos e tecnologia. Seu desejo é o de uma recepção de boas vindas e o que encontram é uma organização

passando pelo processo de modernização, onde o lento e o velho são descartáveis, o medo de desemprego estampado no rosto das pessoas. A organização deixou de ser o porto seguro onde estava ancorada sua carreira.

Nos tempos em que o emprego está morrendo preconiza-se que a relação de porto seguro estabelecida entre a organização e o empregado deva ser substituída pela relação de prestador de serviços X mercado. Ou seja, se você tem habilidades, conhecimentos, se suas competências são as requeridas pelo mercado, você poderá vendê-las a qualquer cliente que delas necessitem. Esta afirmação nos dá a idéia de que somos livres para utilizar nossas habilidades onde queiramos, o que não necessariamente corresponde à verdade, principalmente quando falamos de indivíduos incapacitados para o mercado de trabalho.

O fenômeno LER/DORT é mais complexo do que aparentemente insinua. Sua terapêutica envolve diferentes protagonistas: o trabalhador, a organização, o INSS, a equipe de saúde, exigindo uma atuação interdisciplinar, que nem sempre acontece. No entanto, escolhemos um método de trabalho que se apoia numa visão de homem que nos remete a sua natureza cósmica e transformadora, ou seja, a sua condição de sujeito no exercício de seus diferentes papéis. Façamos a nossa parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ROCHA, Lyes Esther. *Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos*, p.470. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P; ROCHA, Lyes Esther ; RIGOTT, Raquel Maria, orgs. **Trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo, Editora Vozes, 1994.p. 479-481.
2. BOCK, Ana Mercês Bahia ; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. *Psicologias . Uma introdução ao estudo de Psicologia*.13ª edição, São Paulo, Editora Saraiva, 1999. p 22-25.
3. GUIMARÃES, L. A. M. **Saúde Mental e Trabalho em um segmento de operariado da indústria extrativa de mineração de ferro**. Campinas, S.P., 1992. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.
4. JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 2ª edição revista, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, XXXXX. p.230.
5. MARTÍN, Eugenio Garrido. **J. L. Moreno: Psicologia do encontro** (1978). 1ª edição, São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1984. p.121.
6. MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. São Paulo, Editora Atheneu, 1995. p 35-36, 176.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de Lesão por Esforços Repetitivos – LER/DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. Brasília - DF, Julho 2000. p. 6.

Arlete Portella Fontes

Psicóloga, Psicoterapeuta, Consultora de RH, Psicodramatista, Formação em Análise Bioenergética.

e-mail: arletefontes@gmail.com

Campinas, março de 2002.