

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CRISTIANO CERQUEIRA ABDANUR

**O ADOECIMENTO EM SAÚDE MENTAL DOS PROFESSORES DA REDE
MUNICIPAL DE ENSINO DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Belo Horizonte

2010
CRISTIANO CERQUEIRA ABDANUR

**O ADOECIMENTO EM SAÚDE MENTAL DOS PROFESSORES DA REDE
MUNICIPAL DE ENSINO DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Monografia apresentada ao curso de especialização em teoria psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de especialista

Orientador: Prof. Dr. Fábio Roberto Rodrigues Belo

Belo Horizonte

2010

Agradecimentos

Agradeço às professoras Maria Tereza Carvalho e Riva Schwartzman e em especial ao professor Fábio Belo pela confiança, competência e fundamental contribuição para que esse trabalho acontecesse.

À minha esposa, Patrícia, por toda sua dedicação, auxílio e paciência. Sem o seu apoio esse trabalho teria sido muito mais árduo.

Aos meus colegas e pacientes na Clínica de Saúde Mental da Beneficência da Prefeitura de Belo Horizonte.

À minha família e amigos.

RESUMO

O trabalho trata, a partir da observação de casos clínicos envolvendo o adoecimento em saúde mental de professores da rede municipal de ensino e realizados na Clínica de Saúde Mental da Beneficência da Prefeitura de Belo Horizonte, de uma tentativa de incluir os quadros apresentados em uma psicopatologia psicanalítica, além de apresentar uma elaboração metapsicológica acerca do tipo de adoecimento apresentado e uma proposta clínica para a direção do tratamento em psicanálise.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO 1: O ADOECIMENTO DOS PROFESSORES EM UMA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL.....	9
CAPÍTULO 2: EM BUSCA DE UMA PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA QUE ENGLOBE O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO.....	13
CAPÍTULO 3: O TRABALHO ENQUANTO LUGAR DE INVESTIMENTO LIBIDINAL E O PAPEL DE UMA DINÂMICA ORGANIZACIONAL ADOECEDORA.....	26
CAPÍTULO 4: UMA PROPOSTA PARA A CLÍNICA DO ADOECIMENTO DOCENTE.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu motivado pela experiência clínica acumulada ao longo de seis anos como psicólogo da Clínica de Saúde Mental da Beneficência da Prefeitura de Belo Horizonte (CLISAM-BEPREM). É a tentativa de construção de um discurso teórico psicanalítico que possa dar conta de um tipo específico de adoecimento observado em um número significativo de casos atendidos nesse serviço ao longo desse período.

A CLISAM-BEPREM é uma instituição vinculada à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e destinada, dentre outras coisas, ao atendimento psicológico e psiquiátrico dos seus funcionários. Dentro desse amplo universo de pacientes, destacou-se para este estudo o grupo de professores da Rede Municipal de Ensino que estiveram em tratamento na clínica psicológica e psiquiátrica da instituição e que apresentaram uma demanda de atendimento marcada por um fator comum.

A característica peculiar e freqüente em sua demanda de tratamento é a relação próxima entre sua função como servidor da PBH e o seu adoecimento. Relação essa identificada não apenas nas declarações do próprio paciente, mas também pela natureza do encaminhamento envolvido, muitas vezes proveniente dos colegas de trabalho, da chefia direta, do setor de recursos humanos da Secretaria Municipal de Educação ou da Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica (GSPM), setor responsável pela avaliação dos afastamentos do trabalho e desvios de função causados por questões de saúde.

Segundo dados provenientes de um relatório interno elaborado pelo arquivo clínico da CLISAM-BEPREM, no mês de abril de 2010, os professores somavam 47% da clientela atendida pela clínica. Grande parte desses professores identificou, em sua queixa inicial, uma relação direta entre o seu adoecimento e o ambiente de trabalho a que estavam expostos ou à função que exerciam. Outra parcela, apesar de não identificar essa relação, apresentou sintomatologia comum e recebeu encaminhamento para tratamento de profissionais que identificaram esta relação.

Esse adoecimento específico da classe dos professores tem sido alvo de muitos estudos no campo da saúde: em primeiro lugar, por serem casos que tem se tornado cada vez mais freqüentes e típicos, constituindo um problema de saúde pública e, por outro lado, apresentarem uma sintomatologia muito coincidente e semelhante, justificando a hipótese de agrupamento dos mesmos em uma categoria diagnóstica específica, algo da ordem de uma *síndrome de adoecimento dos professores*.

Trata-se também de um fator de influência na qualidade do serviço de educação pública de base e um grave problema administrativo para a prefeitura municipal, já que as conseqüências primeiras do adoecimento são o grande índice de absenteísmo e o crescente contingente de funcionários contratados incapacitados para exercer sua função.

A argumentação desses estudos passa, em geral, pelo estabelecimento de uma relação de causalidade entre o trabalho e o adoecimento e, a partir daí, de uma discussão referente aos fatores da organização do trabalho e do ambiente escolar responsáveis pelo adoecimento envolvido.

No entanto, um impasse importante marca o trabalho de quem acolhe esses casos na clínica. É impossível ignorar a importância dos fatores ambientais e, especificamente, organizacionais, no acometimento e desencadeamento dos quadros. Observa-se um grande número de indivíduos expostos às mesmas variáveis e adoecendo de uma maneira muito semelhante, mas qual é a intervenção possível sem o acesso a esses fatores desencadeadores? O que pode fazer o profissional de saúde que recebe estes trabalhadores em um espaço distante da concepção e construção da organização do trabalho? E mais, sem possibilidade de interferir em fatores, como por exemplo, o tipo de clientela atendida pela escola?

Está em jogo uma clínica atravessada por esses fatores e por outras características do adoecimento que estabelecem uma dificuldade para o estabelecimento de uma psicanálise. Essa clínica precisa ser sistematizada, na medida do possível, e justificada por um embasamento teórico. Trata-se de uma tentativa de estabelecimento do estatuto desses casos dentro de uma pretensa psicopatologia psicanalítica e um esclarecimento acerca da dinâmica psíquica

envolvida nesse tipo de adoecimento, seja ele realmente típico ou não, o que constitui outra questão fundamental.

CAPÍTULO 1: O ADOECIMENTO DOS PROFESSORES EM UMA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL

Uma vasta literatura científica tem se dedicado, em certa medida, ao estabelecimento de um nexos causal entre o adoecimento psíquico dos professores e as condições de trabalho às quais estes profissionais estão expostos e, além disso, tem empreendido uma tentativa de descrição de um quadro típico envolvido nesse adoecimento.

Gasparini *et al*¹, através de um estudo do perfil dos afastamentos do trabalho por motivo de saúde dos profissionais da educação, tenta estabelecer as relações entre o processo de trabalho docente, as reais condições sob as quais ele se desenvolve e o possível adoecimento físico e mental dos professores.

A hipótese dos autores é de que existe uma defasagem das condições de trabalho em face das metas traçadas e efetivamente alcançadas, isso coloca os docentes em uma situação de sobreesforço na realização de suas tarefas (GASPARINI *et al*, 2005).

Considera-se que são muitas as atribuições impostas ao professor, gerando um conjunto de fatores que favorece o adoecimento. Além da sala de aula, o docente deve fazer trabalhos administrativos, planejar, reciclar-se, investigar, orientar os alunos e atender aos pais. Também deve organizar atividades extra-escolares, participar de reuniões de coordenação, seminários, conselhos de classe, efetuar processos de recuperação, preenchimento de relatórios periódicos e individuais e, com frequência, cuidar do patrimônio material da escola, recreios e locais de refeições (CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

O papel do professor acaba por extrapolar a chamada mediação do processo de aprendizagem do aluno. Graças à necessidade de articulação entre a escola e a comunidade, além de ensinar, os professores tem atualmente que participar da gestão e do planejamento escolares, o que significa uma dedicação mais ampla e conseqüente sobrecarga (GASPARINI *et al*, 2005). Além

¹ Gasparini S. M., Barreto S. M. e Assunção A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. Educação e Pesquisa 2005; 31(2):189-199.

disso, outros fatores potencialmente estressores estão presentes, tais como baixos salários, escassos recursos materiais e didáticos, classes superlotadas, tensão na relação com os alunos e excesso de carga horária (BATISTA, J. B. V. *et al*, 2010).

Apesar de toda essa carga, o professor é excluído das decisões institucionais, das reestruturações curriculares, do repensar da escola, sendo concebido como mero executor de propostas e idéias elaboradas por outros. Com isso, a tendência é ao trabalho que não permite confrontação e transformação dos seus aspectos estruturais, restrito à execução e alijado da concepção, o professor encontra-se frente a um trabalho pesado e, ao mesmo tempo, pouco prazeroso (CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

Segundo dados da Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica (GSPM), presentes no Relatório da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Belo Horizonte, 2003), elaborado em conjunto com o Sindicato Único dos Trabalhadores em Educação em Minas Gerais (sind-UTE), os transtornos mentais, no período de maio de 2001 a abril de 2002, ocuparam o primeiro lugar entre os diagnósticos que provocaram afastamento dos professores de sua atividade laboral (GASPARINI *et al*, 2005).

A conclusão dos autores é a de que os estudos interessados em descrever o perfil de adoecimento dos professores são convergentes, independentemente da população e da região estudada. Observa-se como resultado o maior risco dos professores de apresentarem estados de sofrimento psíquico, além de se configurarem como uma classe com maior prevalência de transtornos mentais menores que a existente em outros grupos (GASPARINI *et al*, 2005).

Pode-se dizer que em relação ao primeiro objetivo supracitado, a saber, o estabelecimento entre uma relação de causa entre trabalho e adoecimento dos professores em saúde mental, os estudos encontram-se em um estado avançado e fornecem uma resposta positiva à questão, além disso, encontram-se em consonância com o observado na CLISAM-BEPREM através dos dados do relatório interno de abril de 2010.

Em relação à hipótese de criação de uma categoria diagnóstica que englobe os quadros observados, os estudos acerca do adoecimento no trabalho apontam para um quadro típico de estresse ocupacional que atinge os profissionais que desempenham funções assistenciais, como por exemplo, a docência ou o atendimento na área da saúde, entre outras.

O Burnout, ou a Síndrome de Burnout, foi definido pela perspectiva social-psicológica de Maslach & Jackson² como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas (CARLOTTO; PALAZZO, 2006). Conceitualmente e para efeitos de avaliação, apresenta três fatores distintos: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização (LEVY; SOBRINHO; DE SOUZA, 2009).

O primeiro fator, a exaustão emocional, caracteriza-se pela falta de energia e entusiasmo, por uma sensação de esgotamento somada a um sentimento de frustração e tensão nos trabalhadores. Já o segundo fator, despersonalização, refere-se ao desenvolvimento de uma insensibilidade emocional, que faz com que o profissional trate os clientes, colegas e a organização de maneira desumanizada. E por fim, o terceiro fator, a baixa realização, é descrita como uma diminuição da realização pessoal no trabalho, o trabalhador passa a avaliar-se de forma negativa em relação ao seu desenvolvimento profissional (CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

Essas três dimensões também se ordenam dessa forma na evolução do quadro. A exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida pela despersonalização e, por fim, a baixa realização profissional (BATISTA, J. B. V. *et al*, 2010).

São vários os estudos que identificam a incidência da Síndrome de Burnout entre os professores. Essas pesquisas geralmente se utilizam de um questionário elaborado para tal fim.

Levy *et al*³ encontrou em sua amostra de professores da rede pública um índice de 70,13% de participantes com sintomas de Burnout.

² Maslach C, Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2:99-113.

³ Levy G. C. T. M.; Sobrinho F. P. N.; de Souza C. A. A. Síndrome de burnout em professores da rede pública. *Produção* 2009; 19(3):458-465.

Batista *et al*⁴ considera que a Síndrome de Burnout é um fenômeno que acompanha os professores provavelmente desde que sua função vem sendo associada a fatores sociais, psíquicos e econômicos. O autor encontrou em sua amostra 8,3% dos professores apresentando alto nível de Despersonalização, 33,6% apresentando alto nível de Exaustão Emocional e 56,6% alto nível de Baixa Realização Pessoal no Trabalho. Resultado muito próximo ao que foi identificado por Carlotto e Palazzo⁵.

Na CLISAM-BEPREM os pacientes apresentam-se, em geral, com quadro composto por sintomas depressivos e ansiosos, queixando muito cansaço e esgotamento mental e oscilando entre um total desinteresse e um pânico relativo ao ambiente de trabalho.

Considerando o aspecto fenomenológico pode-se dizer que existe uma tipificação dos quadros de adoecimento dos professores. No entanto, em um entendimento psicanalítico isso não basta para construção de um aspecto singular dos mesmos. É preciso localizá-los em um esquema que esteja mais coerente com a lógica da psicanálise e a sua forma de capturar os fenômenos, visto que suas definições de sintoma e adoecimento são extremamente particulares e diversas das concepções da psiquiatria contemporânea.

CAPÍTULO 2: EM BUSCA DE UMA PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA QUE ENGLOBE O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO

⁴ Batista, J. B. V.; Carlotto, M. S.; Coutinho, A. S.; Augusto, L. G. da Silva. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2010; 13(3):502-512.

⁵ Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de *Burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 1017-26.

Uma distinção torna-se importante para a tentativa de entendimento dos quadros de adoecimento dos professores da rede municipal de ensino a partir de um referencial psicanalítico. Freud, em sua conferência que trata da diferenciação entre psicanálise e psiquiatria⁶, afirma que o que distingue essas duas abordagens teóricas é a sua relação com o sintoma. Enquanto a psiquiatria o considera apenas um sinal, um indicador que somado a outros possibilita o estabelecimento de uma categoria diagnóstica, cada vez mais sindrômica com o estabelecimento das classificações contemporâneas como, por exemplo, a CID-10, a psicanálise o entende de uma forma diversa.

O raciocínio funciona de maneira análoga para a abordagem das teorias psicossociais analisadas. Enquanto estas se preocupam com o estabelecimento do rol de sintomas apresentado e a configuração de uma síndrome típica de adoecimento dos professores, uma abordagem psicanalítica deve ater-se à tentativa de entendimento e localização desses quadros em uma pretensa psicopatologia que leve em consideração a dinâmica do funcionamento psíquico.

Nos primórdios da teoria psicanalítica Freud entendia o sintoma como o representante da memória de um acontecimento que havia sido retirada da consciência. A posição teórica era a seguinte: uma pessoa normal, que passasse por uma experiência acompanhada de uma grande quantidade de afeto, teria a capacidade de descarregar esse afeto em ações ou gradativamente pela associação com outras representações conscientes, ao contrário disso, nos neuróticos, a lembrança dessa experiência seria isolada e o afeto decorrente dela se ligaria a um sintoma, que se tornaria um símbolo mnêmico dessa lembrança perdida (FREUD, 1893-1895).

Freud evolui dessa idéia para a concepção de que o que estaria em jogo seria não uma incapacidade neurótica para tratamento dessas lembranças traumáticas, mas o caráter de incompatibilidade dessas lembranças com a consciência. Essa incompatibilidade definiu-se pelo aspecto sexual desses eventos. Estabeleceu-se a teoria da sedução. O trauma consistiria uma situação sexual envolvendo o neurótico ainda criança e um adulto ou uma criança mais velha e

⁶ FREUD, S. 1816-1917 [1915-1917], Conferências introdutórias sobre a psicanálise in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XVI.

o sintoma seria o representante desse evento na consciência, uma forma de dizer do que aconteceu de uma maneira aceita pelo eu.

A psicopatologia psicanalítica naquele tempo dividia as afecções entre as neuroses atuais ou comuns, categoria da qual faziam parte a neurastenia e a neurose de angústia, doenças que tinham sua etiologia no comportamento sexual contemporâneo ao adoecimento, e as psiconeuroses, categoria que englobava a histeria e a neurose obsessiva, cuja etiologia deveria ser buscada nas vivências sexuais do passado (FREUD, 1906).

Mais tarde, Freud veio a abandonar o caráter de realidade factual dos eventos traumáticos, substituindo funcionalmente a cena de sedução pela sexualidade infantil. A proposição foi de que a atividade sexual infantil prescreveria o rumo a ser tomado pela vida sexual posterior em um tempo de maturidade. Os sintomas não seriam, portanto, derivados diretos das lembranças recalçadas das experiências infantis, mas um produto das fantasias sexuais do paciente. O sintoma surge assim como a sexualidade do neurótico (FREUD, 1906). As fantasias possuíam realidade psíquica, em contraste com a realidade material e para as psiconeuroses o caráter de realidade psíquica seria o que primordialmente importaria (FREUD, 1916-1917).

A vivência da sexualidade infantil, ao contrário do proposto na teoria da sedução, passou a ser algo assumido como incluído, tanto no desenvolvimento neurótico, quanto no desenvolvimento normal. Não importavam mais as excitações sexuais que um indivíduo tivesse experimentado em sua infância, mas a forma como tinha tratado essas vivências, se respondera ou não a elas com o recalçamento e, principalmente, na maneira como esse conteúdo recalçado retornaria para a consciência. Os sintomas assumiram o papel de principal representante desse retorno, marcado por uma solução de compromisso entre o desejo sexual infantil e a instância reguladora da consciência.

Em outro momento, com a posterior evolução da teoria das pulsões e do aparelho psíquico, Freud apresentou definições mais sólidas e integradas acerca dos sintomas. Por fim, o sintoma tornou-se um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente, uma conseqüência direta do processo de repressão (Freud, 1926). Uma formação de compromisso entre representações recalçadas do desejo inconsciente e as exigências defensivas.

Ou ainda, a solução encontrada pelo sujeito para o conflito entre os elementos, cuja satisfação é censurada, e a defesa, que tenta manter a integridade do indivíduo diante do perigo do desejo proibido.

O sintoma, a partir de Freud, é, portanto e por excelência, uma formação do inconsciente, sendo assim, a exemplo dos sonhos, fantasias e outras manifestações da mesma ordem, o representante de um desejo sexual infantil recalcado. Sua inscrição na consciência se dá por uma solução de compromisso entre a realização desse desejo e a censura que impede sua realização total. Apesar de Freud fazer evoluir ao longo de sua obra sua concepção acerca do adoecimento neurótico e, por conseqüência, do sintoma, a marca da sexualidade como força motriz do mesmo configura-se como fundamental todo o tempo.

Ora, o adoecimento mental dos professores da rede municipal de educação de Belo Horizonte caracteriza-se por uma manifestação típica e uma relação de causa estabelecida com o ambiente e as condições de trabalho. Apreende-se a partir do relatório interno elaborado pela equipe de profissionais da CLISAM-BEPREM e pela observação direta em atendimento dos pacientes que, no que diz respeito aos quadros apresentados, em geral, os professores chegam para o atendimento queixando crises de ansiedade e pânico, envolvendo taquicardia, sudorese e sensação de morte ou enlouquecimento e um estado constante de angústia, apresentam, por vezes, quadros fóbicos envolvendo ambientes ruidosos ou com aglomeração de pessoas, além de insônia, sensação de fadiga, dores no corpo e alterações na pressão arterial. Aparecem também, manifestações de caráter depressivo, como baixa do humor e perda da energia e da motivação para as atividades diárias.

Sem muito conteúdo subjetivo, as descrições surgem de maneira padronizada e muitas vezes estereotipada e o que se observa é um conjunto de manifestações de caráter muito corporal e quase que essencialmente fisiológico.

As categorias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) geralmente utilizadas no encaminhamento são as que designam episódio depressivo, síndrome do pânico ou transtornos mistos de ansiedade e depressão.

Os relatos no consultório passam apenas pela descrição dos fenômenos apresentados e por uma fala sobre a frequência com que as crises acontecem, em que lugar acontecem ou quando começaram a acontecer. As associações não deslizam por outros tópicos, pelo menos a princípio. O adoecimento é apresentado como um grande enigma. Dificilmente o paciente consegue fazer uma interpretação que associe o quadro apresentado com alguma questão subjetiva. O entendimento inicial da necessidade de tratamento surge na maior parte dos casos pelo discurso médico, através de um diagnóstico recebido, que preconiza um procedimento padrão envolvendo medicação e psicoterapia, ou do senso comum, que relaciona o adoecimento à “causas emocionais” ou estresse.

A exceção fica por conta dos casos em que a relação de causa com o trabalho já foi estabelecida pelo próprio paciente, seja fornecida pelo responsável pelo encaminhamento, ou por uma conclusão direta advinda dele mesmo, por vezes baseada no senso comum constituído pelo grupo de trabalho após a experiência com outros casos. Não é raro que os próprios colegas façam também o encaminhamento para tratamento ou afastamento, identificando um adoecimento recorrente naqueles que estão expostos às mesmas condições de trabalho.

Nesses casos, o relato parece estar em um estágio avançado em termos de atribuição de sentido à sintomatologia, passa por uma descrição do ambiente escolar e das dificuldades no trabalho. O tópico primordial dessas narrativas é o sentimento de frustração em relação à atividade docente. Em geral, o paciente fala sobre a resistência dos alunos em assimilar o conteúdo e mesmo a dinâmica da relação professor-aluno e, principalmente, sobre as limitações da organização de pessoal e recursos para exercício do trabalho. Diz-se de um estágio avançado porque algo do sujeito começa a se colocar, embora constitua ainda um sentimento tipificado e ainda componente de um estereótipo do professor adoecido.

São quadros que, em sua maioria, apresentam pouco conteúdo subjetivo, razão pela qual se assemelham tanto a ponto de sugerirem uma categoria diagnóstica específica.

A partir disso, pode-se considerar a sintomatologia presente nos quadros observados como composta por sintomas psicanalíticos por definição? Ou quadros que remetem a outro caminho

trilhado pela excitação pulsional, explicitado em outras formas de organização psíquica e presente em outros tipos de adoecimento que se diferenciam das manifestações puras das psiconeuroses?

Em certo sentido, são descrições fundamentalmente sindrômicas, ou em forma de transtornos. Como incluí-las na ordem do sintoma psicanalítico e do diagnóstico em psicanálise? Além disso, já que não é possível identificar nesses quadros sintomas psicanalíticos por definição, estaríamos diante de um tipo de adoecimento que dispensa o papel da sexualidade no seu acometimento?

A resposta talvez esteja na semelhança dos quadros apresentados pelos professores àquilo que Freud descreveu em suas primeiras publicações psicanalíticas como *neuroses atuais*.

Freud⁷ agrupa, a princípio, na categoria denominada *neuroses atuais*, a *neurastenia* e a *neurose de angústia*. Em um momento posterior da sua obra inclui também a *hipocondria* como integrante do agrupamento. Na sua descrição da *neurose de angústia* em 1895⁸, enumera como sintomas da afecção que tentava definir: irritabilidade geral, expectativa angustiada, ataques de angústia acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca ou de distúrbios respiratórios, vertigens e ataques de pânico, sintomas comumente apresentados pelos professores nos casos atendidos na CLISAM-BEPREM. Freud ainda complementa sobre os sintomas da *neurose de angústia* que seu afeto não estaria ligado a uma representação recalcada, não sendo, portanto, redutíveis pela análise ou equacionáveis pela psicoterapia (FREUD, 1895).

Freud chega mesmo a postular uma relação entre a *neurose de angústia* e o adoecimento decorrente do trabalho:

A última das condições etiológicas que tenho a apresentar parece, à primeira vista, não ser de natureza sexual. A neurose de angústia também emerge – em ambos os sexos – como resultado do fator de sobrecarga de trabalho ou esforço exaustivo – como, por exemplo, após

⁷ FREUD, S. 1898, A sexualidade na etiologia das neuroses in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.III

⁸ FREUD, S. 1895, Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia” in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.III

noites em claro, atendimento a pessoas doentes, ou mesmo após enfermidades graves (Freud, 1895).

Destaca-se aqui a pontuação de Freud acerca da ausência de uma natureza sexual nesse acometimento.

A primeira aparição da expressão *neuroses atuais* na obra freudiana acontece no ano de 1898 em seu artigo intitulado: “A sexualidade na etiologia das neuroses”⁹ e diz respeito ainda a duas categorias diagnósticas: a neurose de angústia e a neurastenia, estas já vinham sendo trabalhadas em suas publicações no período entre 1894 e 1896 e em sua correspondência com Fliess¹⁰.

Antes mesmo do batismo da categoria, já existia todo um trabalho de Freud para definição das especificidades dessas afecções. Uma busca pela compreensão da etiologia envolvida, pela delimitação do conjunto de casos que poderia designar e pelo estabelecimento das relações que essas neuroses mantinham com as outras categorias diagnósticas. No artigo de 1895, “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia””¹¹, aparece todo um trabalho de definição das duas síndromes que ele agruparia posteriormente.

Seu entendimento era de que a descrição do quadro neurastênico proposta por Beard¹² era abrangente demais. Tratou então de destacar de dentro dessa categoria abrangente uma nova síndrome, a *neurose de angústia*, que, possuindo um conjunto consistente de sintomas, poderia ser descrita e entendida a partir de uma etiologia própria e características específicas. Freud preservou, contudo, a autenticidade da neurastenia enquanto categoria independente, mas limitou as descrições que podiam ser associadas a ela apenas aos quadros que envolviam

⁹ FREUD, S. 1898, A sexualidade na etiologia das neuroses in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.III

¹⁰ FREUD, S. (Sem data.? Início de 1895). Rascunho G in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.I

¹¹ FREUD, S. 1895, Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia” in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.III

¹² G. M. Beard (1893-83) foi um neurologista americano considerado o criador e principal autor de trabalhos sobre a neurastenia.

principalmente uma fadiga física de origem nervosa e um empobrecimento da atividade sexual, além de outros sintomas somáticos como dores de cabeça e distúrbios gastrointestinais. Considerou *neurose de angústia* os casos que se destacavam pela predominância da angústia e sintomas que remetiam a ela como, por exemplo, ataques de angústia, expectativa angustiada, agorafobia, entre outros.

Como dito anteriormente, as *neuroses atuais* surgem no desenvolvimento da obra freudiana como um conjunto colocado em oposição ao agrupamento das *psiconeuroses* que, nesse primeiro momento da elaboração psicanalítica, era composto pela histeria, as fobias, as obsessões e algumas psicoses alucinatórias.

Sua oposição entre as *neuroses atuais* e as *psiconeuroses* é essencialmente etiológica e patogênica. Em diversos momentos Freud traça o paralelo entre os dois grupos:

(...) as neuroses em geral são expressão de distúrbios na vida sexual, em que as chamadas *neuroses atuais* são consequência (por interferência química) de danos *contemporâneos* e as *psiconeuroses*, consequência (por modificação psíquica) de danos *passados* causados a uma função biológica que até então fora gravemente negligenciada pela ciência. Nenhuma das teses da psicanálise defrontou-se com tão tenaz ceticismo ou tão acerba resistência quanto essa assertida da significação preponderantemente etiológica da vida sexual nas neuroses. Deve-se expressamente observar, contudo, que, em sua evolução até os dias de hoje a psicanálise não encontrou razões para retratar-se dessa opinião (Freud, 1923 [1922]).

Além disso, postula também a possibilidade de acometimento concomitante, a presença de quadros mistos:

O valor da elaboração de um diagnóstico correto, separando as psiconeuroses da neurastenia, é também demonstrado pelo fato de que as psiconeuroses requerem uma avaliação prática diferente e medidas terapêuticas especiais. Elas aparecem em consequência de dois tipos de determinantes, seja independentemente, seja no rastro das “neuroses atuais” (neurastenia e neurose de angústia). Neste último caso estamos tratando de um novo tipo de neurose – aliás, muito freqüente –, uma neurose mista (Freud, 1898).

Mais uma vez, surge a idéia de que todo acometimento neurótico origina-se de uma causa sexual, estando a ênfase para as *neuroses atuais* no comportamento sexual contemporâneo ao adoecimento e no sentido concreto e genital mesmo, considerando a sexualidade em um sentido estrito. O rol das causas incluiria: a abstinência sexual, a masturbação, práticas sexuais como, por exemplo, o coito interrompido. Esses fatores causariam uma “interferência química”, não esclarecida por Freud, e proporcionariam o desencadeamento da doença.

Já para as *psiconeuroses* esse processo seria mais complexo, como explicitado em nossa descrição anterior acerca de seus sintomas, por apresentar a mediação, ausente nas *neuroses atuais*, de um componente psíquico.

Deve ficar marcado que, ao longo de sua obra, Freud manteve essa distinção e privilegiou o desenvolvimento de uma terapêutica, de novas formulações etiológicas e até mesmo nosológicas para as *psiconeuroses*. Ao passo que, essa mesma evolução não ocorreu no campo das *neuroses atuais*. Freud manteve até o fim suas concepções sobre elas e afirmou por diversas vezes que essas afecções não eram passíveis de tratamento pela psicanálise.

É muito importante para mim distinguir o papel desempenhado pela histeria, no quadro das neuroses mistas, do papel desempenhado pela neurastenia, pela neurose de angústia e assim por diante, pois, uma vez feita essa distinção, poderei expressar de maneira concisa o valor terapêutico do método catártico. E isso porque me inclino a arriscar a afirmação de que esse método é, em termos teóricos, perfeitamente capaz de eliminar qualquer sintoma histérico, ao passo que, como será fácil compreender, ele é inteiramente impotente contra os fenômenos da neurastenia e só raramente e por vias indiretas, é capaz de influenciar os efeitos psíquicos da neurose de angústia. Sua eficácia terapêutica em qualquer caso específico dependerá, por conseguinte de os componentes histéricos do quadro clínico assumirem ou não uma posição de importância prática em comparação com os outros componentes neuróticos (Freud, 1895).

Esse trecho foi retirado das contribuições de Freud para a psicoterapia da histeria ao final de seus *Estudos sobre a histeria*, publicação desenvolvida em parceria com Breuer. Aqui fica ilustrado que no paradigma *tornar o inconsciente consciente*, inaugurado nesses estudos e alvo de várias reformulações ulteriores na clínica psicanalítica, as *neuroses atuais* que, a princípio,

nivelavam em importância teórica com as *psiconeuroses*, assumiriam um papel coadjuvante no posterior desenvolvimento da teoria psicanalítica.

Um aspecto fundamental à discussão proposta diz respeito à evolução do conceito de sexualidade e sua aplicação de maneira desigual nos dois grupamentos nosológicos. Freud adotou nos tempos de suas primeiras publicações psicanalíticas um conceito de sexualidade que a aproximava da genitalidade e relacionava-se com fatos concretos, como por exemplo, uma cena de abuso. Para as *psiconeuroses* isso precisou ser resolvido, principalmente a partir dos impasses apresentados à *teoria da sedução*. Freud expandiu o conceito, mas essa expansão não foi aplicada na mesma medida para o caso das *neuroses atuais*.

Da mesma forma, as elaborações metapsicológicas, tão caras ao entendimento do adoecimento psíquico, parecem gerar um efeito interessante sobre o esclarecimento das *neuroses atuais*, ou elas aparecem de uma forma totalmente dissonante com o que está sendo dito, como se um fragmento de um texto de 1898 fosse inserido em um texto de uma época posterior, sem considerar os avanços alcançados na teoria¹³ ou, quando esses avanços são considerados, a categoria desaparece, engolida e apresentada de forma uniforme com as *psiconeuroses*.¹⁴

Freud se perde no momento de fornecer uma interpretação a esses fenômenos que seja coerente com o seu desenvolvimento teórico e sugere saídas que apontam para um desvio biologizante (nos termos em que este foi definido por Laplanche¹⁵), atitude comum em seus momentos de dificuldade teórica. É necessário um esclarecimento acerca do mecanismo envolvido nas neuroses atuais que descarte as idéias de “interferência química”, ou genitalidade, ou seja, idéias que propõem uma dessexualização, ou que trabalhem com o conceito uma sexualidade estritamente biológica.

¹³ Ver por exemplo FREUD, S. 1923 [1922]. Dois verbetes de enciclopédia in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XXVIII

¹⁴ Ver por exemplo FREUD, S. 1912. Tipos de desencadeamento da neurose in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XII

¹⁵ Ver por exemplo LAPLANCHE, J. Freud e a sexualidade: o desvio biologizante. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997 ou LAPLANCHE, J. Novos fundamentos para a psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Deve-se aproveitar a similaridade do adoecimento apresentado pelos professores com o descrito nas neuroses atuais por Freud, para daí construir-se uma saída que seja satisfatória, tanto no sentido de uma elucidação acerca da influência dos fatores atuais, no caso aqueles advindos de uma organização do trabalho comprovadamente adoecedora nos quadros apresentados, quanto numa evolução do entendimento das *neuroses atuais* em uma psicanálise coerente com suas evoluções teóricas e clínicas.

Depreende-se da oposição que Freud faz entre as neuroses atuais e as psiconeuroses que, enquanto estas dizem de um conflito situado no nível psíquico, aquelas remetem a uma fonte de excitação, a princípio somática, que se torna incapaz de encontrar sua expressão, o conflito notoriamente exterior à neurose obstrui o caminho para uma descarga real. Isso está expresso, por exemplo, na situação do coito interrompido onde por algum motivo a relação sexual e a descarga são evitados por um conflito concreto. A formação do sintoma é somática, temos a transformação direta dessa excitação em angústia ou seu direcionamento para o corpo, um direcionamento diverso daquele presente na conversão histérica, visto que apresenta um caráter vago, pouco, ou nada simbólico e marcadamente estereotipado. Os sintomas diferem essencialmente dos presentes nas psiconeuroses pela ausência de mediação simbólica. Não possuem um sentido ou traduzem uma solução de compromisso para um conflito (LAPLANCHE, 1988).

Pode-se aproveitar esse esquema sem, no entanto, trazermos junto com ele as explicações biologizantes ou químicas. Não se trata de um acúmulo hormonal ou de substâncias intoxicantes como pensou Freud em certo momento. É isso que precisa ficar definido.

Todo adoecimento leva em consideração um elemento atual em seu desencadeamento, a diferença estaria no fato dessa deflagração ativar um esquema simbólico na construção do sintoma ou não. Tudo vai depender de uma espécie de ressonância fantasmática. O evento desencadeador em uma psiconeurose dispara essa ressonância, enquanto que nas neuroses atuais não gera esse disparo, ou pelo menos gera um disparo em conteúdos talvez mais arcaicos e menos elaborados.

Laplanche em sua problemática acerca da angústia traz uma contribuição em sintonia com essa idéia:

Há sempre na neurose, quer seja uma neurose atual ou uma psicose, um elemento atual em sua deflagração manifesta. (...), essa deflagração sobrevém a partir de algo que se situa muito perto da extremidade do real. Mas o impacto desse evento atual é *muito diferente* segundo encontre sua ressonância imediata no nível simbolizado, no nível fantasmático, ou segundo o sujeito queira ou não queira “suportar os ônus psíquicos” de uma neurose, tenha ou não capital fantasmático suficiente para assumir uma neurose, ou uma sublimação, ou ainda a busca de uma outra via (Laplanche, 1988).

O autor complementa ainda dizendo que, mesmo que possamos falar de um elemento atual no desencadeamento, é muito difícil admitir um conflito que seja puramente atual:

Com efeito, mesmo no caso da deflagração de uma neurose atual, uma frustração só tem impacto quando se encontra em ressonância com uma problemática pessoal, em definitivo uma problemática infantil (Laplanche, 1998).

Ainda em seu *Vocabulário da psicanálise*, escrito em conjunto com Pontalis, sugere acerca das neuroses atuais a seguinte proposição:

Hoje, o conceito de neurose atual tende a apagar-se da nosografia na medida em que, seja qual for o valor precipitante dos fatores atuais, encontramos sempre nos sintomas a expressão simbólica de conflitos mais antigos (Laplanche & Pontalis, 2001).

Apesar disso, os autores ressaltam a importância desse tipo de acometimento na clínica, principalmente associados às psicose em casos que remetem ao que Freud denominou como mistos.

Admitindo-se esse esquema, pode-se identificar similaridades entre certos aspectos propostos para as neuroses atuais e o adoecimento docente em discussão. Pode-se dizer que essas formas interrompidas sejam o modelo dessa atividade que faz adoecer. O coito interrompido do professor que não consegue transmitir nada. A masturbação do ensino. É sexual, profundamente

sexual, mas não é nada satisfatório. Não é o ato sexual genital interrompido, é mais que isso: é a impossibilidade de satisfação que está em jogo. O que deveria ser apenas psíquico, ganha contornos bem reais e é isso que adoece, o faz pelo excesso libidinal que sobra, inundando o aparelho psíquico e se direcionando para via somática e da angústia.

Isso fica expresso de forma marcante nos relatos em consulta. Os professores estão, a todo momento, dizendo da frustração de não conseguir exercer sua função.

Como, por exemplo, no relato da professora de 42 anos e que há doze anos leciona no ensino municipal: “Não consigo me lembrar dos nomes deles [os alunos], os vejo apenas por uma classificação universal que se repete todo ano, aquele que é bonzinho, o que é chato, o que vai atrapalhar a minha aula. (...). Sei que no final vou usar todas as minhas estratégias e não vou conseguir o meu objetivo de ensinar. (...). Sinto-me enxugando gelo”. Esse tipo de relato é freqüente, em outro caso, a professora de 30 anos e há cinco anos lecionando na prefeitura diz: “Você prepara a aula, investe em formação e em estratégias alternativas e quando chega lá [na escola] não consegue executar nada. (...). Já tentei de tudo, filmes, jogos, tudo. Agora prefiro chegar, passar a matéria no quadro e aguardar que a turma faça silêncio, quando isso acontece dou minha aula, senão espero o horário acabar e vou embora. É melhor assim, de outra maneira acabo ficando doente e sem voz”.

O que está em jogo na atividade docente, pelo menos no âmbito da rede municipal de ensino, é um campo marcado por uma série de impulsos eróticos, no sentido de uma sexualidade expandida como definiu Freud, onde se encontram impulsos amorosos, agressivos, fantasias de aceitação por parte do outro, de dominação desse outro, etc. Uma série impossível de ser listada em sua totalidade. No entanto, toda essa gama de afetos encontra um ambiente onde isso não consegue ter vazão, daí o adoecimento por um transbordamento libidinal que se transforma em angústia e, muitas vezes, só encontra tradução possível por um tipo de escoamento pouco simbolizado no corpo.

Coloca-se em questão, portanto, o lugar do trabalho no esquema de encenação dos impulsos libidinais que compõem o ser humano, e ainda, o aspecto específico do trabalho docente na rede

municipal de ensino que gera tantos casos de adoecimento em saúde mental. Dessa forma, pode-se pensar em estratégias de intervenção clínica e, sobretudo, transitar do universal de uma classificação nosológica sindrômica para o particular do atendimento em saúde mental que se norteie por uma direção psicanalítica do tratamento e leve em consideração o papel da sexualidade no adoecimento.

CAPÍTULO 3: O TRABALHO ENQUANTO LUGAR DE INVESTIMENTO LIBIDINAL E O PAPEL DE UMA DINÂMICA ORGANIZACIONAL ADOECEDORA

O lugar do trabalho na dinâmica psíquica e dos investimentos libidinais só pode ser entendido em psicanálise a partir das formulações freudianas acerca das relações entre o pulsional e a cultura.

FERRAZ (1988), a partir de elaborações externas à psicanálise¹⁶, chama a atenção para o fato do trabalho não possuir, enquanto atividade em si, nenhuma significação intrínseca para o homem. Pode assumir tanto o simples lugar do “ganha-pão” como constituir-se a parte mais significativa da vida interior de um ser humano. Seu valor é dado pela significação cultural somada à relação estabelecida entre a organização do trabalho vigente e a subjetividade do trabalhador (FERRAZ, 1998).

Para Freud, o trabalho é um componente integrante do conjunto definido como civilização, fundada, em sua concepção, a partir do momento em que os homens resolveram fazer um pacto entre si. Esse pacto envolveria a troca de uma parcela de liberdade pulsional por um pouco de segurança. As bases da vida civilizada e dos aspectos vinculados a ela, a saber: a moralidade, a lei, a organização social, a ciência e a arte estariam, assim, intimamente ligados a essa espécie de renúncia pulsional.

Em diversos momentos de sua obra Freud apresenta essa idéia. Isso pode ser observado em textos como, por exemplo: “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna”¹⁷, “Totem e tabu”¹⁸ e “O mal-estar na civilização”.¹⁹O trecho a seguir ilustra uma dessas apresentações:

Nossa civilização repousa, falando de modo geral, sobre a supressão dos instintos. Cada indivíduo renuncia a uma parte dos seus atributos: a uma parcela do seu sentimento de onipotência ou ainda das inclinações vingativas ou agressivas de sua personalidade. Dessas contribuições resulta o acervo cultural comum de bens materiais e ideais. Além dessas exigências da vida, foram sem dúvida os sentimentos familiares derivados do erotismo que levaram o homem a fazer essa renúncia, que tem progressivamente aumentado com a evolução da civilização (FREUD, 1908).

¹⁶ Ver por exemplo Mills, W. A nova Classe média. Rio de Janeiro, Zahar 1976.

¹⁷ FREUD, S. 1908, Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.IX

¹⁸ FREUD, S. 1913, Totem e tabu in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XIII

¹⁹ FREUD, S. 1930, O mal-estar na civilização in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XXI

Com a renúncia às descargas diretas desses impulsos eróticos, principalmente aqueles de caráter agressivo, a energia pulsional teve, nesses casos, de operar uma modificação em seus objetivos para atender à necessidade de uma coesão social, isso se deu através do mecanismo psíquico que Freud denominou deslocamento (FERRAZ, 1998).

Através do deslocamento, a libido pode ser inibida em sua finalidade, e, assim, dirigir-se a objetivos socialmente “nobres”, como a solidariedade social, a construção do conhecimento e a busca do belo. Esta modalidade de deslocamento foi chamada por Freud de sublimação (FERRAZ, 1998).

A sublimação, enquanto forma de deslocamento de impulsos psíquicos, está tradicionalmente associada à criação artística, o que fornece a ela a exclusividade de ser uma saída possível apenas para grandes gênios, ou pelo menos, para aqueles, que, independente da genialidade, dominem a expressão através da arte. Entretanto, uma definição menos romântica e mais consoante com sua vocação conceitual, pode defini-la como um mecanismo que, amiúde, promova o deslocamento dos impulsos destrutivos para uma ação construtiva. Admitindo-se isso, o uso do conceito de sublimação ajusta-se perfeitamente para a atividade do trabalho (FERRAZ, 1998).

O trabalho seria, portanto, uma ação motivada por impulsos eróticos deslocados para uma finalidade socialmente aceita. Fato que qualifica a atividade do trabalho como herdeira desses impulsos, embora essa ligação seja corrompida pelo deslocamento.

Mas será que todo tipo de trabalho se presta a essa função? Ou ainda, mesmo que o trabalho se preste a isso, será que isso se dá de forma a não produzir prejuízos para o indivíduo? Esse é o ponto fundamental a ser sustentado na questão do adoecimento dos professores da rede municipal: a organização do trabalho à qual estão submetidos interrompe ou prejudica esse circuito? Em consonância com essa afirmação FERRAZ (1998) coloca acerca do trabalho em geral:

Se o homem civilizado é obrigado a abrir mão da satisfação direta de uma parcela de sua energia libidinal, é necessário que ele encontre uma satisfação deslocada na atividade substitutiva. Se pensarmos então que o trabalho é, em quase todas as culturas, uma atividade central na organização social e econômica, imaginamos que ele deva fornecer ao homem a

oportunidade de tal satisfação. Mas ocorre que, devido a uma série de distorções que vamos encontrar na relação do homem com o seu trabalho, os canais que possibilitam a ocorrência da sublimação se acham, na maioria das vezes, total ou parcialmente bloqueados (FERRAZ, 1998).

É do próprio Freud o esboço dessa concepção que admite essa falha na função do trabalho como via de satisfação. Isso está exposto em uma nota adicionada em “O mal-estar na civilização”²⁰, nesse trecho ele ainda reforça a vocação do trabalho para mecanismo de coesão social e veículo de aceitação do pacto civilizatório por parte do indivíduo:

Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que esta técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e à justificação da existência em sociedade. A atividade escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 1930).

Flávio Carvalho Ferraz (FERRAZ, 1998) encontra ainda em outros autores pós-freudianos alguns dos desdobramentos da aplicação do conceito de sublimação ao trabalho. Ele expõe isso, por exemplo, em Melanie Klein, através do estabelecimento de uma similaridade entre o trabalho e o brincar infantil e uma expansão do conceito de reparação:

Para Melanie Klein (1934), o brincar é fundamental ao desenvolvimento infantil. É através do brinquedo que a criança pode elaborar suas angústias, dramatizando-as e buscando soluções no mundo de fantasia a que são conduzidas pelo jogo. A angústia se instala

²⁰ FREUD, S. 1930, O mal-estar na civilização in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XXI

fortemente na criança como resultante dos ataques destrutivos que ela desferiu, em fantasia, contra seus objetos bons, e deve agora encontrar uma forma de ser contida. É através do mecanismo de reparação que a criança pode reconstruir, em sua fantasia, o bom objeto que ela destruíra e que lhe trazia, agora, a experiência do sentimento de culpa. Falamos aqui do acesso àquilo que Klein chamou de posição depressiva, que propicia a experiência do sentimento de culpa e possibilita, então a busca da reparação.

Pela reparação, busca-se reconstruir o bom objeto de forma perfeita, isto é, sem a deformação que o ataque sádico lhe impusera. Hanna Segal (1952), autora pertencente à escola kleiniana inglesa, viu nesta busca da restauração do objeto, tanto dentro como fora do ego, a origem do senso estético do homem. Mas é possível postularmos, também, que todo impulso ao trabalho construtivo encontre aí suas bases psíquicas (FERRAZ, 1998).

Ainda, em Winnicott, o autor encontra mais argumentos a favor da semelhança, em termos de sua função psíquica, entre o trabalho e o brincar infantil:

Winnicott (1939) viu no significado psíquico do trabalho a mesma essência do brincar infantil: a assimilação dos impulsos instintivos, incluindo os agressivos, de modo a transformá-los, na vida real, em um bem que, em fantasia era somente destruição. A preocupação com a preservação de si próprio, característica da posição esquizoparanóide, cede lugar à preocupação com o outro, essência da posição depressiva. Sentimentos altruístas aparecem no lugar de sentimentos exclusivamente egoístas. Desta forma, abre-se o caminho tanto para o aparecimento dos sentimentos éticos e estéticos do ser humano, que possuem, na verdade, uma mesma raiz e uma mesma essência (FERRAZ, 1998).

Mesmo que vistas de forma breve, as perspectivas de Klein e Winnicott mostram, ao articular o trabalho ao brincar, que o *outro* deve estar presente nessa atividade. Mais uma vez, temos a impressão de que a psicanálise desconstrói a ideia de que o trabalho é uma atividade *pessoal*, fruto de um “dom”. É melhor vê-lo como mais uma atividade erótica do sujeito com as mesmas vicissitudes de todas as outras relações amorosas. Ora, o que dizer do brincar pedagógico, citado pelos professores adoecidos e no qual o outro (o aluno) se recusa a jogar o mesmo jogo? Não era de se esperar efeitos de desesperança e violência?

Definindo-se o trabalho como instrumento de elaboração através do mecanismo da sublimação, pode-se complementar a análise desenvolvida no capítulo anterior acerca da dinâmica psíquica envolvida no adoecimento na atividade docente municipal.

Chegou-se anteriormente à conclusão de que o adoecimento focado neste texto, por suas características, é fruto de algo da ordem de um transbordamento libidinal que se transforma em angústia e, muitas vezes, só encontra tradução possível por um tipo de escoamento pouco simbolizado no corpo. A hipótese defendida aqui é a de que isso se dá pelo encontro desses sujeitos, os quais ultrapassaram as etapas necessárias à sua consolidação psíquica e apresentam-se dotados de todos os impulsos libidinais organizados a partir dessa consolidação, e um ambiente de trabalho que não se presta a ser o local de satisfação desses impulsos através do deslocamento sublimatório.

A característica marcante é a tentativa de elaboração de impulsos arcaicos, principalmente aqueles de caráter agressivo, através do trabalho. Todo esse aspecto faz parte, até mesmo, da escolha profissional.

Não é possível desprezar os fatores contingenciais envolvidos nessa escolha: fatores referentes às reais opções que os indivíduos possuem, a situação econômica do país, a questão do mercado de trabalho e do concurso público como uma das poucas opções de ascensão social. Todos esses são fatores a serem considerados, no entanto, para estar-se em consonância com a teoria psicanalítica é preciso admitir que as escolhas não são pautadas somente por aspectos contingenciais, mas também por uma questão subjetiva e uma determinação inconsciente. Algo da ordem do que Freud tratou, por exemplo, em seu texto sobre a transferência²¹: “um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica” (Freud, 1912) que cada um possui. Vida erótica justamente por ser o trabalho uma escolha amorosa também.

²¹ FREUD, S. 1912, A dinâmica da transferência in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XII

A escolha por qualquer profissão é influenciada por esses fatores e, mesmo na hipótese de uma escolha livre de fatores subjetivos, o trabalho envolve uma série de relações humanas que estarão, em certa medida, pautadas por eles.

A pessoa que escolhe ser professor ou educador faz a opção por uma profissão que está imersa em aspectos amorosos relativos à função docente, à relação com os alunos, à questão do cuidado e de uma série de papéis sociais atribuídos ao cargo e demandas que o cercam. É nesse caldeirão de paixões que ela escolhe atuar a partir de sua constituição afetiva.

No contexto das escolas municipais existem ainda aspectos específicos da instituição como, por exemplo: a atuação em comunidades carentes, a presença freqüente da criminalidade nas escolas e a posição da escola, muitas das vezes, como o único representante do estado nessas comunidades.

Enumera-se ainda no relato dos professores municipais questões como a agressividade dos alunos, a ausência de mecanismos que preservem a autoridade do professor, a impossibilidade de eficácia do trabalho devido às questões externas, geralmente de ordem social, políticas pedagógicas ditadas de cima para baixo e uma reação agressiva do empregador, que vem considerando o adoecimento dos profissionais de forma moralizadora, um exemplo disso é a bonificação oferecida aos professores que não se ausentarem por afastamento médico, o que sinaliza uma concepção do adoecimento como uma escolha consciente para burlar o trabalho.

É nesse encontro entre um sujeito, dotado de sexualidade e, porque não dizer, fundado por ela, e um ambiente que possibilita várias situações em que ela não pode ser exercida pelo mecanismo da sublimação que se dá o adoecimento observado. Trata-se agora da tentativa de estabelecimento, através do trabalho clínico construído, das situações caso a caso, sem ambicionar um apanhado geral e universalizante, mas uma chamada à singularidade do adoecimento.

Basta aqui como contribuição, a concepção de que um trabalho que não se coloca como possibilidade de sublimação, ou que interrompe o circuito da descarga pulsional de forma violenta, sem possibilidade de deslocamento ou escoamento dessa energia, gera quadros onde o

que está envolvido é, novamente, a transformação dessa energia em angústia e a criação de quadros que impossibilitam esses sujeitos executar o seu trabalho.

Quando todo o arcabouço de fantasias e impulsos dos professores encontra um arranjo organizacional e uma clientela que não possibilita sua descarga surge o adoecimento. Faz-se necessário entender que o ambiente é adoecedor sem, no entanto, desprezar, através de uma apreensão científica generalizante e dessexualizadora, os sujeitos que ali estão vivendo essa dinâmica.

A análise dos casos atendidos que demonstre isso sustenta, sobretudo, a proposta de uma direção do tratamento que dê conta desses quadros subvertidos por uma demanda e uma sintomatologia que colocam em xeque a atuação tradicional do analista. Trata-se de pensar uma técnica posta frente a frente a uma situação atravessada pelos fatores organizacionais e a sintomas organizados psiquicamente de forma diferente daqueles tradicionalmente encontrados nas psiconeuroses.

CAPÍTULO 4: UMA PROPOSTA PARA A CLÍNICA DO ADOECIMENTO DOCENTE

Qualquer discussão acerca da técnica em psicanálise deve levar em consideração uma elaboração acerca dos objetivos e procedimentos que definem o processo de análise. Somente a

partir de uma definição desses itens pode-se discutir inovações ou novas construções técnicas para atuação clínica psicanalítica.

LAPLANCHE (1998), em “Objetivos do processo psicanalítico”²², inicia seu texto levantando uma questão com a qual a psicanálise tem se deparado ao longo de sua história. Aquela referente aos resultados de um tratamento psicanalítico. Enfatiza como ela tem feito com que a psicanálise se compare com outras técnicas, psicológicas ou não, do ponto de vista da eficácia ou de uma pretensa “conformidade com um objetivo”. Inicia então uma interessante jornada na tentativa de definição dos objetivos de uma psicanálise e da construção de uma relação firme, ou pelo menos coerente, entre a metapsicologia e uma direção do tratamento proposta para o processo analítico de cura.

Sua primeira ressalva diz respeito a uma submissão do tratamento a objetivos externos a ele. Objetivos que se colocam, por exemplo, em tratamentos motivados por uma iniciativa da família do paciente ou de uma autoridade judicial, por encaminhamentos médicos ou provenientes de instituições de ensino. A essa lista vem juntar-se o tema central desse trabalho, os encaminhamentos provocados pelo adoecimento no trabalho.

Esses encaminhamentos possuem similaridades com a questão dos atendimentos pagos pelos seguros de saúde e daqueles que ocorrem em instituições públicas, que acabam formulando metas que reduzem a complexidade do tratamento psíquico a indicadores objetivos baseados em categorizações tipo DSM-IV ou CID-10, corre-se o risco de provocar algo da ordem de uma “psicanálise por encomenda” (LAPLANCHE, 1998).

Na situação do serviço psicoterapêutico prestado pelos profissionais da CLISAM-BEPREM isso se coloca de forma clara. A clínica é uma instituição pública que funciona como assistência ao servidor municipal nos moldes de um plano de saúde, no sentido de fornecer atendimentos subsidiados, e ainda convive com a pressão do empregador, no caso a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, à qual estão submetidos o profissional responsável pelo atendimento e o

²² LAPLANCHE, J. Objetivos do processo psicanalítico. *Cadernos de Psicanálise: SPCRJ*, v. 14, n. 17, p. 79-101, 1998.

paciente, no sentido de tornar aquele funcionário que recebe em tratamento novamente produtivo, em alguns momentos esse predicado acabou por constituir-se uma justificativa política para a manutenção do serviço de saúde da instituição e dos profissionais que ali atuavam.

A preferência de um analista, em sintonia com Freud, deve ser a de que o paciente venha por sua “livre iniciativa” elaborar sua demanda a partir de um conflito que ele não consegue dar conta, que faz com que ele peça “ajuda”. No entanto, essa espontaneidade da procura pelo tratamento também não garante o objetivo legítimo da análise, visto que o objetivo trazido pelo paciente também está sujeito ao engodo que o ego cria enquanto instância de desconhecimento.

Faz parte da regra fundamental da psicanálise e do bom andamento de um tratamento, após o seu desenvolvimento, a passagem para um segundo plano dos sintomas específicos e objetivos conscientes apresentados a princípio pelo paciente que inicia o trabalho. O analista, por sua vez, deve também abster-se de colocar objetivos a partir desse conteúdo inicial, para não correr o risco de construir um tratamento calcado apenas em seus valores pessoais, ou em uma tentativa de normatização que despreze as manifestações do inconsciente (LAPLANCHE, 1998).

O esforço inicial no tratamento dos professores na instituição passa, portanto, por essa tentativa de descarte desses objetivos externos ou vinculados à questão egóica, em toda sua ignorância, ou *belle indifference*, em relação aos conflitos inconscientes.

A definição posterior dos objetivos da análise deve estar integrada a uma discussão do processo de análise propriamente dito, em uma referência direta à metapsicologia, assim como fez Freud em diversos momentos de sua obra. Infere-se, portanto, dois fatores básicos para a definição desses objetivos: primeiro essa independência de objetivos extrínsecos ao processo, ficando a definição atrelada ao que se pode inferir da situação analítica propriamente dita, o que envolve toda a questão da transferência, e aos fatores referentes ao método e suas dimensões, tanto interpretativa, quanto associativa-dissociativa. O segundo fator diz respeito a uma primazia da terapêutica sobre a questão metapsicológica, sendo o caminho sempre percorrido no sentido da clínica para a teoria (LAPLANCHE, 1998).

Freud passou por diversas formulações acerca dos objetivos de uma análise. “Tornar o inconsciente consciente” ou “suspender a amnésia infantil” são exemplos de postulações que guardam extrema relação com a primeira tópica freudiana e sua definição inicial de um aparelho psíquico como essencialmente mnêmico. Laplanche entende que a definição derradeira proposta por Freud é aquela lançada a partir da segunda tópica: *wo Es war, soll Ich werden* (LAPLANCHE, 1998).

Laplanche chega a afirmar que essas teorias surgiram, na maioria das vezes, “capengando” atrás da prática. Os progressos alcançados na evolução das teorias do aparelho psíquico e das pulsões foram sempre motivados por questões provocadas pela atividade clínica. A exceção fica por conta da teoria sedução e seu nascimento quase que simultâneo e atrelado à invenção da prática psicanalítica (LAPLANCHE, 1998). Para o autor, o abandono dessa teoria por Freud foi o impeditivo para o estabelecimento das relações entre as origens da terapia e o que se encontra na origem da existência humana, tarefa que ele assume para si.

O caminho passa ser o de concentração na teoria da sedução de Freud levando em conta uma série de conceitos importantes nas reflexões acerca do processo analítico. Termos como linguagem, mensagem, tradução, simbolização e, principalmente, hermenêutica. Expressões fundamentais na descrição do processo, bem como, em uma tentativa de ilustração da gênese do aparelho psíquico.

Laplanche vai então propor o ser humano em idade precoce como um “hermeneuta originário”, na medida em ele apresenta-se como um tradutor das mensagens transmitidas pelo adulto. Isso em uma relação de dissimetria e reciprocidade: um adulto dotado de um id inconsciente, carregado de conteúdos sexuais e um lactente ainda sem fantasias ou mesmo um ego constituído (LAPLANCHE, 1998).

Essa relação fica estabelecida em dois níveis. O nível recíproco da autoconservação, base da comunicação, mais um segundo nível marcado por uma comunicação que se dá apenas no sentido do adulto para a criança, o conteúdo dessa comunicação são as “mensagens

enigmáticas”, mensagens que tem a intenção de ser puramente da ordem da autoconservação, mas estão contaminadas pela mistura de fantasias sexuais inconscientes do adulto.

A princípio, a criança encontra-se em uma posição passiva em relação a essas mensagens, já que não está devidamente equipada para recebê-las. Aqui configura-se a situação de trauma que só pode ser assimilada por um ato tradutivo.

É nesse movimento de “auto-apropriação” e tentativa de tradução que se constitui o aparelho psíquico. A partir de uma tradução mal-sucedida, em consequência da ausência de recursos na criança para obter sucesso nessa tarefa, divide-se o aparelho entre o ego e o id. O ego composto por aquilo que pôde ser traduzido e o id por todo o resíduo dessa tradução, compondo o inconsciente como um pólo de des-ligação.

Cria-se então uma alteridade internalizada e herdeira dessa primeira relação traumática com o adulto. O id assume as vezes desse outro interno. Daí podemos definir o conflito psíquico, pós definição do sistema ego-id, como aquele que se dá entre as pulsões sexuais de morte, marcadas pela sexualidade desenfreada e que buscam o desligamento e as pulsões sexuais de vida, marcadas por uma visão de totalidade e ligação (LAPLANCHE, 1998).

A partir dessa teoria da constituição de ego e definição das suas bases metapsicológicas conseqüentes de sua teoria da sedução generalizada, Laplanche encontra-se preparado para traçar o balizamento de sua teoria da técnica e conseqüente definição dos objetivos do processo analítico.

Para ele, a prática inaugurada por Freud acaba por recolocar em jogo esse conflito originário, o mesmo que germinou os conflitos secundários entre o ego e seu outro interno. Define-se então uma reinstauração da situação originária a partir, primeiramente, da situação analítica e da transferência estabelecida entre analisando e analista e, em segundo lugar, pela análise como método de des-tradução.

Laplanche especifica a seguir os termos em que deve se estabelecer essa transferência em análise. Algo que não pode ser reduzido a uma repetição das relações com as imagens infantis, mas uma “transferência em vazio” que restauraria a situação originária, a construção de um espaço onde o analista é suposto deter a verdade do sujeito e recusa-se a responder de uma situação contratransferencial abrindo mão das mensagens comprometidas com o seu inconsciente (LAPLANCHE, 1998).

Quanto ao segundo elemento, a saber, aquele que diz da análise propriamente dita e da definição de um lugar que busca repor em ação a relação do analisando com os enigmas provenientes do outro, Laplanche consegue concebê-lo somente como um trabalho que só pode ser efetuado através de uma desconstrução, de uma des-tradução dos mitos e ideologias que o ego construiu para enfrentar esses enigmas (LAPLANCHE, 1998).

Finalmente, o objetivo da análise, se definiria para Laplanche como uma nova tentativa de estruturação do ego, uma nova tradução possibilitada pelo enquadre analítico. O certo é que o analisando nessa dinâmica, submetido ao “traumatismo” da terapia, tentará de todas as formas uma nova síntese apaziguadora, enquanto que o analista não deverá dar sua assistência a essas tentativas de ligação. A definição final seria aquela que coloca o analista como um “artesão da des-ligação” e garantidor da condução do analisando no caminho da análise (LAPLANCHE, 1998).

No entanto, nesse ponto específico, algo precisa ser acrescentado ou talvez relativizado na definição laplancheana do papel do analista. Seria essa função de “artesão da des-ligação” a única necessária em um processo de análise que se pretende terapêutico? É esse o ponto colocado em questão pela demanda de atendimento dos professores adoecidos na rede municipal.

Apesar da psicanálise, ou melhor, de certos psicanalistas, e entre eles não inclui Jean Laplanche, apresentarem certo desdém pelo termo psicoterapia, e mesmo considerarem a psicanálise como algo superior, ou colocada em outro nível, no fim das contas, o comprometimento do analista deve ser com o sofrimento, ou com o tratamento do sofrimento do paciente que se apresenta

para o trabalho analítico. Isso envolve momentos em que o manejo da análise e, principalmente, uma dosagem da angústia envolvida precisam ser levados em conta. O trabalho de des-ligação não pode ser executado em regime *full time*.

Os quadros advindos do adoecimento no trabalho aqui tratado trazem à baila a questão de uma espécie de traumatismo ainda em ação. São pacientes que adoecem por um esgotamento do aparato simbólico para absorver os eventos a que estão expostos. Seria possível a des-ligação em momentos em que tudo parece desligado e caótico? Momentos em que encontramos um ego mergulhado em um mar de angústia?

No recebimento em atendimento dos casos em questão fez-se necessário o estabelecimento de uma prática que estabelecesse recursos clínicos alternativos à prática analítica convencional. Os pacientes se apresentavam, por exemplo, incapazes de cumprir, pelo menos a princípio, a regra fundamental da associação livre. Conseguiam apenas descrever a sintomatologia apresentada ou a dinâmica traumatizante do trabalho.

A saída mais eficaz, na maioria dos casos, foi, de certa forma, um incentivo dessa narrativa descritiva, que perdurava por muitas sessões em um movimento repetitivo, em alguns momentos²³. Outro recurso utilizado foi o aumento do tempo de consulta e da frequência de atendimentos, que na instituição eram pré-estabelecidos em trinta minutos uma vez por semana. O resultado imediato disso era uma espécie de diminuição da tensão. Baixada a angústia, tornava-se possível as primeiras associações, mesmo que incipientes e partindo do conteúdo inicial da sintomatologia e da dinâmica do trabalho na escola.

Foi o que aconteceu, por exemplo, com o professor que adoeceu após um incidente disciplinar com um de seus alunos. Apresentava crises de ansiedade generalizada e não conseguia retornar à sala de aula. Após alguns meses de atendimento e repetidas descrições das crises e sintomas que apresentava e queixas acerca da escola, conseguiu dizer do seu desejo no episódio de agredir

²³ Encontra-se aqui uma grande similaridade com a proposta técnica construída por Riva Schwartzman para os casos de síndrome do pânico. Ver SCHWARTZMAN, R. S. Síndrome de pânico: uma escuta psicanalítica. *Percurso*, n.18, p.87-97, 1997..

o aluno em questão e posteriormente falar sobre essa sua agressividade que vivia disfarçada por uma postura cortês e erudita, entrando assim, em um processo analítico nos moldes mais tradicionais.

Em outros casos, só foi possível o trabalho a partir de uma intervenção organizacional externa com o auxílio do serviço de psiquiatria e da gerência de medicina do trabalho. O paciente era afastado da sala de aula e designado a uma função administrativa na biblioteca ou na secretaria. Em alguns casos, esse foi o único recurso que possibilitou a diminuição da tensão e o prosseguimento do trabalho analítico, por outro lado, em outros pacientes, principalmente nos casos em que essa medida do desvio de função estabeleceu-se definitivamente, o tratamento foi prejudicado, visto que, com a não exposição à situação adoecedora, alguns abandonavam o processo terapêutico após a conquista de certa estabilidade.

Uma direção do tratamento que conseguisse dar conta dos casos apresentados somente se tornava possível quando lançava mão desses recursos técnicos não muito ortodoxos. Algo que funcionava como uma espécie de preâmbulo da análise propriamente dita, considerando a definição nos moldes convencionais. A angústia transbordante apresentada pelos pacientes só possibilitava a análise após a fala constituir-se novamente em uma função psíquica de elaboração no sentido da economia do aparelho psíquico, reassumindo para os pacientes sua função apaziguadora de escoamento. Feito isso, os pacientes não apresentavam nenhuma dificuldade em associar ou simbolizar e a sintomatologia cessava na maior parte dos casos. Algo da ordem de um conflito psiconeurótico estava finalmente livre para emergir.

Pode-se resumir o esforço terapêutico nos casos de adoecimento dos professores em uma tentativa de neurotização dos quadros. Isso se dava através da devolução de um caráter psíquico ao conflito e aos sintomas. Utilizando-se evidentemente dos elementos de simbolização advindos dos próprios pacientes e que necessitavam de um primeiro acolhimento na escuta para se apresentarem por trás da cortina de angústia.

A questão central que se coloca aqui é a postura do analista diante de uma situação diversa das condições apresentadas em um processo analítico convencional, seja pela natureza dos casos

atendidos, que envolvem uma dinâmica psíquica e social específica, seja pelos fatores institucionais que atravessam o trabalho. Localizar-se nesse contexto marcado por uma série de fatores inevitáveis exige um processo de criação que force uma evolução da técnica analítica.

Qualquer definição técnica da análise deve levar em conta a necessidade de manejo dessas situações e ainda, apesar da catástrofe que objetivos externos possam criar em um processo analítico, contar também com um pensamento que considere uma ética da postura analítica. Imersos na cultura, não podemos ficar imunes a valores morais que também definem as bases e os limites de nossos atos, bem como, parte dos nossos objetivos como analistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do adoecimento em saúde mental dos professores da rede municipal de ensino de Belo Horizonte envolve uma grande diversidade de fatores. A visão das abordagens psicossocial e da medicina do trabalho considera a existência de um quadro típico de adoecimento e uma maior incidência de transtornos mentais menores na população estudada. No entanto, uma abordagem psicanalítica, apesar de não contradizer esses dados, precisa evoluir a apreensão desse fenômeno para além da constatação estatística e da listagem de fatores ambientais envolvidos no adoecimento.

A concepção de sintoma em psicanálise trabalha com uma lógica diferente daquela utilizada nas outras ciências da saúde. O sintoma deve ser entendido como representante de um conflito que envolve inevitavelmente a questão sexual. Nos quadros envolvidos nesse estudo isso não se

apresenta de forma explícita ou similar ao que se pode observar comumente nas psiconeuroses. É justamente esse fator que gera as dificuldades clínicas trabalhadas no último capítulo e a necessidade de descrição dessas novas organizações da libido, de forma a levar em conta também o papel das questões atuais no adoecimento.

Trata-se de uma forma de adoecer marcada muito mais por um transbordamento da libido no corpo e em forma de angústia do que pela mediação simbólica característica das psiconeuroses. Tendo em vista essa peculiaridade, a postura clínica modifica-se e exige um esforço criativo que considere novas intervenções como, por exemplo, uma subversão da regra fundamental da associação livre, alterações no tempo dedicado à consulta e na frequência dos atendimentos.

Pode-se, com isso, questionar se a clínica na atualidade não envolve sempre essas características. A frequência dos diagnósticos envolvendo a ansiedade, a hegemonia dos casos diagnosticados pela psiquiatria como transtornos depressivos, o aumento dos transtornos alimentares e compulsivos. No entanto, é inquestionável a situação dos professores expostos às mesmas variáveis e adoecidos de forma estereotipada. Tudo isso exige uma nova perspectiva e uma inovação na abordagem terapêutica.

É preciso reconhecer que o trabalho de docência está também sujeito aos investimentos pulsionais. É de se supor que o excesso pulsional resultante da resposta empobrecida dos alunos, muitas vezes no caminho inverso às expectativas dos professores, seja um dos motivos do adoecimento dessa classe trabalhadora. Obrigados a um luto forçado – luto deles mesmos, incapazes de fazer viver o ideal da docência – a depressão e a ineficiência são os sintomas desse processo.

Diante disso, a psicanálise deve colocar-se eticamente no sentido de entender e estudar os efeitos dos aspectos organizacionais adoecedores em um sujeito desejante por definição sem, com isso, constituir-se uma lógica que despreze os fatores ambientais de uma organização do trabalho perversa e que expõe os professores a eventos que podem ser considerados, em certa medida, traumáticos.

Somente a partir de uma lógica, que leve em conta uma sintonia entre os avanços teóricos acerca do entendimento do fenômeno e as intervenções clínicas utilizadas, podemos constituir um saber que proponha soluções para o tratamento desses pacientes e que forneça subsídios para uma reformulação organizacional que gere menos sofrimento aos trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, J. B. V. *et al*, 2010 Batista, J. B. V.; Carlotto, M. S.; Coutinho, A. S.; Augusto, L. G. da Silva. **Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB.** Revista Brasileira de Epidemiologia 2010; 13(3):502-512.

CARLOTTO; PALAZZO, 2006. **Síndrome de *Burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores.** *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 1017-26.

FREUD, S. 1906 **Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses** *in: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.VII

FREUD, S. 1916-1917 [1915-1917], **Conferências introdutórias sobre a psicanálise** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XVI

FREUD, S. 1898, **A sexualidade na etiologia das neuroses** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.III

FREUD, S. 1926 [1925], **Inibições, sintomas e ansiedade** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XX

FREUD, S. 1912, **A dinâmica da transferência** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XII

FREUD, S. 1895, **Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.III

FREUD, S. BREUER, J. 1893-1895, **Estudos sobre a histeria** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.II

FREUD, S. (Sem data.? Início de 1895). **Rascunho G** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.I

FREUD, S. 1923 [1922]. **Dois verbetes de enciclopédia** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XXVIII

FREUD, S. 1912. **Tipos de desencadeamento da neurose** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XII

FREUD, S. 1908, **Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.IX

FREUD, S. 1913, **Totem e tabu** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XIII

FREUD, S. 1930, **O mal-estar na civilização** in: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XXI

GASPARINI S. M., BARRETO S. M. e ASSUNÇÃO A. A. **O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde**. Educação e Pesquisa 2005; 31(2):189-199.

KLEIN, M. 1934. **Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos depressivos** in: *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jow, 1981

LAPLANCHE, J. **Freud e a sexualidade: o desvio biologizante**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

LAPLANCHE, J. **Novos fundamentos para a psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, Jean. **A angústia**. 3ed. São Paulo: M. Fontes, 1998

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J. B.; LAGACHE, Daniel; TAMEN, Pedro. **Vocabulário da psicanálise**. 4. ed. Santos: M. Fontes, 2001

LAPLANCHE, J. **Objetivos do processo psicanalítico**. Cadernos de Psicanálise: SPCRJ, v. 14, n. 17, p. 79-101, 1998.

LEVY; SOBRINHO; DE SOUZA, 2009 Levy G. C. T. M.; Sobrinho F. P. N.; de Souza C. A. **Síndrome de burnout em professores da rede pública**. Produção 2009; 19(3):458-465.

MASLACH C, JACKSON S.E. **The measurement of experienced burnout.** Journal of Occupational Behavior 1981; 2:99-113.

MILLS, W. **A nova Classe média.** Rio de Janeiro, Zahar 1976

SCHWARTZMAN, R. S. **Síndrome de pânico: uma escuta psicanalítica.** Percurso, n.18, p.87-97, 1997.

WINNICOTT, D.W.1939. **Agressão e suas raízes.** *in:* Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1987.