

# Estresse

**CLÍNICA**  
**PSICANALÍTICA**

**Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes**  
**Maria José Femenias Vieira**

**Casa do Psicólogo®**

# Estresse

# COLEÇÃO “CLÍNICA PSICANALÍTICA”

## Títulos publicados

1. Perversão Flávio Carvalho Ferraz
2. Psicossomática Rubens Marcelo Volich
3. Emergências Psiquiátricas Alexandra Sterian
4. Borderline Mauro Hegenberg
5. Depressão Daniel Delouya
6. Paranoia Renata Udler Cromberg
7. Psicopatia Sidney Kiyoshi Shine
8. Problemáticas da Identidade Sexual José Carlos Garcia
9. Anomia Marilucia Melo Meireles
10. Distúrbios do Sono Nayra Cesaro Penha Ganhito
11. Neurose Traumática Myriam Uchitel
12. Autismo Ana Elizabeth Cavalcanti  
Paulina Schmidtbauer Rocha
13. Esquizofrenia Alexandra Sterian
14. Morte Maria Elisa Pessoa Labaki
15. Cena Incestuosa Renata Udler Cromberg

16. Fobia Aline Camargo Gurfinkel
17. Estresse Maria Auxiliadora de A. C. Arantes  
Maria José Femenias Vieira
18. Normopatía Flávio Carvalho Ferraz
19. Hipocondria Rubens Marcelo Volich
20. Epistemopatía Daniel Delouya
21. Tatuagem e Marcas Corporais Ana Costa
22. Corpo Maria Helena Fernandes
23. Adoção Gina Khafif Levinzon
24. Transtornos da Excreção Marcia Porto Ferreira
25. Psicoterapia Breve Mauro Hegenberg
26. Infertilidade e Reprodução Assistida Marina Ribeiro
27. Histeria Silvia Leonor Alonso  
Mario Pablo Kuks
28. Ressentimento Maria Rita Kehl
29. Demências Delia Catullo Goldfarb
30. Violência Maria Laurinda Ribeiro de Souza
31. Clínica da Exclusão Maria Cristina Poli
32. Disfunções Sexuais Cassandra Pereira França
33. Tempo e Ato na Perversão Flávio Carvalho Ferraz
34. Transtornos Alimentares Maria Helena Fernandes
35. Psicoterapia de Casal Purificacion Barcia Gomes e  
Ieda Porchat

36. Consultas Terapêuticas Maria Ivone Accioly Lins
37. Neurose Obsessiva Rubia Delorenzo
38. Adolescência Tiago Corbisier Matheus
39. Complexo de Édipo Nora B. Susmansky de Miguelez
40. Trama do Olhar Edilene Freire de Queiroz
41. Desafios para a Técnica Psicanalítica José Carlos Garcia
42. Linguagens e Pensamento Nelson da Silva Junior
43. Término de Análise Yeda Alcide Saigh
44. Problemas de Linguagem Maria Laura Wey Märtz
45. Desamparo Lucianne Sant'Anna de Menezes
46. Transexualismo Paulo Roberto Ceccarelli
47. Narcisismo e Vínculos Lucía Barbero Fuks
48. Psicanálise da Família Belinda Mandelbaum
49. Clínica do Trabalho Soraya Rodrigues Martins
50. Transtornos de Pânico Luciana Oliveira dos Santos
51. Escritos Metapsicológicos e Clínicos Ana Maria Sigal
52. Famílias Monoparentais Lisette Weissmann
53. Neurose e Não Neurose Marion Minerbo
54. Amor e Fidelidade Gisela Haddad

**Coleção Clínica Psicanalítica**

*Dirigida por Flávio Carvalho Ferraz*

## **Estresse**

Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes

Maria José Femenias Vieira



© 2002, 2010 Casapsi Livraria, Editora e Gráfica Ltda.

É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

**1ª edição: 2002**

**2ª edição: 2003**

**3ª edição: 2006**

**1ª reimpressão revisada: 2010**

**Editores:** *Ingo Bernd Güntert e Jerome Vonk*

**Assistente Editorial:** *Aparecida Ferraz da Silva*

**Editoração Eletrônica e Produção Gráfica:** *Fabio Alves Melo*

**Revisão:** *Arthur Vergueiro Vonk*

**Revisão Gráfica:** *Lucas Torrisi Gomediano*

**Projeto Gráfico da Capa:** *Xoty Macambira*

**Produção Digital:** *Estúdio Editores.com*

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

---

Arantes, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha

Estresse / Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes, Maria José Femenias Vieira. -- 3. ed. -- São Paulo : Casa do Psicólogo®, 2010. -- (Coleção clínica psicanalítica ; 19 / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz)

Bibliografia.

978-85-62553-99-8

1. Estresse (Psicologia) I. Vieira, Maria José Femenias. II. Ferraz, Flávio Carvalho. III. Título. IV. Série.

09-11606

CDD-150.195

---

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Estresse : Clínica psicanalítica : Psicologia 150.195

**Impresso no Brasil**

*Printed in Brazil*

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à



**Casapsi Livraria e Editora  
Ltda.**

Rua Santo Antônio, 1010

Jardim México • CEP 13253-400

Itatiba/SP – Brasil

Tel. Fax: (11) 4524-6997

[www.casadopsicologo.com.br](http://www.casadopsicologo.com.br)



# Sumário

Agradecimentos

Apresentação

**Parte I – *por Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes***

1 - Estresse ou *stress*?

Antecedentes

Revelando um percurso

Múltiplas questões

Outros olhares

Caminhos do estresse

Contribuições contemporâneas

2 - Estresse, desamparo e angústia

“Conversa” entre Selye e Spitz: estresse em bebês

Estresse e angústia

Estresse e angústia: uma hipótese possível

Sombra e angústia

Estresse e neuroses atuais: outra hipótese

Angústia, depressão essencial, desafetação

3 - Estresse e trabalho

Trabalho e desgaste

Estresse e condições de trabalho

Comentando o quadro de estresse profissional

#### 4 - Estresse e *burnout*

*Burnout*

*Burnout* e ocupações mais vulneráveis

Burnout e patologias contemporâneas: opinião de Dejours

Estresse: tentativas de cuidar

Referências bibliográficas da Parte I

### **Parte II – *por Maria José Femenias Vieira***

#### 5 - As funções orgânicas diante do estresse

O estresse é uma condição da atualidade?

A medicina em diferentes civilizações

Existe estresse aceitável?

“O cão e o gato”

Sistema nervoso: o que define a estratégia após o estímulo

Hipotálamo: o maestro

Algumas manifestações clínicas diante do estresse

Relação entre insatisfação no trabalho e aparecimento de doenças

Referências bibliográficas da Parte II

*Para Priscila*

*Para André*

Homenagem a Flávio Carvalho Ferraz, que, durante a organização deste livro, ofereceu um continuado estímulo que somente os pensadores argutos e generosos são capazes de sustentar.

# Agradecimentos

A Maria Cecília Del Vecchio Galli, que fez a tradução das referências coligidas nas bases de dados.

A Cecília Luiza Montag Hirschzon, pelos comentários preciosos sobre este texto, então ainda em elaboração.

A Suely Campos Cardoso e Marinalva de Souza Aragão, do Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que colaboraram de forma decisiva para a pesquisa bibliográfica dos títulos. E a Suely, mais uma vez, que auxiliou na diagramação final.

A Mary Tiernan, pela paciente e fraterna colaboração.

# **Apresentação**

A figura do estresse é, sem dúvida, a de maior circulação entre os saberes contemporâneos. Habita com a mesma desenvoltura as revistas científicas, os textos acadêmicos, os espaços abertos pelos novos sistemas de telecomunicações por satélite e a cabo, os livros produzidos em diferentes campos de ciências que se ocupam do homem na atualidade. Nos jornais, é referência usada pelos articulistas especializados em saúde, em política, em economia, em questões do trabalho; usada pelos comunicadores culturais, pelos repórteres e pelos comentaristas esportivos. Falar de estresse é entrar em uma floresta de referências emaranhadas e se perder nela. O estresse, que ultrapassou a filiação originária, física, e ganhou o campo da experimentação científica, tendo em Hans Selye sua paternidade reconhecida, foi incorporando à sua formulação aportes destes campos distintos. Saltou dos laboratórios para o campo da saúde mental e encontrou no trabalho, e no fazer profissional, sua ancoragem mais sólida.

O estresse é como outros assuntos atuais: uma figura ao mesmo tempo familiar e fugidia; um sofrimento caseiro, mas pode também ser prenúncio de acontecimentos fatídicos; um tipo de acontecimento sobre o qual todo mundo tem alguma coisa a dizer e algum procedimento para receitar. Esta irreverência em relação ao estresse tem uma causa: a paternidade, “suficientemente flexível”. Hans Selye (1952), chamado de o pai do estresse, após seus achados, convocou a comunidade científica da época para novas contribuições ao conceito que construía. Ao compartilhar suas hipóteses, possivelmente derramou sobre o conceito do estresse o próprio termo com que o cunhou – uma resposta inespecífica ou não específica do organismo aos agentes estressores. No próprio conceito de estresse há um movimento suposto, que o deixa fluir. Foi um dos fios deste fluxo que puxei para estruturar este livro.

Incluir o estresse em uma coleção de “Clínica Psicanalítica” é, no mínimo, insólito. Só mesmo a ousada visão de Flávio Carvalho Ferraz, diretor da Coleção, pôde querer que este fosse um assunto compatível com os títulos que a compõem. Eu mesma, durante muito

tempo, achei uma impropriedade incluir este tema nesta roda psicanalítica, encontrando-o mais pertinente a outros campos como o da psicossomática e do trabalho, ou, evidentemente, ao seu campo originário, a medicina. O amadurecimento da proposta e a certeza inamovível do organizador da Coleção se sobrepuseram ao meu parecer inicial.

Ao decidir aceitar o convite de Flávio Carvalho Ferraz para escrever sobre estresse, tinha duas concepções das quais não poderia prescindir: somar à aproximação com a psicanálise uma escrita sobre o estresse, na sua vertente médica, e incorporar a visão sobre o estresse como uma patologia do corpo e da mente, fertilizada no mundo do trabalho.

Para atender à primeira exigência, relativa ao aspecto médico do estresse, convidei Maria José Femenias Vieira, médica, doutora em Medicina na área de concentração de cirurgia do aparelho digestivo pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para elaborar um capítulo que falasse sobre o estresse, incorporando os aspectos específicos da área. O resultado de seu precioso estudo está apresentado no capítulo 5, Parte II deste livro, com o título “As funções orgânicas diante do estresse”.

Sobre as questões que vinculam o estresse à psicanálise, encontrei em Jean Benjamin Stora (1991) um estudo *carrefour* sobre o tema, que tomei como referência para meu trabalho. Busquei nas teorias da angústia em Freud, a partir dos magníficos estudos de Jean Laplanche (1987) e de Zeferino Rocha (2000), subsídios para uma hipótese de aproximação. Um curioso artigo de Spitz (1956), contemporâneo às formulações de Selye, foi um passaporte para o trânsito no campo da psicanálise. Christophe Dejours foi o autor necessário para as incursões do estresse no mundo do trabalho; e sobretudo a convivência com Hans Selye, como um pesquisador inquieto, me permitiram a estruturação deste livro. À medida que fui avançando, novos autores ofereceram possibilidades de me apropriar desta parceria heterodoxa; e, ao final, estou convencida de que o estresse permite vizinhanças múltiplas e, seguindo a moda contemporânea da transnacionalização, mais do que nunca, penso que estresse é mesmo um conceito polivalente.

Pela multiplicidade de aportes, mantive muitas referências aos autores citados como balizadoras deste caminho que percorri, encontrando na rede eletrônica e em estudos

precisos de revistas científicas contribuições que se completam e que permitem perceber a coincidência de pontos de vista sobre o estresse, entre os que estudam o campo da saúde e do trabalho.

A incorporação da noção de *burnout* ao estudo do estresse é, no dizer de Dejours, uma inquietante constatação: a *cilada psíquica* que é a relação entre aquele que trabalha e o cliente. *Burnout* é uma expressão que designa um *esgotamento* que se manifesta na relação entre aquele que cuida e o seu cliente ou usuário, presente sobretudo entre os profissionais que trabalham em serviços de saúde ou de educação.

Como os demais livros da Coleção “Clínica Psicanalítica”, este é um trabalho em que o autor reúne múltiplas referências na construção do conceito expresso no título de cada livro. Nesse sentido, uma das ideias é permitir que o leitor encontre, neste texto, contribuições para uma familiarização com o estresse e seus trajetos, e que possa ir um pouco mais além.

Na Parte II, Maria José Femenias Vieira apresenta subsídios para uma compreensão do desempenho das funções orgânicas diante do estresse, e elabora um estudo original sobre insatisfação no trabalho e o aparecimento de doenças.

Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes  
São Paulo, março de 2002



**Parte I**  
**Maria Auxiliadora de Almeida Cunha**  
**Arantes**

# 1.

## Estresse ou *stress*?

### *Antecedentes*

Hans Selye, *pai do estresse*, nasceu em Viena, em 1907, e faleceu em 1982. O percurso de suas pesquisas, desde 1925, como estudante de medicina da Universidade de Praga, revelava seu fascínio pelas reações do organismo, chamadas reações inespecíficas ou não específicas. Esta forma de reagir do organismo em relação a diferentes agentes agressores era muitas vezes deixada à margem, já que havia mais interesse, na medicina, em se buscar o que era específico na doença, visando à cura precisa, direcionada aos sintomas. O que não era específico ficava de lado, embora fossem manifestações comuns a muitas doenças não relacionadas entre si. Para Selye, o que ele chama de *síndrome de se sentir doente* lhe era mais instigante do que buscar uma cura específica para uma doença específica; ele preferiu tentar entender o mecanismo do adoecer; estas eram suas preocupações em 1925, ainda estudante de medicina.

Posteriormente, Selye desenvolve em laboratório estudos endocrinológicos sobre o papel dos hormônios sexuais em ratos. Embora direcionado a outros interesses, observa que, diante de qualquer agressão, há mecanismos de adaptação do organismo semelhantes entre si. Estuda, então, os efeitos de diversos agentes agressores, como, por exemplo, qualquer tipo de traumatismo, queimaduras, *raios X*, frio intenso, e descreve, em 1936, em artigo publicado na revista britânica *Nature*, um conjunto de respostas não específicas provocadas por um agente físico, qualquer que seja, e formula o conceito que denominará de *General Adaptation Syndrome*, expressão traduzida em português como *Síndrome de Adaptação Geral*, e às vezes como *Síndrome Geral de Adaptação*. Adotaremos, neste livro, a segunda forma.

Em 1952, já na condição de Ph.D. pela Universidade de Praga, torna-se professor e diretor do Instituto de Medicina e de Cirurgia Experimentais da Universidade de Montreal

(Canadá) e publica *The story of the adaptation syndrome told in the form of informal illustrated lectures*. Este texto, de 225 páginas, reúne sete conferências que tratam dos seguintes temas: evolução do conceito de estresse; dinâmica da síndrome de adaptação; a síndrome de adaptação pode produzir diferentes doenças, dependendo das circunstâncias; aumento de hormônios com efeito anti-inflamatório; fatos revelados pelo conceito de síndrome de adaptação e as dúvidas suscitadas; resumo geral dos assuntos apresentados.

Selye chama de brochura ao conjunto destas *Conferências*, talvez como justificativa para uma publicação que ele diz ser totalmente informal, dirigida a um público interessado em comunicações que apresentem muito mais suas opiniões e dúvidas do que em um relatório formal e estatístico de seus achados. Na verdade, um livro precioso para quem quer conhecer as inquietações que permearam o construtor do conceito de estresse.

Na introdução do livro, Selye pede desculpas ao leitor pela informalidade e explica que o texto é o conjunto das transcrições de suas conferências, no qual foi preservada a espontaneidade. Na verdade, seu objetivo é responder aos médicos e aos estudantes de medicina no Canadá, nos Estados Unidos, na Europa e na América do Sul, que vinham lhe perguntando sobre as ideias e os caminhos que o levaram a chegar aos conceitos de estresse e de síndrome geral de adaptação. Na sua opinião, o rápido crescimento e o interesse pela fisiologia e pela patologia da *síndrome do estresse* se devia muito mais à informalidade e às subsequentes discussões e troca de opiniões entre colegas do que às extensas monografias apresentadas de maneira formal. Selye liberta a construção do conceito de restritos parâmetros, para deixá-lo enriquecer-se com as releituras que até hoje, passado mais de meio século, vêm permitindo que o conceito de estresse se amplie por diferentes campos teóricos e práticos.

## ***Revelando um percurso***

Em 1935, trabalhando como bioquímico na Universidade McGill, no Canadá, Selye pesquisa em animais as correlações neuroendocrinológicas durante a gravidez, e tem como colaborador seu primeiro orientando, Tom McKeown. Eles observaram que, após certos

procedimentos, os animais apresentavam anomalias no ciclo sexual, revelando uma falsa gravidez, o que fugia dos resultados que esperavam, de acordo com as drogas e os procedimentos adotados. Eram reações totalmente não específicas, por isso foram deixadas de lado. Entretanto, não deixaram de lado o esforço para interpretar o mecanismo deste desarranjo sexual, concluindo que eram “manifestações inespecíficas de estresse” causadas exatamente pelos procedimentos que esperavam que desaguassem em um resultado distinto. Foi a primeira vez que se usou a palavra estresse com a seguinte conotação: “estado de tensão não específico de um ser vivo, que se manifesta por mudanças morfológicas tangíveis, em diferentes órgãos, e particularmente nas glândulas endócrinas” (Selye, 1952, p. 20). Estas experiências sobre estresse foram ignoradas, ou pelo menos a elas foi dada pouca atenção, pois o estudo não destacava este assunto, era apenas um apêndice de um trabalho publicado com o título de *Studies on the physiology of the maternal placenta in the rat*.

Erros e acertos nas pesquisas com hormônios em animais foram abrindo caminho para a elaboração do conceito de síndrome de adaptação. Aos 28 anos de idade, Selye pensava ter descoberto um novo tipo de hormônio ligado ao funcionamento dos ovários, além do estrógeno e da progesterona. Decepcionado com o desenrolar dos achados, constatou que não estava no caminho de um novo hormônio. E em uma chuvosa e escura tarde, na primavera de 1936, diz:

Fiquei tão deprimido que não consegui trabalhar por alguns dias. Ficava sentado no meu laboratório, meditando sobre o que deveria fazer. A única coisa em que pensava é que deveria admitir a derrota, esquecê-la o mais rapidamente possível e voltar aos procedimentos mais ortodoxos, em relação aos problemas endocrinológicos. (p. 26)

Selye acabou por se apropriar de novos pontos de vista em relação ao percurso que vinha fazendo e se perguntou se não existiria alguma coisa, como uma reação singular, inespecífica do organismo, como resposta a qualquer tipo de dano sofrido.

Realmente este caminho merecia ser explorado, pois “a descoberta de uma síndrome de

resposta aos danos, em si, pode ser mais importante do que a descoberta de um novo hormônio sexual” (p. 27). A síndrome de resposta aos danos, em si, foi reverberando e se vinculando à “antiga” *síndrome de se sentir doente*, que para ele era equivalente à síndrome experimental que obtivera nas experimentações com os ratos. Poderia haver manifestações no ser humano, que acompanham o sentimento de se sentir doente, como dores difusas nas juntas e nos músculos, distúrbios gastrointestinais, perda de apetite, que são equivalentes à síndrome experimental que obtivera nos ratos com o uso de substâncias tóxicas. Poderia haver equivalência entre os achados com as ratas, observadas por Selye e McKeown, anos antes, e a ausência de menstruação que ocorre nas mulheres durante exposição a infecções, à má nutrição e aos estados de tensão emocional? Se isto fosse verdadeiro, as implicações médicas desta síndrome seriam enormes, diz Selye. “Um certo grau de danos não específicos é, sem dúvida, sobreposto à sintomatologia específica de qualquer doença e a qualquer droga usada para tratar a doença” (p. 27).

É por isso mesmo que há séculos medidas genéricas eram usadas para tratar os doentes, como: repouso, dieta especial, cuidado e evitação de esforços tanto físicos quanto mentais, proteção diante de alterações climáticas, cuidados especiais em relação à umidade e às correntes de ar, uso de uma mesma droga ou de diferentes procedimentos como banhos de luz, raios ultravioleta, calor ou compressas frias, banhos em estações de águas, entre outros, para o alívio dos sintomas, presentes em diversas doenças, causadas por diferentes agentes agressores. Ao longo do tempo, alguns destes procedimentos foram abandonados, pois não se sabia como funcionavam ou, ao contrário, por que davam certo. Na verdade, o organismo tem um sistema de reação não específico, geral, com o qual pode fazer face aos danos causados por uma grande variedade de agentes patogênicos em potencial. Estas respostas de defesa facilitam uma análise objetiva e científica para elucidar o mecanismo de resposta pelo qual a natureza se defende contra os danos de diferentes tipos. Conclui Selye, fascinado, que poderia aprender a melhorar estas defesas, que não eram ainda as ideais, e diz:

Ao invés de desistir do problema do estresse e voltar à endocrinologia ortodoxa, estava, então, preparado para passar o resto da minha vida estudando esta resposta

não específica. E nunca me arrependi desta decisão. (p. 29)

Sua decisão de permanecer em uma busca não ortodoxa, criticada por colegas que o convidavam para uma conversa de “coração aberto”, foi minando suas certezas e deixando-o com dúvidas. Contudo, recebeu o incentivo decisivo do respeitável cientista canadense Sir Frederic Banting, ligado à descoberta da insulina, que incluía, além de um modesto apoio financeiro, um substantivo apoio moral.

## ***Múltiplas questões***

Várias perguntas se abriam diante de sua decisão de ir em frente:

- Até que ponto a síndrome é realmente não específica?
- Além do já observado, que outras manifestações fazem parte da síndrome?
- O tempo de evolução da síndrome é proporcional à magnitude da doença ou há uma ordem cronológica a respeitar, segundo distintos estágios?
- Até que ponto as manifestações não específicas (inespecíficas) são influenciadas por agentes específicos que as provocam?
- O que podemos encontrar sobre a dinâmica e o mecanismo destas reações?

Estas e outras perguntas foram surgindo espontaneamente, a partir do momento em que o conceito de *síndrome de estresse* foi se cristalizando, e Selye acreditou que em pouco tempo respostas apareceriam. Decidiu que não usaria neologismos para nomear seus achados, pois, na sua opinião, muitas vezes estes neologismos causam mais confusão do que esclarecimento; porém, de qualquer maneira, precisava encontrar termos para nomear duas ações:

- as reações não específicas propriamente ditas;
- os estímulos que provocam estas mesmas reações.

Selye chegou a escrever um artigo de 74 linhas, que foi publicado em 4 de julho de 1936 na revista britânica *Nature*, sob o título “A syndrome produced by diverse nocuous agents”.

Abandonou deliberadamente o termo estresse, pois havia sido muito criticado, pela comunidade científica, pelo uso do termo, e adotou o termo ofensivo / nocivo (*nocuous*) como um pseudônimo, um substituto para o termo estresse. Neste mesmo artigo sugeriu o nome de *reação de alarme* para a resposta inicial do corpo, como se fosse uma convocação geral para a defesa do organismo contra os agentes “nocivos”. Esta reação de alarme não englobava toda a resposta, pois verificou experimentalmente que o tempo de exposição aos agentes ofensivos poderia, antes de matar, provocar ainda uma reação de adaptação e de resistência, seguidas. Em poucas palavras: nenhum organismo vivo pode ficar continuamente submetido a um estado de alarme. Em pouco tempo, nas primeiras horas ou nos primeiros dias, o organismo morre. Se o animal sobrevive, é porque o estado de alarme vem seguido por um estado que Selye chamou de *estado de resistência*. Este segundo estágio era bastante diferente do anterior, e até mesmo oposto a ele. E também este segundo estágio não se mantém indefinidamente. Uma terceira fase se impõe: o *estado de exaustão*, mais similar ao estado inicial, de alarme.

A partir desta configuração, Selye sente necessidade de nomear esse processo, e vem batizá-lo de *General Adaptation Syndrome*.

A síndrome passa então a ser conhecida como contendo três fases:

- a fase (ou reação) de alarme;
- a fase de resistência;
- a fase de exaustão.

Trata-se de uma síndrome geral, porque é provocada por agentes que afetam grandes porções do corpo, causando uma defesa generalizada, uma defesa sistêmica. É de adaptação, porque ajuda na busca e na manutenção de um estado de equilíbrio. E, finalmente, é chamada de síndrome, porque as manifestações são coordenadas e parcialmente interdependentes.

Ao final, Selye considera que os termos *nocivo* e *ofensivo* são pouco precisos para sua concepção, e volta a adotar o termo *estresse*, que já era usado em inglês (*stress*) em física, significando o somatório de forças que agem contra a resistência, não importando quais.

Por exemplo, as mudanças produzidas nas tiras elásticas durante a tração. Consequentemente, o estresse no sentido físico é uma reação inespecífica. As manifestações da síndrome de adaptação são o equivalente biológico do estresse em matérias inanimadas. Selye prefere usar o conceito como sendo um estresse biológico. Este termo não era um neologismo na medicina, já sendo usado por psiquiatras que falavam em estresse e tensão, para se referir a um estado de tensão mental.

Inicialmente e com cautela, Selye passa a usá-lo em conferências e em debates, para depois definitivamente incorporá-lo nos seus artigos. Continuou encontrando resistências, que argumentavam ser o estresse um termo muito abstrato, que não aparecia em seu estado puro. E sobretudo, diziam seus oponentes, não podia ser isolado, como se requer em experiências científicas, a ponto de ser invocado como um pré-requisito para outros procedimentos no mesmo campo. Logo, não se podia estudar o estresse, mas estudar, tão somente, seus efeitos. Selye afinal se impõe, dizendo que a vida também é uma abstração e nem por isso um conceito rejeitado pela biologia.

Mais do que as restrições ao termo, seu uso foi disseminado, alcançou o senso comum e se popularizou. O termo acabou sendo usado indiscriminadamente em dois sentidos: para o agente que provoca a síndrome de adaptação e para a condição do organismo, após ser exposto ao agente agressor. O termo foi então desdobrado, e Selye usou *estressores* para o aspecto ativo e causador da síndrome e *estresse* para o estado do organismo após ser exposto aos *estressores*. Logo, há um sentido ativo, uma causa, um *estressor*, e há um resultado, decorrente do estressor, que é chamado de *estresse*.

Selye diz ainda que o termo *stress* não podia ser traduzido com precisão em outros idiomas. Ele pôde perceber isto quando, em 1946, foi convidado para uma série de conferências sobre a síndrome de adaptação, no *Collège de France*. Conta que ficou pensando em como fazer jus à língua de Claude Bernard, em um ambiente acadêmico, e se aconselhou com um franco-canadense. Acaba se decidindo por manter a palavra inglesa. Houve um acalorado debate após a conferência e várias alternativas foram pensadas, como *agressão*, *tensão*, *desamparo*, e muitas outras, equivalentes, mas não satisfatórias. Havia a necessidade de se cunhar uma nova palavra. Decidiu-se que em francês o termo seria do



gênero masculino, e finalmente em “bom francês” foi adotado *le stress*. Posteriormente, outras novas palavras, em francês, apareceriam, e esta experiência parisiense o fez adotar comportamento semelhante na Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, usando um deslizamento do *le stress* francês, para *der stress*, *lo stress*, *o stress*, *el stress*, considerando que afinal estava enriquecendo todos estes idiomas com um novo termo. Por fim, Selye batizou definitivamente seu nascente conceito. De acordo com Stora (1991), o termo é oriundo do latim, *stringere*.

Em português, usaremos o termo “estresse”, embora muitas vezes ainda o encontremos com a grafia inglesa. Afinal, o *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, já tem cunhado o termo *estresse* (do inglês *stress*), substantivo masculino, conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar a homeostase. E ainda, *estressor*: agente produtor de estresse.

## ***Outros olhares***

Dentro do formato com que Selye faz suas *Conferências*, reunidas no texto de 1952, ele termina por reconhecer que, como um conceito nascente, com um pé na generalização e outro na experimentação, haveria ainda um campo vasto a ser explorado e pede a seus interlocutores que o façam. Ou seja, “autoriza”, aos que se interessam pelo conceito de estresse, que o ampliem. Estabelece debates com seus críticos, pois sendo um pesquisador deveria seguir os padrões técnicos e teóricos balizadores da teoria da ciência da época, e sobretudo deveria evitar aspectos de generalização e de abstração malvistas pela pesquisa em medicina.

A proposta do *pai do estresse* difundiu-se e cresceu com liberdade, e acabou sendo incorporada a vários campos do saber. Desde então, não só a medicina, mas a psicologia, a sociologia e sobretudo as ciências que se preocupam com a saúde ambiental e no local de trabalho, com a qualidade de vida em geral, vêm produzindo trabalhos, textos e pesquisas utilizando-se do conceito de estresse. Isto explica a abundância de títulos sobre o assunto,

e conforme Stora (1991) “já chegam a mais de 100.000 artigos e mais de 200 livros sobre o tema”.

Hoje[1], via *internet*, um simples acesso aos bancos e bases de dados revela uma quantidade alarmante de referências ao estresse. Na Medline, que é uma base de dados de literatura internacional da área médica e biomédica, contendo 4 mil títulos de revistas nos Estados Unidos e em mais 70 países, referentes aos últimos 10 anos (1990 a 2000), encontramos 20.305 vezes as palavras “estresse” e “psicologia”, em uma pesquisa de títulos e resumos que contenham este cruzamento. O estudo do estresse descrito nestas publicações é padronizado em relação ao levantamento dos dados, quantificado a partir da aplicação de testes e de sua interpretação. Em geral, os estudos têm mais o caráter investigativo do que a apresentação de propostas de tratamento ou de condutas preventivas.

Dos 60 resumos descritos neste levantamento, há os seguintes: estudo sobre estresse em estudantes de medicina relacionando depressão, ansiedade e o fato de cursar medicina e o apoio social e familiar, ascenso acadêmico e tipo de personalidade; estudo sobre o impacto de acontecimentos vitais, pessoais e sociais como fatores estressantes, relacionados a sofrimentos psíquicos e somáticos; estudo com adolescentes de 12, 13 anos de idade no meio urbano, relacionando categorias de alta e baixa renda e a exposição a agentes estressores, concluindo que o estresse é maior quando os fatores de estresse são crônicos e não eventuais; desempenho sexual em adultos de meia-idade, sobretudo após descobrirem que a sexualidade no casamento supõe a presença de filhos, e o papel do desempenho profissional como fator de autoestima, na busca do equilíbrio do desempenho sexual do casal; relações entre os relatos e queixas de pais e funcionamento familiar, a partir dos filhos entre 2 e 16 anos que buscam centros de saúde mental, revelando alta relação entre pais com problemas e crianças com problemas e concluindo que os problemas dos pais afetam mais as crianças do que o contrário; recursos psicossociais como otimismo, autoestima, autocontrole como amortecedores do impacto do estresse sobre a saúde, evidenciando que a erosão destes recursos favorece o estado de estresse; depressão e estresse em crianças de rua em comparação com outras crianças, e o uso de álcool e drogas (Canadá); estresse em pessoas que coabitam com idosos e o impacto da

relação cuidador e cuidado, e a necessidade de programas de apoio a parentes de pessoas idosas; relação entre o estresse crônico e o enfraquecimento da memória; estresse em pessoas que cuidam de uma negociação fracassada, a partir de pesquisa entre cuidadores de pessoas desabilitadas (sul da França); estresse em pessoas que cuidam de pacientes com Alzheimer, evidenciando ainda alto índice de depressão e de perdas imunológicas entre os cuidadores; significado dos acontecimentos vitais negativos sobre adolescentes tardios, 18 anos, e a relação com o apoio da família e de amigos, apontando efeitos mais negativos quando não havia apoio e também quando os eventos negativos duravam mais tempo; estudo sobre a adaptação de três diferentes gerações de migrantes vietnamitas e preditores de estresse entre migrantes mais velhos, de meia-idade e jovens em relação a conflitos familiares, insatisfação com a vida nos Estados Unidos, aculturação, biculturalismo, depressão, ansiedade, fatores estressantes pré-migratórios (os jovens eram na maioria mais aculturados, mais biculturais, e apresentavam uma autoavaliação mais saudável, embora relatassem maior insatisfação com a vida nos Estados Unidos e revelassem maiores conflitos familiares); relação entre os conceitos de estresse e ansiedade, esclarecendo que embora o conceito de ansiedade seja muito melhor configurado do que o conceito de estresse, em palestras proferidas por médicos e por psicólogos, os dois conceitos aparecem muitas vezes de forma confusa e pouco discriminada; impacto do estresse interpessoal e relacional entre pessoas que têm restrições dietéticas e o aparecimento de distúrbios de alimentação; estresse em migrantes iranianos nos Estados Unidos e a relação com depressão; desconforto mental em cuidados de enfermagem e a relação com o paciente.

No Dedalus, banco de dados bibliográficos da Universidade de São Paulo, há estudos que relacionam estresse e medicina, estresse e psicologia, trabalhos relativos a estresse e esporte, estresse e trabalho, estresse e acidentes, estresse e saúde mental, entre muitos outros.

Diante desta vastidão, podemos nos perguntar se há algum aspecto do estresse ainda a ser coberto com um trabalho que se pretende singular.

Este livro tem um objetivo preciso: dentro dos estudos sobre o estresse, em seus

achados mais contemporâneos, fazer uma ligação com o pensamento psicanalítico e possibilitar ao leitor uma aproximação *extramuros*: alguns aspectos do estresse e alguns conceitos da psicanálise; mais precisamente, estabelecer uma aproximação entre a fase de resistência do estresse e o conceito de angústia, conforme uma leitura psicanalítica. Há também a intenção de destacar a relação do estresse com o local de trabalho.

## ***Caminhos do estresse***

Há três trabalhos elaborados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que enriquecem a abordagem deste tema. Seus autores são Nelson Massini, do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho, Ricardo Amaral Rego e Lys Esther Rocha, ambos do Departamento de Medicina Preventiva.

Rego (1987), ao se referir ao conceito de estresse em sua dissertação *Trabalho e saúde: contribuição para uma abordagem abrangente*, fala sobre a não existência de uma unidade teórica em relação às pesquisas sobre estresse, opinião compartilhada por outros estudiosos do tema, o que permite classificações e abordagens metodológicas diferentes, de acordo com a prioridade conferida aos aspectos fisiológicos, psicológicos (a partir de 1950), ou aos aspectos sociológicos (*apud* Rego, 1987). O autor considera, contudo, que uma das concepções mais difundidas é a de Selye, conforme o que foi publicado em 1936 na revista *Nature*, ou seja, o estresse como resposta inespecífica aos estímulos internos e externos (1987, p. 111). Refere-se também aos aspectos agradáveis e desagradáveis do estresse.

Ainda sobre o bom e o mau estresse, Lys E. Rocha (1996) menciona o conceito de Marianne Frankenhaeuser (1989), que utilizou as expressões *happy stress* e *distress*.

*Happy stress* designa situações em que os estímulos do ambiente estão em equilíbrio com as capacidades pessoais de atravessar situações difíceis sem efeitos prejudiciais à saúde; por outro lado, *distress* é (uma expressão) utilizada para designar o estresse negativo, que aparece quando não se tem escolha e deve-se aceitar uma grave situação. (*apud* Rocha, 1996, p. 25)

Na formulação de Massini (1984), exposta na tese de livre-docência *Estudo das cardiopatias coronarianas sob o ponto de vista da lei de acidentes do trabalho*, encontramos:

A busca de uma definição correta para o termo estresse é muito difícil, pois ele é a síntese de vários fatores, que foram estudados isoladamente por médicos, psicólogos, sociólogos e filósofos. O estresse é uma palavra-chave, que indica um fator ou a junção de vários fatores [...] e o que permitiu a união de todos estes fatores em uma única palavra, estresse, foi que eles são capazes de gerar no organismo uma resposta que para todos eles é semelhante. (p. 17)

Em relação às alterações somáticas, “a resposta a situações estressantes é uma resposta complexa, que envolve o sistema endócrino, cardiovascular e respiratório” (p. 18). Massini também considera que Selye foi o primeiro que definiu o estresse como síndrome, e diz:

Em um sentido mais amplo, estresse é uma sobrecarga dos recursos do corpo, a fim de responder a alguma circunstância ambiental [...] a reação de estresse é uma mobilização das defesas do corpo, um antiquado mecanismo bioquímico de sobrevivência, que foi aperfeiçoado no decurso do processo evolutivo, permitindo aos seres humanos adaptarem-se a fatos hostis ou ameaçadores. (p. 18)

Massini considera as três fases de alarme, resistência e exaustão, como intrínsecas ao conceito de estresse, seguindo Selye, bem como o distresse e o eustresse como qualidades integrantes do conceito.

Distresse – o estresse excessivo – conduz à debilidade física e psicológica de intensidades variáveis, não permitindo resposta adequada aos estressores, tornando o indivíduo vulnerável, e seu sistema nervoso torna-se menos capaz de suportar a sobrecarga, levando à deficiência comportamental, que contribui para o agravamento do quadro. Eustresse é uma situação de equilíbrio alcançada após um estímulo estressor, onde o indivíduo supera os estímulos negativos e ao mesmo tempo cria imunidades ante futura sobrecarga estressante. Forças com que enfrentar

podem ser conseguidas por meio de capacidades físicas e psicológicas, convertendo os estressores em oportunidades de crescimento e vigor psicológico. (p. 20)

Marilda E. Novaes Lipp (2001), autora de vários estudos sobre estresse, no texto “Stress: conceitos básicos”, em *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*, refere-se ao conceito elaborado por Selye, reafirmando que sua

[...] ênfase era na resposta não específica do organismo a situações que o enfraquecessem ou fizessem-no adoecer, a qual chamou de “síndrome geral de adaptação” ou “síndrome do stress biológico”, comumente conhecida também como “síndrome do simplesmente estar doente”. (p. 18)

Podemos dizer, afinal, que a pedra fundamental do conceito do estresse está nas pesquisas de Hans Selye, que a partir de seu laboratório rompeu as barreiras da ortodoxia, e como todo criador, sem renunciar a ela, devidamente respaldado pela sua formação como experimentador, não pôde deixar à margem as variáveis que se interpuseram a seus achados. Apossou-se destas variáveis, tentou compreendê-las e formulou um conceito que, pela sua própria irreverência, foi ganhando a adesão de pesquisadores de outros campos do saber. Sendo um conceito referenciado ao ser humano, foi atravessado pela sombra da “alma” e tingido implacavelmente pelo campo dos afetos e pelas descobertas de Sigmund Freud sobre o inconsciente. O conceito contém três etapas – alarme, resistência/busca do equilíbrio e exaustão/colapso –, ampliado com os aspectos de bom estresse e mau estresse.

Todos os autores de estudos sobre estresse concordam em relação ao papel do estresse na manutenção da vida, e esta concepção deriva-se das afirmações de Claude Bernard sobre a busca do equilíbrio interno do organismo, a homeostase, como um mecanismo de adaptação: “O estresse fisiológico é necessário ao ritmo biológico, à coesão do meio interno”; consequentemente, a privação ou ausência do estímulo ou ausência de estresse seria a morte. Esta foi a constatação que deu origem à crença de um *eustress* (Stora, 1991). Contudo, o excesso de estimulação é nocivo e perigoso quando se torna maior do que a capacidade do organismo em assimilá-lo e adaptá-lo na busca do equilíbrio.

# *Contribuições contemporâneas*

Ultrapassando o laboratório, os estudos se espalham pelo campo da psicologia, das ciências sociais e encontram no local de trabalho e nas relações de trabalho campo fértil para se desenvolver. A partir da Segunda Guerra, novas contribuições virão à luz. Com o desenvolvimento da melhor compreensão das relações do psíquico com o somático, sobretudo a partir de 1950, “abandonando de vez o modelo linear biológico e optando por um modelo multilinear que engloba todas as dimensões do meio ambiente” (Stora, 1991, p. 6), um novo conceito do adoecer ganha adesão dos pesquisadores, principalmente de médicos com formação em psicanálise, que vêm a construir uma compreensão psicossomática do adoecer.

Jean-Benjamin Stora, psicanalista e psicoterapeuta no Hospital do Instituto de Psicossomática de Paris, inicia seu livro *Le Stress*, publicado em 1991, com a seguinte frase de Selye: “*Complete freedom from stress is death*”. Podemos compreender então que o conceito de estresse estará presente em todos os campos em que se debate a vida. O aspecto multifacetado do conceito vai envolver aspectos ativos, passivos e dinâmicos. Stora apresenta neste texto de 1991 as distintas acepções que o conceito de estresse foi adquirindo, sem que sejam excludentes. São maneiras diferentes de se referir ao estresse que acabaram ganhando vida própria, balizando estudos complementares e mutuamente enriquecedores. Stora toma Selye como referência de seu trabalho e diz que o estresse pode, hoje, ser compreendido como:

- 1) uma força que produz uma tensão, uma deformação no objeto sobre o qual é aplicada. Neste caso, trata-se de um estímulo externo, um agente físico (barulho, calor, frio), ou pode ser um agente psicológico (um luto, uma perda). Este é o sentido ativo do estresse;
- 2) o resultado da ação de um agente físico e/ou psicológico e/ou social; estresse é o resultado dos agentes estressores. Neste caso, o resultado se refere às consequências biológicas, mentais ou psíquicas sobre a saúde das pessoas. A ação, causada pelos estressores, pode ser pontual ou permanente, ter um período de latência, antes que

apareçam os sintomas da doença. Esta latência pode durar horas ou meses, ou mesmo anos, como é o caso das doenças autoimunes;

- 3) é ao mesmo tempo o *estressor* e o *resultado* em diferentes dimensões individuais. Esta aceção deu origem à multiplicidade e à difusão do conceito de estresse, que acabou sendo aplicado por diferentes pesquisadores na área da saúde nos últimos 40 anos, além do próprio Selye;
- 4) não mais confinado exclusivamente à sua dimensão biológica, passa a ser considerado como um conceito dinâmico, ao mesmo tempo interno e externo.

O estresse é, pois, um agente externo percebido num espaço de tempo, pelo indivíduo, que põe em jogo defesas mentais. Os automatismos biológicos acompanham simultaneamente o jogo das defesas mentais. A vida psíquica individual pode se desorganizar (Pierre Marty) por esta ação, correndo riscos de somatização, conforme o estado da estrutura psíquica e do contexto somático e social. (Stora, 1991, p. 7)

Ação externa e reação individual conforme a dinâmica psíquica própria de cada indivíduo são as vertentes atuais dos estudos sobre estresse. No campo da medicina, por exemplo, as correlações entre o estresse e imunidade facilitaram as pesquisas que estabelecem interações entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário, abrindo as vertentes do conceito de neuro-imunomodulação (Stora, 1991). Um outro campo que se beneficiou com os estudos do estresse foi o do trabalho, com o desenvolvimento do conceito de estresse profissional e/ou estresse ocupacional.

A relação estresse e psicologia, estresse e psicossomática, estresse e psicanálise, encontrou boa acolhida entre estudiosos destes campos. Os estudos sobre doenças do estresse causadas por acontecimentos excepcionais e situações do mundo contemporâneo, em situações extremas, são outra vertente que toma como estressores aspectos do meio social e ambiental. Por exemplo: situações decorrentes de catástrofes naturais, que causam choque tão grande que toda a estrutura psíquica de um conjunto da população se desorganiza, dando aparecimento a desorganizações mentais acompanhadas de



somatizações.

O protótipo clássico deste acontecimento é a guerra, à qual se somam os desastres em estradas de ferro, naufrágios, incêndios, terremotos, erupções vulcânicas, inundações, acidentes em usinas nucleares. Numerosos autores descreveram as reações psicológicas a estes choques, apontando uma demora entre o acontecimento e o aparecimento de patologias psicossomáticas. Todos concordam com a seguinte sequência: uma fase de impacto com o choque; uma fase de inibição, de negação; uma fase de ruminações repetitivas; uma fase de recuperação progressiva; uma fase de aceitação e o começo de integração do acontecimento traumático com resíduos de memória esquecidos. A partir de trabalhos sobre o estresse e a guerra, principalmente estudos com os soldados norte-americanos combatentes na Guerra do Vietnã, houve uma sistematização do comportamento e das manifestações decorrentes do poderoso e devastador efeito sobre os envolvidos com a guerra: a manifestação de um conjunto de sintomas – angústia, depressão, distúrbios do sono com recurso repetitivo à medicação, ao álcool e ao cigarro, acompanhados de manifestações funcionais: distúrbios digestivos, cardiovasculares, dores de cabeça, enxaqueca, alergias. Stora (1991) refere-se ainda a experiências vividas por prisioneiros de campos de concentração e às experiências de reféns e a acontecimentos ligados à guerra do Líbano. Aponta ainda os estudos com cosmonautas e tripulantes de submarinos, que fazem supor experimentação de extremo estresse. Há também referências ao desgaste, fruto do desempenho profissional, observado em atletas, principalmente em esportes que exigem resistência e em esportes de alta competitividade. Esta constatação pode ser hoje cotidianamente acompanhada, sobretudo a partir do volume crescente de informações divulgadas pelos órgãos de comunicação que monitoram as competições esportivas internacionais, as olimpíadas e os jogos que envolvem disputas mundiais.

Referência necessária é feita aos estudos sobre o estresse em portadores de doenças como o câncer e a aids, que abriram vasto campo não só para a observação do estresse, como para a construção de procedimentos, sobretudo psicoterapêuticos, que acompanham as condutas médicas no cuidado de pacientes destas doenças.

Ao longo deste livro, retomarei as contribuições de J. B. Stora, principalmente na

abordagem da relação do estresse com o desempenho profissional no local de trabalho.

[\[1\]](#) Este texto foi redigido no ano de 2000.

## 2.

# Estresse, desamparo e angústia

## ***“Conversa” entre Selye e Spitz: estresse em bebês***

René A. Spitz, médico pediatra vinculado a um instituto psicanalítico, foi um dos primeiros a reconhecer, nas contribuições de Selye, um recurso para o estudo do comportamento de bebês, o que pode ser comprovado no seu comovente trabalho *Some observations on psychiatric stress in infancy*, publicado no *Fifth Annual Report on Stress* (1956).

O propósito de Spitz (1956), então docente no Instituto Psicanalítico de Nova York e consultor de pesquisa e de psiquiatria pediátrica no Hospital de Lenox Hill, de Nova York, é o de apresentar uma série de observações clínicas referentes a uma forma de distúrbio psiquiátrico em crianças, a que chamou de *hospitalismo*.

A pesquisa fundamental de meu estudo já foi descrita alhures. À época, interpretei minhas observações segundo o modelo conceitual de conflito e defesa de Freud. Vários anos mais tarde, quando encontrei as publicações de Selye relativas a seu modelo de estresse, percebi que sua abordagem fisiológica e minha abordagem psiquiátrica mutuamente se confirmavam. (p. 193)

Este estudo, editado por Selye, certamente explicita uma aproximação entre os dois, fazendo imaginar que a conversa entre eles possa ter tido outros frutos além dos revelados neste trabalho. Faz pensar que o fato de Selye, um pesquisador de laboratório, ter se aproximado do que está além do que é mensurável, respeitando os percursos do inconsciente, possa ter sido enriquecido nesta relação entre colegas.

Partindo de comentários sobre a história da psiquiatria, Spitz (1956) destaca a

importância do trabalho de Freud, de 1894, *As neuropsicoses de defesa*. Para ele, a partir deste trabalho e durante mais de meio século, a psiquiatria psicológica, em contraponto com a abordagem exclusivamente orgânica, refletiu as ideias de Freud, e as demais abordagens psicológicas, na sua opinião, foram decorrências e modificações das concepções freudianas, enfatizando aspectos ou fazendo uma restrição seletiva às ideias de Freud. A psiquiatria acadêmica clássica esforçava-se por influenciar os sintomas, enquanto a concepção psicanalítica pretendia tratar a doença. Prevaleceu durante muito tempo, na psiquiatria acadêmica, a tentativa de influenciar os sintomas, usando procedimentos farmacológicos, elétricos e cirúrgicos. Faltava uma teoria abrangente do psiquismo, e com isso faltava uma abordagem fecunda da etiologia da doença psiquiátrica.

Uma mudança nesta situação ocorreu, pela primeira vez, por uma contribuição da fisiologia experimental. Selye, por meio de seu conceito global, foi capaz de desenvolver um modelo tanto para o funcionamento, quanto para os desarranjos da fisiologia humana. Este modelo é semelhante ao modelo psicológico de Freud; baseia-se no conceito de defesa diante do perigo. Selye e sua escola foram capazes de revelar uma compreensão da especificidade do órgão, com o auxílio das mensurações exatas dos experimentos em laboratórios. (p. 194)

A partir da constatação de que Selye, após o estudo dos estressores físicos, aceitou também a existência de estressores emocionais, Spitz (1956) diz que percebeu que, em suas observações sobre o hospitalismo, “também investigara, quase inadvertidamente, as consequências de uma forma de estresse emocional na infância” (p. 194).

Ao relatar suas observações, começa por estabelecer as diferenças existentes entre as duas abordagens. A de Selye, diz ele, se refere a um conceito geral, e as situações de estresse observadas aplicam-se a todas as fases da vida orgânica. A sua se refere a alguns aspectos do funcionamento do modelo de Selye, no ser humano, e as respostas ao estresse emocional aplicam-se especificamente a uma fase crítica, biológica e psicológica do desenvolvimento da criança.

Seu estudo é apresentado a partir da observação de 91 crianças, nas quais a privação emocional e afetiva agia como estressor. Spitz verificou que a síndrome clínica

apresentada por estas crianças progredia proporcionalmente à privação afetiva, e que, a partir de determinada etapa da privação, as manifestações clínicas tornavam-se irreversíveis.

A instituição-cenário para o estudo apresentava já uma rotina no cuidado com as crianças, rotina que não foi modificada para a sua pesquisa. Este estudo durou, ao todo, dois anos; a observação mais direta durou três meses, tendo sido o restante do tempo dedicado a um acompanhamento por meio de outros recursos. A *Casa da Criança Abandonada* era um tipo de instituição existente há mais de cinquenta anos, com poucos recursos financeiros e que, todavia, estava instalada em um edifício bem situado, em lugar agradável, fora dos Estados Unidos. As crianças eram filhas de mulheres casadas, que pagavam modesta quantia para a criação dos filhos, e a instituição ainda abrigava crianças filhas de mães solteiras. Os bebês desta casa foram amamentados por suas mães até os 3 meses de idade. Após o terceiro mês, cada criança era removida para um cubículo individual, onde partilhava com outras crianças a atenção de cinco enfermeiras competentes e bem treinadas. Spitz (1956) relata que teve acesso a várias instituições, e inclusive acompanhou crianças em seus ambientes familiares, mas o que lhe chamou atenção nesta casa foi a aparência incomum das crianças, muito menores, muito menos ativas, muito mais quietas e pouco interessadas na entrada de um estranho em seu meio. Comparando o que encontrou nesta instituição, disse que este comportamento era totalmente distinto do comportamento de outras crianças, da mesma idade, em qualquer dos outros ambientes ou instituições já frequentados por ele. Nesta casa, os cuidados de enfermagem e de higiene eram adequados, mas as crianças recebiam atenção pessoal durante muito pouco tempo, pois as cuidadoras eram poucas para as 91 crianças observadas, e cada enfermeira tinha a seu encargo de 8 a 12 delas. Comparando o que observava nestas crianças e o que observava naquelas mantidas em seus lares, em contato com a mãe, na relação pessoal no cuidado diário, o pesquisador verificava que mesmo as relações mãe-criança mais desfavoráveis eram melhores do que nenhuma. Chamou de “suprimentos emocionais” a relação que se estabelece entre a criança e quem cuida, que não precisa ser a mãe verdadeira, mas alguém que possibilite trocas ternas e afetuosas com a criança, além de brincar e lhe dar atenção, mesmo que, às vezes, a atenção seja hostil. As

crianças da *Casa da Criança Abandonada* sofriam severa privação afetiva.

Spitz (1956) observou um declínio clínico nestas crianças, compatível com uma síndrome característica de doenças causadas por deficiência emocional, que pode ser dividida em dois subgrupos:

[...] o primeiro mostra o quadro fenomenológico da depressão. Chamei-o de ‘depressão anaclítica’, pois sua estrutura é diferente da depressão observada em idades posteriores. O segundo quadro clínico é o do marasmo. Não usei este termo para a entidade clínica, pois ele na realidade designa um sintoma característico dos estágios terminais, de todas as condições de falência. Em vez disso, chamei o segundo subgrupo de *hospitalismo*. (p. 196)

Na depressão anaclítica, diz, a recuperação é rápida se o objeto de amor retorna à criança dentro de um período de três a cinco meses. Neste estudo, um dos gráficos apresentados descreve a alta taxa de mortalidade destas crianças, que ficaram sem um cuidado mais direto e afetivo, sem trocas emocionais significativas, por mais de cinco meses consecutivos. Após dois anos de acompanhamento destas crianças, um dos aspectos que foi menos atingido nas crianças que não sucumbiram, e que não puderam ser reencaminhadas às suas famílias ou a famílias cuidadoras, foi o aspecto relativo ao controle social. Embora este tenha sido o fator desencadeante do *hospitalismo*, houve um esforço surpreendente de compensação por parte das crianças.

Elas procurarão alcançar os suprimentos emocionais, indiferentes à sua origem ou natureza. Este aspecto, portanto, drenará as energias de todos os outros setores de suas personalidades. (p. 200)

A proposta de estabelecer uma comparação entre a *Síndrome Geral de Adaptação* de Selye e seu estudo sobre o estado de privação afetiva total, a que chamou de *hospitalismo*, é revelada no minucioso inventário em que apresenta as etapas de reação ao estressor, de resistência e finalmente a instalação do estado de colapso. Spitz (1956) descreve minuciosamente as modificações observadas nos bebês, que evoluem desde o choramingo como uma manifestação de pedido de atenção, avançando para o retraimento, quando a

atenção não foi concedida, evoluindo para movimentos contraídos, até a imobilidade, com perda de interesse no ambiente e insônia. Há falta de apetite e diminuição do peso, com riscos aumentados de infecção. O desenvolvimento intelectual tem rebaixamento significativo, e ao final aparecem movimentos atípicos dos dedos, rigidez facial e sobrevém o colapso final. Após cinco meses de privação afetiva, as mudanças verificadas nos bebês são irreversíveis e a taxa de mortalidade é significativa. Spitz observa ainda o aspecto do autoerotismo:

No primeiro ano de vida, tanto a criança normal quanto as crianças relativamente feridas mostram grande número de atividades autoeróticas de natureza bastante variada, que podem ir desde a sucção do polegar até as brincadeiras genitais. Nas crianças da *Casa da Criança Abandonada*, entretanto, percebi que as atividades autoeróticas de toda espécie, até mesmo a sucção do polegar, desapareciam progressivamente do quadro à medida que a idade da criança aumentava. Quando estavam separadas de suas mães há mais de cinco meses, as atividades autoeróticas eram praticamente inexistentes. Isto corresponde ao achado de Selye, de que na reação de alarme inicia-se a perda de libido, que persiste, ou aumenta, no estágio de contrachoque. (p. 202)

Para ilustrar suas afirmações, o autor as apresenta em uma tabela com o título: Correspondência entre a Síndrome Geral de Adaptação (de Selye) e a Síndrome de Privação Afetiva (de Spitz).

A relação com o modelo de Selye é mais significativa quando se chega à fase de exaustão. As fases de alarme e de resistência também ocorrem. Spitz estabelece a distinção entre seu estudo e os de Selye:

O agrupamento dos sintomas feito por Selye segue as três entidades da Síndrome de Adaptação Geral, quer dizer, um mecanismo fisiológico de validade universal, no mundo orgânico. Meu agrupamento é clínico, centrado em torno do problema de reversibilidade e irreversibilidade das mudanças patológicas. Assim, não esbocei quaisquer outras linhas de separação rígidas para a sequência da deterioração. Há, entretanto, uma diferença mais fundamental entre os conceitos universalmente

válidos de Selye e as minhas observações. A Síndrome de Privação Afetiva só é encontrada na criança em desenvolvimento, isto é, em um ser imaturo, em estado de mudança progressiva. É observável entre os 6 e os 18 meses de vida, etapa do desenvolvimento do primeiro rudimento do ego, juntamente com o estabelecimento da primeira relação objetal, mãe-bebê; estes dois aspectos ainda não estão suficientemente desenvolvidos para suprir uma autonomia, mesmo que temporária, da criança. (p. 202)

Nesta etapa de desenvolvimento, há uma fusão entre os recursos afetivos, psíquicos e físicos do bebê, que são um “organizador” do desenvolvimento psíquico que deverá ser desdobrado nos nove meses seguintes. Ao fim deste período, aos 18 meses aproximadamente, um outro organizador terá de ser negociado. Entre o primeiro organizador e o segundo há um período crítico, pois existe uma grande vulnerabilidade do bebê, e é neste momento que há uma facilitação para o desenvolvimento da Síndrome de Privação Afetiva. Depois deste período crítico, o desenvolvimento da locomoção independente, de facilidade verbal e de ação fundada em processos de pensamento, a criança já está infinitamente mais resistente à influência da separação; “a influência da separação a prejudicará, mas não a matará” (p. 203).

Neste estudo, o autor demonstra como a privação afetiva age como um agente estressor, e o quadro clínico avança em proporção à extensão da privação.

Este e outros estudos sobre bebês e crianças foram feitos por Spitz ao longo de sua vida. Em 1965, vários destes trabalhos são apresentados no seu livro *The first year of life*, traduzido para o português com o título *O primeiro ano de vida*.

O prefácio de Anna Freud, bastante elogioso, entre outros comentários, diz o seguinte:

Ao contrário do que comumente acontece com as publicações de psicanalistas, esta descrição minuciosa e cuidadosa das inter-relações emocionais entre mãe e filho destina-se a um amplo círculo de leitores. O modo de observação empregado, a documentação reunida nas fotografias e filmes, bem como os testes utilizados pelo autor, são suficientemente precisos para atrair a atenção dos especialistas. Suas



premissas teóricas e conclusões são tão estritamente psicanalíticas, que não podem deixar de atrair a atenção de todos os analistas – e dos analistas de crianças – favoráveis a uma abordagem factual da idade que ainda é a mais desconhecida do ser humano. Realmente, suas exposições iniciais sobre *hospitalismo* e depressão anaclítica permitiram-lhe chegar a estabelecer o valor dos métodos de observação, mesmo para muitos psicanalistas até então relutantes. (Freud *apud* Spitz, 2000)

No prólogo, escrito pelo autor, há uma homenagem a Freud:

Em 1935, quando iniciei minhas investigações sistemáticas em psicologia psicanalítica infantil servindo-me das observações diretas, eu era um elemento isolado. Dez anos mais tarde, outros estudiosos se interessaram pelo assunto. (Spitz 2000)

Falando especificamente sobre os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, diz que durante muitos anos de pesquisa com centenas de crianças pôde confirmar a genialidade de Freud:

[...] e é com profunda satisfação que tive a oportunidade de participar deste empreendimento, aplicando o método de observação direta ao trabalho de meu mestre, Sigmund Freud. (Spitz, 2000)

## ***Estresse e angústia***

Ainda é pouco comum o casamento do estresse com a psicanálise. Com o passar dos anos, o estresse foi sendo utilizado como conceito, ora como um termo genérico, ora vinculado a manifestações somáticas observadas pela clínica médica e, na sua generalidade, amplamente incorporado pelos meios de comunicação. O trabalho de Spitz (1956), embora datado, é uma contribuição histórica significativa, pioneira talvez, da aproximação do estresse com a psicanálise.

Ao aproximar estresse de desamparo, podemos dizer que estamos casando duas figuras alinhadas no campo do sofrimento psíquico com consequências somáticas irrefutáveis, se

tomarmos Spitz como referência. A figura do desamparo, tão cara à psicanálise, é descrita nestes relatos, no seu desvelamento radical, no campo inicialmente circunscrito ao bebê, no qual o desamparo se espraia como uma manifestação pré-simbólica. O próprio autor assevera que, depois dos 18 meses, com a locomoção independente, a facilidade verbal e de ação fundada em processos de pensamento, a criança já está infinitamente mais resistente à influência da separação da mãe.

Hoje, a releitura do desamparo o traz para a primeira cena, não necessariamente prerrogativa dos bebês. Desamparo evoca pânico, sofrimento severo, que passa a ser objeto de estudos minuciosos de psicanalistas contemporâneos.

Mário Eduardo Costa Pereira (1999), em seu livro *Pânico e desamparo*, relaciona desamparo e pânico, texto de referência obrigatória para os estudiosos do tema. No capítulo 5, “A noção de ‘desamparo’ no pensamento freudiano”, o autor diz que, para Freud,

[...] o desamparo não se esgota na referência ao estado de insuficiência psicomotora do bebê nem se resume a uma condição meramente accidental do funcionamento psíquico. Muito mais do que isso, a *Hilflosigkeit* freudiana constitui o horizonte último de todo processo no qual a linguagem está engajada. Nesta perspectiva, o *pânico* representa uma das possibilidades afetivas de se fazer face aos momentos de constatação crua e incontrolável da realidade desse substrato fundamental de falta de garantias sobre o qual a vida psíquica se desenrola. (p. 125)

Pereira considera que o desamparo para Freud não é um conceito nitidamente definido e determinado, preferindo considerá-lo mais

[...] da ordem da noção do que um conceito, respeitando assim o seu caráter referencial e não saturado. É mais plausível considerar que o ‘desamparo’ tenha-se tornado uma noção necessária, mas não totalmente formalizada à medida que a referência a ele parecia se impor emergindo quase que por si só, do cerne de certas questões teórico-clínicas das mais decisivas – tais como a teoria da angústia – que exigiam formulações cada vez mais agudas e mais especificamente

## ***Estresse e angústia: uma hipótese possível***

Supondo que a angústia seja um estressor, ela terá, necessariamente, um papel ativo no desencadeamento do estresse. Se for considerada uma manifestação do estado de exaustão e de colapso, ocuparia o lugar de manifestação última desta síndrome. Poderíamos considerá-la, ainda, como o principal ingrediente da fase de resistência, elemento não de paralisia mortífera e letal, mas um organizador, inquieto, do enfrentamento dos estressores. Ocupando a angústia destaque na *síndrome do se sentir doente*, nome “genérico” para a síndrome do estresse, podemos supor que ela possa ter um papel peculiar na etapa de resistência ao estresse, desde que possa ser assimilada como um “organizador”, prenunciando que “alguma coisa vai acontecer”. Por que esta hipótese? Pensando na angústia como um afeto intrínseco e fundante do psíquico, do qual não se pode escapar, poderíamos supor que a angústia pode ter um lugar no estado de resistência do estresse, mais do que um lugar na etapa de colapso, o que a configuraria como uma “doença do estresse”.

Neste sentido, o estresse está sendo qualificado na sua vertente psíquica, ou seja, um estresse no registro do psíquico e com o sofrimento psíquico daí decorrente, podendo ser também somaticamente manifestado. Isto é possível? Pode o “um” se dividir em “dois”? No caso, qual é o “um”? Penso então que o “um” é pensar o indivíduo, o ser humano, constituído indivisivelmente em psíquico e somático.

A angústia é um conceito nodal para a psicanálise, porque o é para o ser humano, no dizer do próprio Freud.

A angústia é um ‘ponto nodal’ para o qual convergem as mais importantes questões da pesquisa psicanalítica, e a reflexão sobre seu enigma deve projetar uma torrente de luz sobre nossa vida psíquica. (Freud, 1980a)

Recorrendo a Zeferino Rocha (2000), vemos que a angústia é uma das experiências e das palavras que, como outras,

[...] fazem parte do patrimônio linguístico comum da humanidade, pois estão relacionadas com experiências tanto de ordem física quanto psíquica, que são verdadeiramente universais. Em todos os tempos e nas tradições culturais mais diversas, os homens utilizaram a palavra *angústia*, ou um dos seus equivalentes, para descrever suas experiências profundas de medo, temor, terror, desespero e desamparo. (p. 24)

Sendo um enigma para a existência humana, a angústia está inscrita como marco zero na caminhada pela vida, por isso mesmo objeto de estudo da psicanálise e, antes dela, da mitologia, da filosofia, de toda a ciência que se preocupa com o humano e dos que se preocupam com o demasiadamente humano, mote para o escritor e para o poeta. Ao trazer a angústia para um estudo sobre o estresse, a intenção é lançar novos olhares na compreensão do estresse e aproximá-lo de questões, que há tempos, afligem os psicanalistas.

Há autores que concedem à angústia o lugar de um resultado e não de um agente estressor, ou seja, a angústia *já* é uma manifestação de estresse. Penso que uma demarcação rígida de territórios, do ponto de vista psíquico, que tenta circunscrever “aqui começa o estressor”, como causa, e depois dizer “aqui começa o estresse”, como resultado, é pouco flexível.

A solução negociada seria pensar que, sendo o estresse um processo dinâmico, ele contém, nas diferentes etapas de sua manifestação, conteúdos que serão paulatinamente desconstruídos, até finalmente serem neutralizados e, na melhor das hipóteses, eliminados. Em relação aos conteúdos afetivos, sabemos que sempre deixam um resíduo. E os especialistas nesta área são os psicanalistas! Vejamos o que eles dizem sobre a angústia.

Angústia “é o efeito de um excesso de estímulos – *Reize* – represados devidos à não satisfação pulsional [...]”; o excesso de *Reize* é vivido pelo sujeito como algo avassalador que o leva a um estado de medo, de desamparo, a *Hilflosigkeit* (Hanns, 1996, p. 62). Luiz Hanns (1996), rastreando a palavra angústia, informa que *Angst* literalmente significa medo e

[...] é traduzido para o português como ansiedade (seguindo a vertente inglesa, *anxiety*) ou como angústia (de acordo com a tendência francesa, *angoisse*). Nem sempre é possível diferenciar os termos “medo”, “ansiedade”, e “angústia” entre si. Conforme o texto, tanto *Angst* (“medo”) como *Furcht* (“temor”, palavra também ocasionalmente empregada por Freud) podem corresponder a “ansiedade” e mais raramente a “angústia”. (p. 62)

O termo *Angst* é um dos mais polêmicos entre os tradutores de Freud. Por que problemas de tradução? É o próprio Hanns quem diz:

Se psiquiátrica e psicanaliticamente, por uma questão de tradição, *Angst*, *angoisse* e *anxiety* se equivalem como termos técnicos para designar os mesmos quadros patológicos, por que se deveriam considerar as diferenças entre estas palavras do ponto de vista linguístico? (p. 72)

Ainda seguindo Hanns,

[...] ocorre que Freud transita, às vezes num mesmo parágrafo, de um uso coloquial para o uso técnico, bem como frequentemente emprega os termos de maneira que se possa fazer uma dupla leitura (ora como designação nosológica, ora como afeto). Além disso, Freud transcende o quadro estrito da nosologia psiquiátrica, abarcando psicanaliticamente dimensões ligadas à língua e à cultura. (p. 72)

Contudo, a questão principal, para a psicanálise, está na própria concepção metapsicológica da angústia, no que se convencionou chamar de duas teorias da angústia. Na organização dos textos sobre angústia, na *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, há uma referência ao ano de 1893, com a elaboração do *Rascunho B*, como o marco inicial dos inúmeros escritos de Freud que tratam predominantemente, ou em grande parte, deste assunto. Em alguns casos, os trabalhos foram publicados alguns anos depois, em relação à data aqui informada. Há três textos provavelmente escritos em 1894, *Rascunho E*, *Rascunho F* e *Obsessões e Fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia*; escritos em 1895, *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia* e *Uma*

*réplica às críticas do meu artigo sobre neurose de angústia; em 1909, Análise de uma fobia em um menino de 5 anos de idade; em 1910, Psicanálise 'silvestre'; em 1914, História de uma neurose infantil; em 1917, Conferência 25 intitulada A ansiedade, em Conferências introdutórias à psicanálise; em 1925, Inibições, sintomas e ansiedade; em 1932, Conferência 32, tendo como título Ansiedade e vida instintual, apud Novas Conferências introdutórias à psicanálise.*

Zeferino Rocha (2000) tem uma compreensão minuciosa a respeito dos textos e das datas que separam a primeira da segunda teoria freudiana da angústia. Seu magnífico estudo sobre angústia, *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*, conduz o leitor a um seguro percurso no labirinto da metapsicologia sobre a angústia. Rocha utiliza como referência para seu estudo três etapas essenciais em que se divide a obra de Freud: os escritos iniciais (1892-1900) e a primeira tópica (1900-1920), como dois momentos da primeira teoria; os últimos escritos (1920-1938) subsidiam a segunda teoria da angústia.

Seguindo o roteiro proposto por Rocha, no primeiro tempo da primeira teoria da angústia, encontramos no *Manuscrito E* que Freud escreve a Fliess, provavelmente em 1894, referência necessária para o estudo da origem da angústia. A leitura deste texto nos permite dizer que a origem da angústia é sexual, e que ao acúmulo de tensão sexual física corresponde a neurose de angústia, e que ao acúmulo de tensão sexual psíquica corresponde a melancolia.

Na neurose de angústia [...] a tensão física aumenta e atinge o valor limítrofe em que é capaz de despertar o afeto psíquico; no entanto, por diversas razões, a ligação psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: o afeto sexual não pode formar-se, pois falta algo nos determinantes psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, transforma-se em angústia. (Freud, 1986)

Mas por que a transformação se dá especificamente em angústia? Continua Freud:

A angústia é a sensação do acúmulo de outro estímulo endógeno, o estímulo da respiração, estímulo este que não é passível de ser psiquicamente elaborado além da própria respiração; [...] além disso, quando se examinam mais de perto os

sintomas da neurose de angústia, encontram-se na neurose partes desconexas de um grande ataque de angústia, a saber, dispneia simples, palpitações simples, a simples sensação de angústia e uma combinação desses elementos. Examinadas com maior precisão, essas são vias de inervação que a tensão sexual física comumente atravessa, mesmo quando está em via de ser psiquicamente elaborada. A dispneia e as palpitações são próprias do coito; e embora comumente sejam empregadas apenas como vias complementares de descarga, passam a servir, neste caso, por assim dizer, como as únicas válvulas de escape da excitação. (p. 80)

Para Rocha (2000), no primeiro tempo da primeira teoria,

[...] a angústia inscreve-se no corpo, quando abordada no contexto das neuroses atuais, e de modo particular na neurose de angústia, e sem deixar de ser inscrita no corpo se inscreve também no registro do psiquismo, quando considerada no contexto das psiconeuroses de defesa. (p. 10)

Evidentemente, não se trata de um corpo orgânico ou biológico.

Em psicanálise, o corpo em questão é sempre um “corpo erógeno”, ou seja, o corpo que, de um modo ou outro, já é objeto de investimento libidinal. É verdade que nem sempre o que é vivido neste corpo libidinalmente investido pode ser representado ou simbolizado pelo sujeito. (Rocha, 2000, p. 43)

Em 1917, na Conferência 25, considerada pelos exegetas da obra freudiana um texto-ponte ou de ligação entre a primeira e a segunda teoria da angústia, Freud afirma que

[...] a ansiedade realística atrai nossa atenção como algo muito racional e inteligível. Podemos dizer que ela é uma reação à percepção de um perigo externo, isto é, de um dano que é esperado e previsto. Está relacionada ao reflexo de fuga e pode ser visualizada como um instinto (pulsão) de autopreservação. Em geral, a reação ao perigo consiste numa mistura de afeto de ansiedade e de ação defensiva [...] a primeira coisa pertinente é o estado de preparação para o perigo que se manifesta por meio de um aumento da atenção sensorial e da tensão motora. Deste estado decorre, por um lado, a ação motora – fuga, no primeiro caso, e, em nível

mais elevado, defesa ativa – e, por outro, o que sentimos como um estado de ansiedade. Se um animal está com medo e em perigo, ele foge, e não fica com medo, não fica parado! E o homem, perguntamos, também foge sempre ou fica paralisado? (Freud, 1980a)

Afinal, o que é o real ou o realístico de que fala Freud, ao se referir à angústia?

Tudo o que Freud diz, nesta conferência, gira em torno da distinção entre a *Realangst* (angústia diante de um perigo real externo que conscientemente se percebe) e a *neurotische Angst* (angústia neurótica que aparentemente nada justifica). (Rocha, 2000, p. 81)

Convivem neste texto a compreensão de dois modos de desenvolvimento de reação da angústia diante de um perigo real: um estado de prontidão que prepara para o perigo e o processo de desenvolvimento da angústia, que pode se limitar “a produzir um sinal, o qual tem, como finalidade, mobilizar as defesas do ego, a fim de que a reação de angústia seja controlada” (Rocha, 2000, p. 82). E ainda, neste texto, há subsídios que falam da relação da angústia com o medo e o pavor, além de reflexões sobre a angústia infantil e sua relação com o estado de angústia do adulto.

Na Conferência 26, *A teoria da libido e o narcisismo*, Freud (1980a) fala de entrelaçamentos de afetos e decisões:

Enfim, não acreditam os senhores que alguém foge porque sente ansiedade? Não. Sente-se ansiedade e foge-se por um motivo comum, que é decorrente da percepção do perigo. As pessoas que enfrentaram um grande perigo de morte nos contam que não sentiram medo, absolutamente, mas simplesmente agiram.

Atravessando a ponte, lançada pela Conferência 25, e chegando aos textos que constituem o conteúdo da segunda teoria da angústia, *Inibições, sintomas e ansiedade* (Freud, 1980b) e Conferência 32, da série *Novas conferências introdutórias à psicanálise* (1980c), Freud, seguindo seu modo peculiar de escrever (quase nada se perde, tudo pode se transformar), modifica a teoria anterior e passa a atribuir à angústia não mais o lugar de uma transformação da libido recalcada, mas “também passou a considerá-la como um



elemento estruturante do existir humano, atribuindo-lhe uma função defensiva diante dos perigos que ameaçam a existência” (Rocha, 2000, p. 13). Ao introduzir a dimensão existencial da angústia, Rocha mergulha no que lhe é familiar pela sua formação filosófica e diz: “sei que para alguns psicanalistas isso pode parecer estranho. A psicanálise nada tem a ver com a dimensão existencial da angústia. Esta tarefa compete aos filósofos e não aos psicanalistas” (p. 13).

A angústia não é mesmo uma propriedade de um campo: ultrapassa os horizontes dos saberes afins e, na magnífica metáfora de Rocha, é uma *sombra do ser*. Assim sendo, não pode ser por ele dispensada e nem mesmo dela pode o homem se esquivar.

Freud, na construção do percurso da angústia, transita, no período de 1893 a 1932, entre a libido física e a libido psíquica, conferindo ao recalque primeiro um lugar da causa da angústia. Mais tarde, diz que é porque tem medo da angústia que o homem recalca seus desejos inconscientes, quando se tornam ameaçadores para o ego. Ou seja, a angústia já estava desde o começo como um repertório para posterior utilização. Esta figura, podemos pensar, é que permite compreender o desamparo, estado tão primeiro e anterior a qualquer organização de defesas do ego, possibilitando então entender porque o bebê pode sucumbir a este estado.

Fonte necessária ao estudo da angústia é o trabalho *A angústia*, primeiro volume da série *Problemáticas*, de Jean Laplanche (1987).

Laplanche (1987) diz que a angústia

[...] é o afeto menos elaborado e mais próximo da descarga energética pura, mas também é, todavia, susceptível de certa elaboração. A angústia não é algo a cujo respeito nada possa ser dito e, particularmente, ela pode ser transformada num elemento eminentemente significante “em sinal”; [...] para indicar que alguma coisa vai acontecer. (p. 32)

Laplanche distingue níveis de elaboração: a elaboração sob forma de afeto

[...] que não implica a ligação a representações, mas, simplesmente, uma ligação significante a reações somáticas. Depois, a ligação a representações, sendo estas

mais ou menos susceptíveis, por sua vez, de ser objeto de um certo trabalho psíquico. Tomemos o exemplo da fixação da angústia a objetos fóbicos [...] e a ligação de grupos de representações uns aos outros. (p. 32-33)

Sobre as duas teorias da angústia, o autor menciona a primeira como estruturada nos textos freudianos que consideram a angústia uma energia sexual não elaborada,

à qual foi recusada a via de uma certa elaboração, e que se descarrega de maneira mais ou menos anárquica [...]. Ou ainda: é uma libido, desta vez não mais “não elaborada”, mas *desligada* de suas representações, especialmente pelo processo de recalque, liberada, e que novamente se descarrega sob a forma de angústia; o segundo processo seria, grosso modo, aquele que se verifica nas neuroses de transferência. A segunda teoria da angústia é apresentada no estudo de 1924 intitulado *Inibições, sintomas e ansiedade*. É muito mais complexa de definir em uma palavra. Suas coordenadas essenciais são, por um lado, a noção de perigo: a angústia é colocada na perspectiva da reação ou da preparação para o perigo; por outro lado, a noção de ego, indicado não só como lugar da angústia, mas como podendo ser até a causa da angústia, como podendo repetir a angústia por sua própria conta, pelo menos como sinal. Por conseguinte a primeira teoria é uma *teoria econômica*, a segunda teoria será uma *teoria mais funcional* [...], uma teoria mais histórica, já que a angústia como sinal, ou como símbolo, deverá ser relacionada com outras experiências angustiantes que ela repete, sem deixar de constituir uma espécie de vacinação contra o retorno (é a ideia de sinal), portanto uma teoria que dá acesso a uma concepção muito mais *simbólica* da angústia. Mas também pode ser uma teoria muito mais *objetivista*, a qual faria da angústia neurótica a repetição de um perigo ou de uma reação ao perigo objetivo [...], considerando pessoalmente negativo pretender vincular toda a angústia, ainda que fosse apenas em última análise, a um perigo externo. (p. 42-43)

O ponto de vista econômico, ao qual se refere o autor, consiste, para a teoria psicanalítica, em tomar em consideração os investimentos na sua mobilidade, as variações de sua intensidade, as oposições que entre eles se estabelecem.

Econômico qualifica tudo o que se refere à hipótese segundo a qual os processos psíquicos consistem na circulação e repartição de uma energia quantificável (energia pulsional), isto é, susceptível de aumento, de diminuição, de equivalências. (Laplanche; Pontalis, 1985, p. 167)

Ainda sobre sinal de angústia, Laplanche e Pontalis (1985), no *Vocabulário da psicanálise*, dizem que este conceito condensa a contribuição essencial à segunda teoria da angústia já ligada à segunda tópica que configura a noção de ego. Vinculando este sinal de angústia ao ego, uma nova função da angústia “faz dela um motivo de defesa do ego”. Este sinal pode funcionar “como um símbolo mnésico” de uma situação que não está ainda presente e que se quer evitar. O sinal de angústia reproduz de forma atenuada a reação de angústia vivida primitivamente em uma situação traumática, o que permite desencadear operações de defesa (p. 632).

Ao esquadrihar as duas teorias da angústia, Laplanche se pergunta qual a relação que haveria entre elas: alternativa ou dialética? Penso que *alternativa* supõe uma escolha: ou esta ou aquela. Já *dialética* supõe um terceiro movimento que contém parte das duas, permitindo um salto adiante. Laplanche (1987) afirma que “a primeira teoria vale enquanto primeira, na origem do processo, e que a segunda teoria é uma teoria segunda” (p. 235), e ainda: “é uma teoria em que ele (indivíduo) *se elabora mas também se tranquiliza*; uma teoria que, segundo o lado para o qual se inclina, pode apresentar-se como simbolização ou como sintoma” (p. 235).

O que une angústia e estresse é a possibilidade de ampliar a compreensão de que a angústia, que aparece em tantos textos e debates sobre estresse, tem em Freud e na psicanálise uma abordagem privilegiada que, não desconhecendo as aflições do corpo, debruça-se sobre as aflições da *alma* e desenrola uma investigação cuidadosa do texto, do palco, da encenação e dos bastidores da angústia. Pensando em duas felizes expressões destes dois estudiosos da angústia em Freud, retomo de Rocha a concepção de que a angústia é a sombra do ser, e de Laplanche a compreensão de que a angústia permite que o indivíduo se elabore, mas também se tranquilize.

# *Sombra e angústia*

Da sombra não se pode escapar. E esta é uma crença antiga que impedia os homens primitivos de saírem ao sol do meio-dia, pois deixariam de ver sua sombra: ela é que lhes garantia o “algo” que havia dentro deles e que deveriam preservar. A sombra permite este prolongamento de si mesmo e, ao mesmo tempo em que intriga, é um atestado de existência. Assim como assusta, pode também tranquilizar, pois fala de um corpo próprio, confere uma materialidade ao que não é visto sem a luz. A ideia de que a angústia também tranquiliza é um paradoxo, porque sendo angústia, faz supor sofrimento.

Contudo, a volta à cena de uma dor já vivida, agora “revisitada”, fala de um limite necessário que, sendo da ordem do viver, exige um prosseguir. A angústia acaba sendo esta pauta por onde transitam os afetos mais “somáticos” e as dores mais “psíquicas”. Por isso mesmo é que a angústia, com toda sua majestade e a realeza do mundo das sombras, se impõe como uma *condição* e não como uma *escolha*. Desse modo, seria melhor que fosse possível dela se apropriar na vertente estruturante, do que sucumbir à vertente do sofrimento sem saída. A angústia fica então como uma hipótese, neste lugar de resistência, como uma *vacina-sinal* (Laplanche), inerente à etapa que no conceito do estresse é aquela em que o corpo convoca suas defesas para não sucumbir ao ataque sofrido. Sendo do registro do psíquico, “poderia” ser elaborada, e não necessariamente ficar refém de uma repetição que oprime. Sendo somática, “poderia” deixar escoar no corpo sua dor, e não necessariamente entrar em um colapso irreversível. Sendo originária, traz a marca do humano do qual não se pode escapar.

A angústia faz parte do elenco de conceitos e figuras que transitam pelos territórios desenhados pelos seus limites, e, utilizando a metáfora de Rocha, resgato para esta vizinhança o conceito de *sombra*, que no curioso estudo de Casati (2001), pesquisador nas áreas de filosofia e psicologia da percepção e da representação espacial, tem uma abordagem peculiar, formulada no seu livro *A descoberta da sombra: de Platão a Galileu. A história de um enigma que fascina a humanidade*.

A lição que podemos tirar dos relatórios linguísticos, etnográficos e literários diz

respeito à constelação de imagens que se forma em torno do conceito de sombra. O que tais relatórios parecem nos dizer é que a sombra *fascina*, e não é difícil compreender por quê. *A sombra faz coisas estranhas*. A sombra é uma imagem do corpo e permite reconhecer os traços de seu dono. Depende do corpo, está firmemente presa a ele. Mas é uma imagem abstrata e imaterial: a sombra não tem cor, é plana (talvez seja o único objeto não abstrato verdadeiramente bidimensional). A sombra cresce e decresce, desaparece e reaparece, é presa ao corpo e, no entanto, não se deixa capturar. A sombra parece habitar um compartimento da mente que se comunica com o departamento dos objetos – as sombras são coisas físicas – e ao mesmo tempo se abre para o departamento da psique – as sombras são imagens da alma. Nesta duplicidade se aninha provavelmente a explicação cognitiva da riqueza das metáforas e das histórias da sombra. A sombra é uma testemunha do encontro entre o mundo das coisas materiais e um mundo em que a matéria não parece tão importante. Um mundo caprichoso – a sombra vai e vem sem que se possa interferir nos seus planos – e seguramente evanescente e misterioso. É um mundo de coisas e de pessoas cujas características fundamentais são substancialmente as mesmas em todas as culturas. (Casati, 2001, p. 45-6)

## ***Estresse e neuroses atuais: outra hipótese***

Pensando nas neuroses atuais, sabemos que estas são formações sintomáticas, em que “a causa é atual, no duplo sentido de presente no tempo e atualizada em ato; (...) existe uma fonte de excitação somática incapaz de encontrar sua expressão simbólica” (Laplanche, 1987, p. 34). Comparadas com as psiconeuroses que têm sua causa no passado, ou em eventos passados, reativados pelo presente, expressão de “um conflito essencialmente interiorizado”, no qual a formação dos sintomas faz-se por “mediação simbólica”, as neuroses atuais acabaram fertilizando o solo para a constituição da psicossomática como um corpo próprio de pensamento sobre o somático, em ressonância com o psíquico.

Pensando sobre o que seria essencialmente somático e o que seria essencialmente

psíquico, encontramos no texto de Freud, aqui comentado por Laplanche, uma circunscrição precisa:

O recorte do corpo que é afetado por uma paralisia ou por um sintoma somático qualquer, na histeria de conversão, não coincide em nada com os trajetos da anatomia nervosa ou da anatomia em geral: uma mão pode estar paralisada ao nível do pulso, embora os nervos e os músculos que a comandam o façam por territórios muito mais complexos. Inversamente, poder-se-ia dizer que, em relação à conversão, a somatização psicossomática se faz por vias muito mais fisiológicas. (p. 39-40)

Pensando no destino dado à angústia, nestes sujeitos, Laplanche vai dizer que eles não produzem uma neurose de angústia “pura e simples”, mas investem a energia não elaborada no corpo. E aqui aparece uma diferença, na minha opinião radical, entre as possibilidades apresentadas pelo repertório da fantasia, pelo repertório fantasmático e “imaginarizado”, e o repertório somático, genético, hereditário. Há uma diferença, embora constituinte de um mesmo sujeito, entre seu repertório psíquico e seu repertório genético. Em alguns, os recursos psíquicos prevalecem como possibilitadores para “dar conta” do conflito, do sofrimento; há uma possibilidade de escolha-da-neurose. Nas psiconeuroses é possível uma eleição do sintoma, “individual, singular, extremamente determinada em seus próprios detalhes, deste ou daquele sintoma”. Em uma manifestação somática, há uma *cama para a somatização*, este é o nome de Laplanche (1987) para o que é dado de antemão, o repertório hereditário e genético, que sobredetermina a resposta somática. Embora seja uma afirmação de Pierre Marty (1993) de que não há escolha de órgão, para a somatização, também não há um descarte do psíquico, pois

[...] é objetivo do esforço terapêutico “repsiquicizar” o conflito e o sintoma, que não faltam em cada um (não existe ninguém sem fantasia); neste caso, a psicoterapia dos pacientes psicossomáticos desemboca frequentemente em uma verdadeira psicanálise, necessitando às vezes de um período prévio que comece a mobilizar e a ressimbolizar aquilo que o próprio paciente excluía de sua vida psíquica. (Laplanche, 1987, p. 42)

Neste sentido caminham psicanalistas, como Joyce McDougall (1983), que receberam o sofrimento somático em seu divã como uma instigante possibilidade de desvelar o sofrimento psíquico *enclausurado* no sintoma somático. McDougall cunhou o termo *desafetação*, que em última instância fala de um congelamento dos afetos que, no *setting* psicanalítico, pode se liquefazer, encontrando, para os afetos, palavras que os possam nomear. A pobreza da vida mental, evidenciada em pacientes somatizadores, pode sofrer novos destinos e se engancha em uma história individual que esteja em ressonância com o psíquico. Por outro lado, a sobredeterminação genética sendo uma herança fatídica, isto é inexorável, da qual não se foge, pode e merece ter novos destinos. Estou me referindo, a partir de McDougall (1997, p. 129), à concepção de *fado e de destino*, concebida por Christopher Bollas (1992), que a autora toma de empréstimo para sua clínica, dizendo: do fado ninguém pode escapar; o destino que é dado, o fado que se recebe, é que torna possível, em última instância, viver. Isto não é novo, nem prerrogativa de autores contemporâneos pensar sobre estes cruzamentos, fado, destino, ou seja, “cama” hereditária e escolha do sintoma e formas de enfrentá-los.

Em toda e qualquer neurose,

[...] em toda e qualquer psiconeurose, além dos sintomas específicos, que encontram precisamente sua explicação simbólica na história do indivíduo, observa-se com muita frequência um desfile de sintomas *vagos, não específicos*, fadigas, dores indefiníveis, certa tristeza – que talvez não mereçam a atenção do intérprete, ou que só possam ser interpretados de um modo muito geral, porque representam uma ressonância secundária, atual, da psiconeurose. (Laplanche, 1987, p. 39)

A distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais continua cara aos psicanalistas, e estes estudos estão enriquecidos com a contribuição dos que tomaram as neuroses atuais para estudo mais cuidadoso. “Das neuroses atuais à psicossomática” é um texto de Flávio Carvalho Ferraz (1997), na coletânea *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*, que versa especificamente sobre o percurso do pensamento freudiano e as contribuições contemporâneas ao tema.

O que delimitaria o domínio das chamadas neuroses atuais não seria apenas esta peculiar relação de temporalidade. Seriam também as características somáticas da sintomatologia. É assim que, na neurastenia, podiam ser encontrados sintomas tais como: “*pressão intracraniana, inclinação à fadiga, dispepsia, constipação, irritação espinhal etc.*”. Em outro subgrupo das neuroses atuais, o das chamadas neuroses de angústia, esse tipo de sintomatologia teria menos importância; os traços sintomatológicos proeminentes estariam todos gravitando em torno do sintoma nuclear da angústia e seriam: “*sobressalto, inquietude, ansiedade expectante, ataques de angústia completos, rudimentares ou suplementares, vertigem locomotora, agora- fobia, insônia, maior sensibilidade à dor etc.*”. A ideia de neurose atual, sobre a qual Freud despendeu tantos esforços, foi silenciosamente perdendo sua importância e caindo, pouco a pouco, no abandono. (p. 25)

Contudo, continua Ferraz, alguns

[...] *insights* freudianos a respeito das peculiaridades das neuroses atuais podem, hoje, ser considerados de alta importância teórica. Dentre elas, destacam-se a afirmação da sintomatologia somática – em oposição à sintomatologia psíquica das psicose neuroses – e a especificidade de relação de temporalidade entre sintoma e causa precipitante. (p. 28)

Muitos destes aspectos enfatizados por Freud são referência para a psicossomática contemporânea:

[...] a sintomatologia somática; o caráter atual do fator etiológico; a não satisfação da libido como causa precipitante do sintoma; e a transformação direta da causa do sintoma, sem a mediatização simbólica do recalque. (p. 29)

## ***Angústia, depressão essencial, desafetação***

Pierre Marty (1993) confere à angústia papel determinante no aparecimento da *depressão essencial*, que, de todas as formas de sofrimentos descritos, é a que está mais submetida ao campo da *pulsão de morte*, quando o ego submerge a qualquer possibilidade



de defesa, perdendo o interesse pelo passado e pelo futuro. Descrevendo a depressão essencial, diz ter criado este termo para designar o que vinha chamando de depressão psicossomática, uma depressão sem objeto,

[...] que se define pela *falta*: apagamento, em toda a escala, da dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, via fantasmática e onírica). Não se encontra, nessa depressão “conveniente”, a “relação libidinal” regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas... Menos espetacular que a depressão melancólica, sem dúvida leva mais certamente à morte... A DE se estabelece quando acontecimentos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas, cuja capacidade de elaboração transborda... angústias difusas frequentemente precedem a DE. Automáticas no sentido clássico, importunas, traduzem aflição profunda do - indivíduo, aflição provocada pelo afluxo de movimentos instintuais não dominados [...]. O ego submerso mostra assim... sua desorganização. A angústia não representa ou não apresenta mais o sinal de alarme... Ela é o alarme... Automáticas, essas angústias difusas reproduzem um estado arcaico de transbordamento. (p. 19)

Sob diferentes ângulos, a angústia como libido transformada, a angústia realística e a neurótica, a situação traumática e as situações de perigo, a angústia como sinal, a angústia e o nascimento, são pontos do percurso dos escritos de Freud sobre a angústia.

Há uma possibilidade de se pensar em perigo e de resolução deste perigo por meio de uma ação, e outra possibilidade leva a pensar que o perigo tem uma representação simbólica desencadeando uma resposta que se traduz em um sintoma psíquico. Se houver uma mediação simbólica entre a causa e a resposta, o que pode ocorrer é uma formação sintomática psíquica. Se não houver esta possibilidade, a resposta aparece como uma ação motora ou como uma reação somática, que também são respostas sintomáticas, ou psicossomáticas. Ora a angústia, o medo, o susto se traduzem em resoluções psíquicas, se houver um repertório simbólico e psíquico disponível. Se este repertório não existir ou se estiver *congelado*, na expressão de McDougall, pode aparecer uma resposta somática, psicossomática, que é uma maneira arcaica e precoce de dar conta do sofrimento, do

desgaste ou da privação. A constituição do repertório psíquico segue um longo percurso, e, nos estudos anteriormente referidos de Sptiz, vemos que o bebê não dispõe destes recursos e acaba sucumbindo, literalmente, à privação emocional, embora esteja sendo cuidado *materialmente*.

Podemos também pensar que há respostas somáticas e há respostas psíquicas, que na verdade nunca são puras, são respostas em que pode prevalecer um ou outro conteúdo. Na primeira houve uma lesão física, na segunda houve uma lesão “do órgão da mente”. Monzani (1989) corrobora a afirmação de que o susto, o golpe, a surpresa, têm o poder de desarranjo do funcionamento psíquico, e quando isto acontece e esse arranjo é violado, o aparelho psíquico irá funcionar de acordo com as exigências primitivas, até conseguir resolver a desarrumação (*apud* Arantes, 1994, p. 171).

Em outra pauta, Joyce McDougall descreve sua compreensão de que a resposta psicossomática, bem como toda e qualquer organização sintomática, psicótica ou neurótica, é uma tentativa de organizar uma resposta ante o agente desorganizador. Embora não sendo original a afirmação de McDougall, o que é singular é sua insistência de que o indivíduo faz o que pode para dar conta do sofrimento. É um ato de resistência que o enlouquece, neurotiza-o ou fisicamente o adoece. O sintoma e a resposta psicossomática são os mais devastadores, levam à falência do corpo e, como consequência, contaminam o aparelho de pensar. São uma forma arcaica e precoce de responder ao sofrimento psíquico, e são precoces e arcaicas porque, historicamente, são as de que dispõe, mais precocemente, o ser humano, ainda bebê. Quando o adulto recorre a esta forma arcaica de responder a um desorganizador, é de se supor que suas possibilidades psíquicas não estão disponíveis, ou não se desenvolveram, ou estão congeladas, ou estão empobrecidas. Em *Teatros do corpo*, McDougall (1996) afirma que “todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais” (p. 3).

### 3.

## Estresse e trabalho

A concepção de estresse, germinada dentro da ideia de desgaste e por oposição à de resistência, traz para a cena do dia a dia, do trabalho, do fazer, do ir e vir, do simples estar acordado, a imperiosa necessidade de dar conta do avanço do relógio do tempo, que supõe um relógio biológico e um programa a ser executado.

Escolhi estender ao campo do trabalho este estudo do estresse, pois é este o campo do fazer humano necessário, do qual muito poucos conseguem escapar. O trabalho, ao mesmo tempo que é uma conquista, traz, para quem trabalha, o germe do seu desgaste. O trabalho supõe relações e laços sociais.

Num lenço de seda pode encerrar-se uma quantidade maior de trabalho do que num tijolo. Mas como se medem as quantidades de trabalho? Pelo tempo que dura o trabalho, medindo este em horas, em dias [...]. Para produzir uma mercadoria tem-se que inverter nela, ou a ela incorporar, uma determinada quantidade de trabalho. E não simplesmente trabalho, mas trabalho social. Aquele que produz um objeto para uso pessoal e direto, para consumi-lo, cria um produto e não uma mercadoria [...]. Mas para produzir uma mercadoria não só se tem que criar um artigo que satisfaça uma necessidade social qualquer, como também um trabalho nele incorporado deverá representar uma parte integrante da soma global de trabalho invertido pela sociedade [...]. Uma mercadoria tem um valor por ser uma cristalização de um trabalho social. A grandeza de seu valor, ou seu valor relativo, depende da maior ou menor quantidade dessa substância social que ela encerra, quer dizer, da quantidade relativa de trabalho necessário à sua produção. (Marx, 1978)

Quanto trabalho é necessário então para produzir uma mercadoria? Quem a produz? Quanto ganha pelo que produz? Estas perguntas são objeto de longo trajeto teórico e científico, e, no que nos diz respeito, nossa preocupação é pensar que o trabalho é uma

condição de estar no mundo, no mundo social; é um jeito de os homens se relacionarem entre si e em produção comum. O trabalho como exercício especificamente humano pressupõe que quem o exerce constituiu-se como ser humano, ultrapassou as etapas necessárias para sua constituição somática e psíquica e se apresenta como quem pode produzir, criar produtos e mercadorias. Para a criação da mercadoria, homens e mulheres vendem sua força de trabalho, e é em torno desta venda que as relações de trabalho se estabelecem. Há necessidade e demanda. A mercadoria tem um valor, e o trabalho nele invertido tem um valor. O que o trabalhador recebe como salário ou como pagamento pelo seu fazer é o que vincula o homem à vida e à produção, com permanente e continuado desgaste. O que poderia ser imaginado como um bem, a possibilidade de tirar do trabalho o sustento para si e para os seus, torna-se um campo de continuados e memoráveis conflitos, já que sempre o trabalhador trabalha, em geral, para alguém que lhe paga. A diferença entre os interesses e a expectativa de cada um, a do trabalhador e a de quem lhe paga, são a marca dos últimos séculos. A organização do trabalho torna-se fonte de desgaste, pois envolve a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, um sistema hierárquico de poder, modalidades de comando, a distribuição das responsabilidades. À organização do trabalho se somam as condições de trabalho, estas, mais ainda, fonte de adoecimento. Estas condições de trabalho aliadas à organização do trabalho tornaram-se objeto de preocupação e de intervenção de todo o conjunto de profissionais que se formaram dentro do campo da saúde, e, no nosso caso, da saúde mental, preocupados com o sofrimento decorrente do trabalho.

*Os sentidos do trabalho*, de Ricardo Antunes (2001), traz uma contribuição atualizada sobre o trabalho e a “*classe-que-vive-do-trabalho*”, que é a forma de ser da classe trabalhadora hoje. Esta expressão tem como objetivo

[...] conferir validade contemporânea ao conceito marxiano de classe trabalhadora [...], e pretende dar [...] amplitude ao ser social que trabalha. Classe-que-vive-do-trabalho, a classe trabalhadora, hoje inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores *produtivos*, engloba os trabalhadores *improdutivos*, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas

como serviço [...], inclui todos aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando, além do proletariado industrial, dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural, que vende sua força de trabalho para o capital. Esta noção (ampliada) incorpora o *subproletariado moderno, part-time*, os trabalhadores da chamada economia informal (sem carteira assinada, os trabalhadores individuais por conta própria – que prestam serviço de reparação, limpeza), além dos trabalhadores desempregados, expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho. (p. 102-104)

O autor fala no crescimento do “terceiro setor”, que decorre da “retração do mercado industrial do trabalho e também da redução do trabalho no setor de serviços”, e cujas atividades vêm caracterizando a *economia solidária* (ONGs). E finalmente, há, no mundo contemporâneo, a expansão do trabalho em domicílio, “propiciada pela desconcentração do processo produtivo” (p. 112-113) e com a expansão da *telemática*, que é o mesmo que teleinformática, “que surgiu da convergência entre os novos sistemas de comunicação por satélite e a cabo, as tecnologias da informação e a microeletrônica” (Chesnais *apud* Antunes, 2001, p. 114).

Christophe Dejours (1987), em *A loucura do trabalho*, ao se referir às condições de trabalho, diz que é preciso levar em conta, antes de tudo, o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude), o ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. O trajeto que vai do trabalhador ao seu comportamento diante do trabalho, oscilando entre prazer e sofrimento, foi estudado por Dejours, que se preocupou principalmente com o que chamou de “anulação muda e invisível” de um comportamento livre do operário, dando lugar a um comportamento estereotipado do operário-massa, submetido à organização autoritária do trabalho, na qual há exclusão radical do seu desejo.

A física gestual e comportamental do operário-massa está para sua personalidade assim como o aparelho administrativo do ocupante está para as estruturas do país

invadido. As relações de um e de outro são primeiramente de dominação, e depois de ocultação. Dominação da vida mental do operário pela organização do trabalho. Ocultação e coarctação de seus desejos no esconderijo secreto de uma clandestinidade imposta. (p. 26)

No capítulo “Trabalho e medo”, o autor destaca o medo gerado pelas condições desfavoráveis e de risco a que são submetidos diariamente muitos operários que em seu trabalho têm riscos relacionados com a integridade física.

A angústia é uma produção individual, cujas características só podem ser esclarecidas pela referência contínua à história individual, à estrutura de personalidade e ao modo específico de relação objetal. Mas nosso assunto aqui é o *medo*, um conceito que não é propriamente psicanalítico, e que responde por um aspecto concreto da realidade e exige sistemas defensivos específicos, essencialmente mal conhecidos até hoje. A psicopatologia do trabalho encontra-se muito bem colocada para ressaltar esta problemática nova, na medida em que constitui uma abordagem específica da relação do homem com a realidade. (p. 63)

Sobre os riscos, há uns que são inerentes às condições físicas, como nos eletricitistas de rede aérea ou que trabalham em subterrâneos, os trabalhos na construção civil, em alto-mar, em plataformas marítimas, em indústrias que manipulam produtos tóxicos, entre outras. Os riscos são cotidianos e constantes: de queimaduras, de ferimentos, de cortes, de incêndio, de descargas elétricas de alta voltagem. Muitas vezes os riscos são coletivos, independem da habilidade do operário, apesar das orientações de “segurança”. O medo no trabalho surge da oposição entre “a natureza coletiva e material do risco residual e a natureza individual e psicológica da prevenção a cada instante do trabalho” (p. 64). Há uma suposição de que os trabalhadores, para enfrentar no dia a dia o medo, acabam por desenvolver estratégias defensivas, e defesas específicas, que quando são eficazes não revelam nenhum traço de medo no discurso do trabalhador. Esta observação de Dejours, a partir de sua investigação com operários submetidos a situações de riscos a sua integridade física, revelou que esta estratégia de “não ter medo” é uma defesa que permite que o trabalhador continue trabalhando, apesar de presenciar acidentes graves e muitas

vezes fatais com seus colegas. Como poderia voltar no dia seguinte ao trabalho? Esta defesa emocional e psíquica acaba tendo um custo também somático, com o aparecimento, entre outras, de alterações do sono, do humor, além de um conjunto de manifestações musculares, dores difusas, lombalgias, e um conjunto de manifestações de ansiedade. A ansiedade aparece também nas condições de trabalho que envolvem tarefas repetitivas para trabalhadores de escritório, onde a organização do trabalho, o controle hierárquico, as ambíguas relações de poder, ora de sedução ora de submetimento, e a competitividade entre colegas são diários.

No trabalho de escritório não se consegue efetivar controle mediado pelo cronômetro da fábrica. Então, a permanência do controle deve ser lembrada por outros meios: assim a rivalidade e a discriminação asseguram um grande poder à supervisão. (p. 76)

Embora o conteúdo do trabalho possa proporcionar uma sublimação, na verdade, supõe Dejours, o que ocorre é uma alienação, no sentido em que Marx a compreendia em seus *Manuscritos econômico-filosóficos*, de 1844. Esta alienação é uma submissão gradativa à organização do trabalho que vai contra seus desejos, sua necessidade e sua integridade física e psíquica. A ela se soma uma alienação no sentido psiquiátrico,

[...] de substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto [...]. A alienação é uma verdade clínica que, no caso do trabalho, toma a forma de um conflito onde o desejo do trabalhador capitulou frente à injunção patronal. (Dejours, 1987)

Esta constatação levou este autor a desenvolver uma compreensão das manifestações decorrentes do arranjo que acaba sendo feito pelo trabalhador para resolver o conflito a que está diariamente submetido. O aparecimento de modos de funcionar à maneira de um robô, desprovidos de afeto, aparentemente normais, um jeito de se vincular ao trabalho exageradamente e de maneira compulsiva, vão dar origem a alterações e modos de funcionamento que se tornam uma forma de adicção ao trabalho, também chamados de *workaholic*, ou ainda normóticos, desafetados ou operatórios, usando expressões de McDougall (*desafetado*), Pierre Marty e M. M'Uzan (*pensamento operatório*).

O conceito de *pensamento operatório* – PO – foi apresentado em 1962 no Congresso de Barcelona por Marty e M’Uzan.

O PO é um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis [...]. As relações do sujeito com seus interlocutores habituais ou particulares traduzem-se por uma relação “branca” [...]. O PO surge desprovido de valor libidinal, nem sempre permite a exteriorização de uma agressividade... sugere a precariedade da conexão com as palavras e sugere assim um processo de investigação de nível arcaico. (Marty, 1993, p. 17)

A noção de vida operatória substituiu em 1980 a noção de pensamento operatório e explicita um arranjo frágil, um estado instável, “que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta, repleta de incidentes e acidentes somáticos” (p. 17).

O conceito de desafetação, cunhado por McDougall, embora vizinho do pensamento operatório, supõe uma organização própria que remonta às etapas precoces, quando os afetos ficaram congelados por alguma razão e impossibilitados de se expressar. McDougall (1997) supõe que existiram ligações em algum momento, que foram “coarctadas” e impedidas de se manifestar. O resultado é o aparecimento, em seu lugar, de sintomas e de manifestações somáticas, uma tentativa de autocura, muitas vezes como *um delírio do corpo*.

Os sintomas somáticos invariavelmente envolvem o colapso da capacidade de simbolização do indivíduo e, portanto, da capacidade de elaborar mentalmente o impacto das situações de *estresse*. Quando a angústia, a aflição, a fúria não reconhecida, o terror ou a excitação incomum são *somatizados* em vez de serem reconhecidos e processados mentalmente, o indivíduo submerge em uma forma primitiva de pensamento. (p. 169)

McDougall (1997) verificou também, a partir da fértil observação de seus pacientes, que muitas vezes estes apresentavam um comportamento aparentemente normal e se embrenhavam nas tarefas e afazeres do dia a dia, em uma busca altamente intelectualizada que mais parecia um escudo protetor do que um comportamento prazeroso. Nomeou de



pseudonormalidade esta forma de se comportar, parecida, muitas vezes, com o jeito de se “comportar” dos robôs. Em inúmeros casos, estes indivíduos, *robotizados*, apresentavam grande vulnerabilidade psicossomática.

Em *Teatros do corpo* (1991), a autora diz que encontrou auxílio considerável nos trabalhos dos

[...] psicossomatistas analistas – Marty, M’Uzan e David; Nemiah e Sifneos, que foram os primeiros pesquisadores a construir hipóteses para explicar o fato de que alguns pacientes pareciam conseguir viver consigo mesmos e comunicar-se com outras pessoas sem nenhum afeto [...] levando aos conceitos de pensamento operatório, alexitimia e neurose de comportamento. Embora bastante perplexa quanto à validade destes conceitos no que dizia respeito a meus próprios pacientes, minhas observações levaram-me a constatar que esse tipo de funcionamento psíquico parecia algumas vezes intensificar sensivelmente a tendência à somatização em alguns deles. Estes trabalhos me ajudaram a tomar consciência do fato de que pacientes que eu havia chamado de “normopáticos”, “personalidades adictivas”, e “desafetados”, frequentemente tendiam a somatizar em situações de *stress*. (McDougall, 1997, p. 114)

Flávio Carvalho Ferraz (1998), no artigo “O mal-estar no trabalho”, retoma a análise das relações do homem com o trabalho e os processos de sofrimento desencadeados, perguntando se a alienação não seria um fenômeno mais amplo e um elo representativo de uma cadeia maior.

A questão seria: será que a sociedade capitalista contemporânea, com seus valores supremos atrelados ao consumo, não estaria produzindo uma espécie de despersonalização que viria a reboque do fenômeno de massificação? Vivemos em uma cultura cujos imperativos favorecem o aparecimento da doença normótica? (p. 172)

Ainda a respeito do conceito de normopatia, é referência necessária o mais recente trabalho de Ferraz (2002)[\[2\]](#). Neste novo livro, *Normopatia: sobre Adaptação e*

*pseudonormalidade*, o autor faz uma abordagem rigorosa do conceito, percorrendo construções da psicanálise e permitindo a compreensão mais retilhada deste modo de funcionamento psíquico. McDougall é retomada mais uma vez:

Se Joyce McDougall foi uma pioneira na designação de uma normalidade sintomática, como vimos, isso não quer dizer que essa figura clínica não tenha feito aparição antes de ser abordada por ela. É claro que, em McDougall, o conceito aparece elaborado, com uma proposta de compreensão teórica acompanhada de considerações clínicas dela decorrentes. Entretanto, a própria autora confessa que foi a partir de impasses na clínica que ela pôde isolar a problemática da normopatía como objeto de reflexão. Diga-se de passagem, esta sempre foi a via régia para todas as descobertas psicanalíticas, desde o impasse que representava a histeria para a medicina, que foi enfrentado por Freud e acabou dando origem à psicanálise.

## ***Trabalho e desgaste***

Ana Cristina Laurell e Mariano Noriega (1987) publicaram *Processo de produção da saúde: trabalho e desgaste operário*, estudo que explicita a importância da investigação da saúde a partir das relações do trabalho com o desgaste operário. Na introdução, referem-se às questões metodológicas das investigações neste campo nos países latino-americanos, apontando a enorme riqueza e diversidade teórico-metodológica e o número expressivo de estudos. As contribuições das ciências sociais, da medicina e da engenharia ofereceram subsídios para investigações nesta área, mas os autores vão além, integrando a concepção de que a produção do conhecimento do próprio operário tem o peso de conter os elementos que poderão ser realmente os que serão transformadores da realidade. Assim, o operário não é apenas fonte de informação, mas sua relação com os pesquisadores pode ser determinante no processo de investigação com vistas às modificações desejadas. Esta abordagem tem sido negligenciada e a ela se acresce a pouca atenção dada a investigações que levem em conta a organização social dos trabalhadores com relação ao processo de desgaste.

Isto é, apesar de o processo de trabalho ser o espaço cotidiano do confronto de classes, estudou-se muito precariamente como a correlação de forças entre trabalho e capital gravita em torno do desgaste gerado no espaço fabril. (p. 13)

Laurell e Noriega são docentes pesquisadores em medicina social na Universidade Autônoma do México, e o estudo foi possível com o apoio do Sindicato Mineiro. O trabalho de investigação se deveu à preocupação dos trabalhadores a respeito da deterioração acelerada de sua saúde, na *Sicartsa*, uma siderúrgica que possui sistema computadorizado de alto-forno e conversores. O trabalho dos autores retoma as concepções da corrente de estudos latino-americanos sobre medicina social, privilegiando o caráter histórico do processo saúde-doença. É proposto o conceito de

[...] processo de produção – entendido como a unidade entre o processo de valorização e o processo de trabalho – como a categoria analítica central para a compreensão do trabalho, na sua relação com a saúde na sociedade capitalista. Em função disto, fundamenta-se a necessidade de usar o conceito de “cargas de trabalho”, em vez do conceito de “risco”, e o de “desgaste”, em vez de “doença”. O *desgaste* pode ser definido como a perda da capacidade afetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos [...] e pode ou não se expressar no que a medicina reconhece como patologia. (p. 115)

Sendo o desgaste um conceito que transita pelo somático e pelo psíquico, aparecendo tanto como potencialidade ou como uma manifestação, muitas vezes é inespecífico e não demonstrável e ou mensurável. É possível ser inferido por meio de indicadores globais ou ainda de “indicadores de processo”. Por exemplo,

[...] um desses indicadores de processo poderia ser a reação prolongada de *estresse* e outros parâmetros, como o gasto e a ingestão calórica. A construção teórica da relação entre processo de valorização, processo de trabalho, cargas de trabalho e processo de desgaste confere certa capacidade de predição com relação ao que caracteriza o padrão de desgaste de um determinado grupo de trabalhadores. (p.

Edith Seligmann-Silva (1994) escreveu *Desgaste mental no trabalho dominado* a partir de estudos sobre as repercussões das condições laborais e de vida sobre a saúde mental de trabalhadores industriais. Referindo-se a uma rede interdisciplinar em torno do tema, ela organiza em dois grandes grupos as disciplinas que se preocupam com as relações saúde mental e trabalho. No primeiro conjunto do primeiro grupo estão as disciplinas que centralizam seus estudos nos

[...] processos mentais e/ou na dinâmica da saúde/doença do ser humano submetido a diferentes condições de trabalho: medicina do trabalho, psicologia do trabalho, psicopatologia do trabalho, toxicologia e ergonomia. O segundo subgrupo é formado por disciplinas [...] como a fisiologia em suas vertentes da psicofisiologia e neurofisiologia (englobando estudos dos aspectos neuroendócrinos) e as disciplinas do âmbito clínico, como a neurologia, a psiquiatria e a medicina psicossomática. Ocupando um lugar especial junto a esse primeiro grupo de disciplinas, encontramos também a psicanálise. (p. 51)

No segundo grande grupo estão todas as disciplinas que estudam o trabalho humano, sem que a saúde tenha sido formalmente proposta como objeto. Dizem respeito às implicações e às determinações socioeconômicas, políticas e culturais para exercício do trabalho. Seligmann-Silva (1994) reconhece em Dejours, em Marty, em Selye e na psicanálise contribuições significativas para este campo:

[...] noções como sofrimento mental e prazer conectado ao trabalho, utilizadas em psicodinâmica do trabalho, são relacionadas, respectivamente, à angústia e ao desejo, estudados pela psicanálise. (p. 52)

Em relação ao conceito de estresse, a autora faz referência às contribuições de Selye e de Cannon, destacando a evolução do conceito que inicialmente estava mais relacionado a situações agudas de ameaça ou de agressão e sua repercussão no sistema neuroendócrino e outros setores (cardiocirculatório; musculatura estriada; aparelho digestivo, entre outros), caracterizando a fase de alarme, e sua decorrente modificação em reação de luta ou de

fuga, conforme Cannon. Mais tarde é que passaram a ser estudadas situações não agudas, como desencadeadores de estresse, ou como estressoras, ao longo do tempo. À concepção estritamente fisiológica, somaram-se outras vertentes de investigação, centradas em aspectos cognitivos, abrindo campo para o desenvolvimento de novas possibilidades de adaptação e de lidar com estes agentes. A autora destaca a importância dos estudos que tomam fatores sociais vinculados ao trabalho, *work-stress*, e a contribuição de Kalimo (1987) que, após criteriosa revisão bibliográfica, organizou a lista dos estressores até então estudados e os dividiu em 9 categorias (1994, p. 74-75):

1. estressores relacionados às exigências para a realização das tarefas;
2. estressores ligados à organização e ao gerenciamento;
3. *Work-role* (papéis desempenhados), ambiguidade e conflitos;
4. problemática referente à carreira;
5. horários de trabalho inconvenientes – destaque para turnos de revezamento;
6. estressores vinculados à limitação de contatos interpessoais;
7. pouca segurança no emprego;
8. riscos físicos e químicos;
9. problemas da interface trabalho-lar.

## ***Estresse e condições de trabalho***

Embora o conceito de estresse não tenha nascido vinculado a uma análise do trabalho, a própria expressão derivada de um conceito da metalurgia, significando uma deformação produzida por uma força, uma pressão, por analogia foi ampliada para nomear qualquer manifestação de desgaste tanto somática quanto mental. Passou de uma concepção física a uma concepção médica e psicológica, abrindo campo para a ausculta e escuta dos sofrimentos tanto somáticos quanto psíquicos decorrentes, também, do trabalho.

Jean-Baptiste Stora (1991), em seu livro *Le stress*, faz uma minuciosa análise sobre a

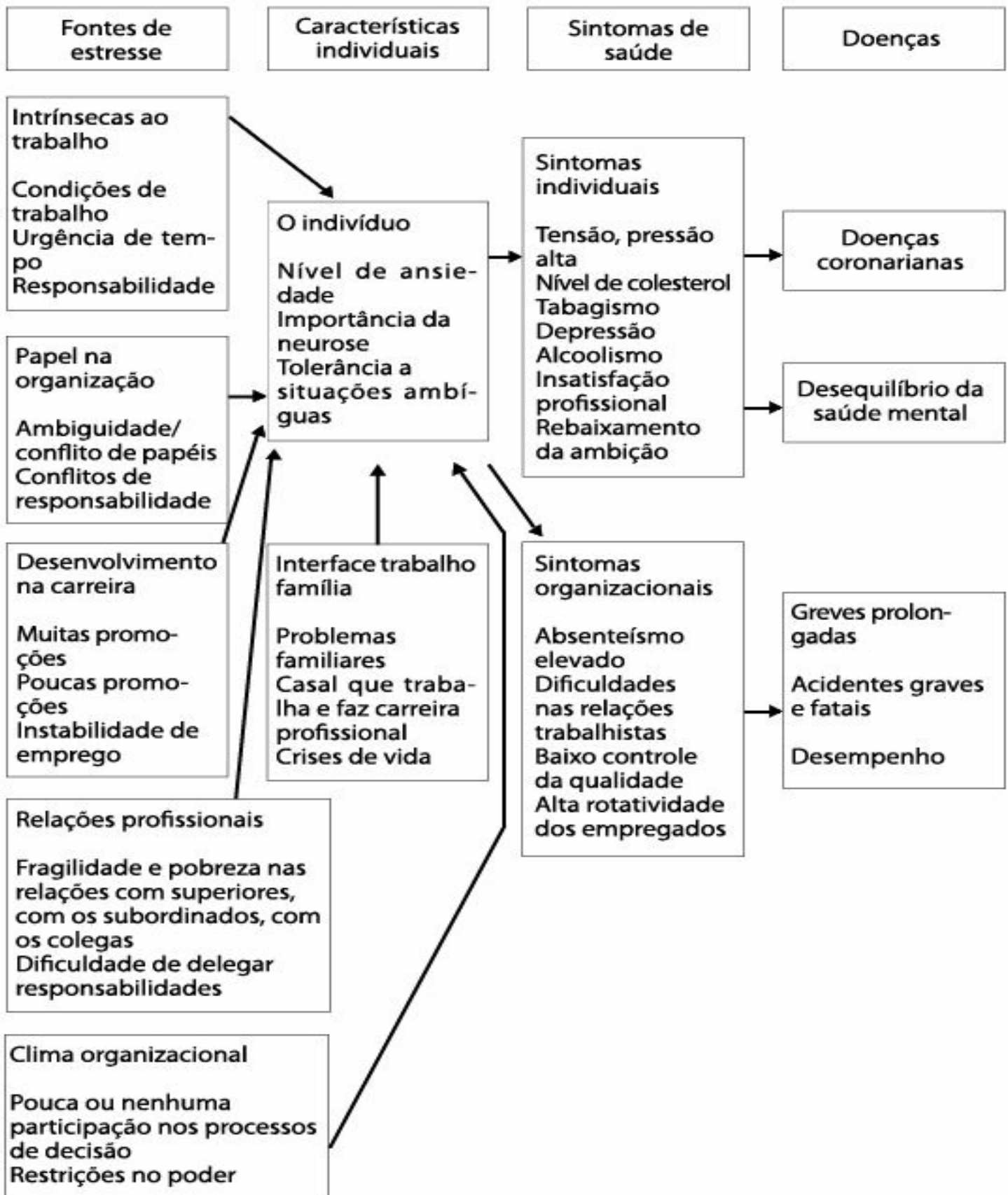
relação entre estresse e trabalho e estresse e vida profissional. Os estudos sobre estresse que vêm sendo realizados há mais de 40 anos, conforme Stora, tiveram também como objetivo demonstrar que o custo do estresse é muito mais alto do que a sua prevenção. Pesquisas ligadas aos locais de trabalho, patrocinadas por empresários ou por instituições vinculadas à saúde do trabalhador ou a organizações sindicais, são unânimes em afirmar o alto preço pago pelas sociedades industrializadas com o desgaste de seus trabalhadores e de suas empresas. Houve uma tendência em reagrupar doenças ligadas ao trabalho como decorrentes de situações de estresse, o que explica o volume de estudos e títulos sobre estresse recorrentemente publicados referidos nos meios de comunicação: jornais, rádio, televisão e internet. Conforme a época e o local de origem das pesquisas, a focalização dos agentes estressores estará necessariamente vinculada à forma de organização do trabalho em seu ambiente, levando em conta os trabalhadores ali envolvidos. As referências apresentadas por Stora (1991) são fruto de estudos realizados com pilotos de aviação comercial; com trabalhadores em plataformas de petróleo e de gás; com pessoal que trabalha em centrais nucleares; com trabalhadores da área de saúde; com dirigentes executivos; com mulheres que trabalham e sua dupla jornada trabalho e lar, entre outros. A partir do trabalho feito por Cary L. Cooper (1986), Stora apresenta um diagrama sobre estresse profissional. A estruturação do quadro tem componentes similares aos indicados por Kalimo (1987) e que também foram citados por Seligmann-Silva (1994).

As fontes de estresse no trabalho fazem referência tanto à organização quanto às condições de trabalho. São apontadas seis fontes de estresse:

1. em relação à função exercida;
2. em relação ao papel dentro da organização;
3. em relação ao desenvolvimento na carreira;
4. as relações de trabalho;
5. relação entre a estrutura e o clima organizacional;
6. a interface trabalho-família (*apud* Stora, 1991)[\[3\]](#).

# Modelo de estresse profissional

(Fonte: Cooper apud Stora, 1991)



A grande contribuição desta sistematização é a compreensão do estresse como resultado de um processo e, sendo assim, passível de prevenção. Este modelo foi possível depois que os conceitos sobre estresse estavam mais precisos, permitindo ao professor Cooper a construção deste modelo simplificado. As situações de trabalho, tanto em escritório quanto em ambientes isolados, envolvendo riscos físicos e dificuldade de relacionamento profissional, auxiliam na concepção de que, ao final, o processo de desgaste atinge não só o indivíduo que trabalha, mas repercute também no local de trabalho, na empresa, qualquer que seja sua estruturação. A compreensão de que a etapa final do estresse, o colapso e a falência da resistência são prenunciados pelos sintomas tanto somáticos quanto psíquicos torna possível uma ação preventiva. O mesmo ocorre em relação à análise do clima organizacional e o prenúncio de desgastes que, pelo desempenho medíocre e mau controle de qualidade, facilitarão a eclosão dos acidentes que, frequentes, podem vir a se tornar fatais. Esta compreensão pode ser uma baliza para o trabalho das comissões internas de prevenção de acidentes de trabalho dentro das empresas.

O acidente de trabalho individual, tanto como o acidente de trabalho em grupo – quando este envolve riscos físicos –, pode ser entendido como um estresse organizacional que envolve o indivíduo e a empresa. A análise dos acidentes termina, em geral, responsabilizando a falha humana pelo resultado desastroso. Ora, a partir desta compreensão podemos verificar que a “dita” falha humana é precedida por um cortejo de sintomas organizacionais e não só individuais e, se individuais, altamente perceptíveis pelo olhar dos especialistas da área de saúde, médicos, psicólogos, assistentes sociais, engenheiros de segurança do trabalho, entre outros, em contato com o trabalhador dentro das empresas. Uma análise cuidadosa pode prevenir um acidente. A fatalidade está além, mas o cotidiano é analisável, e ações preventivas são possíveis.

## ***Comentando o quadro de estresse profissional***

### **Fontes de estresse profissional**

#### *Intrínsecas ao trabalho*



As fontes de estresse ligadas ao local de trabalho dizem respeito também ao ambiente de trabalho, como, por exemplo, a atividade exercida dentro de cabines e/ou em locais isolados, facilitando o sentimento de exclusão. Ambientes muito refrigerados ou extremamente quentes, a presença de fumaça ou de emanções tóxicas, o nível de barulho, são fatores de desgaste tanto maior quanto mais longo for o tempo de exposição ou de permanência no local. Contrariamente ao suposto, medidas de segurança e de proteção, como os protetores auriculares em ambientes ruidosos, por exemplo, próximos de turbinas de geradores de energia em empresas de eletricidade, ou dentro de galpões com equipamentos ruidosos, são às vezes sentidas entre os trabalhadores como medidas, embora necessárias, também propiciadoras do sentimento de exclusão. O equipamento e sistemas de alarme, quando muito sofisticados, podem gerar rebaixamento da atenção dos encarregados.

Estudos em centrais nucleares nos Estados Unidos assinalaram que a instalação de salas de controle é um fator de estresse; particularmente no grave incidente de *Three Mile Islands*, a importância excessiva dos sistemas de alarme parece estar na origem da baixa atenção dos empregados e engenheiros encarregados de seguir as operações. (Stora, 1991, p. 11)

Cabines isoladas, no controle de tráfego aéreo, ou em estações e subestações de rede elétrica, são sentidas como locais de exclusão, e adicções como tabaco e álcool são frequentes, prenunciando doenças coronarianas.

A responsabilidade por vidas humanas é mais estressante do que a responsabilidade por equipamentos valiosos, já que haverá necessidade de reuniões frequentes e permanente manejo de situações de conflito.

### *Papel na organização*

A ambiguidade na distribuição de papéis dentro da organização é fonte de estresse, já que há uma dupla mensagem em relação à expectativa do trabalhador e às possibilidades concretas de exercer seu trabalho. Há uma oscilação entre o que ele pensa ser sua responsabilidade e o que a organização acha que é, sem que esta informação esteja clara

para o trabalhador. Este tipo de situação é origem de conflitos, já que não há definição de responsabilidade, tanto quando é alcançado algum sucesso, tanto quando há erros de desempenho. “A ambiguidade de papel é definida como a ausência de clareza sobre o papel do indivíduo no trabalho, sobre os objetivos a alcançar, e sobre o campo de sua responsabilidade” (Stora, 1991, p. 16).

### *Desenvolvimento na carreira*

O desenvolvimento na carreira e a expectativa de promoção são significativos estressores, sobretudo com a implantação de políticas de avaliação de desempenho a partir de pontuações conferidas pelos superiores em comparação com a autoavaliação do próprio indivíduo. O desenvolvimento na carreira, supondo estágios e *steps*, é almejado, já que estes envolvem ganhos salariais. Muitas vezes, esta promoção é condicionada pela aproximação do tempo de aposentadoria e por situações que envolvem concorrência com colegas.

### *Relações profissionais*

As relações entre colegas, com os superiores e com os subordinados, conforme a estrutura organizacional, geram desgaste, levando o indivíduo a se refugiar no seu posto de trabalho e evitar contato para que não seja desestabilizado em seu desempenho. Muitas vezes, este isolamento impede uma substituição temporária, um pedido de auxílio, por temer perda da função. Em relação aos chefes, aparece a incapacidade de delegar tarefas; entre os colegas, a rivalidade e a competição, enfraquecendo-os; em relação aos subordinados, surge o exercício do autoritarismo como fonte de tensão.

Minzberg revela que, no uso do tempo em grandes organizações, “22% do tempo é dedicado a reuniões de trabalho, 6% gasto em comunicação telefônica, 59% em reuniões planejadas, 10% em reuniões não previstas” (*apud* Stora, 1991, p. 20). Atualmente pode-se acrescentar o uso das redes de computador, a intranet e a internet como fonte de contato e reuniões, além das reuniões telefônicas e em ambiente de rede.

### *Estrutura e clima organizacional*

Por último, e não menos importantes, são os processos de participação na política geral

da empresa e o poder diante dos processos de decisão. Dentro da atual forma de organização globalizada, com o avanço dos processos de terceirização e de fragmentação das empresas, ou, ao contrário, as megafusões de empresas tomam proporções inimagináveis, e o poder de decisão não está mais dentro da empresa e muitas vezes fora do país. É um poder transnacionalizado e em rede. O desenvolvimento desta vertente organizacional, delirantemente globalizada, tem trazido quadros assustadores de manifestações de estresse, envolvendo não só os trabalhadores produtivos, os aliados dos processos de decisão empresarial, mas os próprios executivos e chefes, que se tornaram também vulneráveis e reféns de decisões extramuros e transnacionalizadas.

### **Características individuais**

Diante das fontes de estresse no trabalho, a constituição do indivíduo e suas possibilidades de lidar com estas fontes passam a ser a vertente na qual se deve apostar, já que a organização do trabalho está muito além das possibilidades pessoais de intervenção. Nesta coluna do diagrama há referência ao que é caracterizado como personalidades *Tipo A*, cujas características são: agressividade, ambição, espírito de competição, frequentemente vulneráveis a manifestações e doenças cardíacas. Além destes indivíduos com estas características, há um conjunto de indivíduos que podem ser *desafetados* ou *robotizados* (McDougall, 1983), *aparentemente normais ou operatórios* (Marty, 1993), *normopatas* ou aqueles que apresentam estratégias coletivas de defesa, negando o medo, o perigo e arriscando-se, *sem sofrimento aparente*. Todas estas estratégias, já apontadas, fazem parte do elenco de tentativas de lidar com o desgaste no trabalho ou do trabalho. Este tipo de comportamento pode ser bem-sucedido por um tempo, mas não o tempo todo.

### *Interface trabalho e família*

Holmes e Rahe, em 1967, organizaram uma tabela a partir de um questionário aplicado a 2.000 marinheiros norte-americanos, com 43 situações experimentadas sobre as mudanças ocorridas nos últimos 10 anos de suas vidas. Em uma escala decrescente, o fator mais importante apontado nesta escala como responsável por sofrimento intenso é a morte do cônjuge. Em seguida aparecem divórcio, separação conjugal, prisão e outros itens ligados

à relação com a família do cônjuge, nascimento de filhos, seu crescimento e desempenho escolar, dificuldades financeiras, pedidos de empréstimos, compras a prestação e ainda férias e festas de Natal. O objetivo destes pesquisadores foi demonstrar estatisticamente a significativa relação entre o número e a intensidade de acontecimentos da vida individual e a probabilidade de doenças em um futuro próximo. Aliados ao estresse cotidiano, estes acontecimentos poderiam prever consequências somáticas: morte súbita como consequência de ataques cardíacos; acidentes de diferentes tipos; ferimentos em práticas esportivas; tuberculose; leucemia; diabete; e grande conjunto de queixas somáticas menos importantes. Além destes, os pesquisadores encontraram significativas manifestações de doenças mentais. Críticos dos achados de Holmes e Rahe dizem que não há significativa ligação entre estas ocorrências como preditivas de doenças futuras. De qualquer modo, é um jeito “estatístico” de chamar a atenção para o fato de que o indivíduo que trabalha tem uma história pessoal e familiar que pode ajudá-lo a enfrentar o desgaste no trabalho ou enfraquecê-lo. Uma outra crítica é dos que argumentam que a tabela faz uma abstração dos sistemas sociais vigentes que podem aumentar ou amparar melhor os indivíduos, diminuindo a incidência de manifestações somáticas severas. E há ainda a enorme possibilidade singular e pessoal de lidar com os acontecimentos do destino, mesmo que sejam inexoráveis, que a tabela não incorpora como analisador. De qualquer forma, é um inventário utilizado fartamente em todos os estudos sobre estresse, referido em várias e diferentes pesquisas, tanto realizadas nos Estados Unidos como na Europa e na América Latina em geral, incluindo o Brasil.

### **Sintomas de saúde**

Na terceira coluna estão os sintomas de estresse físicos, mentais e organizacionais[\[4\]](#).

Em relação aos sintomas organizacionais, a grande novidade deste trabalho é a de relacionar o estresse organizacional como uma forma de adoecimento empresarial, intimamente ligado ao adoecimento individual. O absenteísmo elevado, o medíocre controle de qualidade e a rotatividade de mão de obra são prenúncio de adoecimento empresarial.

## Doenças

O acidente frequente e fatal aparece como manifestação de doença empresarial. As greves, instrumento essencialmente econômico, social e político, neste estudo, são arroladas como *doenças empresariais*, e são formas de defesa tanto das demandas individuais como, sobretudo, das demandas coletivas. O desempenho medíocre também figura como uma doença da organização.

Ao lado destas doenças da estrutura organizacional, as doenças coronarianas constituem a fase do estresse como doença, desenvolvidas ao lado de outras manifestações de estresse[5] .

[2] Apresentado, em parte, no *III Simpósio de Psicossomática Psicanalítica*, promovido pelo Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, em novembro de 2001.

[3] Stora apresentou este quadro traduzido para o francês. A presente tradução do texto para o português é de minha autoria. Este estudo foi apresentado em um quadro publicado em 1986 por C. L. Cooper em “Job distress: Recent and emerging role on the clinical occupational psychologist”, *Bulletin of the British Psychological Society*, 39:325-31, 1986

[4] Sobre os sintomas somáticos e os aspectos fisiológicos do estresse, remeto à leitura do capítulo 5, de Maria José Femenias Vieira, especialmente elaborado sobre este aspecto e apresentado na Parte II deste livro.

[5] A respeito destas manifestações, ver Parte II. Outros aspectos relacionados ao estresse, como a saúde mental, foram objeto dos capítulos 2 (*Estresse, desamparo e angústia*), do capítulo 3 (*Estresse e trabalho*) e do capítulo 4 (*Estresse e burnout*).

## 4.

# Estresse e *burnout*

## Burnout

Foi nos anos 70 que o termo *burnout* voou do campo da ciência dos foguetes para o campo das ciências da saúde. Expressão originalmente usada em 1940 para se referir ao colapso dos motores dos jatos e dos foguetes, foi importada por Herbert Freudenberger, em 1973, para o campo da saúde – mais especificamente, para o campo da psiquiatria – para designar a manifestação mais radical do estresse em sua fase mais aguda e de esgotamento. *Burnout* passa a ser uma designação para o que até então era referido como depressão e colapso nervoso, ou ainda, “esgotamento da resistência física ou emocional, ou da motivação, geralmente resultado de estresse ou frustração prolongados” (Felton, 1998, p. 237).

As informações sobre a *síndrome de burnout* aqui apresentadas estão descritas no artigo de Felton (1998): *Burnout as a clinical entity: its importance in helthcare workers*. *Burnout* é, na essência, o mesmo que

[...] exaustão física e emocional, em geral causada pelo estresse no trabalho, sendo frequentemente mais afetados os profissionais da área de serviços humanos. Como um resultado adicional do estresse ocupacional – inicialmente descrito nos anos 50 por Hans Selye, como “*a resposta não específica do corpo a alguma exigência feita a ele*” – tem-se falta de coragem (desânimo) no local de trabalho. É visto também como um conjunto de respostas psicológicas (tensão) para o estresse específico decorrente da interação constante com pessoas carentes. (Felton, 1998, p. 238)

O mesmo autor sintetiza sua compreensão sobre o estresse lembrando que estressor é o estímulo que causa o estresse; estresse é a tensão mental e corporal resultante de fatores

que tendem a alterar um equilíbrio existente, ou ainda, estresse é a soma de reações biológicas a um estímulo adverso, físico, emocional ou mental, interno ou externo, que tende a perturbar a homeostase do organismo. Felton considera que hoje há uma uniformidade maior na caracterização do conceito de estresse; já se passaram quase 70 anos, desde a comunicação de Selye na revista *Nature* (1936), e estão preservadas suas três fases: alarme, resistência e colapso. O termo estressor também foi incorporado como uma qualificação ativa tanto de origem externa quanto interna. Falta agora esperar algum tempo para que o mesmo ocorra com *burnout*.

O estudo de Felton teve como desencadeante as decisões finais de uma conferência realizada em 1985 nos Estados Unidos, patrocinada pelo Instituto Nacional para a Saúde e Segurança Ocupacionais e pela Associação de Escolas de Saúde Pública, que estabeleceu estratégias para as 10 principais doenças e danos relacionados ao trabalho. Publicadas em 1988, estas estratégias incluíam uma *Proposta de estratégia nacional para a prevenção de distúrbios psicológicos*, e entre os distúrbios de “interesse atual” foram incluídas a depressão, a ansiedade e a insatisfação no trabalho. Felton direcionou seu interesse para esta área, *insatisfação no trabalho*, e seu estudo escrito em 1997 foi aceito pela *Occupational Medicine* e publicado em 1998. O autor destaca, neste trabalho, como uma das contribuições mais significativas sobre *burnout*, o estudo que foi realizado pela *Northwestern National Life of Minneapolis* (Estados Unidos) utilizando entrevistas por telefone com 600 trabalhadores norte-americanos. Todos os que responderam à entrevista estavam altamente estressados, tinham notado *burnout* e aumento de problemas físicos, manifestando ainda decréscimo de produtividade, absenteísmo crescente ao trabalho e gastos altos com tratamentos de saúde causados por estresse. Um terço destes entrevistados pensavam seriamente – em 1990 – em abandonar o trabalho por estresse; um terço achava que apresentaria *burnout* em futuro próximo; 14% tinham saído ou trocado de emprego nos últimos dois anos, como decorrência de estresse ocupacional, considerado por muitos deles como o mais alto de suas vidas. *Burnout* significativo foi detectado quando a empresa cortou benefícios e mudou de dono, exigindo horas extras frequentes para cobrir o número significativo de demissões de empregados. Esses fatores etiológicos, acrescidos do mau desempenho empresarial, com ocorrência de falências mensais, aumentaram nos

anos seguintes, quando houve novas fusões e incorporações de empresas, e, como decorrência, a substituição de empregados fixos e de carreira por empregados terceirizados ou temporários, sem benefícios. Dos entrevistados, 82% acreditavam que os empregados que manifestaram *burnout* deveriam ser indenizados e receber pagamento pela incapacidade detectada. Muitos entrevistados referiram sintomas tais como: exaustão, 62%; raiva, 62%; dores musculares, 60%; dores de cabeça, 45%; insônia, 45%; doenças respiratórias, 40%; distúrbios gastrointestinais, 38%; depressão, 33%; hipertensão, 9% (Felton, 1998).

De acordo com o pesquisador, perto da metade dos entrevistados apresentava manifestações somáticas, entendidas como um padrão para caracterização da *síndrome de burnout*. Também relataram que a tensão ocupacional tinha efeitos significativos em sua pressão arterial, que se manifestavam quando voltavam para casa, e que esta tensão também era importante causa de insônia. Verificou-se que a pressão sanguínea era mais alta para os homens no local de trabalho e a situação das mulheres merecia melhor investigação.

## ***Burnout e ocupações mais vulneráveis***

Felton (1998) apresenta ainda neste artigo uma relação das ocupações mais vulneráveis ao aparecimento de *burnout*. Os indivíduos que trabalham com o público em geral são mais vulneráveis ao *burnout*. Destes, os que lidam com populações especiais, tais como pessoas portadoras de doenças graves, de deficiências ou comprometimentos físicos ou mentais, que trabalham com crianças, com presos ou com populações carentes, ficam mais expostos ao aparecimento das manifestações que são hoje consideradas como indicativas do que é chamado de *burnout*. Ao mesmo tempo, pessoas que trabalham em funções que envolvem risco de vida, funções que exigem precisão de movimentos, que trabalham em turnos de revezamento, ou seja, pessoas que estão permanentemente ligadas ao que precisam fazer, sem que o trabalho possa significar uma atividade prazerosa, tornam-se também mais vulneráveis. Destas ocupações, os profissionais da área da saúde formam um conjunto significativo, que vem sendo estudado pelos pesquisadores deste campo como um



grupo altamente exposto ao aparecimento deste comportamento de exaustão e colapso. Isto é, suas possibilidades de resistência vão sendo permanentemente minadas, já que a característica de sua ocupação é cuidar de quem sofre, ou seja, cuidam de alguém que supõe encontrar neste profissional da área da saúde a cura para sua queixa. Em geral, estes profissionais têm menos oportunidade de desenvolver *estratégias defensivas* eficazes.

Dentro deste conjunto destacam-se os médicos, enfermeiros e enfermeiras, assistentes sociais, dentistas, prestadores de serviços de saúde em oncologia, profissionais de saúde e que atendem pacientes com aids, pessoal de serviços de emergência, trabalhadores em serviços de saúde mental, fonoaudiólogos e outros profissionais especializados em serviços de cuidados de idosos, em serviços de cuidados com bebês, terapeutas ocupacionais e terapeutas em geral e nas demais áreas de reabilitação, em casas de repouso e em instituições asilares.

Entre os enfermeiros e enfermeiras que lidam mais de perto com os pacientes, a exposição à doença, à agonia e à morte é mais repetitiva. Pacientes são em geral exigentes com os enfermeiros e com os que são encarregados dos cuidados diários com eles, depositando na medicação a importância da cura, negligenciando sentimentos de gratidão e de agradecimento em relação aos enfermeiros; há muitos casos de violência contra estes profissionais durante a realização de suas tarefas.

Provavelmente, a declaração mais devastadora relativa a alguns dos efeitos do *burnout* é o fato de que os trabalhadores nos serviços de saúde americanos cometem duas vezes mais suicídios, um possível resultado de seu envolvimento com a doença e a morte. (Felton, 1998, p. 241)

Trabalhadores em serviços sociais, como os assistentes sociais, podem manifestar os mesmos sinais de *burnout* de outros prestadores de serviço na área de saúde, como a grande variedade de sintomas físicos, diminuição de autoestima, suspensão das atividades ocupacionais e extracurriculares, além de também estarem sujeitos a atos de violência similares aos praticados contra os demais profissionais de saúde. O trabalho social foi definido

[...] como uma das várias atividades ou métodos profissionais concretamente preocupados com a prestação de serviços sociais, particularmente envolvidos com a investigação, tratamento e ajuda material dos economicamente carentes e socialmente desajustados. (Felton, 1998, p. 242)

A situação real de seu trabalho é muitas vezes limitada pelas condições institucionais ou dos planos de saúde de que dispõe o cliente. Outras vezes, seu serviço não é reembolsável, sendo oferecido em caráter voluntário, o que passa paulatinamente a ser desgastante, pois seu trabalho é praticado em parcerias com outros profissionais da saúde, a quem caberá, na maioria das vezes, a decisão de alta do paciente e outras condutas, limitando e questionando a própria autonomia do papel do assistente social.

Entre dentistas a situação de *burnout* é propiciada por duas fontes. A primeira vem do paciente em geral, temeroso desde criança do contato com o dentista, sendo sempre muito arredo ao entrosamento com estes profissionais. Prevalece a ansiedade centrada no equipamento – brocas e agulhas – e preocupações com reações embaraçosas durante o tratamento. Além disto, o trabalho exercido pelo dentista é pouco observável explicitamente, a não ser por outro profissional, deixando à margem ingredientes para aumento de autoestima profissional. A outra fonte de desgaste decorre das condições ergonômicas para o desempenho profissional.

O trabalho é difícil e realizado em uma posição desconfortável, de lado, em relação a uma cadeira. Fresse (1987) observou que a odontologia é uma das mais estressantes de todas as ocupações. Se uma prótese complicada não fica boa, o dentista é informado imediatamente pelo usuário. (*apud* Felton, 1998, p. 242)

Prestadores de serviços para pacientes de oncologia e para pacientes de aids são preditores de *burnout*, já que estas enfermidades apresentam quadro de sofrimento severo, cuja possibilidade de remissão é mínima, o que é sabido tanto pelo profissional quanto pelo paciente e seus familiares. Além das hipóteses de contágio, no caso de aids, também associadas à tuberculose, a morte prematura de jovens pacientes traz graus de desgaste semelhantes aos experimentados na clínica de oncologia com pacientes crianças. O

trabalho destes profissionais está atravessado, no dia a dia, pela morte iminente destes pacientes.

Pessoal que trabalha em serviços de emergência, sejam

[...] médicos, paramédicos, técnicos em emergência médica, ou bombeiros especialmente treinados, estão todos sujeitos às chamadas catástrofes físicas, apresentando situações emocionais de alto risco. É esperado que estes profissionais estejam preparados para responder rápida e adequadamente em circunstâncias de vida ou de morte. (p. 243)

Para neutralizar os efeitos destas situações estressantes, Felton também relata que o pessoal que lida com emergência recorre ao humor, frequentemente doentio e mórbido, fruto de uma cultura existente desde a época de estagiários nestes serviços, repassada pelos companheiros mais experientes. Os paramédicos experientes definiram o humor usado como uma forma de enfrentar o estresse e seus efeitos; seu uso foi uma saída para o bombardeio de doenças, traumas, mortes, miséria social que eles enfrentavam quase diariamente. O uso do humor entre profissionais que lidam cotidianamente com a morte também é referido nos estudos de Stora (1991).

No estudo de Felton (1998), paramédicos e bombeiros observados revelaram significativa fadiga física e emocional, apatia, sentimentos de desesperança, sentimentos de desamparo, sentimentos de culpa, sensação de inadequação, certa desilusão, atitudes de resignação e de indiferença. Apesar destes sentimentos considerados “negativos”, é frequente a realização de tarefas altamente arriscadas, muitas vezes heróicas e reconhecidas com premiações públicas.

Poderíamos pensar que em parte estes sentimentos são poderosas defesas psíquicas, já que a imperiosa necessidade de permanecerem nas suas ocupações é uma exigência para o exercício profissional e seu meio de ganhar a vida.

O reconhecimento de *burnout* como uma manifestação de estresse em fase de esgotamento tornou-se uma evidência preocupante, sobretudo quando se torna uma manifestação comum entre profissionais da área de saúde e que cuidam de outras pessoas.

A própria qualificação do profissional traz inerente ao desempenho de sua função a necessidade de que possa receber o paciente e/ou o cliente com seu equilíbrio preservado, pois quem deve ser amparado é o paciente. Há uma concepção neste estudo de Felton (1998) de que as políticas de saúde e a administração dos profissionais institucionalizados são responsáveis por grande parte do estresse nestes profissionais. Este foi o resultado revelado com a aplicação da escala de Holmes e Rahe[6], responsabilizando a fraqueza administrativa e organizacional como a principal causa de estresse em psiquiatras de um grande hospital psiquiátrico. Aparece ainda uma incompreensão de que profissionais que atendem pacientes mentalmente doentes apresentam um grau de estresse próprio e individual, decorrente do atendimento, muitas vezes minimizado nas instâncias gerenciais, que exigem desempenho e resultados quantitativamente comprováveis.

Seguindo a orientação geral que levou Felton (1998) a elaborar sua pesquisa, a de propor medidas de prevenção e tratamento, há um conjunto de sugestões como a de trabalhos e estudo em grupo, busca de assessorias externas, grupos internos para troca de sugestões, além do atendimento individual, pessoal ou em grupo, de caráter de apoio ou terapêutico. Propostas de desenvolvimento e aprimoramento profissional, como qualificação e desenvolvimento pessoal, aparecem como medidas desejadas e bem-sucedidas.

## ***Burnout e patologias contemporâneas: opinião de Dejours***

Christophe Dejours (2001), em entrevista para a *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, realizada por Rubens Volich, diz:

[...] hoje falamos muito de *burnout*, no mundo inteiro, um esgotamento profissional que encontramos em muitas profissões e, mesmo que critiquemos este termo, ele tem a vantagem ao menos de mostrar que o que está no centro desta nova patologia é a relação entre aquele que trabalha e o cliente; a relação com o cliente é uma cilada psíquica, pois as pessoas são pegas numa relação que, de um lado, traz um excesso

de carga de trabalho imposta pela própria relação e que, ao mesmo tempo, cria uma forte agressividade reativa que é, entretanto, barrada pela forte culpabilidade que faria descarregar a agressividade contra o cliente. (p. 160)

Nesta mesma entrevista, Dejours (2001) se refere às patologias contemporâneas decorrentes das novas formas de trabalho, sobretudo às atividades em que os trabalhadores usam equipamentos de informática, fruto do “triunfo da robotização, da informática, da automação”, que deveriam trazer a emancipação dos homens em relação ao trabalho. É o contrário o que observamos. Lá onde as tarefas de manutenção deveriam ter diminuído, onde, segundo o que nos anunciavam há pouco tempo, o trabalho desapareceria, tudo seria feito pelas máquinas, o que vemos, na realidade, é uma explosão de patologias de sobrecarga (p. 159). Uma destas patologias é a Lesão por Esforços Repetitivos (LER), que se tornou uma verdadeira “epidemia”.

São também recorrentes os transtornos de cognição, que fazem com que, em situações relativas à organização do trabalho, o adulto não consiga mais “distinguir aquilo que é bom daquilo que é ruim, o que é justo do que é injusto, e mesmo aquilo que é verdade daquilo que é falso na própria natureza do trabalho” (Dejours, 2001, p. 161). São frequentes os problemas de memória, e há crescente dificuldade de abstração; é como se houvesse um entorpecimento da capacidade de pensar e de julgar. No local de trabalho, as pessoas são interrompidas por correios eletrônicos, pedidos, ordens anotadas em quantidade cada vez maior, pequenos recados e lembretes em *post-it*. Dejours (2001) relata o caso trágico, ocorrido na França, em que um homem cobriu todo o corpo com *post-it* e se matou!

O elenco destas patologias contemporâneas é a última geração das novas formas de adoecimento no trabalho. Apesar das conquistas trabalhistas, econômicas, sociais e políticas, ao longo dos últimos séculos, o homem continua submetido a condições de trabalho penosas e ao que foi descrito por Antunes (2001), em *Os sentidos do trabalho*, como transnacionalização do capital e de seu sistema produtivo que trazem consequências “na reconfiguração tanto do espaço, quanto do tempo da produção, dada pelo sistema global do capital” (p. 117). Além do adoecimento individual, no trabalho surgem com vigor conflitos não só na relação vertical, com o poder, mas há uma fragmentação crescente

em função do processo de internacionalização do capital, abrindo clivagens entre os trabalhadores estáveis e precários, homens e mulheres, jovens e idosos, brancos e negros, qualificados e desqualificados, “incluídos e excluídos”, todos aqueles que vivem do trabalho.

De qualquer forma, a escolha do trabalho como fazer humano essencial, “como fonte, originária, primária de realização do ser social” (Antunes, 2001) e por isso mesmo objeto de estudo de todos os que se dedicam a compreender o homem, e compreendê-lo em sua totalidade, nos dá a convicção de que um estudo do estresse, neste campo, pode ajudar a construção de novos cuidados com quem trabalha, no seu local de trabalho, no dia a dia.

O trabalho [...] mostra-se como uma experiência elementar da *vida cotidiana*, nas respostas que oferece aos carecimentos e necessidades sociais. Reconhecer o papel fundante do trabalho na *gênese* e no *fazer-se do ser social* nos remete diretamente à dimensão decisiva dada pela esfera da vida cotidiana. (p. 168)

Esta concepção é certamente a que leva estudiosos como Christophe Dejours (2001) a se manterem vigilantes e preocupados com as questões colocadas pela relação entre a saúde mental e o trabalho. O fim do século XX e o início do século XXI caracterizam-se, do ponto de vista da psicopatologia do trabalho, e da psicodinâmica do trabalho, pela

[...] vitória mundial do liberalismo econômico, que se traduz – aproximando-nos do funcionamento psíquico individual – pela aparição de novas formas de dominação [...] que se tornam cada vez mais duras para a população; as pessoas se defendem e, finalmente, o trabalho não é mais o lugar de autorrealização. É um lugar onde se esvaem todas as energias em um mesmo sentido: aquele de proteger-se. Proteção de si não é a mesma coisa que autorrealização. Chegamos, então, a paradoxos e coisas que são extremamente preocupantes não somente para cada um de nós, mas para o futuro da sociedade. (p. 162)

## ***Estresse: tentativas de cuidar***

### **Comentários finais**

A primeira revisão extensiva da literatura a respeito de programas de controle do estresse ocupacional foi publicada em 1979, feita por Newman e Beehr; em 1989, Frank e Cooper fizeram nova revisão, concluindo ter havido substancial progresso em relação aos achados anteriores. Esta informação é prestada por H. van der Hek e H. N. Plomp (1997). Os autores informam que os programas de controle tornaram-se mais sistemáticos e rigorosos, o que já fora observado em 1989, e seu trabalho examina programas de controle até 1994. Os programas são concentrados no trabalhador individualmente, no grupo de trabalho, na organização do trabalho ou na organização como um todo. São indicadas as categorias dos trabalhadores: enfermeiros, professores, psicólogos, médicos residentes, trabalhadores de escritório, pessoal de manutenção e de limpeza em hospitais, entre outras. Os programas desenvolvem treinamentos em conjuntos, que variam entre grupos de 8 a 22 integrantes, cuja periodicidade também varia. Houve programas com três sessões de treinamento ou de atendimento em grupo por semana durante três semanas; programas com uma sessão por semana durante oito semanas; programas de duas sessões de 50 minutos por semana durante três semanas, e outras variações de duração e tamanho de grupo. Houve uma variação muito grande quanto à duração de tempo no atendimento individual: de nove minutos até doze horas, por trabalhador, dentro de diferentes programas.

Foram relatados também grupos de relaxamento com música e outros recursos. Apesar do aumento de programas de controle do estresse, conforme Hek e Plomp (1997), não é possível identificar quais técnicas e intervenções são as mais eficientes ou recomendáveis. Eles consideram que a abordagem da organização, como um todo, traz mais e melhores resultados para o trabalhador, individualmente, do que uma intervenção apenas individual. Quando a organização apoia administrativamente o programa, há um impacto maior e os resultados são mais evidentes.

De uma perspectiva metodológica, entretanto, não está claro exatamente o que causa os efeitos: o compromisso e a boa vontade da administração em investir em recursos humanos, a qualidade dos componentes de um único programa, ou simplesmente a combinação de todos estes fatores. (Hek; Plomp, 1997)

O fato de os programas serem muito diferentes dificulta uma avaliação correta da

eficácia e pertinência da proposta, lembrando que é indispensável dirigir o programa para os trabalhadores que estão em atividades ocupacionais de risco. Há necessidade de envolver tanto a administração quanto o trabalhador na etapa de preparação, para um melhor resultado, conforme as análises feitas.

Uma outra experiência, não exatamente um programa de controle do estresse, mas de prevenção do estresse, foi a experiência de que participei na área de saúde e de segurança do trabalho, em uma empresa de geração e de distribuição de energia elétrica[7]. O programa proposto tinha como objetivo a prevenção do estresse no local de trabalho, como decorrência de casos de afastamento por motivos de acidente de trabalho e queixas como hipertensão arterial, problemas cardiovasculares e relativos ao aparelho digestivo, além de outras, como LER, detectadas nos exames periódicos de saúde feitos pelo serviço de atendimento médico da empresa. O programa foi desenvolvido pelos departamentos de treinamento e desenvolvimento de pessoal, em parceria com o departamento de saúde e segurança no trabalho da própria empresa. A população-alvo foi o corpo gerencial e de administradores, e também os trabalhadores de escritório e em serviços internos. A preocupação era o estresse revelado já como adoecimento. A proposta foi sustentada, também, em parceria com as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) para abordagem do estresse desenvolvido pelos trabalhadores em áreas de risco de segurança (rede de energia aérea ou subterrânea) e para os empregados que lidavam com equipamentos de informática (telefonistas, escrivães, entre outros). Para a realização da proposta foi estabelecida uma programação em conjunto com a área de treinamento da empresa, que constou de realização de palestras e inúmeras reuniões com trabalhadores de escritório, operadores de telefonia que atendem no serviço de reclamações dos usuários e clientes da empresa, digitadores, e ainda com o corpo gerencial, totalizando 300 gerentes. Os treinamentos mais prolongados duravam em média três dias e eram realizados em centros de treinamento fora do local de trabalho.

Em parceria com as CIPAs, as reuniões foram mais pontuais, realizadas durante o período de trabalho, dentro da empresa e ainda durante as atividades das semanas dedicadas à segurança, as SIPATs (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de



Trabalho). Apesar de a totalidade de empregados atingida ser maior, em relação ao trabalho realizado fora da empresa, com dirigentes e coordenadores, teve um alcance mais superficial. Contudo, o trabalho das equipes de profissionais que participaram destas atividades de “prevenção do estresse”, ou mesmo de “detecção” de estresse, pôde ser continuado internamente na empresa, uma vez que os serviços de treinamento, desenvolvimento e saúde eram permanentes e de livre acesso aos empregados e dirigentes. Além do atendimento específico no ambulatório de saúde, tanto pelos médicos como pelos psicólogos na empresa, foram constituídos grupos na área de desenvolvimento para assessoria dos dirigentes. Na equipe havia psicólogas, médicos, professores de educação física e assistentes sociais, e foi utilizado o quadro/diagrama *Fontes do estresse profissional*[\[8\]](#) e a tabela Holmes e Rahe. O resultado do programa não foi mensurado posteriormente, não sendo possível uma avaliação quantitativa e/ou qualitativa. O principal motivo se deveu à mudança no quadro de direção da empresa, que passou a ter outras prioridades e outros programas. O que se assimilou, contudo, como uma concepção relevante foi a compreensão, amplamente debatida nos treinamentos tanto com os dirigentes como com os trabalhadores operacionais, de que *os acidentes de trabalho são fruto de um processo de desgaste/de estresse, que pode ser previsto e eventualmente contornado*. Tornou-se também evidente que estas ações só são possíveis com a anuência da administração das empresas, pois todas as intervenções/treinamento foram realizadas durante horário de trabalho, necessitando rodízio para que todos os trabalhadores dos setores que eram o público-alvo pudessem participar dos grupos de treinamento, que se prolongaram por mais de dois anos consecutivos.

Brown e Campbell (1991) relatam serem recorrentes referências às manifestações de estresse em trabalhadores de serviços de emergência, tais como: dificuldade em dormir, falhas na concentração, sonhos recorrentes com as situações traumáticas dos acidentes que atenderam, além de sentimento de culpa por terem se salvado. Estes sintomas estão associados à elevada pressão sanguínea, aumento do hábito de fumar, estados emocionais depressivos, doenças cardíacas coronarianas e distúrbios na saúde mental, de acordo com os autores.

Evidentemente, a melhor forma de prevenir e controlar o estresse, sobretudo em relação ao trabalho e às atividades ocupacionais, vai exigir dois pressupostos: uma análise da situação do trabalho e o cuidado com o indivíduo que trabalha.

Ampliando a possibilidade de cuidado com o indivíduo, tanto o que está vinculado a uma empresa, a uma instituição, a uma sociedade ou associação, ou pensando em qualquer indivíduo que pessoalmente esteja vivendo uma situação de exaustão e de falência das forças de resistência ao estresse, todos podem se beneficiar com um tratamento assistido por profissionais da área da saúde. Os programas de estresse ocupacional estão referidos a indivíduos que trabalham e, por isso, têm preservadas suas possibilidades e capacidades de enfrentar o dia a dia, de produzir, de viver em grupo, e em geral também mantendo laços de família e laços afetivos de amor, de companheirismo e de amizade. Por isso, *também*, é que o estresse ganhou terrenos e espaços maiores na mídia, na literatura especializada, pois há uma demanda crescente de que o sofrimento e as patologias relacionadas ao trabalho sejam, sempre e cada vez mais, objeto de intervenções de saúde.

Por um lado, há o avanço dos estudos dos profissionais e cientistas que se ocupam do trabalho como um fazer essencial ao homem. Há um conjunto cada vez mais ampliado de saberes que vêm se ocupando do homem e da mulher que trabalham e, mais ainda, se ocupando com as possibilidades de ajuda individual no enfrentamento das situações de desgaste, do dia a dia. Este campo é constituído, hoje, por vertentes das ciências sociais, econômicas e políticas; das ciências da saúde, com destaque para a medicina; das ciências ligadas à psicologia, à psicanálise e suas interfaces com a medicina, como o caso da psicossomática. São todos saberes que se preocupam com o ambiente físico do trabalho e as condições materiais para exercê-lo, que se preocupam com a natureza, com as condições ambientais para o exercício do trabalho e com as condições de vida. Sabemos também que todo o investimento das empresas e de organizações em programas de prevenção do estresse tem intenções múltiplas: cuidar do indivíduo e do desempenho empresarial. Neste sentido, há o conjunto de análises e pesquisas que demonstram que a empresa pode gastar menos com a *prevenção do estresse*, mesmo que os programas sejam continuados, envolvendo todos os trabalhadores, tanto em postos gerenciais e de comando

como em postos operacionais, do que gastar com afastamentos do trabalho por motivos de saúde, bem como por motivos de acidentes de trabalho.

Pensando no estresse como uma concepção de sofrimento pessoal e também coletivo e organizacional, podemos concluir que o recurso a um tipo de apoio resolve uma parte, mas não o todo. As contribuições da psicanálise e da psicologia devem estar alinhadas às contribuições da medicina, da psiquiatria, da psicossomática e das demais áreas da engenharia, da economia, e também ancoradas em uma intervenção política para que o estresse possa ser prevenido e tratado. Sendo um fenômeno universal, demanda atenção das ciências, dos empresários, dos governos. Como uma noção “*carrefour*”, cunhada por Stora (1991), requer um elenco de ações que só é possível pensar a partir de uma intervenção compartilhada. Se nós, dentro do campo da saúde, sabemos como tratá-lo, cabe à sociedade, às entidades e organizações dos trabalhadores e ao governo a decisão de preveni-lo. Sabemos os limites dos mecanismos individuais psíquicos e somáticos de resposta ao estresse. Podemos, mais do que sugerir, propor ações comuns que resgatem, na saúde, o cidadão.

[6] Referida no capítulo 3, *Estresse e trabalho*.

[7] Agradeço especialmente a contribuição de Rita Aparecida Lorenc na recuperação destas informações. Rita foi integrante da equipe de implantação e operacionalização deste programa.

[8] Veja o capítulo 3.

# Referências bibliográficas da Parte I

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2001.
- ARANTES, M. A. A. C. *Pacto re-velado: psicanálise e clandestinidade política*. São Paulo: Escuta, 1994.
- BOLLAS, C. *Forças do destino: psicanálise e idioma humano*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- BONAMIN, L. V. O estresse e as doenças. *Ciência Hoje*, v. 17, n. 99, p. 26-30, 1994.
- BROWN, J. M.; CAMPBELL, E. A. Viewpoint'91: stress among emergency services personnel: progress and problems. *J. Soc. Occup. Med.*, v. 41, p. 149-150, 1991.
- CANNON, W. B. *The wisdom of the body*. New York: Norton, 1939.
- CASATI, R. *A descoberta da sombra: de Platão a Galileu. A história de um enigma que fascina a humanidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- COOPER, C. L. Job distress: recent and emerging role on clinical occupational psychologist. *Bull. Br. Psychol. Soc.*, v. 39, p. 325-331, 1986.
- DEDALUS – Banco de dados bibliográficos da USP. <http://www.usp.br/sibi>
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.
- . Entrevista com Christophe Dejours. *Rev. Latinoamer. Psicopatol. Fundamental*, v. 4, n. 3, p. 158-163, 2001.
- .; VELL, C.; WISNER, A. *Psychopatologie du travail*. Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1985.
- FELTON, J.S. *Burnout as a clinical entity: its importance in healthcare workers*. *Occup.*

*Med.*, v. 48, n. 4, p. 237-250, 1998.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicanálise. In: ———.; VOLICH, R. M. (orgs.) *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

———. O mal-estar no trabalho. In: ———.; VOLICH, R. M.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

———. *Normopatía: sobreadaptação e pseudonormalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. (Coleção “Clínica Psicanalítica”).

———.; VOLICH R. M. (orgs.) *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FRANKENHAEUSER, M. *Stress, health, job satisfaction*. Stockholm: Swedish Work Environment Fund., 1989.

FRESSE, A. S. Dental stress: It can be overcome. *TIC*, v. 46, p. 1-3, 1987.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. v. 16.

———. Inibições, sintomas e ansiedade. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. v. 20.

———. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980c. v. 22.

———. Manuscrito E: Como se origina a ansiedade. In: MASSON, J. M. (ed.) *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

- FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. *J. Soc. Issues*, v. 30, p. 156-165, 1974.
- . Staff burn: out syndrome in alternative institutions. *Psychother. Theory Res. Pract.*, v. 12, p. 73-82, 1975.
- HANNS, L. A. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- HEK, H.; PLOMP, H. N. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup. Med.*, v. 47, n. 3, p. 00-00, 1997.
- HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. *J. Psychosomat. Res.*, v. 4, p. 189-194, 1967.
- KALIMO, R. Assessment of occupational stress. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Epidemiology of occupational health*. Copenhagen, 1987.
- LAPLANCHE, J. *Problemáticas I: A angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- .; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção da saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1987.
- LIPP, M. N. Stress: conceitos básicos. In: *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus, 2001.
- MARTY, P. *Apsicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MARX, K. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção *Os Pensadores*).
- MASSINI, N. *Estudo das cardiopatias coronarianas sob o ponto de vista da lei de acidentes do trabalho*. 1984. Tese de livre-docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo.
- McDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

- . *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- . *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- MEDLINE, WebSPIRS, [wysiwyg://http://erl.sibi.usp.br: 8590](http://erl.sibi.usp.br: 8590)
- MINZBERG, H. *The nature of managerial work*. New York: Harper and Row, 1973.
- MONZANI, L.R. *Freud: o movimento de um pensamento*. Campinas: Unicamp, 1989.
- PEREIRA, M. E. C. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta, 1999.
- REGO, R. A. *Trabalho e saúde: contribuição para uma abordagem abrangente*. 1987. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo.
- ROCHA, L. E. *Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas*. 1996. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo.
- ROCHA, Z. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez, 1994.
- SELYE, H. *The story of the adaptation syndrome told in the form of informal, illustrated lectures*. Montreal: Acta Inc., 1952.
- SPITZ, R. A. Some observations on psychiatric stress on infancy. In: SELYE, H.; HEUSER, G. (eds.) *Fifth Annual Repport on Stressa*. New York: M. D. Publications Inc., 1956.
- . *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

STORA, J. B. *Le stress*. Paris: PUF, 1991.

VASCONCELOS, E. G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SERGER, L. (org.) *Psicologia & odontologia: uma abordagem integradora*. Santos: Santos, 1992.

VOLICH, R. M. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. (Coleção “Clínica Psicanalítica”)

———.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.



## PARTE II

# Maria José Femenias Vieira

Após tantas encruzilhadas na medicina e na vida – com as quais espero continuar deparando –, encontrei o grupo de professores do Curso de Psicossomática do Instituto *Sedes Sapientiae*, com o qual tenho o privilégio de compartilhar, atualmente, a atividade docente. Em meio às diversidades, temos encontrado a unidade. Esta convivência possibilitou-me integrar à minha prática médica o verdadeiro cuidado com o doente. Foi o que sempre busquei, desde a época de estudante, em que pouca importância era dada aos aspectos emocionais do paciente. Não me foi necessário abdicar da especialidade cirúrgica, a qual exerço com responsabilidade, respeito e delicadeza. Pode parecer mais fácil lidar com a dor do corpo do que com a dor da alma. Entretanto, é extremamente gratificante enxergar o paciente como um todo, e não como um homem-máquina, portador de uma patologia. Agradeço muito aos professores do Curso de Psicossomática do Instituto *Sedes Sapientiae*.

*Maria José Femenias Vieira*

## 5.

# As funções orgânicas diante do estresse

## *O estresse é uma condição da atualidade?*

O estresse ocorre em pessoas de qualquer idade. A resposta a ele é individual, uma vez que atua na unidade psique-soma. Seu conceito pode ser considerado abstrato: segundo Luiz Miller de Paiva (1996), ele “não existe em estado puro e, tal como a vida, é muito difícil de ser definido. O estresse em uma rata ou em um homem não existe como tal; ele aparece se combinando com algo, isto é, depende de um agente específico para ser produzido”.

Pode-se considerar que o estresse sempre existiu; porém, antes do advento das civilizações modernas, as manifestações relacionadas ao estresse eram relacionadas à sobrevivência diante dos perigos concretos na luta pela própria manutenção da vida.

A via de descarga motora era a mais utilizada por nossos ancestrais que lutavam contra os perigos da natureza, contra as guerras, contra os animais selvagens; lutavam pela terra e contra as alterações climáticas. Para o homem moderno, as ameaças ainda existem, apesar de se manifestarem de diferentes formas; a organização biológica, no entanto, continua a mesma, mas a via de descarga motora não é utilizada com a mesma frequência que outrora.

As reações fisiológicas iniciais ao estresse visam à manutenção do corpo e são as mesmas dos nossos ancestrais, apesar de as ameaças serem diferentes. Estas eram mais concretas para o homem primitivo e hoje se apresentam de forma mais abstrata, como a insegurança em relação à perda de emprego, riscos da violência urbana, ou seja, sensações de ameaças que talvez nem venham a ocorrer; porém, as reações orgânicas são as mesmas, independentemente das ameaças serem físicas ou da ordem mental, e o organismo não sabe diferenciá-las.

As alterações orgânicas associadas ao estresse são tidas como um mecanismo normal

em todos os seres, cujo objetivo é a defesa contra eventuais agressões. O estresse é uma condição do ser vivo que precisa de algum tipo de reação diante das agressões de qualquer natureza. Estas modificações orgânicas ocorrem para a própria sobrevivência, não em um único órgão ou sistema. Atualmente, sabe-se que o sistema nervoso e o endócrino desempenham importante papel na adaptação do organismo, porém todo o corpo pode se encontrar alterado na tentativa de manter o organismo apto para viver.

O estresse é importante para a sobrevivência e, portanto, sempre existiu. Se não existisse, talvez nem estivéssemos aqui.

## *A medicina em diferentes civilizações*

Segundo Roberto Margotta (1998), em cujo livro *História ilustrada da medicina* este capítulo está fundamentado, a medicina é “a tentativa consciente do homem em combater a doença, sendo tão antiga quanto a própria consciência”. Ela parece ter se originado de práticas mágicas e sacerdotais. O homem primitivo provavelmente percebia coisas visíveis – fenômenos da natureza – e também coisas invisíveis e desconhecidas, mas capazes de ameaçar a saúde, gerando doenças e culminando com a morte. A medicina, então, evoluiu de práticas intuitivas: sua história esteve ligada a religiões, cultos de magia e tentativas de ligações com espíritos superiores, já que a maioria dos desequilíbrios orgânicos ocorria sem causas específicas.

A evolução da medicina ocorreu paralelamente ao desenvolvimento do próprio mundo, a exemplo do que se deu com as outras ciências. As doenças ocorriam, mas os nossos ancestrais não sabiam explicá-las nem tampouco tratá-las. Quando a doença e a morte decorriam de alterações da natureza ou de agressões sofridas, não causavam tanto temor como nos casos em que eram vistas como manifestações inexplicáveis. Daí se atribuir o aparecimento das doenças à ira dos deuses. Pode-se supor que situações estressantes ocorriam nos primórdios, tal como hoje, e determinavam manifestações clínicas que acabavam ficando sem explicações. Posteriormente ao advento das civilizações dos sumérios, dos assírios e dos babilônios, que exerciam a arte de curar especialmente por

métodos empíricos, os gregos, os egípcios, os israelitas e os persas desenvolveram esta arte de forma menos empírica, levando em consideração conceitos de higiene e maior conhecimento técnico. Contudo, tinham ainda a religião a permear esta prática.

A medicina na Grécia, após a guerra de Tróia, desenvolveu-se paralelamente à filosofia, não sendo exercida por sacerdotes, mas por leigos que deram início a investigações não mais baseadas em magia. A mais antiga fonte de informações sobre a medicina grega é a obra de Homero: “O médico vale muitas vidas, inigualável na remoção de flechas das feridas e na cura com bálsamos preparados de ervas” (Margotta, 1998). Mesmo assim, a influência oriental permaneceu e as curas eram muitas vezes atribuídas aos deuses.

O culto a Esculápio ou Asclépio, considerado o deus da medicina, pode ter evoluído de uma destas divindades. Foi este culto que fez com que os gregos comessem a dar importância a um aspecto específico da doença, podendo-se dizer que “a psicoterapia, libertada dos rituais de exorcismo, teve seu início nos santuários” (Margotta, 1998). A partir do século VI d.C., a medicina passou a ter um caráter mais profissional, só podendo ser exercida após verificação do desempenho do estudante na escola.

Os gregos possuíam uma mente inquiridora. Encaravam os problemas da vida de maneira mais vigorosa e tentavam, por meio da filosofia, compreender o homem e seu mundo. Alcmeon, médico contemporâneo de Pitágoras, foi quem elevou a medicina à categoria de ciência.

Hipócrates, pai da medicina e profundo conhecedor do sofrimento humano, buscava colocar o médico a serviço do paciente, afirmando que o seu lugar era ao lado do enfermo. Ele demonstrou que o sofrimento podia ser aliviado não só por intermédio de magia. Em uma de suas obras, recomenda:

[...] é necessário observar como vivem as pessoas, do que elas gostam, o que comem e bebem, se fazem exercícios físicos [...] Tudo isto o médico precisa saber, se quiser realmente compreender as queixas dos pacientes e se colocar em uma posição em que possa receitar o tratamento adequado. (Margotta, 1998)

Outros médicos gregos puderam contribuir para o avanço da medicina. Mas, com o

domínio do império romano, a arte da medicina ficou sob outras influências. Com a queda de Roma, a ciência médica entrou em declínio, pois o pensamento racional era difícil em meio à corrupção política, pobreza e epidemias que se alastravam. Estas condições impossibilitavam a atuação dos médicos. Permaneceu uma mistura de deuses e homens, e as superstições voltaram a ocupar o espaço do pensamento científico. Por este motivo, a medicina passou por fases de ascensão e fases de trevas, ambas relacionadas com as condições do meio e as circunstâncias históricas.

Progressivamente, o pensamento médico tornou-se mais liberto das doutrinas antigas, mas, por muito tempo, manteve suas raízes ligadas aos deuses. As ciências exatas passaram a ter grande influência na tentativa de criar um ambiente de vitória sobre as doenças. Mesmo assim, os períodos de descobertas continuaram intercalando-se com momentos de estagnação.

Depois que os estudos de anatomia e a dissecação de cadáveres tornaram-se possíveis, houve um avanço em relação a conhecimentos mais abrangentes do corpo humano e conseqüentemente das doenças.

No entanto, por uma contingência da própria evolução tecnológica e pelos inúmeros conhecimentos que aumentam em progressão geométrica, o doente foi dividido em partes, e as várias especialidades foram praticamente uma imposição. Em razão da grande influência exercida pelo pensamento de Descartes, responsável pela fragmentação do homem em corpo e alma, a enfermidade – tanto a mental como a corporal – passou a ser investigada e abordada sempre como algo do campo da física. O corpo era considerado, por assim dizer, estranho ao indivíduo (Perestrello, 1989).

Capra (1988) também atribui esta fragmentação a Descartes, afirmando que “a maioria dos terapeutas atentava para a interação de corpo e alma, e tratava seus pacientes no contexto do seu meio ambiente social e espiritual”. É apenas no momento em que uma nova concepção de homem e uma nova estruturação social aparecem, que os médicos, achando mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente, aderem ao modelo homem-máquina (Sousa, 1992). A abordagem completa do doente tornou-se cada vez mais difícil, diante da contínua ramificação do conhecimento.

Do ponto de vista histórico, Franz Alexander (1989) assevera que

[...] o desenvolvimento da psicanálise pode ser considerado como um dos primeiros sinais de uma reação contra o desenvolvimento analítico e unilateral da medicina na segunda metade do século XIX, contra o interesse especializado em mecanismos detalhados, contra a negligência do fato biológico fundamental de que o organismo é uma unidade e de que a função de suas partes só pode ser compreendida do ponto de vista do organismo como um todo. (p. 30)

A medicina foi uma ciência em expansão, que saiu do empirismo e adentrou a tecnologia, possibilitando estudos metodológicos mais acurados.

Na década de 1920, o fisiologista Walter Cannon (1929) confirmou que a reação de estresse é parte de um sistema unificado mente-corpo. Ele observou que em situações de frio intenso, falta de oxigênio e fortes emoções, há um estímulo do sistema nervoso simpático, que libera substâncias que determinam reações orgânicas adaptativas, as quais denominou luta ou fuga (*fight or flight*).

Hans Selye (1936) ampliou, a partir destes estudos, o conceito de estresse. Ele iniciou suas pesquisas em modelos experimentais e transpôs os seus achados aos seres humanos. Este pesquisador acreditava que existiam substâncias, ainda não definidas, que estariam relacionadas com o desenvolvimento de algumas doenças. Inúmeros avanços haviam ocorrido nesta época, que foi considerada a era moderna na história da medicina.

No momento em que estas pesquisas estavam em curso, Pasteur já havia descoberto os lactobacilos e viria a descobrir, logo em seguida, as bactérias. Este pesquisador declarava que, “no campo das observações, os eventos favorecem somente aqueles que estiverem preparados”; Robert Koch descobriu o bacilo da tuberculose; Paul Ehrlich e Elie Metchnikoff ganhavam o prêmio Nobel por seus trabalhos em imunologia; Alexander Fleming descobria a penicilina; Wilhelm Konrad Roentgen descobria o raio X, o que proporcionou o uso terapêutico do rádio, desenvolvido inicialmente por Pierre e Marie Curie.

Em meio à medicina que se desenvolvia, Selye, por meio de estudos experimentais, elaborou o conceito de estresse. Ele era um pesquisador que possuía uma capacidade mental criadora e costumava questionar os achados dos seus estudos experimentais, não definindo se estes eram específicos a uma determinada situação. Foi ele quem descreveu a *Síndrome Geral de Adaptação* (1946). Chamou-a de *síndrome*, porque ela continha várias manifestações orgânicas individuais, coordenadas ou parcialmente interdependentes. O termo *geral* foi incluído no nome desta síndrome, porque ela é provocada por agentes que causam reações, afetando várias partes do corpo, com fenômenos que agem na defesa orgânica. Pelo fato de auxiliar na aquisição e manutenção do estado e capacidade de tolerância a situações desagradáveis, o termo *adaptação* foi também incluído no nome desta síndrome (Selye, 1952).

Nascia, então, uma nova maneira de encarar o organismo. As respostas orgânicas não eram isoladas, mas estavam intimamente relacionadas entre os diversos sistemas. Passou-se a observar que as manifestações iniciais das doenças poderiam ser diferentes das finais.

Após os trabalhos de Selye, muitos outros foram desenvolvidos. Os primeiros estudos que consideravam a influência da suprarrenal foram realizados por Pincus *et al.* (1943), que observaram aumento da excreção urinária de hormônios desta glândula em pilotos de avião. A relação entre estresse e aterosclerose foi pesquisada experimentalmente em coelhos, demonstrando-se que quando havia estresse emocional, ocorria maior possibilidade de ateromas generalizados (Myasnikov, 1958). Outros trabalhos experimentais (Fessel, 1963) possibilitaram uma melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos em determinadas doenças.

Atualmente, são inúmeras as publicações sobre o estresse, e o ponto comum entre todas é o fato de existir uma falha nos mecanismos de adaptação, por dificuldade de enfrentar uma situação inesperada, indesejada ou mesmo desconhecida, quer física, quer psíquica.

## ***Existe estresse aceitável?***

Pode-se dizer que existe um estresse aceitável em que estas alterações somáticas

cumprem a sua função para manutenção da vida. No entanto, quando estas agressões se tornam repetitivas, intensas ou mesmo contínuas e prolongadas, o soma pode entrar em uma situação de esgotamento de energia. O organismo pode até conseguir manter a vida, mas há um consumo dos mecanismos de adaptação, sobrevivendo desequilíbrio da harmonia corpórea, com alterações orgânicas secundárias aos mecanismos iniciais, que antes ocorriam para a sobrevivência. Por este motivo, podem ocorrer manifestações orgânicas e efeitos indesejáveis de diversas naturezas.

O esforço para adaptação é muito intenso na luta do organismo contra os agentes que causam dano. Na realidade, o organismo precisa sobreviver e a vida tem de ser mantida; e o corpo tem de reagir ao que ameaça a sua integridade.

O estresse é, portanto, a reação orgânica que ocorre aos agentes agressores. Como estes agentes agressores podem se manifestar a qualquer instante e em qualquer situação, o *estresse* é uma condição que também pode se manifestar em qualquer instante ou situação. O emprego dos termos estresse negativo e positivo pode ser paradoxal, uma vez que consideramos que o estresse ocorre para manter a homeostase, ou seja, a estabilidade do meio interno orgânico em suas fases iniciais. Neste momento há possibilidade de manejar de forma mais criativa e eficiente as mudanças e eventos estressores. Isto deixa de ser normal quando as reações a estes eventos tornam-se crônicas, podendo gerar doenças.

## ***“O cão e o gato”***

Hans Selye definiu o conceito original de estresse a partir de experimentos com animais, que respondiam de forma regular diante de situações agressivas. Descreveu a *Síndrome geral de adaptação*, que evolui em três estágios sucessivos. O primeiro estágio foi denominado *reação de alarme*. É nesta fase que se desencadeia a série de reações para a sobrevivência orgânica, sem envolvimento de um órgão específico. Selye (1952) referiu que nenhum organismo vivo poderia permanecer continuamente em estado de alarme. Se o agente desencadeante fosse mantido, isto seria incompatível com a vida, sobrevivendo a morte precocemente. Se o animal sobrevivesse, a fase de alarme seria seguida pela de



resistência, como se o organismo não saísse da fase de alarme, mas ainda conseguindo um certo equilíbrio. Ele demonstrou as alterações que ocorrem no córtex da suprarrenal e observou que, após exposição prolongada a estes agentes nocivos, a adaptação adquirida tornava-se insuficiente e o animal entrava na fase de exaustão, cuja sintomatologia era similar às reações iniciais de alarme.

Diante de uma agressão física ou qualquer condição que ameace a integridade do organismo, este lança mão de reações por meio de mecanismo complexo para a manutenção do equilíbrio interno. As reações descritas nos seres humanos são as mesmas que ocorrem nos animais. Pode-se utilizar o exemplo da reação que o gato sofre ao encontrar um cão. Apesar de repetitivo e de parecer simplificado demais, ele será utilizado como ilustração, pois é a partir de eventos desta natureza que manifestações mórbidas podem ocorrer. Conforme já foi dito, o que acontece com o gato ocorre também com o ser humano em situações de agressão ou de possibilidade de agressão. Trata-se de reações que visam a preparar o corpo para a contrarreação após a tomada de decisão. Este exemplo simplificado permite, então, vislumbrar o que ocorre no organismo. Ao visualizar um cão (e este precisa ser assustador), o gato desencadeia uma série de reações para a luta ou a fuga, tais como: as pupilas dilatam para aumentar o campo visual e ter mais noção de espaço; os pelos eriçam para assustar o agressor, que poderá fugir; ocorre aumento da frequência cardíaca (taquicardia), hipertensão arterial e aumento da frequência respiratória (taquipneia). Estas alterações têm a finalidade de enviar um maior aporte de sangue para os músculos e cérebro, pois é necessária uma atividade mental mais intensa para agir rapidamente. Ocorrem um aumento da glicemia, para a produção de mais energia, e uma liberação dos esfíncteres anais e urinários, com a finalidade de eliminar as secreções urinárias e fecais para espantar o agressor. Há também um aumento do número de linfócitos, para defender o organismo de possíveis danos, além de aumentar os fatores de coagulação, caso ocorra alguma lesão corporal com hemorragia. Por causa do aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, para uma atividade motora mais rápida, há diminuição deste fluxo para as vísceras (intestinos, rins), diminuindo os movimentos peristálticos e a diurese. Estas modificações preparam o corpo para se defender. Uma vez cessado o estímulo que desencadeou estas alterações, os sistemas e órgãos voltam à sua atividade

habitual, até que sobrevenha mais um estímulo.

O mesmo acontece com o ser humano em uma situação de agressão ou possibilidade de agressão, o que é uma reação favorável pelo fato de estar relacionada com a própria sobrevivência. Outros sintomas e sinais relacionados com a descarga de adrenalina são: sudorese, mãos frias, secura na boca, dor de estômago, dores de cabeça, palidez cutânea, pressão no peito, aperto na mandíbula e dores musculares pela tensão muscular.

Qualquer acontecimento que altere o ritmo que o indivíduo mantinha, de forma a necessitar encontrar meios para se adaptar à nova situação, desencadeia esta série de sintomas e sinais. Eles não só ocorrem diante de agressões físicas, mas também diante de situações cotidianas, mas que geram desconforto interior, pois o indivíduo de certa forma pode se sentir ameaçado, ou mesmo tendo de se adaptar a uma nova condição.

No quadro a seguir (Ballone, 2001), realizou-se a correlação das causas dos sintomas na fase de alerta do estresse, reações estas comuns aos animais e seres humanos, em qualquer situação que demande reações de adaptação diante de pressões externas e internas.

<b>Causas</b>	<b>Sintomas</b>
Aumento do aporte de sangue para o cérebro e músculos	Aumento da frequência cardíaca (taquicardia) e hipertensão arterial
Aumento do aporte de oxigênio aos órgãos	Aumento da frequência respiratória (taquipneia) e broncodilatação
Aumento do campo visual	Dilatação das pupilas
Controle da temperatura corporal	Sudorese fria e mãos frias
Aumento da produção de ácido	Dor de estômago (epigastralgia)
Afastamento do agressor	Relaxamento dos esfíncteres
Fornecimento de energia para os músculos e para o cérebro	Aumento da glicemia

Tensão e enrijecimento muscular	Dores no corpo
Combate a agentes externos	Aumento do número de linfócitos
Controle da hemorragia em lesão corporal	Aumento dos fatores de coagulação
Diminuição do suprimento sanguíneo para o aparelho digestivo	Dificuldade de digestão

A diferença entre o ser humano e o animal em relação às reações ao estresse neste primeiro estágio é que, após o evento estressor, o animal volta ao seu cotidiano e esquece o ocorrido, enquanto o ser humano pode manter a presença do agressor na memória, mesmo que este tenha ido embora.

Caso não ocorra interrupção do agente agressor, mesmo na memória, sobrevém o segundo estágio, denominado *fase de resistência*, em que as reações físicas tornam-se mais intensas. A pressão arterial pode permanecer continuamente mais alta, assim como o ritmo cardíaco. Os sintomas desta fase são irritabilidade, dificuldade para relaxar, isolamento social, dificuldades sexuais, infecções de repetição, queda de cabelos, alterações cutâneas e alterações no ritmo do sono. Nesta fase há necessidade de ajuda profissional, pois podem ocorrer baixa autoestima e dificuldade para superar esta nova situação pela própria queda de produtividade, tentando evitar que estes sintomas se tornem crônicos ou entrem na fase de exaustão, na qual podem ocorrer manifestações orgânicas mais graves.

Quando existe uma falha do mecanismo de adaptação ou permanece o mesmo fator agressivo, sucede o terceiro estágio, designado como *fase da exaustão* ou esgotamento. O indivíduo se torna mais vulnerável a doenças, há disfunções fisiológicas, irritabilidade excessiva, depressão, baixa autoestima, aumento de colesterol. Se esta situação permanecer, há o aparecimento de doenças graves como gastrite, úlceras gástricas ou duodenais, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, acidente vascular cerebral, asma brônquica, depressão e doenças autoimunes.

# ***Sistema nervoso: o que define a estratégia após o estímulo***

O sistema nervoso é o grande comandante das funções orgânicas e sua organização processa a regulação das funções corpóreas. De acordo com Moreira e Mello Filho (1992),

[...] a resposta ao estresse dá-se através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação da homeostasia. Quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, aparece a doença, mediada por alterações no funcionamento daqueles sistemas.

O sistema nervoso, com o endócrino e o imunológico, provê a maior parte das funções de controle para o corpo. De acordo com Castro *et al.* (1999),

[...] muitos dados demonstram que informações na forma de citocinas, neurotransmissores ou mesmo impulsos nervosos, são permutados entre os diversos órgãos durante o estresse. Tanto o estresse quanto a resposta imune são mecanismos de adaptação que apresentam elementos comuns na filogênese.

Desta forma, o sistema nervoso recebe pequenos sinais de informação provenientes dos diferentes órgãos sensoriais e os integra em sua totalidade, para determinar as respostas a serem elaboradas pelo organismo, sejam elas contrações musculares, eventos viscerais ou secreção de algumas glândulas. Isto é realizado por meio de cem bilhões de neurônios que constituem o sistema nervoso central e que se interligam por meio de sinapses, propagando a informação para células musculares e secretoras.

Os receptores sensoriais, tais como visão, audição e tato, podem provocar uma reação imediata ou sua memória pode ser guardada no cérebro por minutos, semanas ou anos.

Há um sistema semelhante, que controla os músculos lisos e as glândulas, denominado *sistema nervoso autônomo*. É chamado *autônomo* porque opera por si mesmo para influenciar o funcionamento interno do organismo, incluindo batimentos cardíacos, digestão

e atividade glandular (Myers, 1998). Ele está relacionado, de forma mais abrangente, com as reações orgânicas que se desenvolvem em situações de estresse. Este sistema controla o funcionamento visceral do organismo, participando do controle da pressão arterial e temperatura corporal, motilidade e secreção gastrointestinal, esvaziamento da bexiga e outras funções. É composto por dois grandes componentes (Guyton, 1988). O sistema nervoso simpático, cujo mediador principal é a adrenalina, tem funções especialmente importantes como:

- controle do grau de vasoconstricção (contração vascular) na pele, o que permite a perda de calor pelo corpo;
- controle da intensidade da sudorese pelas glândulas sudoríparas, o que também é parte do controle da perda de calor;
- controle da frequência cardíaca;
- controle da pressão sanguínea arterial;
- inibição das secreções e dos movimentos gastrointestinais;
- aumento do metabolismo na maior parte das células do corpo.

O sistema nervoso parassimpático tem como mediador a acetilcolina. As fibras parassimpáticas, de acordo com a localização, controlam a focalização dos olhos e a dilatação das pupilas, a secreção salivar, a frequência cardíaca, a secreção gástrica e pancreática, esvaziamento da bexiga e do reto.

As diferenças entre estes dois sistemas, além da distribuição anatômica distinta, são que os efeitos estimulantes deles são muitas vezes antagônicos um ao outro. Portanto, enquanto um estimula, o outro inibe com o intuito de manter o equilíbrio orgânico.

Por estas considerações, observa-se a relação entre a fisiologia do estresse em suas diversas fases e o sistema nervoso autônomo, que exerce ação sobre diversos órgãos. Na fase de alerta, relatou-se que ocorrem alterações que levam a aumento do campo visual. Isto é realizado pelo sistema simpático, que dilata as pupilas, permitindo a entrada de maior quantidade de luz, enquanto o sistema parassimpático faz com que se contraia,

diminuindo a quantidade de luz que penetra em seu interior. Além disso, controla o músculo ciliar, que focaliza o cristalino para visão de longe ou de perto (Guyton, 1988).

Há atuação sobre as glândulas salivares e gástricas, especialmente pelo sistema nervoso parassimpático. A estimulação do sistema nervoso simpático aumenta a atividade cardíaca, podendo a frequência cardíaca atingir três vezes o seu valor basal. O sistema nervoso parassimpático, ao contrário, faz com que a frequência cardíaca diminua.

A maior parte dos vasos sanguíneos contrai-se pela estimulação simpática, regulando o débito cardíaco e a pressão arterial. O parassimpático praticamente não atua dilatando os vasos sanguíneos.

Considerando-se que nas fases de resistência e exaustão do estresse há um estímulo maior do que o organismo é capaz de suportar, entende-se que há um fracasso adaptativo e, conseqüentemente, a possibilidade do desenvolvimento de patologias de diversas naturezas.

O preparo do organismo para se defender das agressões atua na suprarrenal por meio do elo do sistema simpático-adrenal, ou seja, o meio interno é mantido em estado uniforme, o que facilita as respostas orgânicas de luta e fuga, especialmente na fase de alerta do estresse. As conseqüências biológicas da ativação deste sistema determinam alterações cardiovasculares, hormonais, pulmonares, cutâneas, musculares, entre outras, ou seja, de todos os órgãos e sistemas se encontram envolvidos para que o corpo possa superar o desafio a que foi submetido com a finalidade de manter a vida. Mesmo que o resultado seja um aumento da pressão arterial, elevação da frequência cardíaca, alterações no metabolismo da glicose, diminuição dos movimentos peristálticos, o conjunto destas alterações se constitui na defesa inicial que impede a falência orgânica e morte.

## ***Hipotálamo: o maestro***

Pouco se sabe sobre os centros do encéfalo que regulam as funções autonômicas pelos sistemas simpático e parassimpático, porém, sabe-se que o hipotálamo pode excitar a maioria do sistema nervoso autônomo. O estresse físico ou emocional ativa áreas do

sistema límbico, que estimula a resposta hormonal do hipotálamo, fazendo liberar os hormônios que estimulam a hipófise, que por sua vez estimula as glândulas suprarrenais. Estas compreendem a medula, que secreta adrenalina e nor-adrenalina, e o córtex, que secreta aldosterona e cortisol.

Por estes motivos, o hipotálamo atua diretamente sobre o sistema nervoso autônomo, que desencadeia as reações da fase de alerta e as reações de longa duração pela via hormonal. Ele também regula o sistema cardiovascular, a temperatura e a água corporal, e aí também se localizam os centros da saciedade e da fome. Como já foi dito, ele está intimamente relacionado com várias estruturas do sistema límbico, considerado, por sua vez, a sede das emoções. Nesta região inicia-se a avaliação dos eventos agressores e ocorrem as múltiplas interações entre os sistemas nervoso, endócrino e imunológico.

O hipotálamo está situado na base do cérebro e regula diversas funções neurovegetativas. Coordena funções como o automatismo muscular, visceral, equilíbrio térmico e hídrico, funções endócrinas, estados emocionais e as funções de sono e vigília. É contíguo à glândula hipófise, que está relacionada ao estímulo de secreções internas, entre elas o fator liberador da corticotrofina (CRF), que aumenta a produção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que por sua vez aumenta a produção do cortisol e das catecolaminas: são substâncias responsáveis pela resposta fisiológica ao estresse. Pesquisas experimentais (Suarez *et al.*, 1999) demonstraram que determinadas áreas do sistema límbico regulam a função do córtex da suprarrenal em situações basais e de estresse. Observou-se que o aumento da densidade dos receptores beta-adrenérgicos nas ratas submetidas a estresse crônico aparece como consequência de um aumento do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) (Guyton, 1988; Myers, 1998).

Além destes, outros hormônios estão envolvidos, como o antidiurético, a prolactina, hormônios de crescimento e peptídeos cerebrais, como é o caso das endorfinas, que modificam o limiar de dor.

O hipotálamo atua diretamente no sistema nervoso autônomo, agindo sobre as diversas estruturas orgânicas, estimulando-as ou inibindo-as. Age também nas glândulas suprarrenais que secretam os hormônios que possibilitam a reação ao estresse, que,

conforme já referido, produzem adrenalina, noradrenalina, aldosterona e cortisol.

A partir de estudos experimentais (Suarez *et al.*, 1999), observou-se que as mesmas áreas encefálicas que regulam o comportamento emocional também regulam o sistema nervoso autônomo. Este fato é significativo se considerarmos que as emoções no ser humano se expressam em grande parte por meio de manifestações viscerais (choro, salivação excessiva) e são geralmente acompanhadas de alterações da pressão arterial, do ritmo cardíaco ou do ritmo respiratório. Portanto, o hipotálamo controla a maioria das funções vegetativas, que são condições internas do corpo, como temperatura corporal, impulso para comer e beber, controle de peso, as funções endócrinas do corpo, bem como muitos aspectos do comportamento emocional, pelas vias de comunicação com todos os níveis do sistema límbico.

O hipotálamo lateral está relacionado com a raiva; o ventromedial, com a saciedade e a tranquilidade; a zona periventricular, com o medo e as reações a punição, e o hipotálamo anterior e posterior, com o impulso sexual. Observa-se, portanto, que todo o corpo pode estar envolvido quando o físico e o emocional se encontram implicados na defesa do organismo.

Em muitas situações, o sistema nervoso simpático descarrega como se fora uma só unidade, o que é chamado de *descarga maciça*. Frequentemente, isto ocorre quando o hipotálamo é ativado por um susto, medo ou por dor muito intensa. A reação que sobrevém a este estímulo é chamada *reação de alarme* ou resposta ao estresse do sistema nervoso simpático (Guyton, 1988).

Os neuropeptídeos são substâncias de origem proteica liberadas a partir de terminações nervosas de diversos órgãos, incluindo o hipotálamo. Elas são produzidas por neurônios e modulam a função imunológica. Atuam na proliferação de linfócitos, imunoglobulinas e atividade das células de defesa. Por estarem distribuídas por todo o organismo, têm ação bem definida na resposta inflamatória, quando o organismo fica em contato com substâncias estranhas.



# *Algumas manifestações clínicas diante do estresse*

A etiologia das doenças está relacionada com diversos fatores, tais como o genético, o emocional e o ambiental.

As doenças relacionadas ao estresse aparecem em todo o corpo, uma vez que as respostas a ele ocorrem pela ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, em um processo que tenta manter o equilíbrio do organismo. Falhando esta tentativa, pode ocorrer o desencadeamento de doenças.

O surgimento de doenças e o estresse estão vinculados aos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, que se inter-relacionam com as manifestações fisiológicas e orgânicas desta situação. As reações orgânicas são variáveis e o estabelecimento de patologias estará relacionado com a predisposição individual de cada um.

As modificações descritas permitem que o indivíduo se defenda diante dos inúmeros estímulos e agressões com que se depara durante a vida. Por outro lado, a manutenção contínua destas alterações possibilita o desenvolvimento de sintomas, acompanhados ou não de patologias orgânicas. As doenças relacionadas ao estresse podem ocorrer em qualquer parte do corpo, uma vez que o sistema endócrino é controlado por meio do hipotálamo, que atua na hipófise, a qual, por sua vez, libera os hormônios, que não se movimentam no corpo com a mesma rapidez que os impulsos nervosos, porém têm efeitos mais duradouros.

A obesidade, apesar de não se tratar de uma doença, mas sim uma condição mórbida associada a outras patologias, pode ser desencadeada pelo estresse de longa duração (Rosmond *et al.*, 1998; Cachelin *et al.*, 1998), uma vez que várias substâncias estão envolvidas, como o hormônio de crescimento, corticoides, glucagon e outras relacionadas com a retenção de gordura. Sintomas relacionados aos hormônios também podem ser desencadeados ou piorar em situações de estresse, tais como *diabetes mellitus*, alterações menstruais, galactorreia, esterilidade.

As reações ao estresse atuam nos glóbulos brancos, que são células responsáveis pela defesa do corpo diante de agressões de diversas naturezas, impedindo e resistindo às infecções. Os glóbulos brancos e o sistema reticuloendotelial combatem os agentes infecciosos que tentam invadir o corpo. Eles agem de duas formas diferentes com este propósito: pela destruição destes agentes ou pela formação de anticorpos contra eles. No primeiro caso, esta ação se dá por meio de tipos de glóbulos brancos, que destroem as células agressoras pelo processo da fagocitose, ou seja, atacando de forma rudimentar, englobando-as e destruindo-as pela ingestão. Isto pode não ocorrer de forma adequada em situações de estresse. Por outro lado, a função de outro tipo de glóbulo branco, o linfócito, é a de se fixar a organismos invasores específicos e destruí-los, fazendo parte do sistema de imunidade. Há uma deficiência na produção dos anticorpos que facilitam a destruição dos agentes invasores pelos glóbulos brancos e o organismo fica vulnerável às infecções mais variadas.

Os linfócitos são mais especializados, tendo grande importância por estarem intimamente relacionados com a capacidade de sobrevivência e respostas imunológicas aos ataques a que se está exposto. O termo imunidade define a capacidade do corpo de se proteger contra agentes estranhos específicos, como bactérias, vírus, toxinas ou corpos estranhos (Guyton, 1988). Há dois tipos de linfócitos: linfócitos T e B, cujos nomes estão relacionados a suas origens. Eles são produzidos no timo e na medula óssea e são células com memória, que em contato com o mesmo agressor reagem na tentativa de combatê-lo. O sistema dos linfócitos B forma anticorpos para a destruição dos agentes invasores. Os linfócitos T agem da mesma maneira, porém, em vez de formar anticorpos, esse sistema produz células T sensibilizadas. Os linfócitos T que estimulam a produção de anticorpos são chamados *auxiliadores* e os que reprimem, *supressores*. Quando há situações estressantes, ocorre diminuição dos linfócitos T, tornando o organismo mais propenso às infecções. As manifestações do herpes são exemplos desta situação.

Os linfócitos são capazes de destruir células defeituosas, como as células malignas, por meio de substâncias chamadas linfocinas. No caso do estresse, como há uma alteração do sistema imunológico, existe uma falha no combate ao crescimento de células anormais e o

câncer pode se desenvolver sem controle. Há uma supressão da atividade das células denominadas *natural killer* (NK), e o câncer aumenta progressivamente no local de origem ou mesmo a distância, com o aparecimento das metástases, pois as células passam a se dividir sem nenhum controle.

O organismo dispõe de um sistema de combate quando exposto a agentes infecciosos e tóxicos, que causam doenças de diversas gravidades. As células responsáveis por isto, conforme referido, ou atuam na destruição efetiva dos agentes invasores ou formam anticorpos ou células sensibilizadas, que destroem o invasor. Nas situações estressantes, ocorre uma incapacidade de reagir a substâncias estranhas. Há uma inibição da atividade das células envolvidas na defesa orgânica e diminuição na formação dos anticorpos.

O mesmo sucede em relação aos quadros alérgicos, por causa do efeito do sistema nervoso autônomo em que há incapacidade de liberação de mediadores por células denominadas mastócitos, que estão largamente distribuídas pelo corpo e são as principais responsáveis pela resposta inflamatória a substâncias estranhas ao organismo. Quando uma substância estranha ao organismo entra em contato com ele, há uma ativação dos anticorpos para combatê-las. Esta reação é denominada tipo I ou anafilática. Em situações de estresse, como há supressão destas células, as crises de alergia, asma e dermatites podem ser desencadeadas ou se tornarem mais graves e frequentes.

Nas doenças autoimunes, as reações são do tipo II (citotóxica) ou III (imunocomplexos). No primeiro caso, há formação de anticorpos que atacam o próprio organismo, como na tiroidite. Já as doenças como lúpus eritematoso sistêmico, retocolite ulcerativa, artrite reumatoide e algumas alterações cutâneas são consideradas do tipo III, em que há formação de complexos, que se depositam nos tecidos ou na circulação. Em consequência, ocorre destruição celular e necrose tissular, em função do órgão lesado ou do próprio organismo. Acredita-se que isto aconteça nas situações de estresse, pois a ação neuroendócrina pode modificar as atividades das células T supressoras. Fessel (1960) e Solomon (1981) correlacionaram alterações emocionais que se manifestavam no início e no curso de algumas doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide e tiroidite, devendo-se deixar claro que estas doenças podem não se originar propriamente

do estresse, mas serem desencadeadas ou agravadas por ele. As doenças inflamatórias intestinais, retocolite ulcerativa e doença de Crohn são caracterizadas por períodos recorrentes de dor e destruição da mucosa, e os períodos de piora são influenciados por diversos fatores, entre eles o estresse (Anton *et al.*, 1998).

Mesmo fazendo parte do cotidiano, alguns acontecimentos podem gerar situações de estresse, não sendo incomum observarem-se, mesmo nas crianças, dor abdominal, diarreia, náuseas e vômitos, tique nervoso, gagueira, dor de cabeça, hiperatividade, enurese noturna, falta de apetite e ranger de dentes quando se deparam com situações difíceis ou excitantes, como uma prova na escola. Deutsch *et al.* (1998) alertam para a possibilidade de ocorrência de úlcera péptica em recém-nascidos internados em UTI, por causa do uso de várias medicações e de várias intervenções diagnósticas e terapêuticas. Hanke *et al.* (1998) descreveram um caso de hemorragia digestiva causada por úlcera péptica duodenal, em que situação de estresse psicossocial estava presente. Na minha experiência pessoal, tenho observado em crianças e adolescentes uma frequência aumentada de sintomas digestivos, especialmente representados por azia, dor de estômago, náuseas e vômitos. Atribuo estes sintomas a hábitos alimentares nocivos, associados a uma tendência pessoal e hereditária ao aparecimento de determinadas patologias. Quando é possível identificar situações emocionais conflitantes, a abordagem clínica e terapêutica é mais adequada, o que possibilita melhora mais rápida da sintomatologia.

A civilização moderna trouxe consigo muitas vantagens e avanços; por outro lado, as exigências que faz são muitas, mesmo para as crianças e adolescentes. Os adultos também podem experimentar aumento do ritmo intestinal ou mesmo uma diarreia antes de uma viagem ou de falar em público. É comum, durante o exame físico de paciente normotenso, este apresentar pressão arterial elevada pela tensão que experimenta durante o contato com o médico.

O estresse é um fator importante que afeta a função cardíaca. Okano *et al.* (1998) observaram correlação entre o estresse e as funções hemodinâmicas, com deterioração do ventrículo esquerdo.

O aparecimento de hipertensão arterial é favorecido em situações de estresse, que

estimulam por meio do hipotálamo a liberação de catecolaminas e corticosteroides, seja por ação direta sobre o sistema simpático, seja por ação indireta sobre as suprarrenais. A liberação excessiva destas substâncias, além da hipertensão arterial e da dor pré-cordial (Roghi, 2000), determina o aparecimento de arritmias cardíacas, aterosclerose coronariana, isquemia ou necrose miocárdica e insuficiência cardíaca. Evidentemente, não é somente o estresse o responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares, uma vez que suas origens são multifatoriais, resultantes de um desequilíbrio entre a manutenção de um fluxo sanguíneo adequado e as necessidades tissulares.

As cefaleias, especialmente as enxaquecas com dor e fotofobia, podem ocorrer nos casos de estresse em consequência da vasoconstrição e vasodilatação. As cefaleias tensionais podem ter causa orgânica em razão da tensão por transtornos neuromusculares ou de um estado de estresse que provoca excesso de contração muscular a nível cervical ou por vasoconstrição prolongada (Mosqueras, 1998).

O estresse desencadeia ou piora a sintomatologia dolorosa que pode estar presente em diversas doenças (Dohrenbusch *et al.*, 1997), ou mesmo quando nenhuma disfunção orgânica propriamente dita é diagnosticada. A substância P (*pain production substance*) e outros neuroreceptores, como betaendorfina, encefalina, neurocina (Arai, 1988), entre outros, exercem evidente influência no processo da dor.

O estresse pode desencadear sintomas e doenças que se assestam em vários órgãos. Graças aos avanços tecnológicos, os diagnósticos têm sido cada vez mais precisos com a propedêutica armada de que hoje se dispõe, que, de certa forma, ditam a postura do médico perante um paciente com sintomas muitas vezes sem causa orgânica. Poucos são os profissionais da área médica que colocam as mãos nos pacientes, que os tocam, auscultam e escutam. Os aparelhos modernos e de alta tecnologia transitam e interferem na relação médico-paciente.

Considerando que somos uma unidade psique-soma, a alta tecnologia não tem acesso ao invisível, àquilo que não se vê, mas, a despeito disso, existe.

Além do real, há aquilo que se imagina. A causa de uma patologia pode ser um

parasita, um microorganismo, um trauma, uma má-formação congênita ou genética, deficiência enzimática, abuso de álcool, etc. As causas do imaginário são subjetivas, resultado do que o sujeito viveu, experimentou [...] As palavras que saem dos doentes são, além da queixa, uma teia de significações, pedidos, desejos. Por isso mesmo é que saem e é como se não saíssem, são só o expelido: palavras imaginárias, de dor vivida no coração. (Sousa, 1992)

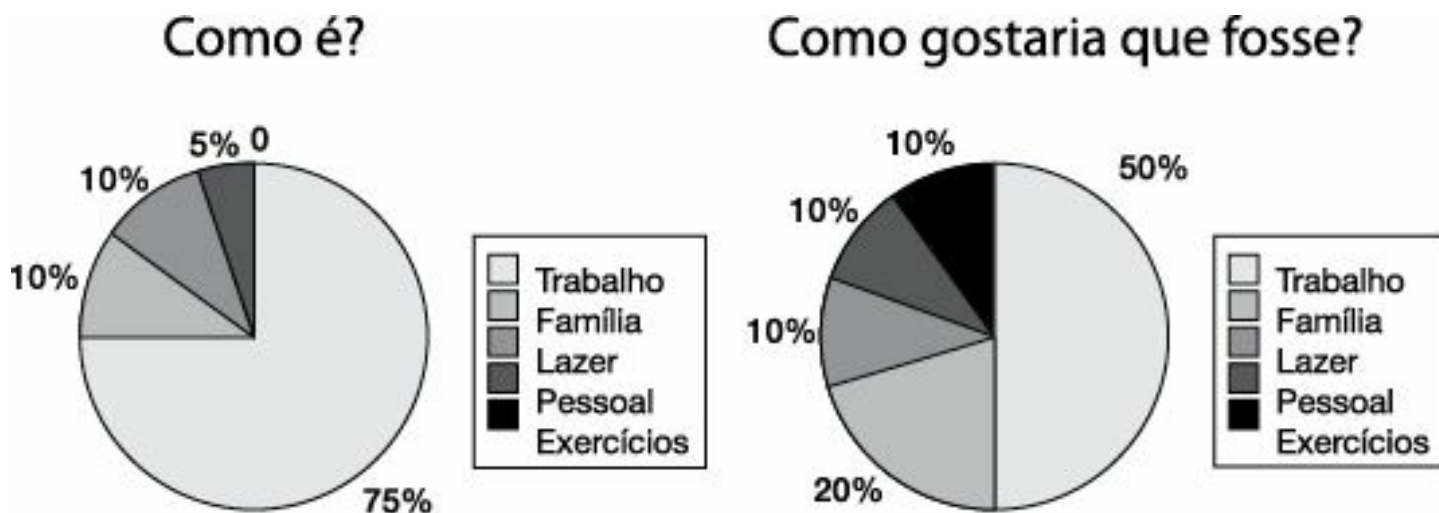
## ***Relação entre insatisfação no trabalho e aparecimento de doenças***

As observações que passo agora a relatar foram realizadas no Centro de *Check-up* do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, na cidade de São Paulo, onde exerço atividade como médica colo-proctologista. A maioria dos pacientes que frequenta este centro compõe-se de executivos de grandes empresas. Como sempre tive interesse na relação entre estresse e trabalho, e muito se tem escrito sobre isto (Dejours, 1986; 1988; Arantes, 1998; Ferraz, 1998; Sato, 1998; França, 1997; Faria, 1998), passei a observar de forma empírica que os indivíduos que tinham mais sintomas e doenças eram aqueles que estavam insatisfeitos com o ritmo de vida profissional, especialmente com a falta de tempo para dedicar-se a atividades não ligadas ao trabalho propriamente dito. Observava que a principal questão não era o tempo livre em que estivesse na atividade profissional, mas o conflito que se estabelecia quando havia insatisfação de não dispor de tempo suficiente para exercer atividades pessoais consideradas aprazíveis. Verifiquei que eles apresentavam uma dificuldade de adaptação às tensões do dia a dia, além de falta de flexibilidade na administração do tempo para exercer as atividades não relacionadas com a profissão.

Movida pela curiosidade e na tentativa de constatar algo de forma mais concreta, desenvolvi esta pesquisa com o objetivo de verificar se havia correlação entre insatisfação quanto ao tempo exercido na atividade profissional, que eles consideravam um fator desencadeante de estresse, e o aparecimento de sintomas e/ou doenças.

Realizei uma avaliação aleatória de 26 pacientes do sexo masculino, com idade entre 30

e 58 anos. A pesquisa foi feita questionando-se qual o percentual de tempo dedicado à atividade profissional e quanto gostaria que fosse, demonstrado em gráfico em forma de pizza. Os resultados obtidos em um dos pacientes estão representados nos gráficos que seguem.



Vinte e um pacientes (80%), que chamei grupo A, trabalhavam mais do que 70% do tempo e o restante ficava distribuído em atividades não ligadas à profissão. Ao serem questionados sobre como gostariam que fosse esta distribuição, demonstraram necessidade de organizar de forma mais adequada o tempo para atividade profissional, sem comprometimento da qualidade. Todos eles apresentavam conflito em relação à pouca disponibilidade para prática de esportes, lazer e contato com a família. Alguns destes pacientes diziam ter vontade de pedir aposentadoria, pois se consideravam incapazes de se organizar de outra maneira.

Estes pacientes foram avaliados quanto às doenças associadas e observou-se a seguinte porcentagem das principais condições mórbidas: dislipidemia (aumento do colesterol e triglicérides) 19 (90.4%), sobrepeso 16 (76.2%), dermatite 14 (67%), gastrite 9 (42.8%), hipertensão arterial 9 (42.8%).

Outras condições observadas menos frequentemente foram: dor em região lombar, diabetes, impotência sexual, relacionando agravamento dos sintomas e sinais clínicos com o estado de estresse.

Cinco pacientes (20%), que chamei de grupo B, trabalhavam entre 50 e 60% do tempo e

estavam satisfeitos, não demonstrando conflitos ou tendência a mudanças. As condições clínicas destes pacientes eram melhores. Nenhum apresentava hipertensão; dois eram obesos e um paciente era portador de bronquite desde a infância.

Algumas frases citadas pelos pacientes do grupo A foram: *tenho pânico; o estresse é violento; quero me aposentar; tenho medo de perder o emprego; trabalho muito tenso; como mal; não tenho tempo*. As frases do grupo B foram: *gosto do que faço; trabalhar é prazer; desligo-me da empresa; desligo-me no fim de semana; conheço-me bem; não tenho conflitos*.

Muitos dos pacientes diziam-se “estressados”, quando este termo, na realidade, é muito genérico, habitualmente usado para descrever sentimentos de ansiedade ou profunda emoção. Mas o uso que faziam deste termo estava relacionado com a incapacidade de melhor administrar eventuais conflitos emocionais particulares que pudessem estar interferindo e contaminando o seu comportamento adulto e racional e, obviamente, sua saúde orgânica, uma vez que o ser humano, do modo como o concebemos, constitui-se como uma unidade corpo-mente.

Apesar desta pesquisa ter sido muito simplificada, visto que não envolveu questões como tabagismo, alcoolismo e insônia, pude concluir que há, de fato, uma clara correlação entre a insatisfação no trabalho – especialmente por dificuldade de administrar melhor o tempo em atividades, de acordo com a necessidade pessoal – e o aparecimento de sintomas e/ou de doenças.



# Referências bibliográficas da Parte II

- ALEXANDER, F. *Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ANTON, P. A. *et al.* Neuroimmunomodulation in inflammatory bowel disease. How far from “bench” to “bedside”? *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, v. 840, p. 723-734, 1998.
- ARAI, H. Neurokinine content in post-mortem brain from patient with Huntington’s disease. *Psychopharmacology*, v. 96, p. 184-189, 1988.
- ARANTES, M. A. A. C. Vida e morte no trabalho. In VOLICH, R. M., FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- BALLONE, G. J. In: PsiqWeb – internet 2001.  
<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomática/psiconeuroimunologia.html>
- CACHELIN, F. M. *et al.* D. Beliefs about weight gain and attitudes toward relapse in a sample of women and men with obesity. *Obes. Res.*, v. 6, n. 3, p. 231-237, 1998.
- CANNON, W. B. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Branford, 1929.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1988.
- CASTRO, C. M. M. B. *et al.* Estresse: interações neuroendócrinas e imunológicas. *An. Fac. Méd. UFPE*, v. 44, n. 2, p. 132-137, 1999.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v. 54, p. 7-11, 1986.
- . *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1988.
- DEUTSCH, A. D. A. *et al.* Úlcera gástrica perfurada: doença em ascensão em UTI

- neonatais? Particularidades neste período e relato de casos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, v. 53, n. 1, p. 29-33, 1998.
- DOHRENBUSCH, R.; SODHI, H.; LAMPRECHT, J.; GENTH, E. Fibromyalgia as a disorder of perceptual organization? An analysis of acoustic stimulus processing in patients with widespread pain. *Z. Rheumatol.*, v. 56, n. 6, p. 334-341, 1997.
- FARIA, M. A. M. O trabalho e o processo de saúde e doença. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- FERRAZ, F. C. O mal-estar no trabalho. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- FESSEL, W. J. *et al.* Hypothalamic role in control gammaglobulin levels. *Arthritis Rheumatol.*, v. 6, p. 770, 1963.
- FESSEL, W. J.; SOLOMON, G. F. Psychosis and systemic lupus erythematosus: a review of the literature and case reports. *California Med.*, v. 2, p. 266-270, 1960.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas, 1997.
- GUYTON, A. C. *Fisiologia humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- HANKE, S. *et al.* Recurrent hemorrhage from a duodenal ulcer in a 5 year old healthy boy. *Klin. Pediatr.*, v. 210, n. 2. p. 89-93, 1998.
- MARGOTTA, R. *História ilustrada da medicina*. São Paulo: Manole, 1998.
- MYERS, D. Neurociência, genética e comportamento. In: *Introdução à psicologia geral*. Rio de Janeiro: LTC, 1998.
- MOREIRA, M. D.; MELLO FILHO, J. Psicoimunologia hoje. In: MELLO FILHO, J. (org.) *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MOSQUERAS, I. Cefalea tensional: una enfermedad psicossomática. *Neuroeje*, v. 12, n. 2,

- p. 15-18, 1998.
- MYASNIKOV, A.L. Influence of some factors on development of experimental cholesterol atherosclerosis. *Circulation*, v. 17, p. 99, 1958.
- OKANO, Y. *et al.* Effect of mental stress on hemodynamics and left ventricular diastolic function inpatients with ischemic Herat disease. *Jpn. Circ. J.*, v. 62, n. 3, p. 173-7, 1998.
- PAIVA, L. M. O estresse em medicina psicossomática. In: SIMPÓSIO SOBRE STRESS. Campinas, 5-9 ago., 1996.
- PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
- PINCUS, G. et al. Steroid excretion and the stress of flying. *J. Aviation Med.*, v. 14, p. 173-175, 1943.
- ROGHI, A. Bereavement. La gestione del lutto: fisiopatologia cardiovascolare della comunicazione. *Itali. Heart J.*, v. 1, suplemento 5, p. 659-663, 2000.
- ROSMOND, R. *et al.* Stress related cortisol secretion in men: relationships with abdominal obesity and endocrine, metabolic and hemodynamic abnormalities. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, v. 83, n. 6, p. 1853-1859, 1998.
- SATO, L. Trabalho como categoria explicativa dos problemas psicossomáticos e de saúde mental. In: VOLICH, R.M., FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- SELYE, H. A syndrome produced diverse nocuous agents. *Nature*, v. 138, n. 32, p. 517, 1936.
- . The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J. Clin. Endocrinol.*, v. 6, p. 117, 1946.
- . *The story of the adaptation syndrome-evolution of the stress concept*. Purely descriptive characterization of the adaptation syndrome. Montreal: Acta Inc Medical Publishes, 1952.
- SOLOMON, G. F. *Emotional and personality factors in the onset and course of*

*autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis in psychoneuroimmunology.*  
San Diego: Academic Press, 1981.

SOUSA, P. R. *Os sentidos dos sintomas: psicanálise e gastroenterologia.* São Paulo: Papirus, 1992.

SUAREZ, M. *et al.* Influence of anterodorsal thalamic nuclei on the hypophyseal-adrenal axis and cardiac beta receptors in rats submitted to variable chronic stress. *APPTLA*, v. 49, p. 71-78, 1999.

**A coleção “Clínica Psicanalítica”, dirigida por Flávio Carvalho Ferraz, compõe-se de obras voltadas para as mais diversas manifestações do sofrimento psíquico, bem como para as expansões da clínica psicanalítica para além do *setting* clássico. Os textos tratam do tema proposto com rigor e concisão, integrando aos elementos teóricos freudianos as produções e preocupações da psicanálise contemporânea. Os autores são profissionais que têm se destacado na abordagem da questão sobre a qual foram convidados a escrever.**

