

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO
PRETO PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E
SAÚDE**

BRUNA RODRIGUES DA SILVA CAZAROTI

**INVESTIGAÇÃO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

São José do Rio Preto - SP

2023

BRUNA RODRIGUES DA SILVA CAZAROTI

**INVESTIGAÇÃO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia e
Saúde, como parte dos requisitos para obtenção
do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

São José do Rio Preto - SP

2023

Cazaroti, Bruna R. da S.

Investigação do fenômeno psicossomático em profissionais de saúde da atenção básica / Bruna R. da S. Cazaroti - - São José do Rio Preto-SP, 2023.
xvii, 118fls.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Investigation of psychosomatic phenomena in primary care health professionals

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

1. Psicossomática; 2. Atenção Básica; 3. Psicanálise

BRUNA RODRIGUES DA SILVA CAZAROTI

**INVESTIGAÇÃO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1ª Examinador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

Instituição: Universidade de São Paulo

2ª Examinadora: Profa. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto

Instituição: Faculdade de Medicina de São José Rio Preto

São José do Rio Preto, 09 de maio de 2023.

SUMÁRIO

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Epígrafe	viii
Lista de figuras e tabelas	ix
Lista de apêndices e anexos	xi
Lista de abreviaturas e símbolos	xii
Resumo	xiii
Abstract	xv
1 Introdução	1
2 Psicossomática	6
2.1 O “duelo” mente e corpo	7
2.2 Breves considerações da história da Psicossomática	9
2.3 Reflexões críticas sobre a Psicossomática	14
2.4 Síndrome de Burnout	21
2.4.1 Burnout: o lugar dos profissionais de saúde e sua interlocução com a Psicossomática ..	28
3 Psicossomática e Psicanálise	32
3.1. A Escola de Psicossomática de Paris: o conceito de mentalização, pensamento operatório e algumas reflexões críticas	34
3.2 A visão psicossomática do sujeito frente as contribuições de Groddeck, Ferenczi e Winnicott	38
3.3 A unidade psicossomática como equivalência do sujeito	44
4 Estratégia Saúde da Família: possibilidades de escuta	45
4.1 A Estratégia Saúde da Família	46
4.2 De onde se escuta: a organização das ESF's	47

5	Objetivo Geral	48
5.1	Objetivos Específicos	48
5.1.1	Pesquisa Quantitativa	48
5.1.2.	Pesquisa Qualitativa	48
6	Métodos e aspectos éticos	48
6.1	Participantes	50
6.1.1	Pesquisa Quantitativa	50
6.1.2	Pesquisa Qualitativa	50
6.2	Materiais	51
6.2.1	Pesquisa Quantitativa	51
6.2.2	Pesquisa Qualitativa	53
6.3	Procedimentos	53
7	Análise de dados	54
7.1.	Análise Quantitativa	54
7.2	Análise Qualitativa	57
8	Resultados e discussões	58
8.1	Resultados e discussões Quantitativos	58
8.2	Resultados e discussões Qualitativos	72
9	Considerações Finais	95
	Referências	99
	Anexos e Apêndices	109

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que superam a angústia e encontram o prazer na construção de algo que acrescente ao Outro.

Dedico a todos os pesquisadores e professores pelas contribuições incessantes que fazem no campo do conhecimento.

Para mim o início de uma trajetória: “Nunca senti tantas faltas, mas também a certeza de que a jornada continua”.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, a uma força que vai além de mim mesma.

Agradeço aos meus pais.

Agradeço à minha irmã Patrícia Rodrigues da Silva, pelas acolhidas no almoço durante a pesquisa e ter sido uma boa mediadora.

Agradeço ao meu companheiro de jornada Fernando Cazaroti que demonstrou o que é ter um companheiro de desejos e poder sentir gratidão por isso.

Agradeço a minha filha Laura Silva Cazaroti, cuja existência por si só já me fortalece e me movimenta.

Agradeço à nova vida que se faz presente em mim.

Agradeço à Secretária de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa, que desde o primeiro momento apresentou-se de maneira solícita para que o trabalho pudesse acontecer.

Agradeço a todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e da recepção atenciosa de muitos.

Agradeço aos meus amigos de turma Maxwell, Murilo e Neomelice, por serem um grupo terapêutico nesta jornada e permanecer para além dela.

Agradeço ao amigo de longa data Pedro Junior Rodrigues Coutinho por fazer do meu trabalho seu também.

Agradeço à minha amiga Mariane Maffei Azuma Presse, que mesmo da outra ponta da América fez-se presente.

Agradeço à Camila Renata Pereira por todas as orientações que envolveram este trabalho e que se propôs com sua atenção e dedicação além de sua função como

secretária da Pós Graduação da FAMERP.

Agradeço à Dra. Mônica Carolina de Miranda, que apresentou o instrumento da pesquisa e de maneira muito gentil esclareceu tantas quantas foram as dúvidas.

Agradeço à Dra. Marina Cardoso de Oliveira, que instigou minhas primeiras experiências enquanto pesquisadora e ainda se faz presente em minha vida acadêmica.

Agradeço ao Dr Avelino Luiz Rodrigues pelo aceite como aluna especial em suas disciplinas na Universidade de São Paulo. Muito obrigada pela transmissão.

Agradeço à Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto, que participou da minha trajetória antes mesmo que ela começasse como aluna regular na Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto. Muito obrigada pela receptividade e prontidão para além das aulas.

Agradeço à banca examinadora Dr. Avelino Luiz Rodrigues e Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto, por todas as contribuições enriquecedoras para o trabalho, feitas de maneira tão sutil e generosa.

Por fim, agradeço ao meu orientador Dr. Lazslo Antônio Ávila, que antes mesmo do início deste trabalho foi receptivo e atencioso às minhas angústias e considerações tão singelas. Muito obrigada pela generosidade de transmissão! Obrigada pelo dito “As experiências assim deixam mais forte”. “O senhor tinha toda a razão!”. E muito obrigada pelos não-ditos também; foram essenciais.

Epígrafe

“A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar duram uma eternidade”.

Clarice Lispector

Lista de figuras e tabelas

FIGURA 1: Subdivisão das subescalas e os itens de cada subescala	52
FIGURA 2: Figura utilizada para computar os dados da ESS-R	55
TABELA 1: Escore Geral	55
TABELA 2: Escore da Subescala	56
TABELA 3: Critério de seleção para constituição da segunda amostra do estudo	56
FIGURA 3: Total de participantes que trabalham em cada unidade em comparação a quantidade de trabalhadores participantes da pesquisa por unidade	58
TABELA 4: Caracterização da amostra de acordo com a ESF e o sexo (n=70)	59
FIGURA 4: Caracterização da amostra segundo o sexo (n=70)	60
TABELA 5: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 1 (n=7)	61
TABELA 6: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 2 (n=9)	61
TABELA 7: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 3 (n=9)	62
TABELA 8: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 4 (n=5)	63

TABELA 9: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 5 (n=7)	63
TABELA 10: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 6 (n=6)	64
TABELA 11: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 7 (n=8)	65
TABELA 12: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 8 (n=7)	65
TABELA 13: Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 9 (n=12)	66
TABELA 14: Caracterização da amostra dos participantes na faixa de escore definido como critério de seleção (Total \geq 91 e SE \geq 11)	67
TABELA 15: Escores total e por subescala apresentados por cada participante de acordo com a ESF (n=34)	68
FIGURA 5: Quantidade dos participantes da entrevista de acordo com a ESF que trabalham	71
FIGURA 6: Quantidade dos participantes da entrevista de acordo com a função	72

Lista de apêndices e anexos

ANEXO I: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	108
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
ANEXO II: Escala de Sintomas Sômaticos Revisada (ESS-R) - Versão em Português do Brasil	111
APÊNDICE B: Entrevista Semiestruturada	115
APÊNDICE C: Devolutiva para o sujeito	117

Lista de abreviaturas e símbolos

ACE:	Agente Comunitário de combate às endemias
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
APS:	Atenção Primária à Saúde
CF:	Constituição Federal
ESS-R	Escala de Sintomas Sômaticos Revisada
ESF:	Estratégia Saúde da Família
FAMERP:	Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto
PSF:	Programa Saúde da Família
PNAB:	Plano Nacional de Atenção Básica
SB:	Síndrome de Burnout
SUS:	Sistema Único de Saúde

Cazaroti, B. R. S. (2023). *Investigação do fenômeno psicossomático em profissionais de saúde da atenção básica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP

Resumo

Introdução: A partir da reforma sanitária no Brasil, a política pública passa a adotar um conceito ampliado de saúde, onde o Sistema Único de Saúde se apresenta como uma rede integrada de ações e serviços. Nessa rede, a atenção básica busca atender à demanda do atendimento a partir de uma equipe de saúde multi e interdisciplinar. Contudo, ainda que desempenhem um papel relevante, os trabalhadores de saúde têm se mostrado suscetíveis ao sofrimento psíquico, levando ao absenteísmo, aos acidentes de trabalho e a quadros ansiosos e depressivos. **Objetivo:** Investigar o fenômeno psicossomático em profissionais de saúde atuantes na atenção básica a partir das Estratégias Saúde da Família, utilizando-se do referencial psicanalítico para compreender tal fenômeno. **Material e Método:** Os instrumentos utilizados foram a Escala de Sintomas Somáticos Revisada (ESS-R), entrevistas individuais e questionário semiestruturado. A metodologia da pesquisa é quantitativa e qualitativa, caracterizando um estudo descritivo, narrativo e transversal. **Resultados:** Na pesquisa quantitativa, as pontuações obtidas nas subescalas variaram de 11 a 221 pontos, em que as subescalas com maior pontuação foram, nesta ordem: musculoesquelética, gastrointestinal, reprodutor feminino e cardiovascular. A pesquisa qualitativa evidenciou o caráter integral e relacional do sujeito, cujos sintomas foram tidos como expressões do seu próprio viver. **Conclusão:** A psicossomática é uma área de estudos que se propõe a abarcar o sujeito em sua integralidade biopsicossocial, e neste campo a psicanálise, a partir de autores como Groddeck, Ferenczi e Winnicott, contribui para compreender o sujeito como um todo, buscando superar a dicotomia mente e corpo. Assim, a

psicossomática psicanalítica tem muito a contribuir para compreensão do sujeito e seus processos de adoecer, compreendendo-os como uma expressão do viver.

Palavras-chave: Psicossomática; Atenção Básica; Psicanálise.

Cazaroti, B. R. S. (2023). Investigação do fenômeno psicossomático em profissionais de saúde da atenção básica. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP

Abstract

Introduction: Since the health reform in Brazil, public policy has adopted an expanded concept of health, where the Unified Health System is presented as an integrated network of actions and services. In this network, primary a multi and interdisciplinary health team. However, even though they play a relevant role, health workers have been shown to be susceptible to psychic suffering, leading to absenteeism, accidents at work and anxiety and depression. **Objective:** To investigate the psychosomatic phenomenon in health professionals working um primary care based on the Family Health Strategies, using the psychoanalytical framework to understand this phenomenon. **Material and Method:** The instruments used were the Revised Somatic Symptom Scale (ESS-R), individual interviews and a semi-structured questionnaire. The methodology of quantitative and qualitative research, featuring a descriptive, narrative and cross-sectional study. **Results:** In the quantitative research, the scores obtained values between 11 and 221 points, which the subscales with the highest sores were, in this order: musculoskeletal, gastrointestinal, female reproductive and cardiovascular. The qualitative research showed the integral and relational character of the subject, whose symptoms are expressions of his own life. **Conclusion:** Psychossomatics is an area of study that proposes to encompass the subject in its biopsychosocial integrality, and in this field, psychoanalysis, based on authors such as Groddeck Ferenczi and Winnicott, contributes to understanding the subject as a whole, seeking to overcome the dichotomy of mind and body. Thus, psychoanalytic psychosomatics has much to contribute to understanding the subject and his processes of becoming ill, understanding them as expression of living.

Keywords: Psychosomatics; Primary Care; Psychoanalysis.

1 Introdução

“O papel da ciência social, reconhecendo seus próprios limites num século que fetichiza o poder da ciência, é o de insistir, contra todas as evidências ‘realistas’.”

Oliveira

Os fenômenos saúde e doença foram objeto de estudo desde as mais antigas civilizações, estando a princípio interligada a explicações de manifestação e cura pelos deuses e seus intermediários - os místicos e os curandeiros (Francisco, 2020). Neste período, as doenças eram consideradas um estado desarmônico entre o corpo e a natureza (Rodrigues, 2022a).

Sob o predomínio do modelo biomédico, cuja base era a biologia molecular, a doença era considerada como um “desvio da norma de variáveis biológicas mensuráveis” (Engel, 1977, p.130) (minha tradução). Ainda que esta abordagem tenha trazido contribuições à compreensão das moléstias, também houve um custo: frente à racionalidade biomédica, o sofrimento psíquico era visto e tratado como entidade autônoma, anistórica e isolada do contexto sociocultural em que os indivíduos estavam inseridos (Viapiana, Gomes & Albuquerque, 2018).

Frente a este contexto, o desafio era o “de alargar a abordagem da doença, incluindo o psicossocial sem sacrificar as enormes contribuições da abordagem biomédica” (Engel, 1977, p. 131) (minha tradução).

A partir das críticas ao modelo vigente até então, o conceito de saúde é ampliado para além da assistência médica, considerando também outras variáveis - trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros. A compreensão de que a

saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, permitiu ampliar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade (Paim, 2008).

As mudanças de paradigmas repercutem na própria dinâmica estrutural do cuidado. Assim, Gusmão, Viana, Araújo, Torres e Silva (2022) citam a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um movimento preeminente para as mudanças na concepção do processo saúde-doença, que dentre outros resultados, possibilitou o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS consiste em um conjunto de ações e serviços orientados por princípios e diretrizes de atenção integral e universalizada (Pinheiro, Tavares, Araújo & Silva, 2018). Frente ao princípio organizativo da hierarquização da rede de saúde, os serviços são organizados em níveis de complexidade crescente (Lei nº 8.080, 1990), caminhando desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade (Rocha, 2020). Note-se que este trabalho usará o termo atenção primária e atenção básica como sinônimos, tais como a literatura apresenta.

Na organização do SUS, a rede de atenção básica é aquela que deve ser capaz de atender às demandas mais elementares e urgentes da população (Santos & Faler, 2018) a partir de uma equipe de profissionais de saúde multidisciplinar (Alves, 2017) e interprofissional (Peduzzi, 2016). A partir de suas práticas, os profissionais de saúde configuram-se como protagonistas do acesso aos serviços de saúde, interferindo não só na implementação, como também na qualificação dos serviços oferecidos (Vicari, Lago & Bulgarelli, 2022).

Portanto, embora a atenção básica seja uma grande promotora de acesso aos serviços de saúde do SUS, é importante salientar que este trabalho só pode ser otimizado a partir dos profissionais, cuja comunicação efetiva e prática colaborativa para a criação de um espaço

vivo de produção de cuidado é fundamental (Vicari et al., 2022).

Contudo, ainda que desempenhem um papel relevante dentro da sociedade, os próprios trabalhadores da saúde têm se mostrado suscetíveis ao sofrimento psíquico (Esperidião, Saidel & Rodrigues, 2020). Expostos a riscos biológicos e ergonômicos, a jornadas de trabalho prolongadas e exaustivas, ao não reconhecimento, ao sofrimento, ao risco de morte e às relações hierárquicas opressivas; os profissionais de saúde estão frente a atividades que em grande parte geram tensão, stress e desgaste físico/psicológico (Fagundes & Perez, 2017), acarretando absenteísmo, acidentes de trabalho e quadros ansiosos e depressivos (Lucca, 2017).

Toda essa dinâmica implica na articulação de instrumentos materiais e imateriais que levam a um encontro intersubjetivo (Carrapato, Castanheira & Placideli, 2018); no qual o trabalhador ultrapassa sua categoria profissional, sendo demarcado como sujeito que está em foco com toda a dinâmica psíquica (Barbosa, Santana & Macedo, 2020).

Contudo, as preocupações sobre a saúde do trabalhador, que remontam à época da revolução industrial, na qual as inquietações enfatizavam os fatores físicos, químicos e biológicos na produção das doenças ocupacionais (Rodrigues & França, 2010), ainda faz-se presente em muitos estudos atuais. A ideia que desconsidera a indissociabilidade entre os elementos do processo de trabalho que causam sofrimento psíquico e aqueles que resultam em agravos físicos, leva a uma fragmentação da dimensão corporal e psíquica, recaindo em um dualismo entre subjetividade e corpo (Viapiana et al., 2018).

Rodrigues e França (2010) salientam que as enfermidades ultrapassam a categoria biológica, à medida que possuem componentes sócio-históricos e psicológicos; superando assim, os fatores individuais e também as dimensões coletivas, especialmente a cultura das relações de trabalho.

Portanto, pensar em promoção de saúde, fora do equívoco de ‘saúde’ como ‘ausência

de doença', é uma estratégia fundamental; que ancorada ao princípio da integralidade permite uma abordagem diferenciada na compreensão do processo saúde-doença. É frente a esta perspectiva que 'saúde' ultrapassa um campo específico; pois envolve o indivíduo, a comunidade, o estado e a intersetorialidade (Funayana, Cyrino & Garcia, 2022).

É frente a esta perspectiva que o diálogo com a psicossomática se torna possível, e que segundo Velani (2019) é um grande campo de conhecimento a ser mais explorado.

Na psicossomática, a partir da compreensão de que mente e corpo são um todo único e todo tipo de sofrimento perpassa por causas múltiplas que incluem o ambiente, a história familiar, a herança genética e o trabalho (Nunes, 2017), o sujeito passa a ser compreendido a partir de uma perspectiva biopsicossocial (Engel, 1967).

Nesse sentido, Rodrigues e França (2010) acrescentam: "Na verdade, todo fenômeno humano é um fenômeno social, como também a ordem social existe unicamente como produto da atividade humana" (Rodrigues & França, 2010, p. 113).

Portanto, escutar a "expressão de seu modo de lidar com a realidade" (Ávila, 2014, p. 29), é que coloca a possibilidade dos profissionais de saúde serem ouvidos enquanto agentes de discursos, inseridos em um mosaico de interações macro e microssociais, objetiva e subjetivamente articulados.

Frente à compreensão do sujeito relacional que produz um discurso único e singular, a psicanálise inaugura um novo e revolucionário olhar sobre a realidade humana no que diz respeito aos conflitos de ordem psíquica e os seus desdobramentos na saúde e no adoecimento dos sujeitos (Velani, 2019).

Assim, o bem-estar e mal-estar não são apenas fenômenos físicos, uma vez que possuem ao mesmo tempo e isso é de suma importância, uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada sujeito. São fenômenos, portanto, que possuem uma dimensão sócio-cultural (coletiva) e outra psicobiológica (individual) que não podem ser

dicotomizadas, uma vez que é parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (Vaitsman, 1992).

Nesse sentido, ao se tratar da dinâmica do trabalhador, é preciso compreender a “interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio (Silva, 1973, p. 31-32).

Conquanto, ainda que a emoção seja considerada como um campo relevante para ter uma vida saudável e equilibrada tanto fisiologicamente quanto psicologicamente (Costa & Sales, 2021), os estudos sobre as causas do aumento do adoecimento psíquico nos dias atuais e a relação entre sofrimento/adoecimento psíquico e condições de vida e trabalho, ainda representa um tema de pouca visibilidade (Viapiana et al., 2018).

Segundo Ávila (2014), há um enorme contingente de pessoas que sem tratamento adequado se cronificam e acarretam em um custo pessoal e social de grande magnitude, o que segundo Cardoso e Araújo (2016) faz da saúde mental dos trabalhadores uma das demandas urgente a serem consideradas.

Partindo de dois campos e compondo um, a psicossomática psicanalítica tem muito a contribuir para o fenômeno psicossomático, principalmente frente às concepções de Groddeck, Ferenczi e Winnicott, que ao elucidar suas concepções de sujeito, por si só já se distanciam da separação mente-corpo, indo ao encontro tanto com percepção holística quanto da singularidade de cada sintoma.

A partir de todas essas considerações e implicações, a pesquisa tem com objetivo geral investigar o fenômeno psicossomático em profissionais de saúde atuantes na atenção básica a partir das Estratégias Saúde da Família, utilizando-se da psicanálise para buscar compreender tal fenômeno.

2 Psicossomática

“some individuals experience as “illness conditions” which others regard merely as “problems of living.”

Engel

Desde os tempos imemoriais, os mistérios sobre a vida e a morte, bem como as indagações sobre a saúde e a doença; instigaram os seres humanos a construir conhecimentos sobre si mesmos. Deste envoltório surgiram concepções e procedimentos que buscam até hoje “dar conta” de explicar determinados fenômenos, como é o caso da Psicossomática.

Contudo, a Psicossomática percorre há tempos, contratempos.

Demarcada por muitos desencontros terminológicos, a compreensão da psicossomática ainda encontra desvios, levando a dificuldade de sua autonomia enquanto conceito.

Considerando a premissa básica de que todo e qualquer evento não é anistórico, o capítulo tem por objetivo percorrer caminhos importantes para compreensão da psicossomática. A proposta não é a de um historiador, mas sim uma tentativa de elucidar questões importantes que regem a temática.

Para tal, o capítulo foi organizado em quatro subcapítulos: o primeiro descreve a proposta dualista mente e corpo que ainda suscita equívocos para compreensão da psicossomática; o segundo subcapítulo apresenta os aspectos históricos do fenômeno e os pioneiros que fizeram parte desta construção; o terceiro momento tem como proposta apresentar uma reflexão crítica do fenômeno e por fim, a última subdivisão explana sobre um

conceito de extrema relevância para duas variáveis que compreendem o presente estudo (trabalho e psicossomática): a síndrome de burnout.

Considerando as articulações dos pesquisadores que referenciaram este trabalho e na mesma direção de um rompante à dicotomia mente-corpo, o trabalho refere-se à psicossomática enquanto “fenômeno”.

2.1 O “duelo” mente e corpo

“O homem, seja ele feiticeiro, sacerdote, filósofo ou cientista, busca compreender os mistérios do funcionamento de seu corpo e a relação desse com aquilo que pode ser chamado de alma, espírito ou mente.”

Bellodi

A compreensão do ser humano se faz por uma retrospectiva de ideias, das quais algumas foram abandonadas, outras reformuladas e muitas ainda se fazem presentificadas na atualidade - ainda que perpetuem uma visão fragmentada do sujeito. A discussão sobre mente e corpo pertence a este último lugar.

Durante muito tempo, a filosofia cartesiana foi utilizada para representar o conhecimento da mente enquanto dualismo de substâncias (Andrade, 2018). O método de René Descartes era essencialmente dedutivo, com um lugar privilegiado para a experimentação e sua equação fundamental “*Cogito, ergo sum*” (Penso, logo existo); estabeleceu a primeira e também a maior das evidências: a consciência (Ávila, 2014).

Para o filósofo, todos os corpos humanos, e, portanto aqui se inclui o corpo humano, obedeceriam às leis físicas do movimento e seriam regidos por forças passíveis de serem expressas por meio de fórmulas matemáticas. Deste sistema, nasceu a tradição fisicalista e

mecanicista, cujas concepções instauraram um abismo entre a matéria física (*res extensa*) e os aspectos mentais e espirituais (*res cogitans*) (Ávila, 2014), na qual a estrutura imaterial não teria relação com o corpo (Andrade, 2018).

Após Descartes, a medicina adentrou seu período científico, baseado na objetividade, na experimentação, na observação, no teste e no refutamento de hipóteses, possibilitando seu grande desenvolvimento. Contudo, algo se perdeu durante esta trajetória: “o universo da mente, com todas suas leis peculiares e suas singularidades, e o inevitável caráter subjetivo de seus fenômenos (Ávila, 2014, p.27).

Assim, a medicina “científica” separou-se das ciências humanas em geral, deixando para esta última, o legado das dimensões subjetiva e simbólica. Este panorama gerou implicações importantes e porque não acrescentar, ‘lamentosas’: “[...] a visão tradicional, unitária e integrada do homem-no-mundo fragmentou-se, passando a repartir-se em diferentes “saberes” e especialidades técnicas; e o corpo humano ficou dividido em dimensões biológicas e psicológico-sociais, irredutíveis uma à outra” (Ávila, 2014, p. 28).

A partir daí o corporal e o mental se dissociavam não apenas enquanto especialidades (medicina e psicologia), mas principalmente (e de forma ainda mais alarmante), enquanto forma de representação do corpo e da experiência humana (Ávila, 2014).

Assim, “desde que o corpo e a mente foram considerados domínios exclusivos, separados um do outro por um abismo conceitual, inúmeros fenômenos humanos permanecem inexplicáveis” (Ávila, 2014, p. 14).

Portanto, “o que dá um caráter tão problemático a relação entre mente e corpo é a luta sem fim entre a objetividade perseguida pela ciência e os fenômenos humanos, que não podem ser privados da subjetividade sem perder a alma” (Ávila, 2003, p. 99).

Desta forma, ainda que percorra uma trajetória histórica, os fenômenos que procuram compreender a constituição do indivíduo e sua dinâmica relacional, ainda perpassam por uma

demanda relevante: superar a visão fragmentada da existência humana.

Talvez ainda se faça preciso retroceder e resgatar d'aquilo que ficou fragmentado no tempo: o sujeito. Eis o terreno prolífico da Psicossomática.

2.2 Breves considerações da história da Psicossomática

“A história da psicossomática será sempre uma introdução, mas também ela é a própria psicossomática.”

Rodrigues

O termo “psicossomática” foi empregado pela primeira vez em 1818 pelo psiquiatra alemão Heinroth, ao se referir à origem da insônia como psicossomática. Neste primeiro momento a proposta era a de que as doenças somáticas tinham como fator etiológico os aspectos mentais. Contudo, na época não houve um desenvolvimento sobre o termo e a palavra “psicossomática” foi raramente utilizada na literatura do século XIX (Lipowski, 1984).

Em 1922, Felix Deutsch, médico de Freud, foi provavelmente o primeiro autor a introduzir o termo “medicina psicossomática”. Transcorrida mais de uma década, em 1935, a publicação “Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships: 1910-1933” da médica e pioneira da medicina psicossomática, Helen Flanders Dunbar; levou ao apogeu dos termos “psicossomática” e “medicina psicossomática” (Lipowski, 1984).

Vale ressaltar, que a construção da psicossomática permeia toda a história da medicina ocidental de tal modo que o termo é corrente na literatura médica do século XIX

(Rodrigues, Almeida & Magalhães, 2020). Portanto, a história da psicossomática está imbricada em diversas discussões e construções que perpassam pela medicina psicossomática.

Embora Dunbar percebesse que o termo “inter-relações psicossomáticas” fosse inadequado para expressar a convicção de que psique e soma são dois aspectos de uma mesma unidade, “ela não conseguiu articular um termo melhor e seu legado, por melhor ou pior, continua conosco até hoje” (Lipowski, 1984, p. 156) (minha tradução). Contudo, foi a partir de seus trabalhos que a medicina psicossomática apareceu como um campo organizado de investigação e possibilitou a propagação de uma abordagem holística para a prática médica (Lipowski, 1984).

Pouco mais tarde, em 1939, um evento de singular importância para o desenvolvimento dos conceitos de psicossomática ocorreu: o primeiro número da revista “Psychosomatic Medicine” (Lipowsky, 1984), cujo artigo inaugural foi escrito por Franz Alexander, médico e psicanalista húngaro radicado nos Estados Unidos, e fundador da Escola Psicanalítica de Chicago (Rodrigues et al., 2020).

Em 1950, com a publicação do livro “Psychosomatic Medicine”, Alexander se torna referência na evolução do conhecimento da área, e as práticas do psicanalista húngaro se tornam hegemônicas na psicossomática em grande parte do século XX (Rodrigues et al., 2020).

Em 1954, Dunbar conceitualiza a psicossomática como o “between field”, isto é, o que está na ‘interface’, cuja proposta era constituir um campo de saber situado na interface dos fenômenos orgânicos e psíquicos, fora da ideia de um fator etiológico de um campo sobre o outro. A partir daí a psicossomática universaliza-se, adquire o estatuto de campo organizado de conhecimento e constitui-se formalmente como uma disciplina (Rodrigues et al., 2020).

Transpassada mais de duas décadas e agregando sistematicamente à compreensão da psicossomática, George L. Engel dá origem ao conceito “biopsicossocial”. No texto “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, Engel salienta que a crise da medicina consiste em “definir doença em termos de parâmetros somáticos, sem se preocupar com questões psicossociais” (Engel, 1977, p. 129) (minha tradução).

Frente ao conceito biopsicossocial, Engel salienta a função de se estabelecer “[...] se quem solicita ajuda está ‘doente’ ou ‘bem’, e que se doente por que está doente e de que forma está doente” (Engel, 1977, p.132) (minha tradução). Assim, a postura frente ao processo saúde-doença e ao paciente, a perspectiva biopsicossocial designa a interface entre os processos psicológicos, os sociais e os somáticos (Engel, 1967):

Para fornecer uma base para a compreensão dos determinantes da doença e chegar a tratamentos racionais e padrões de cuidados de saúde, um modelo médico também deve levar em conta o paciente, o contexto social em que ele vive e o sistema complementar concebido pela sociedade para lidar com os efeitos perturbadores da doença, ou seja, o papel do médico e o sistema de saúde. Isso requer um modelo biopsicossocial (Engel, 1977, p. 132).

Na mesma direção, em 1984, Zbigniew Jerzy Lipowski, psiquiatra polonês, reafirma a compreensão do sujeito como biopsicossocial e a interação entre bio - psico - social:

O homem é um organismo biopsicossocial que recebe, armazena, processa, cria e transmite informações e atribui significado; que por sua vez, provoca respostas emocionais. Estas respostas, em virtude de suas concomitâncias fisiológicas, podem afetar todas as funções do corpo, tanto na saúde como na doença (p. 168) (minha tradução).

Um pouco mais tarde, em 1988, ao elucidar as questões de somatização Lipowski acrescenta um importante dado ao enunciar que a somatização não estava pautada em uma doença física demonstrável: “mente versus corpo, saúde versus doença, psicogenética versus orgânico são dicotomias relevantes aqui. A somatização não se presta a uma categorização

tão simples” (Lipowiki, 1988, p. 1.367) (minha tradução).

Assim, os pioneiros da psicossomática, bem como os sucessores deste pensamento reconhecem a complexidade do fenômeno do qual estavam se propondo a estudar.

Faz-se importante ressaltar que o interesse pela psicossomática se expandiu e em concomitância com outros países teve suas repercussões em autores que contribuíram para o tema na América do Sul.

No Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, a base da medicina psicossomática teve como protagonista o psiquiatra e psicanalista Danilo Perestrello, formado em 1939 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (Guedes, Rangel & Camargo Jr., 2020). O autor reconhecia a medicina psicossomática como uma possibilidade de articulação dos fenômenos psicológicos: “somente agora, porém com a medicina psicossomática, é que os mecanismos psicológicos começam a ser estudados mais aprofundadamente” (Perestrello, 1947, p. 16).

Nos idos de 1947, na cidade de São Paulo, José Fernandes Pontes, médico e doutor em medicina, reconhece em sua tese de livre docência sobre alterações gastrointestinais, que o surgimento de sintomas não estava na dependência exclusiva de fatores microbianos ou parasitários, mas que também havia uma influência significativa de fatores emocionais (Rodrigues, 2006).

Em consonância com a história da Medicina Psicossomática, Pontes considerava a pesquisa e a prática da interdisciplinaridade e das conexões sociopsicossomáticas no processo saúde-doença. Na perspectiva do autor, a promoção da saúde deveria ser pensada e praticada em uma perspectiva biopsicossocial ou o que mesmo denominou: “sociopsicossomática” (Rodrigues, 2006).

Prosseguindo com seus estudos, em 1958 Perestrello publica o livro “Medicina Psicossomática”, lançado como a obra inaugural deste campo no contexto brasileiro. Neste

trabalho, o autor apresenta a um público mais amplo a proposta que já havia introduzido em uma de suas conferências de 1951; enfatizando a impossibilidade de distinguir o psíquico e o somático (Guedes et al., 2020).

Com a publicação do livro “A medicina da pessoa” (1974) Perestrello rompe com o modelo médico clássico, enaltecendo a importância de uma prática médica-clínico-humanística, cujo objeto de estudo do médico era o doente e não a doença (Guedes et al., 2020).

Em 1976, acometido por uma doença incapacitante, Perestrello tem seus trabalhos interrompidos, sendo um fator desagregador em todo o movimento psicossomático (Guedes et al., 2020).

No século XXI, alguns autores contemporâneos tentam resgatar a proposta daqueles que instituíram a psicossomática como disciplina e como campo organizado de conhecimento:

“O corpo que adoece é simultaneamente tanto o corpo do indivíduo, portanto experiencial, eminentemente subjetivo, quanto o corpo que será tratado como objeto positivo pelas práticas da medicina, farmacologia, fisioterapia, etc. Esse mesmo corpo está submetido a representações culturais, a dimensões antropológicas e sociológicas, a pressões derivadas do trabalho que esse indivíduo realiza, do seu estilo de vida, e a todo um conjunto de fatores de ordem extracorporal que, contudo, confluem para esse mesmo corpo” (Ávila, 2012, p. 60-61).

“A psicossomática coloca o ser humano como objeto de ciência em uma tentativa de construção de um objeto antropológico, diretamente conectado ao processo saúde-doença. Podemos até afirmar que busca os aspectos humanos do processo de adoecer. Trata-se, portanto, de um campo complexo porque está envolvido em todos os aspectos da vida e do viver e, por consequência, nos coloca em dificuldades; obrigatoriamente compreende ordens epistemológicas distintas - da biologia, das ciências humanas, como a psicologia e das ciências sociais - e adotar uma pluralidade discursiva para dar conta destas diversidades epistemológicas, por que se defronta com fenômenos que se expressam de formas heterogêneas, que envolvem uma trama conceitual de discursos teóricos” (Rodrigues, 2022b, p.108).

Contudo, alguns pesquisadores contemporâneos ainda perpetuam a ideia equivocada e dualista do sujeito, contribuindo para os equívocos que permeiam a psicossomática, sendo que “poucos são os autores que procuram estabelecer o real peso das funções psicológicas e como se inserem no modelo da multicausalidade de fatores de risco no processo saúde-doença” (Rodrigues, 2022b, p. 109).

A história da psicossomática ainda caminha, muitas vezes perambula, tropeça e em tantas outras parece regredir; como quando ainda se encontra uma definição de medicina psicossomática como “sintomas medicamente inexplicáveis” (Ávila, 2014, p. 10), ou então estudos clínicos e epidemiológicos que caracterizam pacientes somatizadores dentro de uma categoria de “[...] sintomas e condições mal definidas” (Lipowski, 1988, p. 1.360), ou ainda quando a resposta médica está contida em: “Está tudo em sua cabeça” (Lipowski, 1988, p. 1.361).

O que se reafirma com esses discursos é a dissociação entre o físico (objetivo) e o psicológico (subjetivo). Assim sendo, este movimento suscita outro: a reflexão crítica sobre a Psicossomática - objetivo do próximo subcapítulo.

2.3 Reflexões críticas sobre a Psicossomática

*“Um povo que não conhece sua História está
fadado a repeti-la”*

Edmund Burke

A terminologia da palavra “Psicossomática” é composta por outras duas: “psiquê” e “soma”. Eis, o início de uma problemática paradoxal. O correspondente verbete no Dicionário Internacional de Psicanálise é implacável: “o fenômeno psicossomático, entrelaçamento de Psique e Soma, permanece problemático e suscitou inúmeras hipóteses, a

ponto de ‘babelizar’ este conceito” (Mijola, 2005, p. 1490).

Segundo Rodrigues (2022b), o mito da Torre de Babel pode ser utilizado para ponderar a dificuldade em delimitar o significado do termo psicossomático. Muitos conceituadores possuem a sua própria ideia sobre psicossomática, tomando-a como verdadeira e única, assim como Engel alertou em sua conferência de 1967 “The Concept of Psychosomatic Disorder” sobre haver tantos conceitos de psicossomática quanto de conceituadores (Engel, 1967).

Mesmo quando os autores apresentam suas concepções, fazem-na de forma a induzir os leitores de que a sua noção sobre a psicossomática é a verdadeira e universal, sem explicitar sobre o que concebem no que diz respeito a este campo. Assim, o “efeito Torre de Babel” resulta da confusão epistemológica e operacional, onde a aplicação de alguns conceitos muito abrangentes e mal delimitados, acaba por produzir um discurso sobre o nada, esvaziados de conteúdo teórico e prático (Rodrigues, 2022b).

Desta forma, comumente utilizado sem muito rigor, evidencia-se uma predominância de conceitos derivados do senso comum - excessivamente vagos - e ainda quando atrelado aos saberes científicos, ignora-se que o sentido dos termos varia muito de um jargão técnico para outro. O resultado é a reprodução de um termo propício a mal entendidos (Rodrigues & França, 2010), levando a sérias e danosas repercussões na produção do conhecimento e na sua aplicabilidade clínica (Rodrigues, 2022b).

Portanto, já de início é preciso romper com uma perspectiva utópica: “[...] a falsa ideia de que a noção de Psicossomática seja homogênea, quando na verdade não é!” (Rodrigues & França, 2010, p. 112). O que existe é uma enorme confusão conceitual na área da Psicossomática, onde ainda não é razoável pensar em uma noção consensual do termo (Rodrigues & França, 2010).

Os impasses que transitam neste campo de conhecimento não se esgotam na falta de

um consenso. Seu percurso é tortuoso, cheio de acidentes e com desvios de seus principais pressupostos, levando, sem dúvidas, à visão mais prejudicial e temerária: a ideia fantasiosa de doença e/ou transtorno e/ou sintoma psicossomático (Rodrigues et al., 2020), que retoma a dicotomia mente-corpo (Lipowski, 1984).

Nesse sentido, impregnados por paradoxos; alguns profissionais, ao mesmo tempo em que denunciam e rejeitam a dualidade mente-corpo, utilizam-se de uma noção vaga e bastante duvidosa do ponto de vista metodológico, francamente dualista, de doença ou de transtorno psicossomático (Rodrigues et al., 2020), demonstrando o abismo perturbador que existe entre a concepção de um historiador que trata da psicossomática e a interpretação endossada pela maioria dos trabalhadores ativos neste campo e que se identificam com ele (Lipowski, 1984).

Entretanto, na psicossomática, o dualismo ultrapassa o cartesiano; ele é intenso e frequentemente retomado na forma de concepções psicogénéticas, algumas delas assimiladas e apresentadas de forma disfarçada (Rodrigues, et al., 2020).

Nesse sentido, uma linha de pensamento relevante a ser destacada é a de Peter Emmanuel Sifneos, psiquiatra e pesquisador grego radicado nos Estados Unidos, que em 1972 em seu trabalho “*Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*” apresenta o conceito de alexitimia como “sem palavras para a emoção”. O conceito é uma referência a pessoas com dificuldade em descrever suas emoções, sendo a princípio utilizada no contexto de doenças ou transtornos denominados psicossomáticos (Rodrigues, et al., 2020).

Segundo Valente (2012) os pacientes alexitímicos apresentam dificuldades na capacidade simbólica, o que leva a uma tensão emocional e contribui para o surgimento de sintomas físicos.

Apresentado por alguns escritores como um conceito explicativo em hipóteses sobre a origem dos distúrbios psicossomáticos, Lipowski (1984) articula-o como um constructo mal definido e mal aplicado por aqueles que o apresentam como um conceito explicativo em

hipóteses sobre a origem dos distúrbios psicossomáticos: “a proposição de que as emoções ‘causam’ doença é amplamente vista como arbitrária e inválida” (p. 166).

Frente a uma compreensão psicogenética, a abordagem da psicossomática assume uma relação linear de causa e efeito e o fenômeno atinge um patamar muito parecido com a de uma função matemática, onde $f(x) = y$. Por exemplo, $f(\text{raiva}) = \text{enxaqueca}$. Simples, mecânico, raso e vazio.

Entretanto, a tendência em usar a palavra “psicossomática” para se referir a uma desordem cuja causalidade são os fatores emocionais “implica em um dualismo que realmente não existe, uma vez que nenhuma doença está livre da influência de fatores psicológicos” (Lipowski, 1984, p. 155) (minha tradução). Portanto, a noção de psicogênese é incompatível com a doutrina de multicausalidade, que constitui um pressuposto central da psicossomática (Rodrigues et al., 2020).

A alexitimia vem se apresentando de maneira preponderante no campo da psicossomática e na área da saúde. Embora a literatura aponte que os pacientes considerados psicossomáticos são quase que implacavelmente considerados como alexitímicos, tem-se observado uma aplicação indiscriminada do conceito. Desta forma, o termo acaba por sugerir um funcionamento mental do indivíduo a partir do diagnóstico de sua enfermidade orgânica, dificultando uma compreensão profunda da realidade psíquica dos pacientes (Rodrigues, et al., 2014).

Teorizada e apresentada desta forma, cria-se a impressão de que o conceito de alexitimia é uma entidade clínica bem validada, quando de fato, ela não é. Assim, faz-se necessário um maior rigor sobre o conceito uma vez que “não parece claro se o termo existe como um diagnóstico, como um peso sobre determinadas intervenções clínicas, ou como um constructo, que lhe conferiria um papel mais modesto na prática clínica” (Rodrigues, et al, 2014, p.145).

É oportuno destacar que os autores que instituíram a psicossomática como disciplina e como campo organizado de conhecimento não incluem a noção de psicogênese ou de doença ou sintoma psicossomático. Contudo, esta noção se normalizou, sendo evidenciada na enorme quantidade de publicações que se apoiam nesta terminologia (Rodrigues et al., 2020).

É possível, pois, observar a deturpação do conceito ao longo do tempo, bem como a disseminação dele.

Rodrigues (2022b) apresenta a psicossomática como “uma evidência do próprio processo de existir” (p.108), sendo que a própria compreensão terminológica do termo ratifica esta posição. Ávila (2014), ao recorrer aos gregos frente a uma breve análise etimológica, averigua que “soma” significa corpo inanimado; enquanto que a “psiquê” é anima. Por isso a morte é “o último suspiro”. Nesse sentido, “só há vida na presença da vida psíquica, não bastam as funções corporais” (p. 23).

A visão holística da psicossomática pressupõe “[...] a inseparabilidade da mente e do corpo em uma dependência mútua” (Lipowski, 1984, p. 154) (minha tradução), cuja premissa básica é a de que mente e corpo são “aspectos integrais do organismo humano, uma unidade psicobiológica, como um todo interagindo com o ambiente (Lipowski, 1984, p. 161)” (minha tradução). O que se busca é compreender a maneira pelas quais os fatores psicológicos e somáticos interagem, cujo curso não tem direcionalidade definida, nem fim: “cada efeito levando a outro em infindáveis feed-backs positivos e negativos” (Engel, 1967, p. 9).

Longe de negar a base biológica da doença, a proposta é de que a mente não pode ser separada do corpo doente; “a alma não pode esperar pendurada no armário, enquanto o corpo consulta o médico com sua abordagem técnica (Ávila, 2011, p.286) (minha tradução). A dinâmica do sujeito não caminha na anulação, ou seja, ou se é físico ou se é psicológico: a proposta é uma dinâmica relacional.

Fiel à concepção biopsicossocial proposta por Engel, Lipowski (1984) afirma que “as

doenças devem ser vistas como produto dessa interação” (p. 161)”, como “estados do organismo codeterminados pelo psicológico, fatores sociais e biológicos (p. 168) (minha tradução), ou seja, a “representação da abordagem clínica da interação entre mente e corpo em uma perspectiva biopsicossocial” (Rodrigues, 2022b, p. 107).

Assim, a objetivação do processo saúde-doença pelo vértice da Psicossomática com pretensões holísticas, busca adicionar (e isso não quer dizer minimizar) aos conhecimentos Bio-Físico-Químico, outro conjunto de saberes, a partir das faces do ser humano enquanto Ser Psicológico e Social. O método a que se impõe é o interdisciplinar - que possibilita observar o fenômeno humano tal como é: [...] um processo extremamente complexo e de mútua interação entre a infraestrutura biológica e a superestrutura social, mediada pelo psicológico (Rodrigues & França, 2010, p.113).

Somente circunavegando o universo da saúde e da doença sem se comprometer a uma disciplina particular (Engel, 1967) é que será possível romper os raciocínios reducionistas, sejam eles de qualquer ordem (sociogenéticos, organigenéticos ou psicogenéticos), pois dificultam compreender o sujeito como um ser biopsicossocial - psicossomático (Rodrigues, 2022b).

De origem multifatorial e com diversas manifestações clínicas, a somatização não pode ser explicada a partir de um único ponto de vista, seja aprendendo teoria psicodinâmica ou sociologia. Em vez disso, o caráter multidimensional da somatização articula hipóteses a partir de uma perspectiva mais ampla e desafia a tendência para dicotomizar os fenômenos, assim como reduzir sua complexidade e ambiguidade (Lipowiki, 1988, p. 1.367) (minha tradução).

Nas palavras de Ávila (2014):

Entendemos a psicossomática como um campo interdisciplinar de investigação, onde múltiplas perspectivas são necessárias, e onde as contribuições médicas os enfoques biológicos, e as abordagens de diferentes áreas das ciências naturais devem encontrar-se com perspectivas das ciências sociais e humanas (antropológica, biológica, psicológica, histórica, econômica e ecológica) se materializa (p. 15).

De maneira humilde e cautelosa Ávila reconhece a necessidade de uma mútua

colaboração, sem um enaltecimento de uma em relação a outra:

Talvez a psicossomática seja uma área transdisciplinar por excelência, e seus fenômenos só possam ser compreendidos a partir do pleno reconhecimento da complexidade de seu objeto, que torna necessária a simultaneidade de muitos pontos de vista, sem que nenhum possa se arrogar como único ou superior (Ávila, 2014, p. 15).

Portanto: “A partir de múltiplos olhares e do difícil, mas profícuo diálogo entre as disciplinas, é que a psicossomática poderá avançar” (Ávila, 2014, p. 15).

Por excelência, a psicossomática é um campo complexo: “não há qualquer outro campo no qual é necessário incluir sob sua égide todos os aspectos da vida e do viver, desde os ambientes sócio-cultural e físico, até o mais puro componente do meio interno” (Engel, 1967, p.4). Por conseguinte, os pacientes têm sintomas múltiplos envolvendo diversos de seus sistemas orgânicos (Ávila, 2014).

Assim, independente de qualquer tipo de abordagem - epidemiológica, sociológica, psicanalítica ou bioquímica - a palavra psicossomática anuncia que o foco da atenção está na sua interface (Engel, 1967; Rodrigues, et al., 2020).

Como descrito, a psicossomática teve uma grande jornada, que ao que parece está longe de ser finalizada enquanto constructo preciso e convergente. Todavia, ainda que haja discussões terminológicas e tentativas de elucidar o termo, Engel (1967) afirma que a palavra psicossomática veio para ficar, sendo necessário chegar a um acordo sobre a maneira pela qual se faz uso dela, em vez de continuar a dar importância exagerada para sua derivação original.

Talvez por excelência a psicossomática seja composta; desde sua própria terminologia (psique - soma) até os movimentos que possibilitaram sua propagação como é o caso da medicina psicossomática. Talvez o caráter sempre dual dos termos seja um viés para retirar a psicossomática de tantos paradoxos. Talvez tudo isso não justifique uma perpetuação equivocada do termo. Talvez a psicossomática ainda precise alcançar sua própria autonomia.

Talvez. Mas, também, talvez, seja possível olhar as manifestações psicossomáticas enquanto fenômeno holístico, biopsicossocial. Talvez! Eis a proposta do trabalho para a compreensão de tal fenômeno e a compreensão do sujeito.

Considerando a perspectiva da psicossomática apresentada, na qual o processo de adoecer não é um evento casual, mas sim a representação da resposta de uma pessoa que vive em sociedade (Rodrigues e França, 2010), o contexto laboral apresenta-se como uma variável social importante a ser considerada frente a este fenômeno. Considerando as duas variáveis da pesquisa - psicossomática e trabalho, o próximo subcapítulo tem por objetivo apresentar um constructo interligado a estas: a síndrome de burnout.

2.4 Síndrome de Burnout

“O desgaste a que as pessoas são submetidas no seu processo de viver é um dos cofatores mais potentes no desenvolvimento de doenças.”

Rodrigues & França

As relações que as pessoas têm com o trabalho e as dificuldades que podem surgir quando este relacionamento dá errado, há muito são reconhecidos como um fenômeno da era moderna. Frente a esta dinâmica, o termo regularmente utilizado para aludir a este fenômeno é o burnout (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

Contudo, muitos questionamentos referentes à síndrome de burnout (SB) decorrem de importantes distorções ocorridas no desenvolvimento e uso do conceito, levando a uma utilização do termo de forma equivocada ou inadequada (Maslach, 1982). A definição da SB é complexa (Rodrigues, 1998), e Maslach (1982) realça a relevância do pesquisador de conhecer as referências fundamentais na literatura e ter um claro entendimento do verdadeiro

significado do termo.

Atentando-se a estas ponderações, o presente capítulo tem por objetivo tecer considerações importantes sobre o burnout. Para tal, faz-se necessário também, elucidar o conceito de stress e de depressão; constructos que ainda deturpam o conceito de burnout e cujo entrelaçamento gera um “(mau) bolado”.

Vale ressaltar que ao se referir a SB, optou-se por utilizar o conceito em sua língua de origem inglesa, e não “esgotamento”, como o termo é corriqueiramente traduzido. O termo burnout já é consagrado e a tradução do termo como “esgotamento” é falho, incompleto e não transmite a complexidade da ideia, pois exclui as forças do contexto social e sua interação com a experiência pessoal (Rodrigues, 1998); mantendo a síndrome em uma perspectiva individual (Rodrigues & Campos, 2010).

O uso do termo burnout começou a aparecer na década de 1970, nos Estados Unidos, principalmente entre as pessoas que trabalhavam nos serviços de cuidados à saúde. Muito antes de se tornar um foco de estudo sistemático por pesquisadores, estes trabalhos iniciais tinham como objetivo descrever o fenômeno básico, dar um nome e mostrar que o burnout não era uma resposta incomum (Maslach et al., 2001).

A primeira descrição sistemática da SB foi realizada em 1975, com o trabalho “The staff burn-out syndrome in alternative institutions” do psiquiatra estadunidense Herbert Freudenberg; que trabalhava em uma agência de saúde; seguido pela publicação “Burned-out”, da psicóloga social americana Christina Maslach, em 1976, que se dedicava ao estudo das emoções no local de trabalho (Maslach et al., 2001).

Para os pioneiros, o burnout está relacionado à dedicação ao cuidar de outras pessoas ou a uma busca de grande realização. De qualquer maneira a SB é fruto das relações de trabalho, estando elas relacionadas às relações intensas com outras pessoas ou às grandes expectativas em relação ao sucesso na carreira, que apesar de grande dedicação não alcança o

retorno desejado (Rodrigues & Campos, 2010).

A SB é uma síndrome caracterizada por três dimensões básicas: exaustão emocional, sentimento de cinismo e distanciamento do trabalho e uma sensação de ineficácia e falta de realização (Maslach, 1982; Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016).

A exaustão emocional é o desgaste, perda de energia, esgotamento, debilitação e fadiga. Pode ocorrer frente a uma carga emocional intensa decorrente do contato frequente e penoso com pessoas em situação de sofrimento. O profissional sente-se esgotado, com pouca energia disponível para o próximo dia e sem saber como recuperá-la para continuar (Maslach & Leiter, 2016).

Originalmente chamada de ‘despersonalização’ (Maslach, 1982), o sentimento de cinismo e distanciamento de trabalho refere-se a atitudes negativas ou inadequadas em relação aos clientes, irritabilidade, perda do idealismo e retraimento (Maslach & Leiter, 2016). Segundo Rodrigues (1998), esta dimensão envolve a insensibilidade e o distanciamento emocional exacerbado com frieza e indiferença às necessidades dos outros. Impregnados por uma visão negativista, os profissionais tendem a ter condutas desumanizadas, deixando de perceber o outro como semelhante e dificultando a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que buscam ajuda e tratamento (Freudenberger 1975). Como consequência, o atendimento fica comprometido, com contatos pouco ou nada amistosos e cujo desejo é manter os pacientes o mais distantes possível (Rodrigues & Campos, 2010).

Primeiramente denominado como ‘redução da realização pessoal e profissional’ (Maslach, 1982), a sensação de ineficácia e falta de realização diz de uma redução na produtividade, capacidade reduzida, moral baixa e incapacidade de lidar com a situação (Maslach & Leiter, 2016). Segundo Rodrigues e Campos (2010), frente ao quadro de deterioração da atividade, a realização pessoal e profissional fica bastante comprometida.

Portanto, os trabalhos dos pioneiros sobre o tema tinham como foco a exaustão emocional, a fadiga e a frustração em profissionais decorrentes do desgaste da relação com as pessoas ou da não satisfação das expectativas do indivíduo em relação à profissão (Rodrigues & Campos, 2010).

Atentos, Freudenberg e Maslach reconhecem que o burnout se manifesta de formas sintomáticas diferentes, e que varia em sintomas e grau de pessoa para pessoa. Assim, há a sensação de exaustão e fadiga para um; enquanto que para outro, é impossível se livrar de um resfriado ou de dores de cabeça frequentes ou ainda distúrbios gastrointestinais, perda de peso, insônia (Freudenberg, 1975; Maslach, 1976). Eis o caráter experiencial do burnout, que torna cada apresentação única e a percepção de cada sujeito em sua singularidade.

O poder evocativo do termo burnout para capturar a realidade das experiências das pessoas no local de trabalho é o que o tornou significativo e tão popular. Em uma definição burnout seria uma “[...] uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho” (Maslach & Leiter, 2016, p. 103) (minha tradução). Nas palavras de Maslach et al. (2001): “burnout é uma experiência individual do contexto de trabalho” (p.407) (minha tradução).

De maneira muito relevante a pesquisa sobre burnout sempre reconheceu um papel central para as relações sociais tanto no desenvolvimento quanto na resolução da síndrome. Em suma, as interações sociais negativas parecem drenar a energia e distanciar as pessoas de seu trabalho, assim como a ausência de encontros sociais positivos se torna desencorajadora (Maslach & Leite, 2016).

Contudo, a partir da década de 1980, a produção sobre SB cresce e deixa de ser um campo isolado de pesquisa para incorporar-se à área do estudo sobre o stress, diferenciando-se por focalizar o stress no trabalho - stress ocupacional (Rodrigues, 1998). Ainda que diante de uma proximidade à dimensão ‘exaustão’ de burnout, os termos ainda permanecem, ou pelo

menos, precisariam permanecer distintos.

Assim como o “burnout”, o “stress” também comporta uma complexidade enquanto conceito. O trabalho utilizar-se-á do termo como é comumente utilizado no original, em inglês, “stress” (Rodrigues, 1998).

O termo “stress” foi utilizado pela primeira vez em 1936, por Hans Selye, endocrinologista radicado no Canadá. Desde então, inúmeras pesquisas e publicações foram produzidas dentro desta linha de pensamento, uma vez que a riqueza deste conceito e a operacionalidade do modelo permitiram vislumbrar um grande horizonte. Contudo, distorções importantes se popularizaram, de modo que ainda existem muitas controvérsias na definição do conceito (Rodrigues & França, 2010). O próprio endocrinologista afirma que com exceção de alguns cientistas especializados, ninguém realmente tentou definir o conceito de stress; ainda que ele tenha se tornado parte do vocabulário diário das pessoas: “Todos sabem o que é stress e ninguém sabe o que é” (Selye, 1973, p. 692) (minha tradução).

Ainda que os problemas divirjam completamente, em muitos aspectos, os corpos respondem com alterações bioquímicas idênticas destinadas fundamentalmente a lidar com qualquer tipo de aumento de demanda do organismo. Portanto, os fatores produtores de stress (estressores) são diferentes, porém, essencialmente produzem a mesma resposta biológica. Esta distinção crucial entre estressores e stress foi bastante representativa, pois permitiu pensar a experiência pessoal frente a este fenômeno: “[...] cada exigência feita ao nosso corpo, é em certo sentido, única, isto é específica” (Selye, 1973, p. 692) (minha tradução).

Em sua definição de stress Selye apresenta-o como “[...] a resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda feita a ele” (Selye, 1973, p. 692) (minha tradução). O autor demonstrou que ao ser exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à homeostase; seja ele físico, químico, biológico ou mesmo psicossocial, possui a tendência a respostas de forma uniforme e inespecífica, anatômica e fisiologicamente. A esse

conjunto de reações inespecíficas, onde o organismo participa como um todo, Seyle chamou de Síndrome Geral de Adaptação (Rodrigues & França, 2010).

Assim, o empresário sob constante pressão de seus clientes; um controlador de tráfego aéreo que sabe que um momento de distração pode significar a morte de centenas de pessoas; o atleta que deseja desesperadamente vencer uma corrida ou um marido que assiste impotente sua esposa morrer lenta e dolorosamente de câncer - todos sofrem de stress (Seyle, 1973).

Ou seja, o termo stress foi utilizado para denominar aquele conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para a adaptação. Portanto, as reações de stress estão presentes em todos os momentos da vida, sendo tão importantes a ponto de não ser possível viver sem elas; uma vez que auxiliam em todos os momentos de adaptação que o sujeito necessita (Rodrigues & França, 2010).

Assim, “[...] se estiverem dentro de limites adequados, satisfatórios, serão benéficos, porém “a reação protetora sistêmica desencadeada pelo stress pode ir além da sua finalidade e dar lugar a efeitos indesejáveis” (Rodrigues & França, 2010, p. 118-126).

Baseada em uma estrutura psicossocial, a síndrome de burnout é proposta como uma consequência potencial da exposição crônica ao stress psicossocial (Freudenberg, 1975; Maslach, 1982); ou a de profissionais com grandes expectativas de sucesso na carreira, e que mesmo desempenhando grande dedicação ao trabalho, não alcançam o retorno desejado (Rodrigues & Campos, 2010).

No caso de uma reação muito intensa, ou se o agente que causa o stress for muito potente e/ou prolongado, poderá haver uma maior predisposição ao desenvolvimento de uma doença (Rodrigues & França, 2010). “[...] eles geralmente são incapazes de lidar com esse stress emocional contínuo e ocorre o burnout (Maslach, 1976, p. 16) (minha tradução).

Comparado a um fio elétrico, Maslach (1976) afirma que à medida que a proporção aumenta, há um sobrecarga emocional cada vez maior, até que como um fio que tem muita

eletricidade fluindo através dele, o trabalhador “queima” e se desconecta emocionalmente.

Retomando as dimensões do burnout; quando adicionada à exaustão emocional, ao cinismo e distanciamento do trabalho, não é raro o surgimento do sentimento em ter falhado. A consequência: queda da autoestima e uma eventual depressão (Rodrigues & Campos, 2010).

Assim como o termo ‘stress’, o conceito ‘depressão’ não pode ser unificado ao termo burnout.

Em 1968, Pierre Marty escreveu sobre o conceito de depressão essencial (Volich, 2022). Marty descreveu a síndrome de depressão essencial, na qual não existe sintomatologia depressiva manifesta; o sujeito desempenha suas atividades cotidianas sem os grandes sintomas da depressão descritas nas síndromes depressivas psiquiátricas; contudo, a relação com o ambiente de trabalho e social fica prejudicada, uma vez que o indivíduo deixa as relações com outras pessoas, frias e distantes (Rodrigues & Campos, 2010).

Diferentemente da depressão, a síndrome de burnout é temporária e refere-se a uma relação específica do trabalho (Freudenberger, 1983). Além disso, a SB influencia apenas o campo profissional, em contraponto à depressão, que atinge todas as áreas da vida do indivíduo” (Maslach et al., 2001).

Portanto “[...] a exposição crônica a estressores no trabalho pode levar à síndrome de burnout, assim como [...] sujeitos depressivos tem maior chance de desenvolver burnout (Maslach et al., 2001, p.404).

Desta maneira, os conceituadores dos termos burnout (Freudenberger e Maslach), stress (Seyle) e depressão essencial (Marty), não coadunam os constructos; esta confusão é resultado de releituras equivocadas. Os termos são passíveis de diferenciação e precisam ser analisados sob esta ótica de discriminação.

Portanto, por definição, “burnout é uma condição de sofrimento psíquico relacionado

ao trabalho” (Vieira, et al., 2006, p. 352) e suas fontes envolvem o relacionamento com as pessoas, bem como o contexto social e laboral (Rodrigues, 1998; Rodrigues, Campos & Pardini, 2006). Assim sendo, é preciso considerar que o burnout pode ser causado por más condições de trabalho (Maslach et al., 2001).

Considerando estas reflexões, segundo Rodrigues e Campos (2010), a SB é notável entre os profissionais cujo objeto de trabalho é o contato com pessoas, especialmente os “profissionais de saúde” - tema da próxima discussão.

2.4.1 Burnout: o lugar dos profissionais de saúde e sua interlocução com a Psicossomática

“We ought to always remember that the human being is more important than the task.”

Freudenberger

O trabalho desempenha um papel fundamental no desenvolvimento humano. Contudo, o contexto laboral pode causar sofrimento tanto físico quanto psicológico em circunstâncias onde não sejam asseguradas as condições mínimas de saúde e segurança (Santana, Sarquis & Miranda, 2020).

Nas últimas décadas houve um aumento no índice de doenças relacionadas ao trabalho em todo o mundo, em especial, àquelas relacionadas aos riscos psicossociais e que ainda permanecem subestimadas em muitos ambientes laborais (Santana et al., 2020).

Portanto, a ideologia de trabalho e as crenças sobre a organização são fatores relevantes para o desgaste tanto físico quanto psíquico. Apesar disso, a interferência para se pensar o bem-estar dos trabalhadores é limitada a referenciais ergonômicos e à ideia de ‘saúde’ consagrada na manutenção da força de trabalho. Tal crença torna-se real dentro de um

processo de adaptação, seja para suportar, negar e até superar (ainda que temporariamente) problemas de ordem física e mental (Rodrigues & França, 2010), e ali se manter; ainda que adoecido: “o indivíduo deve ser um recurso estável, forte e confiável, um tipo muito especial de máquina que não quebra” (Rodrigues & França, 2010, p.125).

Embora Maslach (1976) afirme que o burnout seja um fenômeno básico e que ocorra em diferentes ambientes de trabalho, Maslach et al., (2001) ressaltam que o risco de burnout nos cuidadores de saúde é maior do que na população trabalhadora em geral.

Os profissionais de saúde estão inseridos em um contexto permeado por variáveis verticais e longitudinais, onde é preciso atuar em duas dimensões (profissional do cuidado e organizacional) que se articulam, complementam e também “chocam” entre si.

A primeira dimensão refere-se àquela que ocorre entre os profissionais e os usuários de saúde (Eleutério & Jorge, 2023). Freudenberg (1975) assinala que o contato frequente com as pessoas como um fator que influencia o burnout. Ao articular a atenção primária de saúde enquanto porta de entrada do atendimento à população é possível verificar o fluxo e a demanda que chega a estes trabalhadores: “o burnout muitas vezes torna-se inevitável quanto o profissional é forçado a prestar atendimento para muitas pessoas” (Maslach, 1976, p. 19) (minha tradução).

Já a dimensão organizacional do cuidado é aquela que ocorre nos serviços de saúde e envolve organização do processo de trabalho. Nesta, define-se fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: reuniões em equipe, protocolos, agendas, planejamentos, avaliações, atividades de comunicação e coordenação; além da própria função gerencial em si (Eleutério & Jorge, 2023).

Neste sentido, Freudenberg (1975) apresenta uma consideração bastante interessante ao ressaltar o ‘engajamento’ como uma problemática da antítese positiva do burnout: “existem diferenças entre comprometimento e supercomprometimento podendo este última

levar a uma ‘escravidão’ emocional (minha tradução). Assim, o profissional frente ao supercomprometimento “estará à mercê de suas próprias necessidades, às necessidades da população que busca ajuda e às necessidades do administrador” (p.74) (minha tradução).

A sobrecarga, a falta de apoio, os conflitos não resolvidos, o baixo reconhecimento e falta de autonomia são alguns dos fatores que influenciam o surgimento do burnout (Maslach & Leiter, 2016). Além disso, a falta de divisão da vida exterior separada e distinta da vida profissional (principalmente quando se vive e trabalha na comunidade) e o número de horas a que se dedica à sua profissão de dia e de noite são preditivos importantes da SB (Freudenberg, 1975). Neste sentido, vale as considerações de Funayana et al. (2022) que ressaltam a realidade de muito profissionais de saúde que residem na mesma área geográfica da instituição onde trabalham.

Há pouca dúvida de que o burnout desempenha um papel importante na má prestação de serviços de saúde e assistência social às pessoas que deles necessitam. Sendo um fator chave na baixa moral do trabalhador, o burnout contribui para o absenteísmo e rotatividade no trabalho (Maslach, 1976; Maslach et al., 2001).

Ainda que permaneçam trabalhando, os profissionais apresentam uma menor produtividade e eficácia no trabalho bem como uma redução no comprometimento (Maslach et al., 2001), onde as pessoas “esperam mais para receber menos atenção e menos cuidados” (Maslach, 1976, p. 17) (minha tradução). Além disso, os profissionais se tornam pouco tolerantes, irritadiços e nervosos não só no ambiente de trabalho, como também fora dele, com familiares e amigos (Rodrigues, 1998).

O trabalhador exausto fica doente com frequência; podendo ser acometido por insônia, úlceras, enxaquecas, além de doenças mais graves. Como resposta, uma gama de profissionais recorrem à medicação ou explicações de caráter físico, levando a várias formas de abuso de substâncias (Maslach, 1976; Maslach et al., 2001), como alerta Maslach: “o

esgotamento se correlaciona com outros índices prejudiciais de stress humano, como o alcoolismo, a doença mental, o conflito conjugal e o suicídio” (Maslach, 1976, p. 17) (minha tradução).

Nesse sentido, o sujeito utiliza-se respostas psicossomáticas como mecanismos de resistência para sua sobrevivência, como uma espécie de ‘ideologia defensiva’. Portanto, “a organização do trabalho age sobre a economia psicossomática” (Rodrigues & França, 2010, p.124), de modo que conflito entre a economia psicossomática e a organização laboral intensifica os efeitos patogênicos das más condições físicas, químicas e biológicas do trabalho (Rodrigues e França, 2010).

Portanto, a dinâmica atual do ‘homem organizacional’ vivencia a fragmentação e desarticulação das suas dimensões vitais biopsicossociais, uma vez que o que se busca é um enquadramento homogêneo e predeterminado a partir do cargo ou função promovendo uma cisão entre a força de trabalho e o modo de vivenciar as emoções (Rodrigues & França, 2010), cuja forma de expressão encontra o adoecer.

Contudo, nas palavras de Maslach: “Um passo pode ser dado para reduzir a ocorrência de burnout porque muitas de suas causas não estão enraizadas nas características permanentes das pessoas, mas em fatores sociais e situacionais específicos que podem ser alterados” (Maslach, 1976, p.21).

Assim, há o que ser feito! A síndrome de burnout é um fenômeno de extrema relevância para se pensar os conflitos entrelaçados ao contexto laboral e articular a dinâmica do adoecimento que perpassa por um contexto social e pela singularidade do sujeito. A partir daí é possível uma compreensão relacional do sujeito biopsicossocial; em última análise, do sujeito psicossomático.

3 Psicossomática e Psicanálise

“some individuals experience as “illness conditions which others regard merely as “problems of living.”

Engel

“a matéria de trabalho é tão somente o sujeito.”

Lacan

Desde seus primórdios, a psicossomática guarda relação com a psicanálise. Segundo Guedes et al. (2020), as raízes históricas da medicina psicossomática utilizava-se de formulações psicanalíticas para compreender as causalidades psíquicas do adoecimento. Portanto, os pioneiros deste campo possibilitaram interligações importantes entre a psicanálise e o fenômeno psicossomático.

Contudo, Ávila (2002) realça a psicossomática psicanalítica distinta da medicina psicossomática. Segundo Ávila (2019), a psicossomática psicanalítica adota o modelo clínico e os conceitos fundamentais da psicanálise, sendo uma aplicação ou uma implicação desta. Portanto, os conceitos elaborados ao longo da história do movimento psicanalítico são utilizados em sua teorização e prática.

Contudo, o autor faz uma ressalva importante: “é fato que muitas vezes o setting não é o tradicional, mas frequentemente o hospital, o ambulatório e outros contextos de saúde. Isso, porém, não implica o abandono do método próprio à psicanálise, ou seja, o método de escuta e interpretação/construção” (Ávila, 2019, p. 146). Esta é a realidade e proposta do presente trabalho.

Sigmund Freud, neurologista austríaco e criador da psicanálise, utilizou a expressão “psicossomática” em uma carta dirigida ao médico Viktor Von Weizsäcker. Embora tenha se

utilizado do termo apenas uma vez, o médico vienense contribuiu significativamente para o surgimento de um campo de saber sobre as afecções corporais sem etiologia orgânica definida (Monteiro & Nicolau, 2020).

A partir do tratamento de pacientes histéricas, Freud articula a influência psíquica nos sintomas corporais, já reconhecendo, desde o início, o desafio desta afirmação:

O médico que, por seus estudos, adquiriu tantos conhecimentos vedados aos leigos, pode formar uma ideia da etiologia das doenças e de suas lesões [...] Em face, porém, das particularidades dos fenômenos histéricos, todo o seu saber e todo o seu preparo em anatomia, fisiologia e patologia deixam-no desamparado (Freud, 1910/1996, p. 29).

A fim de explicitar os sintomas somáticos apresentados pelas histéricas, Freud utiliza o termo ‘conversão’: mecanismo que possibilitaria a expressão dos conteúdos psíquicos a partir das manifestações somáticas. Desta forma, a soma de excitação - afeto - investida em determinadas representações mentais recalcadas, seria transformada em estímulos somáticos, dando origem a sintomas como paralisias, dores, vômitos (Santos, 2017).

Embora utilizasse do termo ‘conversão’ e não ‘psicossomática’ frente às críticas a noções mecanicistas e organicistas do corpo e das enfermidades orgânicas, a psicanálise permitiu um avanço significativo para o surgimento de um campo de investigação sobre a psicossomática (Monteiro & Nicolau, 2020).

A psicossomática psicanalítica enquanto campo de estudos provoca questionamentos em razão das próprias relações complexas que estabelece tanto com a Medicina quanto com a Psicanálise (Casadore & Peres, 2017). Entretanto, ainda que muitos teóricos da psicanálise contribuam para a compreensão do fenômeno psicossomático, as escolas psicanalíticas também apresentam suas divergências frente a compreensão deste fenômeno.

De maneira a apresentar estas diferenças, o capítulo subdivide-se em três subcapítulos para a compreensão do fenômeno psicossomático, a partir do vértice da psicanálise. No

primeiro momento a proposta é discorrer e levantar algumas reflexões sobre o modelo apresentado pela Escola de Psicossomática de Paris com as ideias de Pierre Marty e colaboradores. No segundo subcapítulo busca-se apresentar as contribuições de Groddeck, Ferenczi e Winnicott e por fim explicar a psicossomática a partir da psicanálise; com uma proposta de integralidade relacional do sujeito.

3.1 A Escola de Psicossomática de Paris: o conceito de mentalização, pensamento operatório e algumas reflexões críticas

Os trabalhos de Pierre Marty (médico e psicanalista francês) e colaboradores exercem forte influência neste campo de estudo, ocupando um lugar hegemônico na abordagem da psicossomática. Responsáveis pela criação da Escola de Psicossomática de Paris, os autores articulam a proposta de que os fenômenos psicossomáticos são resultados de uma limitação simbólica em razão de uma carência de representações psíquicas (Prestes, Abrão & Marfinati, 2022).

Frente a esta compreensão, a escola francesa trabalha com dois conceitos centrais de fundamentação teórica: o de mentalização e o de pensamento operatório (Prestes et al., 2022).

Marty (1993) define mentalização como o processo de ligações entre energias psíquicas e representações, cujo objetivo é o alinhamento entre as pulsões e a libido, o que funciona como a harmonização entre “[...] a quantidade e a qualidade das representações psíquicas dos indivíduos” (Marty, 1993, p.11). Este movimento seria responsável pela economia psicossomática (Volich, 2022).

Contudo, no caso de pacientes psicossomáticos, o que estaria presente é a ineficácia da mentalização: “Em situações de conflito e de sobrecarga de excitações essas dinâmicas propiciam, sobretudo, a descarga da excitação por meio de comprometimentos automáticos,

e, em alguns casos, o desenvolvimento de sintomatologia somática” (Volich, 2022, 239-240).

É importante ressaltar, que os autores da escola francesa não se referem a uma deficiência de ordem intelectual ou cognitiva; mas sim, a estruturas psíquicas deficitárias na capacidade de representação e elaboração simbólica (Santos & Peixoto, 2019). Esse tipo de organização seria resultado “de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos” (Marty 1993, p.16),

Arelado a esta compreensão, Marty desenvolve o conceito de pensamento operatório para caracterizar a oratória do paciente psicossomático:

(...) caracterizadas essencialmente pelo excesso de importância ao fático e ao presente, por comportamentos automáticos e adaptativos, por uma ruptura com o inconsciente e com a sexualidade, por uma alienação da própria história, pela negligência do passado e incapacidade de projeção para o futuro (Volich, 2022, p. 239).

Com um vocabulário estático e mecânico, em razão da falha da elaboração ou da carência de representações psíquicas ou ainda, da impotência em associá-las; a evasão do excedente se daria por meio do padecimento somático (Prestes et al., 2022).

Nas palavras de Peres, Caropreso e Mello (2019):

(...) o sujeito disporia de poucos recursos para a tramitação psíquica das excitações, o que, no limite, potencializaria o risco de “doenças somáticas” mediante a propensão a descargas na materialidade do corpo. Afinal, com o pensamento operatório, o valor funcional da atividade representacional se encontraria apenas minimamente preservado e o papel instrumental da vigília invadiria os processos oníricos (p.3).

É importante ressaltar que segundo esta articulação, o modelo de abordagem da subjetividade pressupõe um aparelho cuja função principal é o de possibilitar a descarga das tensões provenientes das excitações internas (pulsionais). Portanto:

(...) a hipótese de insuficiência do funcionamento mental como fator determinante da vulnerabilidade individual ao adoecimento orgânico só pode ser compreendida adequadamente se considerarmos esse modelo mecânico de psiquismo como referencial teórico fundamental (Santos, 2017).

É neste contexto, que a compreensão da psicossomática para Marty e colaboradores é atrelada ao conceito de pulsão (Trieb) de Freud:

Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir a sua meta (Laplanche e Pontalis, 1991, p. 394).

Aisenstein (2010), uma das principais representantes contemporâneas da Escola de Psicossomática de Paris, assinala que a tese freudiana de que a pulsão faz uma exigência contínua de trabalho representacional à mente, permite esclarecer o que estaria em jogo no adoecimento somático. Segundo a psicanalista, em seu texto de 2010: “The mysterious leap of the somatic into the psyche”, “as desorganizações somáticas poderiam ser entendidas como uma consequência da incapacidade da psiquê de decodificar, de traduzir as demandas do corpo” (p. 53) (minha tradução). Assim: “as poucas palavras de definição freudiana da pulsão são cruciais e encerram no abismo toda a teoria psicanalítica, bem como todo o corpus psicossomático. A meu ver, essa simples definição deveria assumir o valor de um axioma” (p. 53) (minha tradução).

De fato, a pulsão definida como um conceito limite entre o psiquismo e o somático proposta por Freud aproxima-se da ideia de ‘interface’ proposta por Dunbar em 1935 ao se referir à psicossomática. Contudo, ainda que seja possível esta aproximação, os termos permanecem distintos e não são abordados desta forma por estes autores.

Embora hegemônica, a Escola de Psicossomática de Paris não é unânime, e a partir de reflexões críticas, é possível reaver algumas de suas convicções.

Nesse sentido, Rodrigues et al., (2020) ao refletirem sobre alguns conceitos como: insuficiência mental, pensamento operatório, mentalização, revelam o caráter de inclinação psicogenética de tal construção. Além de relativizar a importância do fator ambiental no processo de adoecer (Santos & Peixoto, 2019), segundo Prestes et al. (2022), o conceito de mentalização sugere uma hierarquia desenvolvimentista, ao considerar que sujeitos com capacidade de mentalização seriam mais organizados mentalmente, enquanto que aqueles que somatizam seriam mais arcaicos. Para eles: “as manifestações sejam elas quais forem, são arranjos diferentes a partir de cada subjetividade não obedecendo a uma ordem hierárquica” (p.234). Por fim, não é razoável avaliar a somatização como uma saída negativa decorrente da falha da mentalização atribuindo-lhe uma saída desfavorável em comparação a qualquer outra (Prestes et al., 2022): “Assim como o andar e o comunicar-se, o adoecer é fruto dessa história de relações na qual estão presentes bons e maus encontros” (Santos & Peixoto, 2019, p. 12).

Uma série de autores no campo psicanalítico formularam concepções a respeito do adoecimento somático que divergem dos enunciados da matriz francesa. Recorrendo a Engel (1967): “cada um dos grupos heterogêneos tem o próprio vértice de observações e apresentam a tendência de generalizar de forma prematura e excessiva os seus achados” (Engel, 1967, p.5) (minha tradução). Portanto é relevante, e cada vez mais necessário, reconhecer outros vértices para se pensar a psicossomática psicanalítica.

3.2 A visão psicossomática do sujeito frente as contribuições de Groddeck, Ferenczi e Winnicott

Groddeck, Ferenczi e Winnicott, frente a uma proposta integral do sujeito, representam autores promissores na compreensão da psicossomática.

Considerado o pai da medicina psicossomática, Georg Walther Groddeck, teve seu primeiro trabalho - “Condicionamento psíquico e tratamento de moléstias orgânicas” - publicado na Revista Internacional de Psicanálise em 1917, que ficou reconhecido como a primeira investigação sobre o que se conhece hoje sobre psicossomática. O médico e analista alemão foi o primeiro a reorientar a medicina moderna deixando de lado a divisão corpo e alma. Consagrado como um monista convicto, não aceitava as dicotomias da racionalidade científica moderna, defendendo a ideia de “corpo e mente como uma realidade única e indivisível”; (Madeira & Jorge, 2019, p. 241) uma totalidade, sem que seja necessário adotar os termos psique e soma.

Antes mesmo de começar a estudar a psicanálise, Groddeck (1977a) afirma que:

(...) eu havia me convencido de que a distinção entre o corpo e a mente é apenas verbal e não essencial, que o corpo e a mente são uma unidade, que contém um Isso, uma força que nos vive enquanto acreditamos estar vivendo (p. 32).

Criador do termo ‘Isso’, posteriormente utilizado por Freud a partir do início do decada de 1920 em sua segunda tópica, Groddeck revela o caráter integral e de unicidade do sujeito:

Existe nele um “Isso”, uma espécie de fenômeno que comanda tudo que ele faz e tudo que lhe acontece. A frase “eu vivo...” é verdadeira apenas em parte; ela expressa apenas uma pequena parte dessa verdade fundamental: o ser humano é vivido pelo Isso (Groddeck, 1984, p. 9).

Portanto, considerando o organismo sempre e incondicionalmente vinculado à personalidade e a subjetividade de cada indivíduo - que Groddeck chamou de vida orgânica da personalidade, o “corpo e alma são apenas as expressões desse Isso que vive o homem” (Ávila, 2016, p. 98). Na visão groddeckiana, o que há é a indissociabilidade entre os domínios físicos e psíquicos do sujeito. Desta forma, todas as emoções vivenciadas são processadas e expressas no corpo: “Medo, desejo, angústia, amor, são fatos psíquicos e somáticos, sempre e inevitavelmente” (Ávila, 2019, p. 144).

Nesse sentido, a concepção atrelada aos conceitos de saúde e doença são compreendidos de maneira diferente:

Doença e saúde são tidos por opostos. Mas não o são, do mesmo modo que o frio e o calor não são opostos. Assim como essas duas sensações são a expressão de diferentes comprimentos de ondas de um mesmo raio, a doença e a saúde são formas de expressão de uma só vida. A doença não vem de fora, não é um inimigo, mas sim uma criação do organismo, do Isso. O Isso – ou chamemo-lo de força vital, de si próprio ou organismo – esse Isso, do qual nada sabemos, e não reconhecemos senão uma ou outra forma de manifestação, deseja expressar alguma coisa com a enfermidade; ficar doente tem que ter um sentido (Groddeck, 1992a, p. 97).

As doenças adquirem um estatuto de linguagem, cujos sintomas corporais carregam um sentido que é oculto, simbólico e reprimido. Assim da mesma maneira que uma pessoa pensa, sente, age e anda; também, com esse mesmo sentido particular, ela adocece, pois “(...) o sintoma orgânico é uma das formas de manifestação do Isso (Groddeck, 2011, pp. 118-119). Contudo, a doença se apresenta de maneira que o próprio sujeito não lhe atribui sentido, sendo necessário decifrar e interpretá-las, de maneira a devolver ao sujeito sofredor, a mensagem que ele porta, mas não sabe ler (Ávila, 2016). Assim:

É muito significativo se a pessoa que sofre de algum mal da visão é um homem, uma mulher, uma criança ou um ancião, como também é importante saber quais são as condições de vida do paciente, quais são seus desejos e necessidades, como é o seu caráter, suas características pessoais, como é a sua constituição, e tudo que se possa descobrir sobre sua pessoa, seu consciente e seu inconsciente, para tratá-lo de forma

adequada (Groddeck, 1992b, p.249).

Portanto, “o ser humano é vivido pelo Isso” (Maniakas, 2016, p. 109), conceito “capaz de abarcar tanto a força impessoal, que não conhece fronteiras espaço-temporais e que produz o indivíduo, quanto o próprio indivíduo em sua constituição psicossomática” (Santos & Martins, 2013, p.12) Assim, o Isso pode se manifestar por meio do inconsciente ou do consciente, do corpo ou da psique, do psicológico ou do fisiológico; não sendo plausível demarcar o território do psíquico ou somático (Maniakas, 2016).

Desta forma, qualquer tratamento que tenha como alvo o Isso e não a psique ou o corpo isoladamente, sempre será experimentado psicossomaticamente. Desta forma, não há sugestão de que algo físico cause alterações psíquicas, tampouco o contrário da mesma sentença. À medida que o Isso é uma totalidade psicossomática, qualquer procedimento, seja ‘físico’ ou ‘psíquico’ irá afetá-lo psicossomaticamente, de maneira que alterações orgânicas e psíquicas irão se produzir concomitantemente (Santos & Peixoto, 2019).

Assim sendo:

Todos são modos de falar: os gestos, a posição do corpo, as formas de nosso corpo, os cheiros que exalamos, qualquer movimento, o calor da nossa pele. Todos são formas de expressão e uma dessas formas de expressão é a doença (Madeira & Jorge, p.246).

Embora reforçado pelo próprio Freud, após a publicação de “O livro d’ISSO”, no qual o pai da psicanálise confessa: “Para quatro quintos dos casos, Groddeck tem, certamente, razão em atribuir ao Isso as doenças orgânicas e pode ser que esteja no caminho certo também para o último quinto que resta” (Groddeck, 1977b, p. 106)”; os conceitos de Groddeck não são totalmente explorados (Ávila, 2011). Uma pena!

Intermediados por Freud, Groddeck reconhece em Ferenczi um interlocutor que compartilha vários posicionamentos sobre a teoria e a técnica psicanalítica. Ferenczi assente

com Groddeck a visão de estabelecer uma relação íntima entre os estados emocionais e o funcionamento fisiológico, assim como a aplicação da psicanálise no tratamento de pacientes acometidos por doenças orgânicas (Casadore & Peres, 2017).

Sándor Ferenczi, psicanalista húngaro, ocupa um lugar central nos estudos sobre o progresso da Psicanálise, frente a uma perspectiva que considera o adoecimento psíquico não apenas como resultante da ação e mecanismo de defesa, mas, sobretudo como uma resposta a um ambiente traumático (Santos & Peixoto, 2019).

Em seu artigo “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, o analista húngaro ressalta as relações arcaicas experienciadas desde bebê:

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida” (Ferenczi, 1929/1992, p. 58).

Para o psicanalista húngaro, a ‘vontade de viver’ ou o que postula como “força vital”, não são muito intensas no início da experiência subjetiva; ou seja, ambas dependem da qualidade do encontro com adultos propiciadores dos cuidados, de modo a assegurar o prazer de viver. Fora deste encontro, subjetividades traumatizadas levariam a uma clivagem (Kupermann, 2019).

Diante do registro somato-sensorial (Olivera, 2007), o indivíduo reage integralmente ao trauma, utilizando-se não somente de meio psíquicos, como também orgânicos, pois para Ferenczi, todos eles são expressões da relação do indivíduo com um ambiente. Ou seja, o que importa não é a presença mais proeminente de sintomas psíquicos num caso e de sintomas físicos em outros; e sim o fator traumático que está na origem de todos eles (Santos & Peixoto, 2019).

Desta forma, o psiquismo considerado como uma unidade não distinguiria-se entre

sintomas físicos e sintomas psíquicos, mas sim na relação entre o indivíduo e o mundo, do qual os sintomas são a expressão (Santos & Peixoto, 2019).

Assim como Ferenczi, Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, deu ênfase à dimensão relacional como matriz da experiência individual. A partir de seus trabalhos com a teoria do amadurecimento pessoal, Winnicott apresenta que fenômenos muito importantes estão atrelados ao início da vida, sendo fundamentais para o estabelecimento de uma ‘pessoa total’ (Josgrilberg, 2006).

Na perspectiva winnicottiana, o sujeito nasceria com uma tendência inata à integração, no sentido de “unificar-se e responder por um eu” (Dias 2003, p.94). Nas palavras de Winnicott (1949/2021):

Tentemos, pois, pensar o desenvolvimento do indivíduo começando pelo começo. Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro, exceto quanto à posição a partir de onde olhamos. [...] Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento envolvem-se num processo de inter-relacionamento mútuo. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase inicial do desenvolvimento individual (p.411).

Esta realidade integral individual é denominada por Winnicott como ‘psicossoma’ (Santos & Peixoto, 2019). Para tal, a integração do psicossoma pressupõe a interação entre um sujeito já (parcialmente) inteiro, com disponibilidade em ajudar o outro em sua tendência de integração (Ceron, 2020).

Assim, isso não é uma relação sine qua non; ou seja, o fato do bebê carregar uma hereditariedade à integração, não quer dizer que o mesmo se integre; tampouco que não possa haver desarranjos de organização durante suas experiências de vida: “A existência psicossomática é uma conquista e, embora se baseie em uma tendência hereditária de crescimento, não se concretiza sem a participação ativa de um ser humano que segura seu bebê” (Winnicott, 1966/2020, p. 27).

Para que o psicossoma inicial prossiga ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, é necessário um ambiente suficientemente bom, ou seja, aquele ambiente capaz de se adaptar ativamente às necessidades do bebê: “nos primeiros estágios do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel fundamental é desempenhado pelo ambiente...” (Winnicott, 1951/2019, p. 177), pois “a sociabilidade constitutiva do ser humano instaura-se através de uma relação corporal com o ambiente” (Oliveira, 2007, p. 110). Ao falhar, o ambiente transforma-se numa intrusão à qual o psicossoma terá que reagir, perturbando a continuidade do indivíduo (Winnicott, 1949/2021).

Do ponto de vista winnicotiano, as formas de adoecimento perpassam inevitavelmente, pela relação entre o indivíduo com o ambiente (Santos & Peixoto, 2019); ao longo de toda vida, inclusive no “estágio que chamamos de maturidade da fase adulta”, pois “há oportunidade de sobra para distorções de curso natural” (1949/2021, p.411).

De fato, Groddeck, Ferenczi e Winnicott distanciam-se do modelo hegemônico da psicossomática psicanalítica, possibilitando uma teoria que rompe a dicotomia do sujeito, muitas vezes reintegrada e disseminada pela literatura contemporânea.

Para eles:

Embora cada corpo seja dotado de especificidades que o tornam único e “irrepetível”, inclusive do ponto de vista genético, só haverá de fato uma pessoa no corpo à medida que ele for sendo personalizado por esse movimento psíquico que acompanha seu funcionamento, conferindo a ele sentidos experienciais e pessoais derivados das relações com o ambiente. Trata-se, portanto, de uma psique que não apenas elabora o corpo, mas elabora no e com o corpo em relação de afetação com outros corpos (Santos & Peixoto, 2019, p. 4).

A compreensão dos autores perpassa por uma realidade integral do indivíduo; seja enquanto ‘Isso’ nas propostas de Groddeck, ‘força vital’ na perspectiva Ferencziana ou ‘Psicossoma’ na conceituação de Winnicott. Independente de um consenso terminológico, o indivíduo tanto para Groddeck quanto para Ferenczi e Winnicott é um ser integral em

permanente relacionamento com o mundo-ambiente, e cujas todas as formas de adoecimento passariam pela interação do indivíduo com seu meio; não apenas na atualidade, mas ao longo de sua história.

3.3 A unidade psicossomática como equivalência do sujeito

Frente à concepção monista do sujeito, o corpo e a psique são entendidos como facetas, modulações, expressões singulares da realidade individual e não como duas instâncias separadas. Desta forma, a percepção de adoecimento não seria de outra ordem senão de natureza psicossomática (Santos, 2017).

O adoecimento é visto sob uma ordem de expressão, e não representação, em afetação mútua e constante com o ambiente, uma vez que: “a doença também não pode ser tomada como um fenômeno meramente fisiológico. Ela sempre será um acontecimento expressivo na medida em que simboliza a experiência individual que se dá psicossomaticamente” (Santos & Peixoto, 2019, p.5).

Frente às contribuições da psicanálise, “o corpo é sempre um corpo biográfico, o registro da história subjetiva na carne vivida” (Ávila, 2019, p. 143). Se o ego é antes de tudo um ego corporal (Freud, 1923), não haveria, pois, outra forma de vivenciar e experienciar que não passasse pela via do corpo e da mente (Ávila, 2019).

O ser humano não é só organismo; vamos além da biologia; como biografia, história viva e singularizada. Podemos desvendar em detalhes os mecanismos fisiológicos, mas isso diz muito pouco sobre como o ser humano vive sua vida. É aí que reside toda a diferença: nossa mente, nossos sistemas simbólicos, a língua e a cultura. É esse universo simbólico que nos habita e que habitamos. E é dele que provêm as significações, que convertem os “fatos”, supostamente objetivos, sempre em fatos pessoais, inevitavelmente subjetivos (Ávila, 2019, p. 145-145).

Portanto estar doente ultrapassa o significado médico (história natural da doença,

etiologia, diagnóstico e prognóstico), e evidencia a biografia do sujeito, do sentir-se doente. Ávila (2012) esclarece que o sujeito adoece, pois, do corpo e da alma no qual o psiquismo não é uma esfera autônoma, um epifenômeno do corpo: “o Eu e o Corpo estão em permanente diálogo entre si e com o mundo - seja na saúde ou na doença” (p. 66).

A psicossomática psicanalítica a partir das concepções de Groddeck, Ferenczi e Winnicott, permite articular o sujeito em sua integralidade, indo ao encontro de reivindicações contemporâneas que reconhecem as dimensões biológicas, psicológicas e sociais e cuja doença não é senão, uma expressão pelo qual o sujeito diz de seu sofrimento. Qualquer ideia que fuja a estas é uma percepção equivocada da psicossomática, desde seu princípio.

4 Estratégia Saúde da Família: possibilidades de escuta

“Quando se trabalha na Saúde observamos o quanto o Ser Humano necessita de atenção básica: Amor.”

Fernando Matos

Considerando a visão do sujeito como biopsicossocial, é preciso contextualizar o ambiente no qual os participantes da pesquisa estão inseridos. Escutá-los fora desta dinâmica seria dilacerar o constructo proposto e anular seu discurso. Portanto, o presente capítulo discorre sobre algumas conjunturas importantes sobre as Estratégias Saúde da Família, para posteriormente apresentar o contexto organizacional das instituições da pesquisa.

4.1 A Estratégia Saúde da Família

O sistema de saúde é resultado de um desenvolvimento histórico e social a partir da implementação de políticas públicas, que sofreram alterações ao longo de décadas até culminar na atual forma de organização que se encontra hoje.

Embora a Constituição Federal (CF) de 1988 tenha implantado a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Constituição Federal, Art. 196, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) só foi regulamentado em 1990, pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro e nº 8142, de 28 de dezembro; e atualizada após 21 anos, pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Até então a saúde que era assegurada de forma restrita, passa a ser de acesso universal e igualitário, representando, segundo Funayama et al. (2022), uma das maiores conquistas democráticas do país e cujas ações influenciam na condição de vida das pessoas.

Sob o princípio da hierarquização do SUS, a CF assegura o início das ações e serviços a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) (decreto 7508, de 28 de junho de 2011), enquanto porta de entrada aos serviços e cujo objetivo é receber todos os novos problemas e resolver a maior parte deles (Organização Pan-Americana de Saúde, 2007).

A partir de 1994 foi possível uma compreensão mais integral de APS a partir do Programa Saúde da Família (PSF), cujo projeto inicial tinha como foco áreas de maior risco. Evidenciada as suas potencialidades o programa se expande, compondo estrategicamente a rede assistencial e dando início à Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir de 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a ESF consolida-se como estratégia principal e prioritária na organização do sistema de saúde no Brasil (Funayana et al., 2022).

A dinâmica desta organização compreende um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Tarraf, Luz,

Zanotto, Banzatto & Romão, 2021).

Para tal, as ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, a partir de uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais a unidade assume responsabilidade sanitária (Tarraf et al., 2021).

Portanto, a ESF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (Souza, 2021), a partir de um acolhimento integral do sujeito, considerando suas complexidades e o contexto no qual está inserido (Farah & Rocha, 2021).

Assim, as ESF's são responsáveis pelo primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde e representa um território específico que facilita a proximidade para conhecer a história de vida dos usuários do serviço (Gusmão et al., 2022). Esta dinâmica traz implicações não só para a população, como também para os trabalhadores que “fazem-na ficar de pé”.

4.2 De onde se escuta: a organização das ESF's da pesquisa

A organização da atenção primária do município da pesquisa possui nove Estratégias Saúde da Família, totalizando 108 trabalhadores.

As ESF's não apresentam a mesma quantidade de funcionários, variando de, no mínimo 10 e no máximo 15 colaboradores integrando a equipe.

Considerando todas as equipes, as unidades possuem agentes comunitários de saúde (ACS), agente de combate às endemias (ACE), enfermeiros, técnico de enfermagem, atendente de enfermagem, médico, recepcionista, auxiliar de escritório, nutricionista, profissional de educação. Entretanto, as unidades não compõe o mesmo número de cargos e especialidades dos profissionais. Assim, por exemplo, algumas ESF's têm os cargos de recepcionista, enquanto outras não.

5 Objetivo Geral

Investigar o fenômeno psicossomático em profissionais de saúde atuantes na atenção básica a partir das Estratégias Saúde da Família.

5.1 Objetivos Específicos

5.1.1 Pesquisa Quantitativa

- a. Caracterizar o perfil geral de somatização dos trabalhadores;
- b. Identificar as subescalas com maior escore de somatização;

5.1.2 Pesquisa Qualitativa

Estabelecer vínculo entre a emergência dos sintomas e caracterizar o vivenciar do participante, analisando os fatores históricos, pessoais, os traços de personalidade e outros fatores que pudessem contribuir para as manifestações apresentadas na escala, a partir do referencial psicanalítico para compreender tal fenômeno.

6 Método e aspectos éticos

Realizou-se um estudo descritivo, narrativo e transversal, de natureza quantitativa e qualitativa.

O estudo foi realizado na atenção básica de um município do interior do noroeste Paulista a partir das Estratégias Saúde da Família.

A utilização da Escala de Sintomas Somáticos Revisada - ESS-R - Versão em Português do Brasil foi autorizada pela Profa. Dra. Mônica Carolina de Miranda, à época, docente da Pós-Graduação em Psicologia - Psicossomática da Universidade Ibirapuera, e coordenadora da tradução e adaptação do instrumento para o português. A escala foi fotocopiada e utilizada para fins acadêmicos.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela FAMERP – CAEE: 54779621.6.0000.5415, parecer nº 5.245.482 (ANEXO I). Foram seguidas as normas do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e respeitadas as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Todos os participantes só responderam à pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a aprovação do comitê de ética esta pesquisa foi subdividida em 2 etapas:

1. Pesquisa quantitativa: aplicação do instrumento ESS-R com os trabalhadores das ESF's.
2. Pesquisa qualitativa: entrevistas abertas, com utilização de gravador.

Para a análise qualitativa, segundo Turato (2003), o ideal de uma pesquisa é que se permita a manifestação do sujeito sem perguntas dirigidas, pois assim que o novo pode aparecer.

De maneira espontânea os participantes forneciam as informações sobre sua biografia, o surgimento de seus sintomas e os aspectos de seu funcionamento emocional. A partir do relato dos participantes foi possível o reconhecimento das conexões entre sua biografia e a “expressão dos seus sintomas”. Nesta etapa também foi retomada a entrevista semi-

estruturada, somente para a extração de dados considerados relevantes, de modo a complementar a pesquisa. Portanto, tomando por base a concepção de subjetivo apresentada por Ávila (2014): “entenda-se que a experiência seja considerada a partir de um ponto de vista: o do sujeito. Os aspectos subjetivos da experiência prendem-se ao fato de que ela é tomada a partir de um único testemunho, o daquele sujeito que experimenta, falando a partir de si” (p. 127).

Para apresentação dos dados utilizou-se o método apresentado por Ávila (2014), com o objetivo de associar o discurso do profissional à teoria psicossomática psicanalítica.

Todos os participantes da pesquisa receberam devolutivas impressas contendo a explicação geral da escala, assim como os resultados obtidos (a pontuação total da escala e a pontuação de cada subescala) (Apêndice C).

Deu-se como preferência, a devolutiva individual, mas em unidades onde não foi possível encontrar toda a equipe, as devolutivas ficaram com a enfermeira responsável.

Após a finalização da pesquisa, foi realizada uma devolutiva à secretária de saúde apresentando os resultados gerais da pesquisa.

6.1 Participantes

6.1.1 Pesquisa Quantitativa

Participaram da pesquisa quantitativa 70 profissionais, de ambos os sexos, independentemente da formação profissional e atuantes na Estratégia Saúde da Família há, no mínimo, seis meses.

6.1.2 Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa foi composta por dez participantes do sexo feminino.

6.2 Materias

6.2.1 Pesquisa Quantitativa

Para a pesquisa quantitativa utilizou-se a impressão da Escala de Sintomas Somáticos Revisada - ESS-R - Versão em Português do Brasil (ANEXO II).

A Escala de Sintomas Somáticos Revisada (ESS-R), desenvolvida por Sadin (1999) e destinada à população espanhola, foi projetada para avaliar uma gama ampla de sintomas e manifestações somáticas ocorridas no último ano com o objetivo de identificar pessoas com alto risco de somatização (Pereira, 2021).

A versão da escala utilizada no estudo é a versão traduzida e adaptada para o português do Brasil, único instrumento dessa natureza disponível no Brasil.

Esta versão é fruto de um trabalho de tradução e adaptação do instrumento para o português, sob a coordenação da Dra. Mônica Carolina de Miranda.

Podendo ser utilizada na população em geral e tendo seu acesso livre (Pereira, 2021), a ESS-R configura-se como um instrumento promissor para pesquisas em psicossomática, o que justifica seu uso no presente estudo.

A ESS-R é composta por 90 itens do tipo likert, com respostas de 5 opções: 0 «nunca durante o último ano», 1 «raramente (não mais de uma vez por ano)», 2 «algumas vezes durante o ano», 3 «frequentemente (aproximadamente uma vez por mês)» e 4 «mais de uma vez por mês». Os primeiros 80 itens são comuns a mulheres e homens e são agrupados em 08 subescalas, os outros 10 itens são comuns a mulheres apenas, e compõe a 9ª subescala.

FIGURA 1

Subdivisão das subescalas e os itens de cada subescala

Subescala	Itens
Imunológico Geral (IG)	1,9,17,25,33,41,49,57,65,73
Cardiovascular (CV):	2,10,18,26,34,42,50,58,66,74
Respiratório (RS):	3,11,19,27,35,43,51,59,67,75
Gastrointestinal (GI)	4,12,20,28,36,44,52,60,68,76
Neurosensorial (NS)	5,13,21,29,37,45,53,61,69,77
Musculo-esquelético (MS):	6,14,22,30,38,46,54,62,70,78
Pele-Alergia (PA)	7,15,23,31,39,47,55,63,71,79
Genital-Urinário (GU)	8,16,24,32,40,48,56,64,72,80
Reprodutor Feminino (RF)	81,82,83,84,85,86,87,88,89,90

Cada subescala investiga uma gama de sintomas, sendo eles:

1) Imunológico geral (IG): a subescala integra 3 sintomas (sensação geral de fraqueza, fadiga sem causa aparente e condição baixa energia geral), 3 sinais (febre, ulcerações ou feridas e caroços), 3 doenças infecciosas (resfriados ou resfriados comuns, gripe e herpes) e um tumor (tumor novo ou reaparecido).

2) Cardiovascular (CV): inclui sintomas, sinais ou acompanhamento do tratamento das condições coração/cardíacas ou sistema circulatório, como palpitações, dor torácica ou necessidade de dieta para reduzir a pressão arterial.

3) Respiratório (ER): abrange sinais e sintomas das vias aéreas, como tosse repetitiva ou sensação de sufocamento.

4) Gastrointestinal (GI): inclui sintomas e sinais do sistema digestivo, como dor

abdominal, azia, náuseas, colite, entre outros.

5) Neurosensorial (NS): inclui sintomas de natureza neurológica, como tontura ou sensação de instabilidade na marcha.

6) Musculoesquelética (ME): integra sintomas e sinais de problemas musculares ou articulares, como tremor muscular, câibras ou dor nas pernas.

7) Pele e alergias (PA): agrupa sintomas e sinais atribuíveis a condições alérgicas ou dermatológicas, tais como comichão no nariz ou erupções cutâneas alérgicas.

8) Genito-urinário (GU): cobrir sintomas e sinais de órgãos genitais e do trato urinário, como micção ou dor nas áreas genitais.

9) Reprodutor Feminino (RP): que inclui sintomas de dor, desconfortos relacionados a alterações menstruais.

6.2.2 Pesquisa Qualitativa

Para a pesquisa qualitativa foi realizada uma entrevista com cada participante, utilizando-se de um gravador. Utilizou-se também a entrevista semiestruturada elaborada pelos pesquisadores de forma complementar aos dados (Apêndice B).

6.3 Procedimentos

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril de 2022 a janeiro de 2023, sendo conduzida conforme a ordem estabelecida:

I) Apresentação do projeto aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família;

II) Aos que concordaram participar da pesquisa foram agendados dias e horários

estabelecidos, conforme disponibilidade do participante e da pesquisadora para a aplicação da ESS-R e do questionário semiestruturado.

III) A partir dos resultados do instrumento, os profissionais que apresentaram os escores estabelecidos pelos pesquisadores foram incluídos para o sorteio da pesquisa qualitativa. A entrevista individual foi desenvolvida dentro do quadro de referências psicanalítico, utilizando a “atenção flutuante” e a livre expressão do paciente, e redação da entrevista semiestruturada de maneira a complementar os dados da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em salas disponibilizadas pela própria unidade. As entrevistas foram gravadas e transcritas e serão arquivadas por cinco anos, seguindo os procedimentos éticos exigidos para a realização de pesquisas com seres humanos.

7 Análise de dados

7.1 Análise Quantitativa

Para a análise quantitativa dos dados, foram considerados dois vértices dos resultados obtidos: o valor total obtido na escala e o valor para cada subescala, considerando a soma das nove subescalas para as mulheres e oito subescalas para os homens. Ou seja, foram considerados o escore geral e os escores de cada subescala de cada participante.

A organização dos dados foi feita da seguinte forma:

FIGURA 2

Figura utilizada para computar os dados da ESS-R

Resultado ESS-R																				
	Item	E	T.SE																	
IG	1.		9.		17.		25.		33.		41.		49.		57.		65.		73.	
CV	2.		10.		18.		26.		34.		42.		50.		58.		66.		74.	
RS	3.		11.		19.		27.		35.		43.		51.		59.		67.		75.	
GI	4.		12.		20.		28.		36.		44.		52.		60.		68.		76.	
NS	5.		13.		21.		29.		37.		45.		53.		61.		69.		77.	
MS	6.		14.		22.		30.		38.		46.		54.		62.		70.		78.	
PA	7.		15.		23.		31.		39.		47.		55.		63.		71.		79.	
GU	8.		16.		24.		32.		40.		48.		56.		64.		72.		80.	
RF	81.		82.		83.		84.		85.		86.		87.		88.		89.		90.	
Total da Escala																				

Após os resultados, foram estabelecidos intervalos de tempo para o escore geral e para os escores das subescalas. A classificação 1 representa o valor mais baixo enquanto a classificação 4, representa o valor máximo possível da pontuação na escala e subescala. Quanto maior a classificação, maior a pontuação para a ESS-R.

TABELA 1:

Escore Geral

Classificação	Intervalos	
	Feminino	Masculino
1	0 – 90	0 – 80
2	91- 180	81 – 160
3	181 – 270	161 – 240
4	271 – 360	241 – 320

TABELA 2:

Escore da Subescala

Classificação	Intervalos
1	0 – 10
2	11 – 20
3	21- 30
4	31 – 40

Como critério de seleção da segunda amostra dos participantes, foram considerados os valores obtidos nos intervalos intermediários e valores máximos do escore geral e do escore da subescala, simultaneamente, ou seja, os participantes da segunda etapa da pesquisa deveriam se enquadrar nas duas categorias de seleção ao mesmo tempo.

Para os participantes do sexo feminino, foram considerados os participantes que no escore geral atingiram pontuação geral maior que 90 pontos (classificação 2, 3 e 4). Para os participantes do sexo masculino, foram consideradas as pontuação maior de que 80 (classificação 2, 3 e 4). Para o escore da subescala, foram considerados os participantes que obtiveram pontuação acima de 10 pontos (classificação 2, 3 e 4); para ambos os gêneros.

A amostra selecionada segue, pois, o seguinte critério de seleção:

TABELA 3:

Critério de seleção para constituição da segunda amostra do estudo

Escore	Feminino	Masculino
Geral	91- 360	81 – 320

 7.2 Análise Qualitativa

Para a seleção das participantes da pesquisa foi utilizado o método de sorteio manual, realizado da seguinte forma: tomando por base a tabela 3, foram separadas as participantes com pontuação geral acima de 91 e pontuação por subescala acima de 11 pontos. As participantes foram separadas por unidade e atribuído um número a cada uma. Os números foram colocados em um papel de maneira separada e a pesquisadora, unidade por unidade, pegava um papel com um número. Ou seja, para cada unidade foi sorteada uma profissional.

O método escolhido visava a participação de pelo menos uma profissional de cada EFS na etapa qualitativa da pesquisa.

Foi estabelecido o contato com cada participante sorteada, por intermédio da enfermeira ou diretamente e solicitada a entrevista, com hora e dia marcados de acordo com a disponibilidade da profissional e da pesquisadora. As entrevistas ocorreram em lugares disponibilizados pela unidade.

De maneira ilustrativa, segue um exemplo relacionado a ESF 09.

ESF 9												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IG	16	12	7	12	8	3	4	1	4	19	14	12
CV	6	20	8	10	11	3	7	15	1	2	11	10
RS	19	12	5	9	10	2	0	6	0	21	13	16
GI	26	14	12	19	17	0	1	0	1	15	14	23
NS	13	10	11	14	19	0	0	4	0	17	12	14
MS	18	17	16	20	21	5	4	11	5	17	12	17
PA	23	2	12	11	20	7	6	3	3	17	9	17
GU	7	4	9	3	9	4	0	1	0	11	1	17
RF	21	24	0	14	0	18	5	13	12	7	14	22
TOTAL	149	116	80	112	115	42	27	54	26	126	100	148

Em papéis diferentes, foram colocados os números 1, 2, 4, 5, 10, 11 e 12. A

pesquisadora pegou de forma aleatória um papel com um número. Feito isso, foi verificado na ficha de identificação de cada participante o nome. Foi realizado o contato com a participante sorteada e o convite para a participação da entrevista.

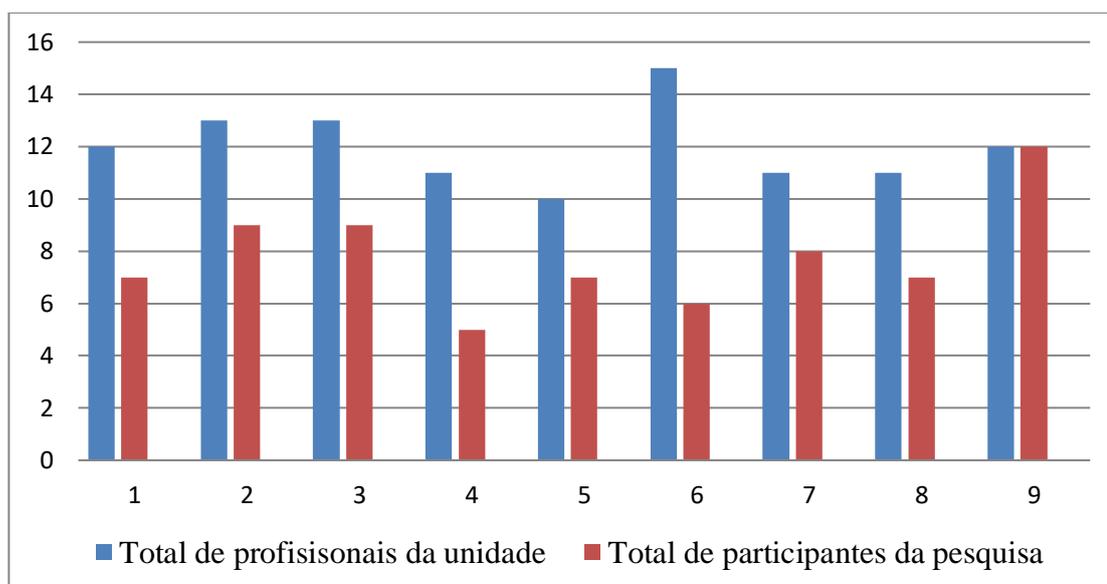
8 Resultados e discussões

8.1 Resultados e discussões Quantitativos

Participaram da pesquisa quantitativa 70 profissionais (n=70) de ambos os sexos, conforme os critérios de inclusão. Isto quer dizer, que em relação a um total de 108 profissionais que atuam na atenção básica 65% participaram da pesquisa. O Gráfico 1 representa o total de profissionais que trabalham em cada ESF e a quantidade de participantes da pesquisa de acordo com a ESF que atuam.

FIGURA 3

Total de participantes que trabalham em cada unidade em comparação a quantidade de trabalhadores participantes da pesquisa por unidade.



Como visto, houve a participação de 100% dos profissionais apenas na unidade 9, sendo que a maior discrepância foi observada na unidade de número 6. É importante ressaltar que alguns profissionais estavam afastados ou de férias no momento da coleta de dados podendo implicar no resultado. A participação mais efetiva foi da unidade 9 acompanhada das unidades 5 e 7.

Na tabela 4 é possível ver a quantidade de participantes da pesquisa em relação ao sexo e a ESF que atuam.

TABELA 4

Caracterização da amostra de acordo com a ESF e o sexo (n=70).

ESF	Feminino	Masculino	Total
1	7	0	7
2	8	1	9
3	7	2	9
4	5	0	5

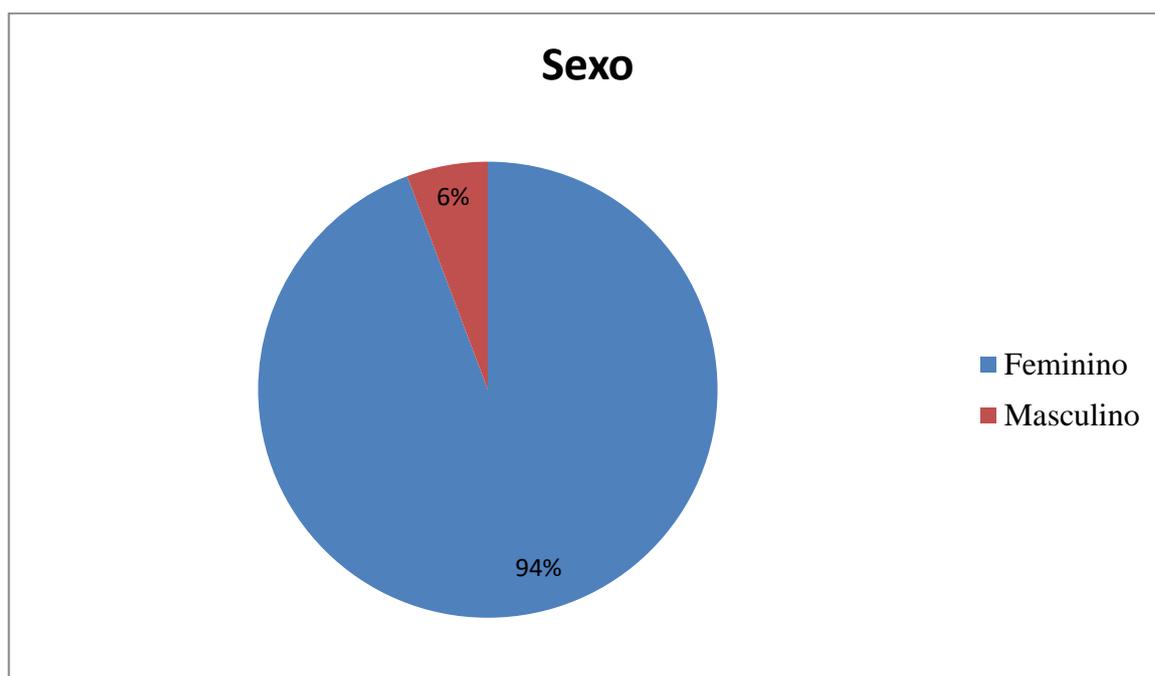
5	7	0	7
6	6	0	6
7	8	0	8
8	7	0	7
9	11	1	12
Total	66	4	70

A Tabela demonstra que a maior parte dos participantes são do sexo feminino, sendo que apenas nas unidades 2, 3 e 9 tiveram participação do sexo masculino. É possível perceber também que a unidade 9 apresenta o maior número de participantes e a ESF4 o menor número de participantes.

A figura 4 revela a quantidade de participantes da pesquisa em relação ao sexo.

FIGURA 4

Caracterização da amostra segundo o sexo (n=70).



A caracterização da amostra demonstra que 94% dos profissionais das ESF's são do sexo feminino.

As Estratégias Saúde da Família foram classificadas de 1 a 9, com os resultados dos escores de cada subescala e do escore geral de cada participante. Os resultados são apresentados nas tabelas a seguir.

TABELA 5

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 1 (n=7)

	ESF 1						
	1	2	3	4	5	6	7
IG	13	19	2	6	4	10	17
CV	9	25	2	20	5	5	23
RS	7	18	1	6	5	12	20
GI	34	19	6	23	9	25	15
NS	17	16	3	14	9	22	18
MS	31	24	4	22	13	18	22
PA	20	23	5	11	8	23	12
GU	8	3	3	4	0	5	12
RF	31	21	10	-	7	14	19
TOTAL	170	168	36	106	60	134	170

Na ESF 1 os participantes que obtiveram o escore estabelecido foram os profissionais 1,2,4, 6 e 7. Ou seja, dentre os participantes desta unidade, 57% apresentaram somatização mais alta, sendo as subescalas mais pontuadas, a gastrointestinal e a cardiovascular, estando os resultados da subescala musculoesquelética bem próxima dos valores máximos das outras subescalas. Isto indica como sintoma físico predominante desconfortos do sistema digestivo, sinais das condições cardíacas e tremores e dores articulares.

TABELA 6

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 2 (n=9)

	ESF 2								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IG	3	6	9	12	13	12	8	16	11
CV	10	7	11	10	4	31	6	2	13
RS	5	4	8	14	1	24	2	2	8
GI	8	13	5	17	20	16	9	13	9
NS	9	9	6	14	8	6	12	3	13
MS	11	14	8	27	9	26	7	16	13
PA	8	13	4	22	11	12	18	12	7
GU	4	6	5	12	22	6	2	15	8
RF	12	-	0	24	1	26	19	19	0
TOTAL	70	72	56	152	89	159	83	98	82

Dentre os 9 participantes da ESF 2, apenas 3 participantes (4, 6 e 8) apresentaram escore ≥ 91 , sendo que 1 deles (participante 8) ficou bem perto da classificação mínima definida. A subescala de maior pontuação foi o musculoesquelético, cardiovascular reprodutor feminino, o que revela problemas musculares ou articulares, sintomas cardíacos e desconfortos relacionados a alterações hormonais.

TABELA 7

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 3 (n=9)

	ESF 3								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IG	3	12	5	2	13	9	5	16	8
CV	3	14	6	2	17	2	6	9	4
RS	3	10	5	9	13	7	4	11	9
GI	2	20	23	16	22	16	0	12	26
NS	0	10	4	3	14	16	4	10	5
MS	0	27	13	16	19	17	8	9	14
PA	0	8	18	9	19	8	5	18	1
GU	0	9	2	0	8	8	1	10	0
RF	0	17	13	-	32	17	6	25	0
TOTAL	11	127	89	57	157	100	39	120	67

Menos de 50% dos participantes do ESF 3 (participantes 2, 5, 6 e 8) apresentaram

escore \geq 91. A maior pontuação encontrada foi na subescala musculoesquelética e reprodutor feminino, que inclui desconfortos relacionados a problemas musculares e alterações menstruais.

TABELA 8

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 4 (n=5)

	ESF 4				
	1	2	3	4	5
IG	7	8	11	2	2
CV	3	15	18	4	3
RS	5	2	20	0	3
GI	10	7	18	2	3
NS	6	16	22	2	8
MS	16	15	29	3	10
PA	8	11	16	2	8
GU	4	14	08	0	6
RF	7	9	16	1	0
TOTAL	66	97	158	16	43

Apenas 2 participantes (2 e 3) apresentaram escore dentro do valor estipulado, estando uma bem próxima do valor mínimo (participante 2). A subescala mais pontuada foi a neurosensorial e musculoesquelética. Isto indica sinais de dores musculares e sintomas de natureza neurológica.

TABELA 9

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 5 (n=7)

	ESF 5						
	1	2	3	4	5	6	7
IG	14	8	6	2	2	8	0
CV	0	6	0	3	5	2	4
RS	3	9	2	2	1	3	0
GI	24	8	3	0	4	10	4
NS	4	0	0	3	10	5	0
MS	11	6	2	19	14	15	3
PA	17	12	5	1	4	17	2
GU	20	16	0	2	6	13	0
RF	11	10	1	15	0	18	2
TOTAL	104	75	19	47	46	91	15

Os dados da tabela 6 permite verificar que apenas as participantes 1 e 6 apresentaram escore ≥ 91 , tendo maior classificação na subescala gastrointestinal e reprodutor feminino, indicando sintomas do sistema digestivo e alterações hormonais. É importante ressaltar que uma das participantes (participante 6) teve o escore mínimo estipulado (=91).

TABELA 10

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 6 (n=6)

	ESF 6					
	1	2	3	4	5	6
IG	0	7	2	13	9	11
CV	2	4	2	17	12	7
RS	3	2	1	10	10	10
GI	3	12	20	20	9	15
NS	0	16	4	19	9	18
MS	4	27	18	27	11	21
PA	8	13	3	8	0	9
GU	0	11	0	5	5	11
RF	0	21	1	19	0	14
TOTAL	20	113	51	138	65	116

Frente aos resultados da tabela 7, é possível verificar que 50% dos profissionais da ESF 6 (2, 4 e 6) apresentaram somatizações mais alta, com prevalência nas subescalas musculoesquelética, indicando sintomas relacionados a problemas musculares ou articulares. Neste caso, todas as participantes com escore ≥ 91 apresentaram somatização na mesma

subescala - musculoesquelética.

TABELA 11

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 7 (n=8)

	ESF 7							
	1	2	3	4	5	6	7	8
IG	6	9	4	7	4	13	9	15
CV	8	7	8	15	0	9	9	7
RS	15	3	1	7	0	12	4	7
GI	6	3	3	5	11	17	23	37
NS	11	4	3	5	3	12	12	3
MS	22	13	4	18	3	16	23	28
PA	4	12	1	16	1	10	10	9
GU	9	11	0	7	1	9	5	2
RF	0	0	0	17	5	12	28	25
TOTAL	81	62	24	97	28	110	123	133

Os dados das participantes da ESF 7, indicam que quatro profissionais (4, 6, 7 e 8) apresentaram somatização mais alta, sendo as subescalas musculoesquelética, gastrointestinal, reprodutor feminino com os valores mais altos. Isto indica problemas musculares, digestivos e alterações menstruais.

TABELA 12

Escores total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 8 (n=7)

	ESF 8						
	1	2	3	4	5	6	7
IG	10	11	22	9	12	7	2
CV	4	8	23	7	12	14	0
RS	10	0	25	10	9	2	4
GI	17	13	30	6	25	12	0
NS	12	4	26	8	4	3	4
MS	20	17	38	11	10	25	8
PA	9	4	16	8	13	8	0
GU	3	0	10	0	13	3	0
RF	18	26	32	10	27	21	0
TOTAL	103	83	221	69	125	95	18

Dos 7 participantes, 57% (participantes 1, 3, 5 e 6) apresentou somatização maior, com maior escore nas subescalas musculoesquelética e reprodutor feminino; indicando alterações musculares e menstruais.

TABELA 13

Escore total e por subescala apresentados por cada participante da ESF 9 (n=12)

	ESF 9											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IG	16	12	7	12	8	3	4	1	4	19	14	12
CV	6	20	8	10	11	3	7	15	1	2	11	10
RS	19	12	5	9	10	2	0	6	0	21	13	16
GI	26	14	12	19	17	0	1	0	1	15	14	23
NS	13	10	11	14	19	0	0	4	0	17	12	14
MS	18	17	16	20	21	5	4	11	5	17	12	17
PA	23	2	12	11	20	7	6	3	3	17	9	17
GU	7	4	9	3	9	4	0	1	0	11	1	17
RF	21	24	0	14	0	18	5	13	12	7	14	22
TOTAL	149	116	80	112	115	42	27	54	26	126	100	148

No caso dos profissionais da ESF 9, 58% (participantes 1, 2, 4, 5, 10, 11 e 12) apresentaram escores dentro do valor estipulado, sendo as subescalas com maior pontuação a gastrointestinal, reprodutor feminino, musculoesquelética e respiratório e imunológico geral. Isto indica sintomas e sinais do sistema digestivo, desconfortos menstruais, dores musculares,

sintomas das vias aéreas e sintomas/sinais e doenças infecciosas. Note que a participante 11 apresentou o mesmo resultado em três subescalas: imunológico geral, gastrointestinal e reprodutor feminino, indicando diferentes manifestações em diferentes subescalas.

A tabela 14 demonstra os participantes que apresentaram escore total na escala igual ou mais que 91 pontos e de valores iguais ou maiores que 11 nas subescalas.

TABELA 14

Caracterização da Amostra dos participantes na faixa de escore definido como critério de seleção (Total ≥ 91 e SE ≥ 11)

ESF	Feminino	Masculino	Total
1	5	0	5
2	3	0	3
3	4	0	4
4	2	0	2
5	2	0	2
6	3	0	3
7	4	0	4
8	4	0	4
9	7	0	7
Total	34	0	34

Como visto, dos 70 participantes, 34 (48,57%) deles, todas do sexo feminino

apresentaram o escore estipulado na pesquisa, com escore total mínimo de 91 e máximo de 221 pontos.

A tabela 15 apresenta os participantes enquadrados no critério de seleção para a etapa qualitativa do estudo. Ou seja, profissionais que apresentaram escore total ≥ 91 e $SE \geq 11$.

TABELA 15

Escore total e por subescala apresentados por cada participante de acordo com a ESF (n=34)

		IG	CV	RS	GI	NS	MS	PA	GU	RF	Total
ESF 1	1	13	9	7	34	17	31	20	8	31	170
	2	19	25	18	19	16	24	23	3	21	168
	4	6	20	6	23	14	22	11	4	-	106
	6	10	5	12	25	22	18	23	5	14	134
	7	17	23	20	15	18	22	12	12	19	170
ESF 2	4	12	10	14	17	14	27	22	12	24	152
	6	12	31	24	16	6	26	12	6	26	159
	8	16	2	2	13	3	16	12	15	19	98
ESF 3	2	12	14	10	20	10	27	8	9	17	127
	5	13	17	13	22	14	19	19	8	32	157
	6	9	2	7	16	16	17	8	8	17	100
ESF 4	8	16	9	11	12	10	9	18	10	25	120
	2	8	15	2	7	16	15	11	14	9	97
	3	11	18	20	18	22	29	16	8	16	158
ESF 5	1	14	0	3	24	4	11	17	20	11	104
	6	8	2	3	10	5	15	17	13	18	91
ESF 6	2	7	4	2	12	16	27	13	11	21	113
	4	13	17	10	20	19	27	8	5	19	138
	6	11	7	10	15	18	21	9	11	14	116
ESF 7	4	7	15	7	5	5	18	16	7	17	97
	6	13	9	12	17	12	16	10	9	12	110
	7	9	9	4	23	12	23	10	5	28	123
ESF 8	8	15	7	7	37	3	28	9	2	25	133
	1	10	4	10	17	12	20	9	3	18	103
	3	22	23	25	30	26	38	16	10	32	221
	5	12	12	9	25	4	10	13	13	27	125
	6	7	14	2	12	3	25	8	3	21	95
	1	16	6	19	26	13	18	23	7	21	149

ESF 9	2	12	20	12	14	10	17	2	4	24	116
	4	12	10	9	19	14	20	11	3	14	112
	5	8	11	10	17	19	21	20	9	-	115
	10	19	2	21	15	17	17	17	11	7	126
	11	14	11	13	14	12	12	9	1	14	100
	12	12	10	16	23	14	17	17	17	22	148

Dos 70 participantes da pesquisa, 34 participantes (48,57%) apresentaram escore geral de somatização ≥ 91 . Como visto, dentre elas, 12 (35,29%) apresentaram maior pontuação na subescala musculoesquelética, 8 (23,52%) na subescala gastrointestinal, 7 (20,58%) na escala reprodutor feminino, 3 (8,82%) na subescala cardiovascular, 1 na subescala respiratória (2,94%) e 1 (2,94%) na subescala neurosensorial. Duas participantes (5,88%) apresentaram maior somatização em mais de uma escala (participante 6 da ESF 3 e participante 11 da ESF 9). Isto indica que a maior parte dos participantes apresentam sintomas relacionados a problemas musculares ou articulares como tremor, câibras ou dor nas pernas; seguidos de sinais do sistema digestivo, como dor abdominal, azia, náuseas, colite, entre outros e sintomas relacionados a desconforto ou alterações menstruais. Uma porcentagem menor das participantes apresentou sintomas, sinais ou acompanhamento do tratamento das condições cardíacas ou sistema circulatório, como palpitações, dor torácica ou necessidade de dieta para reduzir a pressão arterial, e uma parcela menor ainda apresentou sintomas de natureza neurológica como tontura ou sensação de instabilidade na marcha e sinais das vias aéreas, como tosse repetitiva ou sensação de sufocamento.

Uma das participantes com somatização mais alta em mais de uma subescala apresentou sintomas e sinais de problemas musculares ou articulares, como tremor muscular câibras ou dor nas pernas e sintomas de dor e desconfortos relacionados a alterações menstruais. A segunda participante com maior somatização em mais de uma subescala apresentou queixas relacionadas ao sistema imunológico, gastrointestinal e reprodutor feminino, apresentado sintomas relacionados a sintomas, sinais e doenças infecciosas bem

como sintomas relacionados ao sistema digestivo e alterações menstruais.

Nenhuma das participantes apresentou maior somatização na subescala pele e alergias e genito-urinário, contudo não houve pontuação nula em qualquer subescala.

Considerando os critérios de inclusão da pesquisa, os dados de 01 participante do sexo feminino da ESF 8 não foram considerados, uma vez que ela estava em atividade na unidade por um período inferior ao estipulado na pesquisa.

Em relação a ESF 4, 02 participantes do sexo feminino não fizeram qualquer tipo de identificação no instrumento, impossibilitando qualquer tipo de contato para a continuação da pesquisa. É importante salientar que a coleta de dados da pesquisa nesta unidade ocorreu sem a presença da pesquisadora, por decisão da enfermeira responsável, o que pode ter influenciado em tal resultado.

Uma participante do sexo feminino não teve os dados considerados na pesquisa por não fazer qualquer tipo de identificação no instrumento em relação a ESF que atua, e consequentemente não ser possível enquadrá-la em um grupo.

Por fim, uma participante do sexo feminino do ESF 1 deixou de responder 07 itens da ESS-R, cujos resultados interfeririam na segunda etapa da pesquisa. Por esse motivo, optou-se pela exclusão de sua participação.

Assim sendo, foram excluídos da pesquisa um total de 05 questionários, todas do sexo feminino.

Além da exclusão, faz-se importante uma ressalva quanto a inclusão de duas participantes.

Em relação a participante 3, da ESF 4, é importante salientar que a mesma deixou de assinalar 08 itens e preencher mais de um escore para 07 itens, inviabilizando a contagem para 15 itens da escala. Contudo, a participante obteve escores que estavam dentro dos intervalos estabelecidos para a segunda etapa da pesquisa, inferindo assim, que o número do escore

geral e de algumas subescalas seriam maiores do que os colocados no resultado. Por este motivo, optou-se por mantê-la na pesquisa.

A participante 5, da ESF 5, ainda que não tenha obtido o valor estipulado no escore geral (46), ao preencher a subescala 9 declarou espontaneamente na presença da pesquisadora: “Você acredita que depois que minha mãe morreu eu nunca mais menstruei?” (sic). Ainda que a participante não tenha contemplado os requisitos estipulados para a segunda etapa da pesquisa, acredita-se que a mesma pode se beneficiar em participar da entrevista, parte da segunda etapa, justificando assim, a sua inclusão na segunda amostra.

Também houve a inclusão de uma participante da ESF 9 a pedido da enfermeira chefe da unidade, que espontaneamente socilitou um espaço de escuta para esta profissional, pois tinha muitos conflitos.

No sorteio da ESF 2, a sorteada não estava mais trabalhando na unidade. Neste caso, optou-se por fazer um novo sorteio.

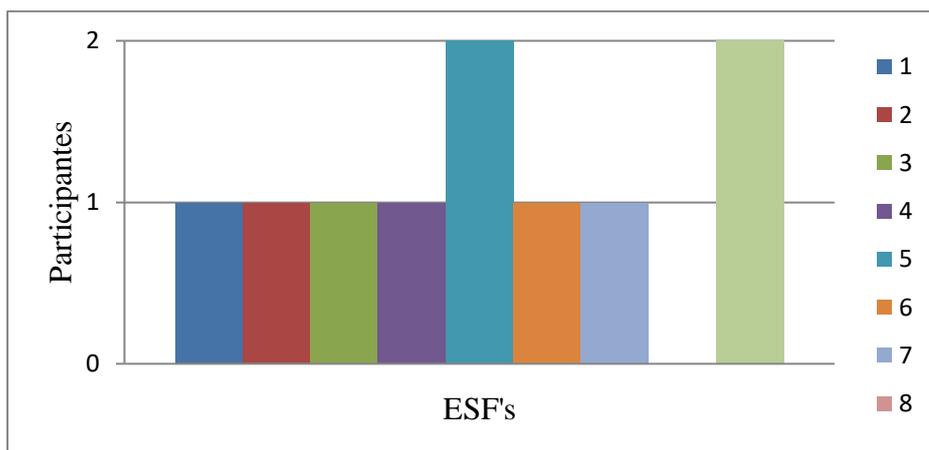
A participante sortada da EFS 8 não aceitou participar da entrevista. Ainda que tenha assinado o termo de consentimento que explicava sobre as entrevistas, quando tentou-se o contato com a mesma a resposta foi “não, obrigada”. Vale ressaltar que ao entrar em contato com a enfermeira chefe para marcar um dia para as devolutivas e o contato da participante sorteada, a profissional apenas mandou o contato para a pesquisadora e não estabeleceu nenhum tipo de intermediação.

Em todas as outras unidades, o contato entre a pesquisadora e a pessoa sorteada foi mediada pela enfermeira chefe da unidade, à exceção de uma enfemeira que sofreu um acidente e não estaria na unidade.

A figura 5 apresenta a amostra dos participantes da pesquisa qualitativa.

FIGURA 5

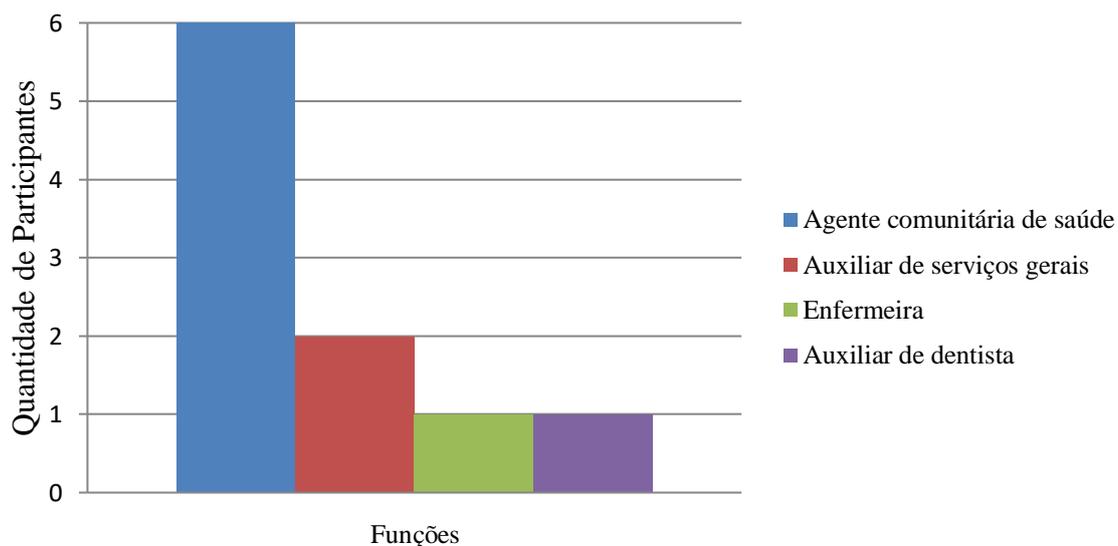
Quantidade dos participantes da entrevista de acordo com a ESF que trabalham



Após o sorteio, a distribuição das participantes ficou da seguinte forma: 1 participante da ESF1, ESF2, ESF3, ESF4, ESF7, ESF8, ESF9 e 2 participantes da ESF 5 e ESF 9. Não houve nenhuma participante da ESF 8.

FIGURA 6

Quantidade dos participantes da entrevista de acordo com a função



A pesquisa qualitativa é composta por 6 agentes comunitárias de saúde, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 enfermeira e 1 auxiliar de dentista.

8.2 Resultados e discussões Qualitativos

Os sujeitos entrevistados em investigação psicossomática psicanalítica totalizaram 10 participantes, todas do sexo feminino.

As participantes serão apresentadas por iniciais que não correspondem ao seu nome, de modo a garantir sigilo à identificação. A inicial dos nomes utilizados na apresentação dos resultados qualitativos não condiz com as iniciais dos nomes dos participantes.

As entrevistas tiveram duração mínima 17 minutos e 50 segundos, e máxima, de 1 hora e 30 minutos.

As participantes são: U, B, G, F, D, H, C, Q, I e K.

Participante U:

U é a participante 1 da ESF 1. U tem 34 anos, trabalha como agente comunitária de saúde e atua na área há 6 anos, com uma carga horária de 40 horas semanais. Apresentou maior somatização nas subescalas gastrointestinal, musculoesquelética e reprodutor feminino. Já identificada uma gastrite em um exame, U não descarta um agravante: “Eu tenho gastrite, já fiz exame, tomo medicação, mas é mais stress. Quando eu fico nervosa, dá dor no estômago”. A impossibilidade de separação mente e corpo é verificada na fala da participante quando afirma que a gastrite é causada tanto por uma má alimentação quanto por stress. Ou seja, uma alimentação desbalanceada influencia a nível biológico, pois causará uma demanda ao sistema digestivo, o que não quer dizer que este mesmo órgão atenda a demandas de outras ordens. U também relata uma hérnia de disco e ovário micropolissítico que correspondem a somatização das subescalas musculoesquelético e reprodutor feminino. U ainda relata outras complicações como crise de enxaqueca e

“travar a coluna”. Após passar por uma cirurgia que a levou a uma tensão relata: “Meu emocional foi para o saco”. Dias depois U apresenta um quadro de urticária. Ainda que não obtido o escore maior na subescala pele e alergia, U relata ter alergia, inclusive uma urticária recente: “Não sei se o stress acumulou, saiu tudo na minha perna”. Isto evidencia um aspecto primordial da psicossomática, pois o sujeito sendo integral terá todos os sistemas do corpo para responder frente a uma demanda de um ambiente estressante. A dúvida: “Não sei”, leva U a procurar uma dermatologista que sem encontrar qualquer justificativa física afirma que o quadro de U tem fundo emocional. É possível evidenciar como ainda a dicotomia se faz presente na área médica, pois os sintomas de U foram tidos como emocionais frente a uma ausência de sintomas físicos. Contudo, ainda que busque não se separar enquanto sujeito, U também funciona na própria desintegração: “Eu analisei, não tinha comido nada diferente, então sabia que não era alimentação, passei pomada, não melhorou. Então fecha no emocional”. A verdade é que o sujeito desintegrado justamente não fecha! O circuito pulsional continua aberto e o sujeito precisa conseguir escutar além de seu sintoma. O ambiente organizacional trazido por U parece contribuir para o seu desgaste e conseqüentemente para o aparecimento de seus sintomas. Teve crises de ansiedades no começo da pandemia, identificada por ela mesma no Google. Ainda sobre seu trabalho a participante afirma que não mora perto da unidade em que trabalha, e que prefere desta forma: “Eu prefiro assim, longe”. U se incomoda com os pedidos da comunidade fora de seu horário de expediente e afirma: “Deus me livre”. Ao sair de seu trabalho, U deixa claro no questionário que se sente feliz ao ir embora do trabalho. Quando retornado esta questão U esclarece: “Acabou aqui, vou lembrar de postinho só segunda feira. Eu não penso, acabou, acabou”. Como estratégia, ao sentir as crises U diz: “Vou caçar o que fazer, trabalho à noite, faço exercício. Cansa, mas distrai a cabeça”. Parece que U não encontra outro recurso para acessar seus próprios

conteúdos, marcada por uma resistência de que os mesmos venham à tona por outro meio - a linguagem, sendo expresso então no próprio corpo. Contudo a profissional ressalta que qualquer notícia ruim a abala, fazendo com que sinta dores no estômago, tanto que não assiste a jornais: “Qualquer coisa me abala, então eu evito tudo; evito jornal, evito novela triste, todas estas coisas eu vou evitando para não atacar. Qualquer fator que me estressa, eu evito”. Contudo, quando indagado o que lhe faz bem a resposta é: “Nunca parei para pensar. É que eu não costumo pensar, eu ligo o botão do foda-se”. Depois que largou do marido, U sofreu, pois segundo a religião não poderia ter divórcio, mas ela estava entrando em depressão: “Ai eu larguei, e vi que ninguém liga com ninguém, você fica sozinha. Antes eu tinha medo de falar as coisas, agora não ligo mais”. U não compreende que ainda tem medo, e que de alguma forma o corpo vem expressando suas emoções, expressões que não ditas, senão pelos próprios sintomas. O paradoxo que U carrega é sobre sua própria integralidade enquanto sujeito: “A gente vai vivendo assim, não pára para pensar na gente, para analisar, e aí vai pensando e associando uma coisa com a outra. Quem conhece seu corpo é você, você tem que analisar, tem que parar e pensar um pouco”. Embora U tenha este discurso manifesto, o discurso latente demonstra que uma parada para U é extremamente angustiante; e sem parada, não há como refletir. Essa é a fuga de si mesmo, evidenciado principalmente no final da entrevista quando U afirma: “Se eu ficar estressada vou deixar você aqui sozinha e sair”.

Participante B

B é a participante 8 da ESF 2. B tem 42 anos, é agente comunitária de saúde há 16 anos com carga horária de 40 horas semanais. B teve maior escore na subescala musculoesquelética: “Depois que a gente começa a trabalhar a gente vai pegando tudo para a gente, então essa dor no corpo, esse peso não tem como mesmo. Parece que tem dia que eu

saio daqui que tem outra pessoa nas costas”. B relata ficar doente com frequência e em sua tentativa de associação é possível perceber a dificuldade em se reconhecer como um psicossoma: “Minha imunidade abaixa muito não sei o porquê, apesar de tomar vitamina, não sei se resistência, não entendo muito isso, ou é o psicológico que ajuda”. Os paradoxos de B vêm de uma construção que a ultrapassa. Considerando o sujeito biopsicossocial, é possível evidenciar a influência do ambiente nos sintomas da participante: “Quando a gente entrou para trabalhar, falaram que a gente tinha que agir com a razão e não com o coração, se existe uma forma de separar, eu não sei fazer isso. Nessa época trabalhava com medo, não é medo” (pausa). B não consegue nomear. O que dizem a B é: “Faz de conta que não é com você”. O sujeito (paciente e trabalhador) é despedaçado frente a um discurso que emana de uma qualificação profissional que perpetua a dicotomia do sujeito. Ao associar sobre seus sintomas: “Muitos resfriados, infecção de urina, aftas na boca, sai as aftas na boca”, B percebe que está relacionado a alguma situação anterior: “Um desespero de como resolver um problema”. O discurso apresentado por B é que: “Começa a dar um aperto, e logo vem bomba”. Uma expressão muito significativa, pois frente a uma dificuldade de administração de seus próprios conteúdos internos, a bomba “estoura” no próprio corpo, como por exemplo, as aftas. Sobre seu ambiente organizacional B revela que trabalha na unidade ao mesmo tempo em que é paciente dela também, contudo não consegue pertencer enquanto uma pessoa que está doente. Ao relatar sobre o trabalho, B revela intimidade com a comunidade, seja positiva ou negativa: “Tem uns que tem cafezinho, tem uns que te odeia”. Ficam evidente os encontros e também desencontros que o trabalho pode oferecer. Um exemplo ilustrativo de como os profissionais ultrapassam sua categoria profissional é percebido por uma associação de B, ao relatar que ao ensinar como tomar medicação faz desenhos para que o paciente entenda: “Como a senhora entende a hora do almoço? E o café da manhã? Uma xícara. Por que tem uns que não sabe ler.” Com toda a dinamicidade objetiva e subjetiva, a profissional

sente o sofrimento da família que visita: “Acaba comigo”. B tem um “elo” com a comunidade: “A maioria dos pacientes tem meu whatsapp, manda bom dia, boa noite”. Mesmo fora do expediente de trabalho, quando, por exemplo, está no supermercado: “Anoto na mão o que vão pedindo. Eu me sinto bem com isso”. Sobre seu trabalho: “Eu não sou só agente. Aqui a gente ajuda na limpeza, na recepção, em tudo que precisar. A gente é o Severino, faz tudo, entrega leite”. Como a literatura coloca, o profissional supercomprometido é suscetível a SB, e isto já parece ter refletido na participante, ainda que não perceba. Assim, o peso que B sente nas costas de fato é bem significativo, representativo das pessoas que ela carrega, os problemas que a acompanham. Ao discorrer sobre a subescala reprodutor feminino, B se queixa de enxaquecas, cujos sintomas intensos levam a necessidade de administração medicamentosa: “até não vomitar não melhora”. B associa ao próprio stress: “Eu acho que é o stress que a gente passa, porque não tem como não passar nervoso, não só no serviço, em casa”. A partir de sua associação livre na entrevista foi possível reconhecer o quão a linguagem favorece o tratamento psicossomático: “Nunca prestei atenção, agora que eu estou pensando que pode ter a ver. Deu um tannn. Vou começar a prestar atenção nisso agora hein”. Longe de um discurso mecânico, B conseguiu estabelecer diálogo durante toda a entrevista, permitindo-se inclusive ao insight. Finaliza a entrevista dizendo: “É fácil falar, porque é o que a gente sente”.

Participante G

G é a participante 5 da ESF 3. G tem 36 anos, é agente comunitária de saúde e atendente. Trabalha há 17 anos nesta área com carga horária de 40 horas semanais. O escore mais alto de somatização foi na subescala reprodutor feminino. Toma medicamento (fluoxetina) para ansiedade há 9 anos, desde que engravidou da primeira filha, momento no qual teve ansiedade. Tendo dois filhos, nas duas gravidezes G relata a ansiedade: “Eu já sou

ansiosa, aí piorou muito; ansiedade de perder, porque eu demorei muito para engravidar da minha filha (4 anos)”. Nota-se que G não havia passado por nenhum histórico de aborto, o que existe é um quadro de paranóia, evidenciado em outros discursos. Sobre os vômitos, G reconhecia que era emocional: “Eu sabia que não era da gestação, porque já tinha passado os meses de enjoo”. O histórico de gestação do segundo filho perpassou por eventos traumáticos - suicídio da sogra, possibilidade de problemas do filho [bradicardia] e perda do tampão com 26 semanas de gestação, que a fez ficar de repouso absoluto até as 38 semanas quando o filho nasceu. Mesmo depois do parto, outro evento traumático: “Tive hemorragia, a anestesia acabou antes, na hora que fazer a laqueadura, acabou a anestesia”. Durante a recuperação, G disse à enfermeira que estava com vontade de fazer xixi, ainda que estivesse com a sonda. Quando verificado pela enfermeira, a sonda estava fechada a ponto de G quase ter um bexigoma: “Fiquei muito ruim, perdi muito sangue, meus pontos abriram”. A memória é vívida para G: “Eu lembro de tudo, eles falam [médico] que é mentira, não é mentira eu lembro. Quando me viraram minha perna pegou na placa e queimou”. Mesmo com um histórico ansiogênico, durante um momento de dor física pelo fim da anestesia G teve seu discurso duvidado. A resposta médica “é da sua cabeça” mais uma vez demonstra o quão muitos profissionais ainda afirmam a dualidade do sujeito. Mesmo perpassando por um histórico de dificuldades durante a segunda gestação, G teve, ainda que puérpera se fazer ouvir pela equipe médica, que por vezes descrebibilizou o seu discurso. Durante sua associação, G relata que a família inteira (pai e irmã) tem ansiedade e consegue acessar a sua primeira manifestação de ansiedade aos 15 anos. Na época tomou itofanil, dormonid e injeção de haldol. G parece perplexa: “Você acha? Com 15 anos”. Neste momento G parece reconhecer o quão foi mal escutada: “Só porque eu tive uma crise de ansiedade. A ansiedade era por conta da escola”. No momento, há uma divisão total de G onde apenas os sintomas foram medicados, sem a possibilidade de uma escuta do sujeito. Mais uma vez a

fragmentação do sujeito levando a uso de medicamentos para silenciar aquilo que jamais deixou de se manifestar: a vida! Sobre a medicação a participante diz não conseguir parar de fazer uso: “Eu tomo, eu não esqueço”. A paranóia de G continua em seu movimento obsessivo pela medicação a ponto de justificar mudanças de comportamento ao esquecimento de apenas um comprimido: “Quando eu não tomo eu fico eufórica. Eu faço tudo rapidinho”. O comportamento de G é notável a ponto das pessoas do trabalho e família perguntarem se ela tomou o remédio: “Eu nem ia conseguir falar tranquila com você, ia estar batendo as pernas. Tomo o remédio e melhora”. Outros comportamentos de ordem obsessiva apareceram no discurso de G, como quando trabalhou na linha de frente da Covid: “Eu era a única que tomava banho na hora almoço, lavava a cabeça duas vezes no dia. Tinha que tomar banho, trocar de roupa, não podia ir na minha mãe; eu ainda tenho receio de pegar documento”. Ao final relata: “Minha família me apavora”. Em associação retoma sua própria dinâmica familiar a partir da gestação: “O médico disse que eu era ansiosa, que a cada 1000 grávidas, uma fica assim”. O caráter generalizado não cabe nem à psicossomática nem a psicanálise. Ainda que dentre mil grávidas, uma apresente ansiedade, a biografia de cada uma será sempre única. Com um final de relato: “A maternidade me deixa ansiosa tendo medo de muita coisa, de não ser uma boa mãe, se uma criança está com alguma coisa e a minha pegar na escola, preciso saber quem é a professora, a CSI vai entrar em ação”; é possível compreender a somatização de G, que ao constituir sua própria família também se apavorou, tendo as crises de ansiedade e uso de medicações que nunca cessaram. Sobre seu trabalho G afirma: “Nem é bom eu ficar em casa, o mês que fiquei de férias, já estava na hora de voltar”. Afirma gostar muito do trabalho: “É a segunda família da gente. Aqui é tranquilo para mim”. Por ter trabalhado em outras unidades, reconhece a diferença entre os ambientes e como isto influencia na saúde dos trabalhadores: “Gestão já judiou da gente, teve muita rotatividade, tem que fazer um sorteio para ver quem vai sair para outro postinho. E a pessoa sorteada

começar a chorar, desesperada. E por nada, só porque queria colocar um amigo. Todo mundo tinha medo. A ansiedade piorou, porque fica com medo”. É possível verificar o caráter biopsicossocial do sujeito, atrelado ao contexto laboral como causa de angústias expressas no psicossoma. Quanto à proximidade com a comunidade, atualmente não mora na microárea da unidade, mas quando morava (antiga unidade em que trabalhou) os vizinhos iam até sua casa e ela anotava os pedidos em um caderno. A proximidade além da profissional pode ser exaltada no discurso: “Quando a primeira pessoa do meu setor morreu, eu sentei na frente da casa dela e chorei. Até hoje passo lá e sinto”. Atualmente G é concursada como agente de saúde, mas também trabalha como atendente e está cobrindo o atendimento da área rural, pois a profissional está “emprestada” para a farmácia de alto custo. As expressões dos sintomas apresentados por G não parecem ter tanto peso laboral no momento, mas sim uma dinâmica singular perpassada por questões importantes sobre sua feminilidade. Assim, conforme encontra-se na literatura, o ambiente social é complexo, abrangendo não somente o trabalho, mas também outros contextos da vida do indivíduo.

Participante F:

F é a participante 3 da ESF 4. F tem 46 anos, é auxiliar de serviços gerais há 8 anos com carga horária semanal de 40 horas. Depois de apresentar os resultados da escala resume seu quadro sintomático: “Hoje está pior. Eu fui no médico e ele disse que eu tinha só uma bursite, tendinite, agora estou com começo de fibromialgia, esporão, bico de papagaio. Tem horas que eu tenho até medo de tanta medicação que eu fico tomando. A dor é constante, já fui em vários médicos”. O sofrimento de F é visível é audível, manifestado não somente em seus sintomas, mas em seu próprio discurso. Em associação livre, na tentativa de uma explicação para suas dores a participante começa a contar sobre sua biografia: “Quando pequena eu cai em cima de uma árvore e bati as costas em uma pedra, quebrei a clavícula e

trincou até as pontas de dedo. Como minha mãe era viúva, era eu e mais cinco irmãos na época e ela trabalhava muito, deixou eu em casa. Eu tinha uns nove anos, aí a vizinha disse para mim mãe que eu ia morrer, que inchou aí ela me levou, mas não deu para fazer muita coisa. Ele fez uma blusinha de gesso por 20 dias. Minha mãe era meia ... tal ... o medo de passar fome trabalhava muito e não cuidava. Tenho para mim que pode ser por isso”. Nomear o Outro, representando seu ambiente parece difícil. F lembra como era nomeada por sua mãe: “Dona F”. Assim, em sua fala: “Eu escuto os outros dizer que tem bursite, mas não tem essa dor que eu tenho”, F tem razão; a sua dor física perpassa por outra dor, a de não cuidado, de não ser cuidada ou nomeada como filha (Dona F). “Eu falo para os outros e é difícil dos outros entender, a dor”. Frente ao não dito fica difícil que F também percorra através das palavras. Ferenczi e Winnicott ao reconhecerem a importância dos estados iniciais afirmam que a depender da situação traumática o sujeito encontra comprometimento em sua força vital. Isto é notável quanto F afirma: “Eu sempre fui muito depressiva, ao extremo de desistir de viver. Na primeira depressão eu tinha 14 anos“. Buscando entrelaçamento em seu trauma, reconhece uma história que desencadeou em sua primeira síndrome de pânico: “Toda vez que chovia, as telhas subiam, minha mãe grudava em nós, colocava debaixo de mesa, quebrava tudo, e minha mãe ia trabalhar para consertar. Eu desenvolvi o pânico, mas minha mãe não acreditava”. Aos dezessete anos, conheceu um rapaz: “Minha mãe para se livrar me colocou para ir morar com esse homem. Eu fui chorando. Pesadelo”. Vítima de um relacionamento abusivo, quanto já tinha quatro filhos, F teve “depressão profunda”. “Eu ia cortar os pulsos, aí olhei para os meus filhos e desisti”. Era F que mantinha a casa então “trabalhava o dia inteiro, em dois serviços” e o filho mais velho cuidava dos irmãos menores. A história da participante se repetia e F pareceu reconhecer em insight: “Você vê que a história bate, né. Eu e minhas irmãs temos a mesma quantidade de filhos, e sempre os mais novos temos mais velha. Para você ver como traz lá de baixo”. Depois de separar-se, foi

punida verbalmente pela mãe: “Você sozinha não cria esses moleques não”. De fato, não parece haver também nomeação simbólica por parte da mãe de F que ao referir-se aos netos utiliza-se da palavra “moleques”. Mesmo que a mãe quisesse que ela voltasse para o marido, F foi morar no fundo da casa da mãe. Cogita-se que F ainda busque um ambiente acolhedor, “suficientemente bom”. Sobre sua vida laboral, a participante ressalta que foi no trabalho que teve pela primeira vez reconhecimento ao ser colocada como chefe de uma equipe de limpeza: “Primeira vez na vida que fui reconhecida para alguma coisa”. A participante casou-se mais uma vez e teve mais um filho aos 40 anos. Na época uma mulher da mesma idade tinha falecido após dar a luz a seu filho. Neste momento, entrelaçada a sua própria história F tem uma crise de pânico. Contudo, é evidente como o psicossoma reagiu ao próprio ambiente, que se colocou como ameaçador a F. Na tentativa de lidar com os sintomas, a participante lê sobre o assunto, evita televisão e de ver determinadas coisas no celular. Nesta trajetória F ainda procura por uma referência que a reconheça enquanto sujeito: “Na minha cabeça era só comigo, ninguém mais tinha, todo mundo era feliz”. Em sua fala: “Terror, desgosto, sensação de impotência e invalidez, eu que não servia, que eu sou culpada de tudo, eu carrego isso comigo até hoje (neste momento caem lágrimas de seu rosto) sentir que eu não sirvo para nada. Sempre foi assim. Isso me dói. A tensão é 24 horas, já virou rotina. Durmo tensionada, essa tensão eu carrego comigo, parece que carrego uma pessoa em cima das costas . Esse peso 24 horas” . O discurso de F é verdadeiro, dói; dói tanto que precisa ascender a tantas vias quanto possíveis: “Eu desencadeei nesses sintomas, não desencadeei em outros sintomas, tipo doidura, de querer parar, não querer trabalhar, de não querer viver, parar de viver, em mim desencadeou desta forma”. A definição de F como “sozinha lutando” permite recorrer aos estágios iniciais do desenvolvimento, onde o ambiente aparece como uma base para que o sujeito se integralize. Conturbações importantes acontecerem na vida inicial de F, que refletiram em sua existência, até hoje. Durante a entrevista foi nítida a busca

por um lugar. F foi a única participante entrevistada que realizou sua fala no fundo da unidade, em um lugar que não era fechado, e que pessoas passavam por lá. Sua frase final “Me perdoa” é só mais uma repetição do lugar que ocupa. De fato, frente às experiências traumáticas e à falha do ambiente, o psicossoma de H se expressa no adoecimento.

Identificação: D

D é a participante 6 da ESF 5. D tem 39 anos, e é enfermeira há 16 anos em sua área e no momento desempenha o cargo assistencial e de gerência, com carga horária de 40 horas semanais. A maior pontuação foi na subescala do reprodutor feminino. D tenta engravidar há três anos e de alguma forma associa com seu resultado na escala: “Já tem três anos que estou tentando engravidar, deve ser alguma coisa né, nesse sentido? Percebe-se que ainda que D, tente correlacionar, indaga-se da mesma relação. Quando a pesquisadora intervém: “Então pode ser que esteja?”, a resposta é o aceno com a cabeça em posição afirmativa.

Quanto ao aspecto laboral, D descreveu na entrevista que sente cansaço e desânimo ao ir para o trabalho e alívio ao retornar do mesmo. Ao relatar sobre estes sentimento D disse que durante a aplicação dos questionários havia tido mudanças na gestão. D afirmou ter procurado ajuda: “Não procurei psicólogo, mas já fiz microfisioterapia. Fiz três sessões”. A pesquisadora indaga sobre a microfisioterapia e a participante diz que segundo este procedimento: “As células do corpo da gente ficam marcadas. Ela faz um trabalho de pontos na mão, e fala sobre os anos e trauma”. Ao explicar do procedimento, D relata: “Você deita e ela diz tudo o que você está sentindo” e que a profissional lhe disse: “Como você está parando em pé?”. A seguir D diz: “É tudo emocional”. Quando D atribui ao método da microfisioterapia como “diz tudo o que está sentindo” parece ser um método menos angustiante para D que não precisa então transitar pela sua fala e se haver com sua própria escuta. D relata que a quantidade de sessões de microfisioterapia é limitada a três. Depois

disso, o procedimento é realizado conforme a necessidade, a cada seis meses. Assim sendo, ela fez somente três sessões. D retoma a subescala do reprodutor feminino e diz: “É preciso tirar os traumas também para poder engravidar”. A participante afirma ter melhorado depois das sessões, e que o que refletiu foi que a profissional disse: “A minha parte é muito família, eu carrego muito. Então às vezes eu não consigo viver para mim, eu vivo mais para a família do que para mim”. De fato, D ainda parece carregar a família de origem, onde talvez falte espaço para gerar e carregar a sua própria. Contudo, novamente quem apresenta as questões familiares é a profissional e D atribui sentido a partir da fala do Outro. Em relação à dinâmica do trabalho a participante ressalta que a parte assistencial não a esgota, mas a parte de gerenciar a equipe desgasta muito “aqui é tudo”. D teve cólica renal com uma frequência anual por ter pedra no rim, já evidenciado em exames. Na entrevista semiestruturada D reconhece que as respostas ao questionário podem estar relacionadas ao seu cansaço físico e mental. Ainda que D reconheça uma ligação entre os seus sintomas e suas vivências, aparece a resistência em procurar tratamento cuja técnica envolva a linguagem verbal: “Eu tenho uma barreira com a psicologia desde a faculdade. Nunca gostei, não gosto. Eu não gosto de falar da minha vida, nem de falar nem de ouvir”. A resistência com a psicologia se apresenta com a pesquisadora, como que um “act out” sendo perceptivo durante toda a entrevista. Resistência esta que não permite inclusive que procure um profissional de avaliação que transite além de um manuseio físico (microfisioterapia). Embora a participante reconheça que há “traumas” é preferível que os mesmos sejam tocados “por fora” e não por dentro. Daí a dificuldade e resistência em falar e sentir sobre seus próprios sintomas. Muito demonstrado pela linguagem corpórea (extralinguística) onde muitas vezes a participante somente acena com a cabeça para concordar com o que a pesquisadora diz. A resistência também pode ser evidenciada no tempo de duração da entrevista, de 17 minutos e 50 segundos, a entrevista mais curta dentre todas as participantes.

Participante H:

H é participante 5 da ESF 5 e incluída na pesquisa a critério da pesquisadora. H tem 62 anos, trabalha como auxiliar de serviços gerais há oito anos, com carga horária de 40 horas semanais. Durante a aplicação da escala declarou espontaneamente, que depois do falecimento da mãe, nunca mais tinha menstruado. A participante relata que no dia do falecimento da mãe H estava menstruada. O ciclo durou normalmente, mas foi a última vez que aconteceu. H ressalta que não teve nenhum sintoma que sinalizasse a menopausa: “Nunca tive calorão, nunca tive nada”. Portanto, aos 40 anos teve fim sua menstruação, que ela apresenta como “acabou”. E complementa: “Não sei se foi emocional, acho que não né”. Embora H não reconheça qualquer relação emocional, ao dizer livremente sobre sua relação com a mãe apresenta uma relação muito próxima: “Minha mãe era uma pessoa maravilhosa, muito, muito boa, iluminada”. Neste momento H se emociona muito: “Tenho tanta saudade da minha mãe”. A morte da mãe de H ocorreu depois da mãe precisar amputar a perna e afirma que a mesma morreu de tristeza. Ainda que a participante não reconheça nenhuma relação entre o fim de sua menstruação e a morte da mãe, acredita que a tristeza poderia ser a causa da morte de sua mãe. A ligação bem próxima entre elas é evidenciada com a fala: “Minha mãe só morreu quando eu cheguei do serviço”. Outros eventos mostram essa proximidade. H relata que durante uma cirurgia que precisou fazer e que lhe causou muito angústia teve uma experiência com a mãe, já falecida. Durante a anestesia H relata sentir-se caindo em buraco muito escuro e estreito e gritado: “Mãe do céu me socorre”; e sentiu sua mãe a amparando. O grito foi confirmado pelo médico. A mãe de H teve oito filhos, sendo ela, a de número sete, e considera que ela e uma outra irmã eram as mais próximas dela. Uma quase simbiose é escutada nesta relação: “Eu que recebia para minha mãe, que fazia compra, eu que levava no médico, era eu tudo”. H apresenta um tudo que parece se fundir uma a outra. E continua: “Eu

e minha irmã nunca abandonou (sic) minha mãe”. A irmã de H pareceu repetir esse padrão, e casou-se bem próximo da morte da mãe. Embora H tenha se casado e tido dois filhos, ela sempre morou perto da mãe: “Da minha casa eu via ela”. Quando se separou do marido, foi para uma casa mais afastada, contudo, este distanciamento levou ao adoecimento da mãe de H, que então retornou para morar com o marido. Isto se repetiu por duas vezes. H volta, mas não para o seu marido, volta para sua mãe. Relata: “O dia que a mãe morrer eu largo dele. Vou e não volto mais; agora não tem mais minha mãe aqui”. Após a morte da mãe, H separa-se definitivamente do marido. A história H parece repetir agora com a filha. Assim como sua mãe, ela e agora sua filha passaram por separações conjugais. Assim como sua mãe, ela e sua filha que cuidam de seus filhos. Um evento apresentado por H demonstra o quão o sujeito precisa ser considerado como psicossoma. Ao relatar sobre sua primeira gestação, H afirma ter tido complicações, que levaram o médico alertá-la que seria importante aguardar quatro anos para engravidar novamente. Sem tomar qualquer remédio, pois lhe fazia mal e também sem adotar qualquer método contraceptivo: “Não evitava porque naquele tempo a gente era muito besta”, H engravidou do segundo filho quatro anos depois. Ao se recordar da menstruação H relembra: “Ninguém falava. Minha mãe nunca foi de ficar conversando essas coisas. Ela explicou só depois, que a gente ia sofrer”. A maneira como a menstruação foi passada para H foi “dor”. É um significante importante que opera de maneira simbólica quando se sente uma outra dor: a perda da mãe. Muito expressiva é a relação integral de H, onde se evidencia o psicossoma operando. É evidente o quão a própria história perpassa por aspectos de seu reprodutor feminino.

Participante C:

C é a participante 2 da ESF 6. C tem 45 anos, é agente comunitária de saúde há 18 anos e trabalha 40 horas semanais. A subescala com maior pontuação foi a

musculoesquelética. “Eu era bem mais estressada”. Essa foi a fala de C após receber o resultado da pesquisa. Continua: “Depois que tive depressão eu fiz psicóloga um bom tempo e melhorou bastante. Porque eu era muito calada, tudo que fazia comigo eu guardava tudo para mim; ia guardando, guardando. Quando explodiu, fiquei de cama, não comia, não levantava”. Na época o marido de C também estava bebendo bastante: “Meu marido bebia, juntou tudo isso, aquelas ofensas que a gente não tem que escutar e juntou mais ainda para eu ficar doente. Juntou tudo, como eu não falava, aquilo me entristeceu e engasgou e eu não conseguia levantar”. Evidente no caso de C cujo psicossoma suportou até o momento em que a única expressão foi o adoecimento. Atrelado não somente a um fator, mas a um conjunto deles (outras vivências e a relação com o marido), C reconhece o entrelaçamento entre os eventos de sua vida e seus sintomas: “Não me expressava, ficava remoendo por dentro”. O que C não reconhece é que sua doença é uma manifestação, que não tinha encontrado meios mais saudáveis para se manifestar. Em associação livre continua: “De um dia pra outro eu não comia, não saía da cama, meu marido me trouxe no colo na unidade para passar na médica, não queria comer, não queria beber, não queria levantar, nem tomar banho”. A psiquiatra reconheceu a necessidade de um profissional de psicologia. É importante ressaltar que neste caso, a sensibilidade por parte do profissional em reconhecer a integralidade do sujeito, possibilitou ver C em seu sofrimento, que ultrapassava um lugar físico. Após passar por atendimento psicológico, começou a verbalizar seus sentimentos, melhorando seus episódios tensionais: “Foi batata, foi muito bom. Fiz até a psicóloga dar alta. Falar é bom, tudo que a gente guarda vira toxina no corpo da gente”. O movimento introspectivo de C iniciou desde cedo, cuja separação dos pais, aos treze anos de idade, lhe causou muito angústias, e que relata: “Eu não me manifestei, não falei, não coloquei para fora”. Reconhecendo-se como “boa filha” quando os pais se separaram não ficou com nenhum dos dois e mudou-se para uma tia. C parece não poder falar, não poder escolher. C associa o seu

silêncio a seus sintomas: “Vai guardando pequenas coisas, que vai alimentando coisa ruim dentro da gente”. C toma medicação até hoje (razapina, sertralina e diazepam): “Hoje estou ótima. As medicações me fazem dormir” e por isso continua a tomá-las “elas me ajudam”. C não faz acompanhamento com psiquiatra, mas continua a tomar medicação. C faz artesanato, que acredita ajudá-la: “Me ajuda, ocupa minha cabeça criando”. Quando adoeceu recebeu cuidados das colegas de trabalho: “É como se fosse uma família. Só de olhar já sabe que não estou bem. É o único posto que nunca mudou agente foi aqui. Eu gosto de ser agente, gosto de ir para a rua”. C esclarece que faz todo tipo de trabalho, mas que prefere a rua. Quanto ao trabalho, C diz que a maioria trata bem, não todos, mas a maioria. Os sintomas de C estavam diretamente relacionadas a seu contexto social pessoal. Ainda que não apresente queixas diretas sobre o trabalho, as crises levaram ao afastamento do seu trabalho.

Participante Q:

Q é a participante 6 da ESF 7. Q tem 43 anos, e trabalha como auxiliar de dentista. Atua há 23 anos nesta função com carga horária semanal de 40 horas. Depois de apresentado o resultado a Q, ela argumenta: “A gente vive nesse conflito com o corpo mesmo, né. Não sei se tem como melhorar”. Há quase 25 anos trabalhando no serviço público, Q afirma: “Já fiz de tudo”. Em momentos passados isto a estressava, contudo “o tempo amadurece, vai mudando”. Q relata uma canseira, muito bem nomeada por ela como “canseira da vida”. “Dois filhos, marido, tudo para fazer; homem normalmente não faz nada, mais o estresse da casa mesmo”. É no trabalho que Q afirma que dá para descansar. Sobre a família: “Eu sei que eu me sobrecarregado”. Assim sem que se dê conta o que Q se queixa é da própria dinâmica familiar, não necessariamente do lugar que os outros ocupam nesta relação, mas o dela. Em relação ao trabalho, Q reconhece a diferença que o ambiente provoca nas pessoas. Q Já trabalhou em três unidades. Mesmo trabalhando há dez anos em uma unidade, em razão de

um desentendimento entre a equipe, Q foi retirada do seu posto e mudada de lugar: “Qualquer momento, qualquer um daqui pode ir para outro lugar. E aí desestrutura tudo isso. Você é uma família, você não quer sair. Chorei, desabei. Eles nem ligam para você. Eu estava de férias, me ligaram que eu mudaria de lugar. Não adianta pedir. Mexe totalmente com sua vida, psicológico”. O lugar que Q resalta é justamente o “não lugar”. Q resalta a importância da estabilidade também do ambiente ao não concordar com esta dinâmica: “Se a pessoa está bem em um lugar, ela vai se desenvolver melhor, ela rende mais. Tem que deixar onde a pessoa está trabalhando feliz”. Embora reconheça essa dinâmica como ameaçadora, como reação Q utiliza-se de um conformismo e reza sempre a mercê de um terceiro: “Hoje encaro como destino”. Ainda que compreenda “o processo como adoecedor” sua frase é: “Fazer o quê?”, ou seja, é preciso que se conforme para dar conta. Continua: “Se me tirarem de onde estou hoje vou sofrer, mas eu acho que vou para algum lugar porque é meu destino de ir, então não sei se sofreria tudo”. Em um dos seus trabalhos, Q teve crises de ansiedades após presenciar a morte de uma colega depois de ter um aneurisma na frente dela: “Eu entrei em paranoia. Fui no neurologista e não tinha nada. Depois comecei a sentir dor no peito, dor de ansiedade como se estivesse infartando, chegando a ir três vezes para a Santa Casa. Sentia todos os sintomas, mas era tudo da minha mente. Fazia exames, nada. Pouco tempo depois, o dentista descobriu um câncer de pâncreas e faleceu depois de três meses. Aí eu comecei a sentir dor no estômago. O medo era maior que tudo. Fui fazendo os exames, tirando tudo da cabeça, que não tinha nada, mas mesmo assim fiquei abalada”. Aqui é possível evidenciar a divisão que a participante faz, ou seja, uma comprovação a nível físico que justificasse seus sintomas; enquanto que o sintoma era da própria angústia, onde o psicossoma responde como um todo. Na época tomava remédio, ficava dormindo, para tirar a ansiedade. Q começou a rezar muito, ler muitos livros, a bíblia e ficou mais forte. Q afirma: “Ainda tenho medo de viajar. Eu vou fechar o olho, o motorista vai dormir, o ônibus vai

virar, aí começo tirar a mente porque sei que vai me dar crise. É um pensamento negativo. Minha vida está nas mãos de Deus”. A participante relata várias passagens por diferentes médicos e afirma: “Tinha certeza que era da ansiedade porque depois sumiu, era tudo tão somatizado na minha cabeça, que eu sentia. Aí vai vendo nos exames que não tem nada”. Mais uma vez a divisão, e a afirmação de estar bem em razão da anulação do físico. Continua: “Tem pessoas que tomam dez remédios, e é da depressão, mas não aceita”. Outras manifestações se fazem presentes: “Coceira quando está nervosa. É nos braços que estoura minha ansiedade, meu stress”. A distinção parece claro para Q: “Eu sei quando a dor é de ansiedade. Se a dor é diferente eu vou procurar o médico”. Isso é apenas uma racionalização, pois em muitos episódios procurou o médico que negava um quadro clínico. Embora a participante em seu discurso manifesto por várias vezes relacione os seus sentimentos e sintomas, não vê a integralização de sua unidade. Sem encarar a doença como uma expressão do seu próprio processo de existir Q transita entre o que define como mais ou menos agravante: “Não deixei de ter dores, eu sei que não tenho nada grave confirmado por médico, sei que é da cabeça”.

Participante I:

I é a participante 4 da ESF 9. I tem 50 anos e é agente comunitária de saúde com uma jornada de 40 horas semanais. Apresentou maior pontuação na escala muscoesquelético e responde: “Então, eu estava assim mesmo, pior. Eu não sei se teve alguma coisa a ver, porque eu estava entrando no climatério e eu não sabia; sentindo várias coisas que eu não sabia explicar, mas que eu sei que é da menstruação”. I também ressalta ter “enxaqueca”. De fato, as subescalas com maior pontuação, além da musculoesquelética foram a reprodutor feminino e neurosensorial. Ainda que não tivesse consciência “eu não sabia o que tinha”, o psicossoma de I já dava comprovação de sua unidade. Contudo, de modo a lidar com as expressões do

psicossoma, I recorreu ao psiquiatra, sendo medicada para ansiedade e depressão. Interessante é que mesmo depois de reconhecer os sintomas da menopausa (calorão) ainda faz uso da medicação. Isso evidencia que embora de fato a participante tivesse uma questão biológica, o seu corpo não respondia só a isso. Em sua integralidade e dinâmica biopsicossocial, o psicossoma falava de outras ordens também. Quando retomado o questionário semiestruturado, I reconheceu a taquicardia como crise de ansiedade, há quatro anos, quando precisou se afastar por nove meses da unidade em que trabalhava. Neste momento I reconhece o ambiente hostil no qual sentia que vivia: “Eu alterei o emocional e senti um pouquinho”. Neste contexto laboral, I não tinha elogios e argumenta: “Não gostava de lá, eu não estava me dando com o jeito das pessoas, sensação de estar sozinha, eu ficava sozinha”. Reconhecendo a diferença no dinamismo dos ambientes, a participante realça que o ambiente influencia na forma de executar o trabalho. Esclarece: “Muita diferença entre uma unidade e outra, aqui fui muito bem recebida, me senti mais acolhida”. I que pediu a mudança. Foram anos de trabalho antes da primeira crise. Em algum momento o psicossoma assume seu lugar e reage ao ambiente. Assim sendo, embora tenha relevância na infância o ambiente do sujeito é contínuo e dinâmico podendo não ser acolhedor ao longo de sua vida. Em associação livre I relata: “Gosto do cheirinho da minha casa”. De fato, estar em casa parece significativo para I, que vai e volta do trabalho de bicicleta mesmo morando em outra cidade, a três quilômetros da unidade, almoça todos os dias em sua casa. Quanto ao serviço a participante afirma que faz outras funções na unidade, como atendente por exemplo, mas que não a incomoda, gostando de substituir a enfermeira já que é formada em técnica de enfermagem, embora prefira o ambiente hospitalar. O discurso da participante carrega paradoxos, pois ao mesmo tempo em que gosta de hospitais (ambiente fechado), o trabalho a que se dedica lhe exige portas abertas. Durante a entrevista I manteve controle sobre sua fala, apresentando dificuldade em apresentar seus conteúdos e estabelecer-se enquanto uma

unidade.

Participante: K

K é a participante 12 da ESF 9, cuja entrevista foi realizada a pedido da enfermeira chefe. K é agente comunitária de saúde e trabalha 40 horas semanais. K é extremamente confiante em seu próprio discurso, mas não é capaz de escutar a si mesma. Com muitas racionalizações sua fala recorrente é: “Eu sei te falar tudo”. Com um histórico de muitos médicos, K faz acompanhamento com gastroenterologista de uma endometriose severa. Com fortes dores no reto, K discorre: “Chegava do serviço, tinha dores terríveis, era automático”. O médico afirmou a K que suas dores são resultados de um stress. Por passar o dia controlando seu stress, ao chegar em casa e se ver na possibilidade de relaxar, “a dor vem”. “Eu libero o stress no esfíncter”. Aqui é claro a integração do corpo, inclusive por parte do médico. Sem excluir o fator biológico K ressalta a alimentação desregrada como agravo das dores. K parece reconhecer a dinâmica biopsicossocial do funcionamento, ainda que utilize de racionalizações para lidar com estas expressões. O aspecto laboral parece desempenhar grande fator de stress para K, que ressalta que aos finais de semana, dificilmente sente dores: “Se a semana foi muito estressante, no sábado tem a dor, mas no domingo já está melhor”. Não tenho uma vida muito social”. Assim o ambiente desafiador para K está fora de casa: “Não gosto de socializar”. O aspecto social de K é fragilizado, e há uma dispensa muito grande de energia para se fazer inserida em um grupo. Assim, atrelada a teoria de stress, quando o sujeito é convocado para lidar com uma situação adaptativa ela pode resultar em stress. Assim, continuamente K precisa de adaptar para além do que o seu psicossoma suporta, que leva às dores. Ao falar sobre a dinâmica relacional com o outro K utiliza uma sensação importante: “Sugada”. Não há troca com o outro, o outro sempre é aquele que lhe causa

aversão. Em associação relata: “Nao é cansaço físico, é uma canseira que parece que está exausta”. O psicossoma é fragilizado na relação com o outro. K atribui um próprio diagnóstico ao se considerar autista, considerando-se “arredia desde criança”. Ainda discorrendo sobre suas relações K afirma: “Eu não crio vínculo, eu não vejo necessidade”. Contudo, o corpo de K cria e mantém o vínculo com os sistemas, sem a possibilidade de uma separação e se expressa pelos sintomas. K relata episódios de agressão física ao marido, sentimentos de raiva e uma vontade “quebrar tudo”. Na tentativa de um autocontrole, K esgota seus mecanismo adaptativos e relata: “Passo mal”. O discurso de K é vazio em espontaneidade, revelando uma constituição frágil. Assim, só conversa com as pessoas se tiver estudado um assunto: “Eu já sabia dessa pesquisa, eu já sabia meu resultado”. Os sintomas de I são multifacetados “ontem senti ansiedade por conta da entrevista”. Ainda que diga de seus sintomas, e reconheça que seu stress interfere em sua dor no reto, utiliza-se da fala: “Quando eu vou no médico e ele diz que é psicológico, eu tenho vontade de dar uma voadora, porque eu sei quando é psicológico e quando não é. Eu nunca errei”. Talvez o maior equívoco de K seja justamente o de dividir sua própria existência, sua forma de expressão. Durante a associação de K ela relata que aceitou a dor no reto ser psicológico, pois ela não sabia de onde vinha. O caráter de não saber a origem faz K atribuir como sinônimo de psicológico, um discurso bem parecido com o modelo biomédico. Aos 18 anos, com uma dor muito forte no estômago o médico disse que K tinha depressão passando medicação, e sentindo-se frustrada tomou todos os remédios; anos depois em uma endoscopia foi identificado um refluxo. Ao contrário do que se vê na grande maioria dos casos, neste, o médico não solicitou uma investigação orgânica. Em um discurso que realça a dicotomia K discorre: “As pessoas começam a achar que tudo é psicológico. Eu consigo separar razão e emoção”. K relata muitos incômodos a som, como o grilo: “Eu tenho vontade de mastigar o grilo, uma mosca fazendo barulho me irrita, uma pessoa mastigando irrita, mastigado me

enlouquece, barulho de moto, barulho de carro, barulho da faca e garfo no prato; o meu mastigado me irrita, o mastigado das outras pessoas me enlouquece”. A dificuldade em suportar o barulho chega a ponto de parar de comer pepino. Esta raiva não a deixa com dores “eu mato acabou”. Contudo, aquilo que não dá para ser eliminado é fator de stress. O trabalho em si não causa aversão à K, o problema relatado é “chegar e ficar socializando. Não sou difícil de trabalhar em equipe”. Contudo, transitando em seu discurso “eu tenho vontade de morder meus colegas”, a própria chefe de enfermagem pediu a entrevista por achar que ela precisava, argumentando: “Ela tem muitos problemas”. K reconhece seu jeito como antissocial, e percebe ser muito diferente das outras pessoas: “Sempre tive acessos de raiva, vontade de morder”, mas somente quando casou que fez acting out batendo a cabeça do marido em um tanque de lavar roupas e a sensação que ela descreve é: “Libertador”. K teve herpes zóster depois de perder a avó, pois tinham muito contato com a mesma: “Sempre tive problema com saúde”. Nasceu com anemia, teve coqueluche, imunidade baixa. Há muito tempo o psicossoma de K reluta para se manter. K afirma que consegue decorar qualquer pessoa, que consegue imitar qualquer pessoa: “Se assisto uma série em espanhol, começo a falar espanhol”. A tendência a integração de K parece falha, em algum lugar o ambiente falhou, eventos evidenciados em alguns discursos: “Sempre tive que ser a filha educada, casei porque eu queria sair de casa”, o que demonstra que o psicossoma de K enfrentou problemas rumo a integração, para formar o verdadeiro self. A tentativa de se manter ‘controlada’ consome a energia de K, a ponto de se sentir “sugada”, aumentando o nível do stress. A entrevista de K foi a que durou mais tempo (1:30).

9 Considerações Finais

“A pele engelhada do cotidiano, quando está cheia de sensações, torna-se surpreendentemente voluptuosa.”

Virginia Woolf

Ainda que a pesquisa tenha encontrado trinta e quatro participantes dentro dos escores estipulados de somatização, é importante ressaltar que cada sujeito conta em uma investigação qualitativa. Portanto, independente do número de participantes, o que a literatura afirma é que o sujeito articulado na sua integralidade enquanto biopsicossocial é psicossomático. Portanto, ainda que exista um instrumento que possibilite identificar pessoas com alto índice de somatização, escutar o sujeito em seu discurso é enriquecedor e rearfirma a dinâmica do sujeito psicossomático, independentemente de sua pontuação na escala. Isto é muito evidente no caso da participante H, que mesmo apresentando um escore mais baixo de somatização deixou evidente de como o sujeito é resultado de relações intersubjetivas.

Contudo, é evidente que a utilização de um instrumento confiável traga benefícios, à medida que identifica de maneira mais rápida os sujeitos que parecem estar com maiores dificuldades frente às interpéres da vida. Este vértice é externamente relevante no contexto de saúde, frente à alta demanda e a velocidade da dinâmica nas instituições.

Indo ao encontro das ideias de que os profissionais fazem parte do sistema de saúde, inclusive enquanto princípio básico de universalização do SUS, a pesquisa buscou articular um lugar de escuta neste contexto.

A partir das entrevistas foi possível evidenciar o sujeito em sua integralidade, cujo adoecimento se mostrou entrelaçado ao seu próprio viver.

O objetivo era o de examinar as conexões entre a expressão dos sintomas e a biografia

do sujeito, buscando articular ao modelo conceitual que julgamos poder representar adequadamente a construção própria dos sintomas: a psicossomática psicanalítica e o método de investigação psicossomática.

A pesquisa não é uma finalização, pelo contrário, levanta ainda mais questões sobre a investigação do fenômeno psicossomático, inclusive relacionada à apresentação dos dados onde a somatização se fez presente no reprodutor feminino, ou seja, daquilo que também diz da feminilidade; lugar este, onde a psicanálise também tem muito a contribuir.

As classificações nosológicas do sujeito jamais serão suficientes para abarcar a complexidade do ser humano. Portanto é necessário ancorar-se em metodologias que busquem novos modelos de reflexão ou que buscam resgatar o sujeito enquanto psicossoma.

É diferente estar doente e sentir-se doente. Assim, ainda que a menor pontuação da escala seja onze, nenhum dos setenta participantes apresentou o resultado zero; isto porque o sujeito não é nulo no seu processo de existir. Portanto ainda que com uma pontuação baixa, o sujeito apresenta-se psicossomático.

É preciso buscar uma compreensão além dos manuais; o sujeito não é estático, é dinâmico, e ainda que se passem e refaçam dezenas de edições de classificações nosológicas, jamais serão suficientes para abarcar a complexidade do ser humano. Somente assim, é possível antever novas técnicas de intervenção e novos modelos conceituais de reflexão - a proposta que se propõe é a psicanálise psicanalítica a partir das ideias de Groddeck, Ferenzci Winnicott e de autores contemporâneos que resgatam o modelo integral e dinâmico do indivíduo.

Sem a proposta de uma finalização, e sim a épigrafe do livro “Ensaio sobre a cegueira” ilustra a proposta do trabalho:

(...) mais do que olhar, importa reparar no outro. Só dessa forma o homem se humaniza novamente. Caso contrário, continuará uma máquina insensível que observa passivamente o

desabar de tudo à sua volta. Há diferença entre olhar e notar o outro em seus detalhes (José Saramago, 1995).

Portanto, é importante e necessário que as instituições façam um bom diagnóstico para que o tratamento possa ser preciso e rápido, influenciando tanto o sujeito na diminuição de seus sintomas e prevenção de consequências danosas em termos físicos e mentais; quanto à saúde diminuindo seus gastos e investimentos de tempo. Assim sendo, instrumentos que avaliam e reavaliam em menor tempo e com precisão o quadro sintomático de um sujeito se tornam muito úteis (Pereira, 2021).

E claro, reconhecendo a psicossomática como holística, a percepção deste sujeito não pode ser resumida em uma escala; é preciso espaço, é preciso linguagem, é preciso outras formas de apresentação, menos angustiantes.

A verificação de quais seriam exatamente os elementos mentais irreduzíveis, principalmente os de natureza dinâmica, constitui em minha opinião um dos nossos objetivos mais fascinantes. Esses elementos terão necessariamente um equivalente somático, provavelmente neurológico, e desse modo teremos, através do método científico, minimizado o hiato, velho como o tempo, entre a mente e o corpo. Arriscome a prever que, nesse dia, a antítese que tanto desconcertou os filósofos revelará ser baseada numa ilusão. Em outras palavras, não acredito que a mente realmente exista como uma entidade - provavelmente algo surpreendente a ser dito por um psicólogo... Quando falamos da mente influenciando o corpo ou do corpo influenciando a mente, estamos apenas utilizando um recurso taquigráfico conveniente em vez de uma frase bem mais desajeitada...

Ernest Jones

REFERÊNCIAS

- Aisenstein, M. (2010). The mysterious leap of the somatic into the psyche. In M. Aisenstein & E. R. Aisemberg (Eds.), *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective*. (pp. 47-62). London: Karnac Books.
- Alves, L. R. (2017). A dicotomia do princípio da integralidade do SUS. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*, 6(1), 153-166. doi: 10.17566/ciads.v6i1.338.
- Andrade, E. (2018). A irreduzibilidade das paixões em Descartes. *Trasn/Form/Ação*, 41 (3), pp.79-104. doi: 10.1590/0101-3173.2018.v41n3.05.p79.
- Ávila, L. A. (2002). *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica* (3.^a ed.). São Paulo: Escuta.
- _____. (2011). Groddeckian Interventions In Medical Settings. *The American Journal of Psychoanalysis*, 71(3), 278–289. doi:10.1057/ajp.2011.24.
- _____. (2012). O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo psicanalítico* (44),1, 51-69. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-48382012000100004
- _____. (2014). *O eu e o corpo* (2^a ed.). São Paulo: Escuta.
- _____. (2016). Isso dói – dor e sofrimento em Freud e Groddeck. *Psicanálise* (18), 1, 87-102. Recuperado de http://www.bivipsi.org/wpcontent/uploads/Psican%C3%A1lise_SBPdePA_v18_n1_20166.pdf
- _____. (2019). Psicanálise e neurociências: as pulsões e o psicossoma. *Revista Brasileira de Psicanálise* (53), 2, 141-158. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486641X2019000200009
- Barbosa, J. S. S., Santana, M. G. R., & Macedo, S. (2020). Sintomas psicossomáticos e estresse no trabalho de bombeiros militares: tecendo relações. *Lumen*, 29(1), 09-26.

doi:10.24024/23579897v29n12020p09026.

- Cardoso, M. de C. B., & Araújo, T. M. (2016). Os centros de referências em Saúde do trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41(7), p.14. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000118115>.
- Carrapato, J. F. L., Castanheira, E. R. L., & Placideli, N. (2018). Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde e Sociedade*, 27 (2). doi: 10.1590/s0104-12902018170012.
- Casadore, M. M., Peres, R. S. (2017). A interface mente-corpo em Sándor Ferenczi: perspectiva histórica dos primórdios da Psicossomática Psicanalítica. *Ágora*, 20 (3), pp. 656-665.. doi: 10.1590/1809-44142017003005.
- Ceron, G. G. (2020). As contribuições de Donald Woods Winnicott para a psicossomática. *Tempo Psicanalítico*, 52(2). pp. 127-154. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v52n2/v52n2a06.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Costa, Y. S. de A., & Sales, R. L. (2021). *Psicossomática: uma releitura histórica do surgimento aos dias atuais* (Conclusão de Curso). Repositório Institucional Tiradentes-UNIT, Tiradentes, MG.
- Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. (2011). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- Dias, E., O. (2003). A Teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott. Rio de Janeiro, Imago.
- Eleutério, B. L. F., & Jorge, M. S. B. (2023). Gestão de cuidado na atenção primária e

- psicossocial no contexto da covid-19: uma revisão de escopo. *RECIMA21 - Revista científica multidisciplinar*, 4 (1). doi:10.47820/recima21.v4i1.2481.
- Engel, G. L. (1967). The concept of Psychosomatic Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 3-9.
- _____. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. 196 (4286), pp. 129-196.
- Esperidião, E., Saidel, A. G. B., & Rodrigues, J. (2020). Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1). doi: doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01.
- Fagundes, P. de S., & Perez, K.. Síndrome de burnout entre profissionais de saúde: uma revisão de literatura. (2017). In Alves, Luciane Maria Schmidt & Krug, Suzane Beatriz Frantz (Orgs.). *Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde* (pp. 46-64). Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc.
- Farah, M. A., & Rocha, S. do N. (2021). Correto acolhimento de urgência e emergência dentro da atenção básica de saúde (Conclusão de Curso). Sistema Universidade Aberta do SUS, São Paulo.
- Ferenczi, S. (1992). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 47-52). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929).
- Francisco, L. A. (2020). O catolicismo e suas concepções de saúde e doença. *Akrópolis*, 28(1), 19-26. doi:10.25110/akropolis.v28i1.7445.
- Freud, S. (1996). Cinco lições de Psicanálise. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, tad. V.11, pp. 15-65). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- _____. (1923). O Eu e o Id. In: Freud, S. Edição O Eu e o Id “Autobiografia” e outros textos

- (1923-1925). Trad. Paulo Cezar Souza: *Cia das Letras*, 2011, 16.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & practice*. 12(1), pp. 73-82. doi: 10.1037/h0086411
- Freudenberger, H. J. (1983). Burnout: contemporary issues, trends, and concerns. In B.A. Farbar (ed), *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. Elmsford, N.Y., Pergamon Press, pp. 23–28.
- Funayama, A. R., Cyrino, E. G., & Garcia, M. A. A.(2022). Atuação profissional em práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista APS*, 25 (1), 230-50. doi: 10.34019/1809-8363.2022.v25.35440.
- Groddeck, G. (1977a). The meaning of illness. Selected psychoanalytic writings, L. Schacht (Ed.), G. Mander (Trans.). London: Maresfield Library.
- _____. (1977b). Correspondence with Sigmund Freud. In: The meaning of illness. New York: International Universities, p. 31-108
- _____. (1984). Livro d’Isso. São Paulo: perspectiva.
- _____. (1992a). Estudos psicanalíticos sobre psicossomática. São Pauo: Perspectiva.
- _____. (1992b). Da visão, do mundo dos olhos e da visão sem os olhos. In: *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Editora Perspectiva, pp. 203-252.
- _____. (2011). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* São Paulo, SP: Perspectiva.
- Guedes, C. R., Rangel, V. M., Carmargo Jr, K. (2020). O movimento da medicina psicossomática no Brasil: a trajetória teórica e institucional de Danilo Perestrello. *Análise*, 27 (3), 803-817. doi: 10.1590/S0104-59702020000400006.

- Gusmão, R. O. M., Viana, T. M., Araújo, D. D. de., Torres, J. d’P. R.V., & Silva, R. F. Jr. (2022). Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, 10 (1), pp. 1-6. doi: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3721.p1-6.2022
- Josgrilberg, F. P. (2006). O lugar do corpo na psicanálise de Winnicott. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Kupmermann, D. (2019). Rerenzci e os objetivos do tratamentos psicanalítico: autenticidade, neocatarse, crianceria. *Estilos da clínica*, (24). 2, pp. 182-194. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v24i2p182-194
- Laplanche, J. (1991). *Vocabulário da psicanálise/ Laplanche e Pontalis; sob a direção de Daniel Lagache; tradução Pedro Tamen*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>
- Lipowski, Z. J. (1984). What Does the Word “Psychosomatic” Really Mean? A Historical and Semantic Inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46(2), 153–171. doi:10.1097/00006842-198403000-00007
- _____. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. (1988). *American Journal of Psychiatry*, 145(11), pp. 1358–1368. doi:10.1176/ajp.145.11.1358
- Lucca, S. R. de. (2017). Saúde, saúde mental, trabalho e subjetividade. *Laborativa*, 6, (1), 147-159, Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/233142283.pdf>
- Madeira, A. O. M., & Jorge, M. A. C. (2019). O encantador do Isso – um retorno a Groddeck. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 22 (2), pp. 238-253. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n2p238.5>

- Maniakas, G. F. (2016). O Isso e a determinação inconsciente das doenças orgânicas: a contribuição de Georg W. Groddeck à psicanálise. *Doispontos*, 13 (3), p.107-116.
- Marty, Pierre. A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Maslach, C. (1976) Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- _____. (1982). *Burnout: The cost of caring*. London: Prentice Hall.
- Maslach, C., Shaufeli, W. B., Leiter M. P. (2001). Job burnout. *Annual review od psychology*, 52 (1), pp. 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15 (2), pp. 103-111. doi: 10.1002/wps.20311.
- Mijola, A. (2005). *Dicionário internacional de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Monteiro, J. L. M., Nicolau, R. F. (2020). Um resgate histórico da psicossomática: de Freud, aos pós-freudianos. *Revista Affectio Societatis*, 17 (32). doi: 10.17533/udea.affs.v17n32a03
- Nunes, C. M. (2017). "A somatização é o carro chefe"?: prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de saúde com ensino superior na cidade de Santa Cruz do Sul. (Conclusão de Curso). Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC, Santa Cruz do Sul.
- Oliveira, C. E. M. (2007). Processo maturativo, unidade psicossomática e fenômeno traumático em Ferenczi, Balint e Winnicott (desenvolvendo aspectos da obra freudiana). *Círculo Psicanalítica do Rio de Janeiro*, 29 (20), 93-118.
- Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (2007). Recuperado de: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americanas.pdf
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*

- [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 356p. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Debates-Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20 (56). doi: 10.1590/1807-57622015.0383
- Pereira, S. B. (2021). Tradução e adaptação da Escala de Sintomas Somáticos para o português do Brasil. (Dissertação Mestrado). Universidade Ibirapuera.
- Peres, R. S., Caropreso, F. S., & Mello, D. A. S. (2019). A noção de “pensamento operatório”, de Pierre Marty: Marcas distintivas e referências freudianas. *Interação em Psicologia*, 23 (01). doi: 10.5380/psi.v23il.55759
- Prestes, V. R., Abrão, J. L. F., Marfinati, A. (2022). Breve discussão crítica sobre a teoria psicossomática de Pierre Marty e a escola de Paris. *Revista Percurso*, 14 (2), 231-248.
- Perestrello, D. (1947). Importância do fator psicológico na etiopatogenia da úlcera gastroduodenal. *Evolução Psiquiátrica*, 1 (1), p.15-24.
- Pinheiro, F. T. de S., Tavares, N. B. F., Araújo, A. F., & Silva, J. P. X. (2018). Reflexões sobre o sistema único de saúde: da gênese à crise contemporânea. *Sanare*, 17 (2), pp.82-90. doi: 10.36925/sanare.v17i2.1265.
- Rocha, B. J. C. (2020). O serviço social na saúde: a unidade de pronto atendimento upa noroeste de Goiânia: 2018-2019. (Conclusão de Curso). Pontifícia Universidade Católica de Goiás_PUC-Goiás, GO.
- Rodrigues, A. L. (1998). O “stress” no exercício profissional da medicina – uma abordagem psicossocial (Tese Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social.
- Rodrigues, A. L. (2006). O professor José Fernandes Pontes e a Medicina sociopsicossomática. In Memoriam. *Arquivos de Gastroenterologia*, 43(1), pp. 4-5.
- Rodrigues, L. A., Campos, E. M. P., & Pardini, F. (2006). O Burnout no exercício

- profissional da medicina. In *Identidade médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rodrigues, A. L., Campos, E. M. P. (2010). Síndrome de burnout. In: Mello-Filho, Julio de Psicossomática hoje [recurso eletrônico] / Julio de Mello- Filho ... [et al.].
- Rodrigues, A. L., França, A. C. L. (2010). Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: Mello-Filho, Julio de Psicossomática hoje [recurso eletrônico] / Julio de Mello- Filho ... [et al.].
- Rodrigues, A. R., Takushi, A. L., Santos-Silva, C., Risso, I., Roitberg, S. E. B., Martins, T. T. [...] Campos, E. M.P. (2014). Reflexões críticas sobre o constructo de alexitimia. *Rev. SBPH*, 17 (1).
- Rodrigues, A. L., Almeida, N. A. de, & Magalhães, B. S. de P. (2020). Psicossomática ou De como o desvio virou norma. In *Psicologia da saúde-hospitalar: abordagem psicossomática*. Barueri: Manole.
- Rodrigues, A. L. (2022a). História antiga do pensamento em psicossomática. *Mudanças- Psicologia da Saúde*, 30 (1) pp. 97-103.
- _____. (2022b). Pensar a psicossomática. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 30 (1) 105-109.
- _____. (2022c). História antiga do pensamento em psicossomática. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 30 (1) 97-103.
- Sandin, B. Escala de sintomas somaticos revisada (ESS-R) In: Sandin, B. (ed.). *El estrés psicossocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik, 1999.
- Santana, L. de L., Sarquis, L. M. M., & Miranda, F. M. d’A. (2020). Psychosocial risks and the health of health workers: relections on Brazilian labor reform. *Reflection*. 73 (1). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0092
- Santos, L. N., & Martins. A. (2013). A originalidade da obra de Georg Groddeck e algumas de suas contribuições para o campo da saúde. *Interface* (17), 44, pp. 9-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100002>.

- Santos, L. N. (2017). O adoecimento somático em Psicanálise. Por uma nova matriz de compreensão. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Santos, A. L. R. dos., & Faler, C. S. (2018). A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do SUS de um município do médio alto Uruguai gaúcho. *Unoesc & Ciência – ACBS*, 9 (1), pp. 15-22. Recuperado de: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/15143/pdf>
- Santos, L. N., Peixoto, C. A. Jr. (2019). O adoecimento somático em Ferenczi, Groddeck e Winnicott: uma nova matriz teórica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. pp.1-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003182306>
- Selye H. 1936. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138(3479, July 4):32.
- Silva, G. R. S. (1973) Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 28 (2), pp. 31-35, 1973.
- Souza, C. E. G. C. (2021). A equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família-ESF: revisão de literatura. *Facit Business and technology journal*, 1 (22), pp.34-47. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/795-2566-1-PB.pdf>.
- Tarraf, A. C. C., Luz, L. E. O., Zanotti, L. F., Banzatto S., Romão, G. S. (2021). Princípios e diretrizes do SUS aplicados em serviço de atenção básica. *Conjecturas*, 21(3), 528–542. doi:10.53660/CONJ-151-227.
- Turato, E. R. (2003). Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vaitsman, J.(1992). Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury, S. (Org). Saúde coletiva? questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: relume-dumará, pp. 157-173.
- Valente, G. B. (2012). A questão da simbolização na psicossomática: estudo com pacientes

- portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Velani, L. R. (2019). *Psicossomática, dor e alexitimia: a prevalência de alexitimia nos sujeitos com dor crônica e transtorno psicossomático*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, São José do Rio Preto, SP).
- Viapiana, V. N; Gomes, R. M; & Albuquerque, G. S. C. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em debate*, 42(4), pp. 175-186. doi: 10.1590/0103-11042018s414
- Vieira, I., Ramos, A., Martins, D., Bucasio, E., Benevides-Pererira, A., Figueira, I., & Jardim, S. (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista Psiquiatria RS*, 28(3), 352-6.
- Vicari, T., Lago, L. M., Bulgarelli, A. F. (2022). Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. *Saude Debate*, 46 (132), 135-147. doi: 10.1590/0103-1104202213209
- Volich, R. M. (2022). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Blucher.
- Winnicott, D W. (1951/2019). O inter-relacionamento independente do impulso instintivo baseado nas identificações cruzadas. In: *O Brincar e a Realidade*. São Paulo: Ubu Editora, 189-218.pp.
- _____. (1966/2020). A mãe dedicada comum. In: *Bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu Editora, 17-28pp.
- _____. (1949/2021). A mente e a sua Relação com o psicossoma. In: *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora, 408-426pp.

Anexos e Apêndices

ANEXO I: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 5245482

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 54779621.6.0000.5415 sob a responsabilidade de **Bruna Rodrigues da Silva Cazaroti** com o título “Investigação da presença de aspectos psicossomáticos em profissionais de saúde da atenção básica” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse Comitê na Plataforma Brasil em 16/03/2022**. Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen
Coordenadora do CEP-FAMERP

Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Vice-Coordenador do CEP-FAMERP

Documento emitido no dia 13 de março de 2023.

Código de validação: **87D8-AC3D-BFF2-4398-A5CE**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>

APÊNCIDE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa possui como objetivo investigar a presença de sintomas psicossomáticos em profissionais de saúde que trabalham na atenção básica através de uma Estratégia Saúde da Família. Este trabalho está sendo realizado como uma atividade parte do programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, pela Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto (FAMERP). Após o convite para participar da pesquisa, aos participantes que aceitarem o convite será desenvolvido a coleta de dados para pesquisa. O procedimento para a realização desta pesquisa se refere a aplicação da Escala de Sintomas Somáticos Revisada – ESS-R. e entrevistas individuais. As entrevistas serão gravadas, transcritas e arquivadas por cinco anos. É assegurado o caráter sigiloso e ético da pesquisa. Os riscos apresentados por esta pesquisa são mínimos, no sentido de despertar algum nível de ansiedade com relação as questões levantadas na pesquisa. Caso isso aconteça os participantes serão encaminhados para atendimento psicológico. A desistência na pesquisa poderá ser solicitada à pesquisadora em qualquer etapa do processo. O benefício em participar desta pesquisa relaciona-se ao fato de que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico. Não existirá nenhuma vantagem para o participante na participação desta pesquisa. Não existirá nenhum gasto financeiro para o participante, nem mesmo receberá alguma compensação financeira.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceito participar da pesquisa. Fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento.

Dados da pesquisadora (Bruna Rodrigues da Silva Cazaroti): Rua das Cariotas,- 265 - Recanto das Palmeiras CEP: 15760-000 - Urânia - SP. Fone: (17) 997899345. Atendimento das 08:00 – 17:00 de segunda à sexta.

Dados do CEP: Av. Brigadeiro Faria Lima, - 5416 - Vila São Pedro CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto – SP. Fone:(17) 3201-5813. Atendimento das 07:30 - 16:30 de segunda à sexta.

Local e data:

Nome e assinatura do(a) voluntário(a)

Bruna Rodrigues da Silva Cazaroti
(Pesquisadora)

Lazslo Antonio Ávila
(Pesquisador/Orientador)

ANEXO II

ESCALA DE SINTOMAS SOMÁTICOS REVISADA (ESS-R) - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO BRASIL

FOLHA DE RESPOSTAS

ID DO PACIENTE: _____ Idade: _____

Sexo: F () M () quantos anos você estudou _____

(colocar opções>)Data de Aplicação: _____

A seguir serão apresentadas uma lista de manifestações somáticas que podem ser mais ou menos frequentes nas pessoas. Por favor circule o número que melhor indica a **frequência com que você tem tido cada sintoma** da lista durante **os últimos doze meses (um ano)**. Não deixe nenhum enunciado da lista sem responder.

0= Nunca durante o último ano.

1= Raramente (não mais do que uma

vez ao ano).2= Algumas vezes

durante o ano.

3= Frequentemente (aproximadamente uma

vez ao mês).4= Mais de uma vez ao mês.

1.	Resfriado comum	0	1	2	3	4
2.	Palpitações (batidas do coração incômodas, desagradáveis)	0	1	2	3	4
3.	Respiração difícil ou incômoda	0	1	2	3	4
4.	Desconforto ou sensação de mal-estar estomacal	0	1	2	3	4
5.	Tontura	0	1	2	3	4
6.	Dores de cabeça com sensação de pontadas ou pressão	0	1	2	3	4
7.	Coceira no nariz de tipo alérgico	0	1	2	3	4
8.	Dificuldades para urinar	0	1	2	3	4
9.	Febre	0	1	2	3	4
10.	Aceleração dos batimentos do coração	0	1	2	3	4
11.	Dificuldades para respirar durante esforço	0	1	2	3	4
12.	Dores abdominais (por exemplo “dor de barriga”)	0	1	2	3	4
13.	Sensações de ondas de frio e de calor	0	1	2	3	4

14.	Dores nas costas	0	1	2	3	4
15.	Suor excessivo (por exemplo, nas palmas das mãos)	0	1	2	3	4
16.	Necessidade de urinar frequentemente	0	1	2	3	4
17.	Ulcerações ou feridas na pele	0	1	2	3	4
18.	Sensações de pressão ou incômodos no peito	0	1	2	3	4
19.	Sensações sufocantes ou falta de ar	0	1	2	3	4
20.	Colite (barriga estufada, dor ou desconforto abdominal, diarreia ou prisão de ventre)	0	1	2	3	4
21.	Visão embaçada (borrada, nublada)	0	1	2	3	4
22.	Dores na nuca ou na zona cervical	0	1	2	3	4
23.	Erupções na pele (vermelhidão, erupção cutânea, bolinhas, etc.)	0	1	2	3	4
24.	Ardência ao urinar	0	1	2	3	4
25.	Herpes	0	1	2	3	4
26.	Leve dor no peito ao começar algum esforço físico	0	1	2	3	4
27.	Tosse persistente	0	1	2	3	4
28.	Náuseas ou sensação de vômitos	0	1	2	3	4
29.	Vertigem (falsa sensação de movimento)	0	1	2	3	4
30.	Tremor muscular	0	1	2	3	4
31.	Sintomas de conjuntivites alérgica	0	1	2	3	4
32.	Necessidade de urinar com urgência	0	1	2	3	4
33.	Gripe	0	1	2	3	4
34.	Dor no peito acompanhada por fadiga e dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
35.	Sensação de asfixia ou respiração difícil após emoções fortes	0	1	2	3	4
36.	Azia	0	1	2	3	4
37.	Incomodo nos ouvidos (dor, zumbidos, etc.)	0	1	2	3	4
38.	Câimbras ou dor nas pernas	0	1	2	3	4
39.	Espirros repetitivos	0	1	2	3	4
40.	Incomodo ou dor nos rins sem saber por quê	0	1	2	3	4
41.	Calombos ou verrugas novas ou que reaparecem	0	1	2	3	4
42.	Síncope (desmaio, desfalecimento, lipotimia)	0	1	2	3	4
43.	Respiração difícil acompanhada de tosse	0	1	2	3	4
44.	Constipação ou dificuldade para defecar	0	1	2	3	4
45.	Sensações de dormência nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
46.	Contrações ou espasmos musculares	0	1	2	3	4
47.	Constipação nasal (nariz tapado) ou congestão alérgica	0	1	2	3	4

48.	Dor na região genital	0	1	2	3	4
49.	Fibromas (tumor) novos ou que reaparecem	0	1	2	3	4
50.	Necessidade de tomar remédios para reduzir a pressão arterial	0	1	2	3	4
51.	Dor de garganta	0	1	2	3	4
52.	Vômitos	0	1	2	3	4
53.	Visão dupla ou deformada	0	1	2	3	4
54.	Dor nas articulações (nas mãos, pernas, etc.)	0	1	2	3	4
55.	Eczema (vermelhidão, feridas e/ou irritação na pele, constantes)	0	1	2	3	4
56.	Desconforto na região genital	0	1	2	3	4
57.	Sensação geral de fraqueza	0	1	2	3	4
58.	Dor no peito	0	1	2	3	4
59.	Sensação de falta de ar	0	1	2	3	4
60.	Diarreia	0	1	2	3	4
61.	Dificuldades de coordenação (de movimentos)	0	1	2	3	4
62.	Dores musculares	0	1	2	3	4
63.	Sensação de coceira ou ardência na pele	0	1	2	3	4
64.	Sangue na urina	0	1	2	3	4
65.	Cansaço ou fadiga sem causa aparente	0	1	2	3	4
66.	Necessidade de fazer dieta para reduzir a pressão arterial	0	1	2	3	4
67.	Respiração difícil acompanhada de ruídos (por exemplo, chiado)	0	1	2	3	4
68.	Gastrites	0	1	2	3	4
69.	Sensações de formigamento em algumas partes do corpo	0	1	2	3	4
70.	Descontrole das mãos	0	1	2	3	4
71.	Coceira nos olhos, de tipo alérgico	0	1	2	3	4
72.	Ardência ou incômodo ao urinar ou depois de urinar	0	1	2	3	4
73.	Estado geral de baixa energia	0	1	2	3	4
74.	Pressão arterial levemente alta	0	1	2	3	4
75.	Tosse acompanhada de catarro	0	1	2	3	4
76.	Dor de estômago	0	1	2	3	4
77.	Sensação de instabilidade ao andar	0	1	2	3	4
78.	Inflamação das articulações	0	1	2	3	4
79.	Espinhas na pele novas ou que reaparecem	0	1	2	3	4
80.	Sensação de coceira na região genital, que incitam a coçar	0	1	2	3	4

Responda os seguintes itens apenas se você é mulher; se referem a sintomas relacionados com o período menstrual. Por favor, indique a frequência cada uma delas tem ocorrido durante os últimos 12 meses.

Lembre-se que:

0= Nunca

1= Quase nunca (só em uma ocasião)

2= Um pouco frequente (em mais de uma ocasião) 3= Com bastante

frequência (até cerca de 4 vezes) 4=

Com muita frequência (mais de 4 vezes no ano)

81.	Menstruação adiantada	0	1	2	3	4
82.	Dores musculares (nas costas, cabeça, etc.) antes da menstruação	0	1	2	3	4
83.	Desconfortos gerais (náuseas, tontura, febre, etc.) antes da menstruação	0	1	2	3	4
84.	Fluxo menstrual em excesso	0	1	2	3	4
85.	Atraso da menstruação entre 10 e 20 dias	0	1	2	3	4
86.	Atraso da menstruação mais de 20 dias	0	1	2	3	4
87.	Sangramentos fora do período menstrual	0	1	2	3	4
88.	Ganho de peso ou inchaço (de pernas, abdome, etc.) antes ou durante a menstruação	0	1	2	3	4
89.	Dores musculares (nas costas, cabeça, etc.) durante a menstruação	0	1	2	3	4
90.	Desconfortos gerais (náuseas, tontura, febre, etc.) durante a menstruação	0	1	2	3	4

APÊNDICE B**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Data: ____/____/____

Essa entrevista é composta de perguntas sócio-demográficas e sobre questões relacionadas ao cotidiano do profissional de saúde. Por favor, responda as perguntas da forma mais honesta e sincera que puder. Se algumas perguntas ou termos não forem claros, por favor peça esclarecimentos.

1. Dados sócio-demográficos

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Formação acadêmica/técnica: _____

Qual sua função na instituição que trabalha: _____

Área que atua profissionalmente: _____

Quanto tempo atua nessa área/profissão? _____ Carga horária semanal: _____

Endereço (nome da unidade): _____

Cidade: _____ Estado: _____

Escolaridade: _____

Raça/cor: ()Branca ()Preta ()Parda ()Indígena ()Amarela ()Não desejo declarar.

Renda familiar: ()um salário mínimo ()dois salários mínimos ()três salários mínimos
()quatro salários mínimos ()acima de quatro salários mínimos

Religião: ()Católica ()Evangélica ()Espírita ()Outra ()Sem religião

Estado civil: ()Solteiro ()Casado/vive como casado ()Divorciado/separado
()Viúvo ()Outros

Perguntas:

1. Faz uso contínuo de alguma medicação? Para que?
2. Se relaciona com muitas pessoas no trabalho?
3. O que você sente quando vem para o trabalho?
4. O que você sente quando vai embora do trabalho?
5. Você teve algum problema de saúde no último ano? Quais foram eles? Quantas vezes?
6. Você chegou a se afastar do trabalho em função deste problema de saúde? (Caso responda sim na pergunta anterior).
7. Você se lembra como estava a sua vida no momento em que teve estes problemas de saúde? Aconteceu algum evento importante? (Citar o adoecimento relatado conforme a pergunta anterior).
8. Como você lida com esses problemas de saúde, no momento em que eles ocorrem? Costuma fazer uso de alguma medicação?
9. Como se sente, neste momento, em relação à sua saúde?
10. Como você se sentiu em relação à essa participação nesta pesquisa?
11. Existe mais alguma informação na qual queira me contar sobre o seu trabalho?

APÊNDICE C

DEVOLUTIVA PARA O SUJEITO

Primeiramente, muito obrigada por participar da pesquisa. A escala que respondeu tinha por objetivo identificar sintomas psicossomáticos. Sintomas psicossomáticos tem por objetivo entender a inter-relação entre o corpo e a mente. A escala é composta por 9 subescalas, sendo elas:

Imunológico geral: a subescala integra 3 sintomas (sensação geral de fraqueza, fadiga sem causa aparente e condição baixa energia geral), 3 sinais (febre, ulcerações ou feridas e caroços), 3 doenças infecciosas (resfriados ou resfriados comuns, gripe e herpes) e um tumor (tumor novo ou reaparecido.)

Cardiovascular: inclui sintomas, sinais ou acompanhamento do tratamento das condições coração/cardiacas ou sistema circulatório, como palpitações, dor torácica ou necessidade de dieta para reduzir a pressão arterial.

Respiratório : abrange sinais e sintomas das vias aéreas, como tosse repetitiva ou sensação de sufocamento.

Gastrointestinal: inclui sintomas e sinais do sistema digestivo, como dor abdominal, azia, náuseas, colite, entre outros.

Neurosensorial: inclui sintomas de natureza neurológica, como tontura, tontura ou sensação de instabilidade na marcha.

Musculoesquelética: integra sintomas e sinais de problemas musculares ou articulares, como tremor muscular, cãibras ou dor nas pernas.

Pele e alergias: agrupa sintomas e sinais atribuíveis a condições alérgicas ou dermatológicas, tais como comichão no nariz ou erupções cutâneas alérgicas.

Genito-urinário: cobrir sintomas e sinais de órgãos genitais e do trato urinário, como micção ou dor nas áreas genitais.

Reprodutor Feminino: que inclui sintomas de dor, desconfortos relacionados a alterações menstruais.

Seguem os seus resultados:

ID: x

Imunológico Geral: 13

Cardiovascular: 09

Respiratório: 07

Gastrointestinal: 34

Neurosensorial: 17

Muscoesquelético: 31

Pele/Alergia: 20

Genito-urinário: 08

Reprodutor-Feminino: 31

Total: 170

Score geral de 170 pontos e maior índice de somatização nas subescalas muscoesquelético e reprodutor feminino.