

Sidney N. de Oliveira ¹

Resumo

A experiência da palavra entre profissionais da saúde ocupacional e os pacientes é um sintoma do contexto biológico, sociológico e psicológico. A análise da palavra deve ser feita em conteúdos e formas. Este trabalho foi realizado tendo como ponto investigativo os problemas entre profissionais da saúde e pacientes em um centro de saúde pública. Este artigo discute a saúde ocupacional nas contradições entre gestão organizacional, comprometimento pessoal e o capitalismo industrial. A saúde ocupacional revela-se como sintoma do contexto biológico, social e psicológico. A busca da excelência no desempenho invadiu a sociedade industrial e a saúde ocupacional em busca da melhoria constante do desempenho. Enfatiza aqui que as estratégias de dominação comportamental nas organizações e grupos ou equipes objetivaram, a partir do surgimento do capitalismo, adequar os indivíduos à ideologia hegemônica.

Palavras-chave: psicanálise e saúde, palavra, trabalho.

Abstract

The experience of the word among health workers and patients is a symptom of the biological context, sociological and psychological. The analysis of the word must be made in form and content. This work was carried out as a very relevant investigative problems among health workers and patients in a center of public health. This article discusses occupational health in the contradictions between organizational management, personal commitment and industrial capitalism. The occupational health proves to be a symptom of the biological context, social and psychological. The pursuit of excellence in performance invaded industrial society and occupational health in pursuit of continuous improvement of performance. Emphasized here that the behavioral strategies of domination in organizations aimed to, from the rise of capitalism, individuals adapt to hegemonic ideology.

Keywords: psychoanalysis and health, word, work

¹ Para aprofundar essa questão recomenda-se Sidney Oliveira (1998) *Uma Análise Crítica das Dimensões Político-Cognitiva-Afetiva na Gestão da Qualidade em Educação*, Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: USP.

² Em 1992 utilizaram-se 25 entrevistas com pacientes e 25 entrevistas com profissionais da saúde.

1 - QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

Este artigo pretende problematizar algumas das questões e orientações que são colocadas em supervisão aos alunos do curso de psicologia que fazem pesquisa ou estágio de formação em um centro de saúde ocupacional (Oliveira, 1991; 1992).

Objetivou-se comparar as observações atuais dos alunos com uma pesquisa realizada na década de 90. O que teria mudado na saúde ocupacional? As falas dos atores envolvidos com a saúde ocupacional seria novamente o continente dessa reflexão.

Ao longo das últimas duas décadas, a globalização econômica obrigou muitas empresas a alterarem as antigas condições de funcionamento, modificando sensivelmente a definição da saúde no trabalho.

Essa contradição é uma das marcas do neoliberalismo. Mais do que uma conscientização das consequências das condições de trabalho e das formatações da vida moderna, as organizações e instituições visavam garantir a produtividade e a própria sobrevivência.

Embora a sociedade industrial capitalista faça um poderoso *marketing* da igualdade de oportunidades e do sucesso para a maximização do desempenho, as classes mais pobres são as que têm menos instrução, exercem as funções de menor remuneração no mercado de trabalho e principalmente, não possuem direito a saúde pública digna e de qualidade.

A perda da saúde pelo trabalhador não é somente devido às péssimas condições de trabalho, às quais, infelizmente, a maioria ainda é submetida. Esse processo ocorre também pela influência direta das questões econômicas, sociais, psicológicas, dentre tantas outras.

Desde o fim do século passado, ao mesmo tempo em que patrocinavam a perda de direitos dos trabalhadores e a (re)organização de novas subjetividades. O prazer

no trabalho, ora banido, passava a estar na ordem do dia, obviamente resignificado e cooptado as conveniências organizacionais ou institucionais. Também por isso passaram a investir cada vez mais da qualidade de vida no trabalho.

Já dizia Freud ([1969-1980] 1997-edição eletrônica):

Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho (*Arbeit*), pois este, pelo menos, fornece um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que esta técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional (*Berufsarbeit*) e para os relacionamentos humanos a ele vinculados empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade,

Nessa linha, a psicanálise pode contribuir na medida em que instrumentaliza uma análise que permite perceber como as idealizações dos trabalhadores são reestruturadas e a ideologia capitalista pode estrategicamente manipular as referências político-cognitivo-afetiva dos trabalhadores.

A saúde ocupacional a partir de um centro de saúde pública especializado.

A *Indústria da Saúde* faz da falência gerencial da saúde pública, da ausência de políticas nacionais de saúde efetivas e da impunidade o clímax para a implementação de uma noção medicamentosa e individualizada de saúde ocupacional.

A partir da prática do estágio profissional do aluno do curso de psicologia no campo da saúde ocupacional, decidiu-se comparar as contradições e os conflitos presentes no discurso de atores envolvidos no processo - *pacientes* e *profissionais da saúde* em um centro de saúde especializado (Oliveira, 1991; 1992).

Há duas décadas, a doença ocupacional incomodava tanto pelos sintomas, quanto pelo período de recuperação³. O relato dos alunos atualmente parece confirmar que esta tendência se mantém. Apesar das mudanças políticas e culturais que ocorreram no país, ainda é a identificação interpessoal que possibilita aos trabalhadores reconhecerem em si mesmos sintomas e desejos semelhantes.

A massificação leva a acomodação (pulsional) e incentiva atitudes convenientes a ideologia hegemônica e sua relação com as contradições inerentes ao modo de produção capitalista. É nesse sistema econômico-social que se insere os debates sobre saúde e doença no campo do trabalho.

Os *pacientes* e *profissionais da saúde* ocupacionais são sujeitos inscritos em um continente psicossocial de um modelo perverso e suas queixas, sintomas e doenças são quadros resultantes dessa marginalidade.

A grande diferença trazida pelos alunos é a entrada cada vez maior dos trabalhadores em educação no campo das doenças ocupacionais. O Burnout deixou de ser novidade há muito tempo no cotidiano docente e transformou-se nestas décadas em um caso clássico de incapacitação ou limitação profissional.

A perda da saúde no trabalho não é resultante somente de uma somatização neurótica, mas uma opressão atualizada constantemente pelas condições sócio-históricas.

A palavra pelos pacientes

Neste trabalho procurou-se investigar se houveram mudanças significativas na forma como os pacientes percebiam a construção do processo saúde-doença e como representavam simbolicamente essa mudança.

No estudo original (Oliveira, 1991; 1992), grande parte dos *pacientes* não associava diretamente a situação sócio-econômica com a qualidade de saúde a que tinham acesso. Raras vezes se notava uma conscientização das dimensões de desvalorização do ser humano no adoecimento.

A fala atual dos alunos do curso de psicologia revela que essa situação pouco mudou, pois embora as informações sejam mais disponíveis e a inclusão digital tenha aumentado nas camadas mais pobres, na prática ainda se reconhece pouco que a doença discrimina.

Nas entrevistas realizadas no centro de saúde ocupacional, a maioria dos *pacientes* sentava-se de cabeça baixa, pediam desculpas várias vezes e confundiam horários, médicos e tentavam um tratamento formal com os *profissionais da saúde*.

Além disso, ao longo de dez anos de funcionamento o centro de saúde ocupacional passou por diversas formas de gestão e pelas mais diversificadas políticas públicas de saúde. Mesmo quando havia dirigentes progressistas a vontade política determinava o fracasso ou o sucesso de muitos projetos.

De modo geral, os *profissionais da saúde* ainda não percebem a subjetividade em sua fala e na do outro. A ordem do discurso e seu conteúdo são ignoradas pela fantasia narcísica e pela negação da falta.

A maioria dos *profissionais da saúde* entrevistada naquela época negava aos *pacientes* a autoria de seus próprios discursos e conteúdos. Atualmente esta tendência se mantém.

³ Os currículos e a formação básica dos cursos de Medicina e Enfermagem foram os que menos mudaram nestes anos todos. Em Psicologia, registraram-se poucas ou tímidas mudanças na preparação para o trabalho em saúde pública.

Quase a totalidade dos *pacientes* entrevistada revelou posições históricas, depressivas e ansiosas. As falas dos pacientes apresentavam culpa, expiação, melancolia e desânimo (Oliveira, 1991; 1992).

Constatou-se que, atualmente, muitos pacientes ainda apresentam uma fala depreciativa em relação a sua condição, especialmente os afastados e que a angústia maior era por estar fora do trabalho e não estar produzindo. Passou-se o tempo, modificam-se os donos da fala, mas ela permanece a mesma!

A fala dos *pacientes* ainda revela que o uso de figuras de linguagem e defesas psicológicas se sustenta porque a representação da doença também é um sintoma e é o produto da novela em que o paciente está inserido.

Para a maioria dos *pacientes*, infelizmente, o remédio ainda supera a palavra e a saúde que se deseja é um pouco de respeito, atenção, e uma bala mágica (medicamento) gratuita.

Nesse âmbito, a fala, repetida em várias bocas reforçava pouco a pouco a tese - inexplicavelmente ignorada pelos *profissionais da saúde* - de que a realidade dos *pacientes* é contraditória e de que esse conhecimento é construído no modo senso-perceptivo. O paciente e sua doença tinham história.

Do lado dos *pacientes*, as principais dificuldades que relataram sobre o centro de saúde ocupacional estavam ligadas a: (1) *dificuldade de comunicação; em vários níveis, com os profissionais da saúde* e (2) *dificuldade de comparecimento às consultas*.

A palavra pelos profissionais de saúde

Os *profissionais da saúde* (médicos, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de saúde) tinham feito opção pela saúde pública em diferentes circunstâncias e por diferentes motivos. No centro de saúde escolhido havia profissionais idealistas, mas também

existiam os que não queriam estar ali. Havia uma pluralidade ideológica e conceitual em relação à saúde, aos *pacientes* e à sociedade.

Em termos gerais, a Medicina, a Psicologia, a Psicanálise, a Assistência Social e todas as demais disciplinas da saúde se tornaram no modo de produção capitalista, agentes intervenientes no contexto social, através da reprodução dos valores, do domínio do conhecimento e da técnica, signos máximos da imposição cultural e tecnológica e conseqüentemente do domínio de uma classe sobre a outra.

Os depoimentos acima revelam incertezas, angústias, frustrações, estereótipos, etc. A construção desse conhecimento institui as matrizes da prática em saúde. Daí elucidava-se os motivos das dificuldades constantemente encontradas na relação com os pacientes.

A interpretação crítica da realidade tornava-se muitas vezes uma decantada utopia. Entre a onipotência e a impotência os profissionais da saúde corriam atrás dos desejos e fugiam dos fantasmas.

Para os trabalhadores, há, na maioria das vezes, a compreensão de que a classe social proporciona diretamente o respectivo atendimento em saúde ocupacional. Aqueles que não são excluídos da sociedade - e, portanto, relacionam-se com o capital - possuem os melhores salários e, portanto, têm acesso a melhores atendimentos.

A saúde ocupacional possui questões simbólico-imaginárias que merecem ser analisadas, com destaque para a relação identidade x desempenho. As doenças ocupacionais são um estado que lhes desafia a autonomia e desarruma o cotidiano.

As formas da palavra

A questão da formação pouco mudou. Os currículos das faculdades pouco caminharam nessa direção ⁴. Pouco tem sido feito pelas ciências para instrumentalizar a escuta e a interpretação do discurso

e conteúdos dos *pacientes* em saúde pública. Por tudo isso, *pacientes e profissionais da saúde* não se escutam e não se entendem.

Outro aspecto parece ampliar as conseqüências desastrosas desse fato: *a formação dos profissionais da saúde se mostra distante da realidade*. Médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais têm uma formação acadêmica, na maioria das vezes, carente na preparação para o trabalho em saúde pública e ocupacional.

Um dos aspectos que mais chamou a atenção no trabalho realizado no centro de saúde foi o conflito das falas. Muitas vezes, a saúde ficou ainda mais distante porque *pacientes e profissionais da saúde* não compreenderam um ao outro. Havia ruídos aparentemente intransponíveis nessa comunicação.

A formação acadêmica dos *profissionais da saúde* parece que não os prepara para *escutar* seus *pacientes*. Recusam-se ainda em assumirem-se como mediadores. Na saúde ocupacional ignoram-se as influências da relação das *formas de discurso e conteúdo* com as *formas de produção social*.

Segundo Freud ([1969-1980] 1997-edição eletrônica)

não é possível, dentro dos limites de um levantamento sucinto, examinar adequadamente a significação do trabalho para a economia da libido. Nenhuma outra técnica da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que

de maneira alguma está em segundo plano quanto ao que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade. A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se por meio da sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos persistentes ou constitucionalmente reforçados.

As teses freudianas - por serem também um sistema de comunicação - permitem perceber as defesas do discurso e conteúdo que representam uma luta do indivíduo em negar a falta.

Nessa linha a questão do inconsciente torna-se fundamental. Um exemplo disso foi o desenho que alguns *pacientes* realizaram quando foi pedido para descrever sem palavras o agente de saúde que os estava atendendo. A maioria dos *pacientes* desenhou - e idealizou - uma figura mítica e heróica muito distante e inatingível. Atualmente a idealização due-la ferozmente com seu oposto, onde o médico e o monstro beberam o líquido da incompetência.

Em 1992, o modo de falar, de olhar, de postar-se era uma fonte importante na pesquisa e análise do discurso e conteúdos de *profissionais da saúde*. Buscava-se com apoio relativo dos *profissionais da saúde* mental, instrumentalizar a leitura do discurso e conteúdo interpessoal.

No que se refere ao conflito comunicacional uma das alternativas propostas para tentar resolver o impasse é a utilização da psicanálise e da semiologia. Nesse sentido, os trabalhos realizados por Patrick Mahony (1990) caminham na direção de iniciar a investigação da palavra por meio da análise estilística. Esse autor descreveu 4 formas de discurso e conteúdo: *expressiva, estética, retórica e referencial*.

O discurso expressivo

O *Discurso e conteúdo expressivo* têm como base material o conteúdo emocional, muitas vezes passional. É o menos organizado lógico e estruturalmente. É egocêntrico na maioria das vezes e com muita probabilidade irá conter *personificações* (transformar coisas em pessoas e *coisificações* (vice-versa). O discurso e conteúdo da maioria dos *pacientes* se encontram nesta forma (Mahony, 1990).

A característica do discurso e conteúdo na regressão reduz grande parte das vezes a tensão provocada, mas dificilmente consegue resolver a fonte emissora de ansiedade.

Todo este material reforça ainda mais a importância do conhecimento do discurso e conteúdo expressivo, pois a maioria dos *pacientes* o utiliza. Grande parte dos discursos e conteúdos deles evitava questionar os profissionais de saúde, sendo muitas vezes um aglomerado de palavras desconexas e receosas. Eram apontados pelos *profissionais da saúde* como um “monte de palavras sem sentido”.

Quando se propôs no centro de saúde ocupacional um “trabalho diferenciado” buscou-se articular uma prática de uma nova proposta de Saúde. Os *profissionais da saúde* resistiam muito a trabalhar com a emoção de seus *pacientes*, e não “ousavam” emocionar-se nas consultas. Isto ainda se mantém embora superficialmente muitos profissionais se refiram a importância sem saber exatamente como fazê-lo.

O discurso e conteúdo expressivo é sustentado na maioria das vezes por uma frase curta, por uma palavra principal e por uma linguagem corporal que sempre reforça a mensagem que se quer passar. Essa palavra era quase sempre a queixa do paciente e a escuta médica parecia teimar em ignorar. Muitos *pacientes* não voltaram depois da primeira consulta.

No campo da saúde sustentava-se um discurso expressivo, mas estes também

revelaram as características acima citadas, com o agravante de apresentarem uma estrutura mais depressiva. Muitos *profissionais da saúde* se utilizavam do conteúdo expressivo para manipular os *pacientes*.

O discurso estético

Esta forma de discurso e conteúdo tem como base de sustentação uma ênfase um tanto narcisista em sua própria estrutura. Isso evidencia o mecanismo egocêntrico e autotélico que configura o Discurso e conteúdo Estético (Mahony, 1990).

Esta forma de discurso e conteúdo é característica de alguns *pacientes* e *profissionais da saúde*. Tem uma estrutura lógica e é muito mais organizada que o Discurso e conteúdo Expressivo. Embora nem sempre o conteúdo fosse significativo, a estrutura é sempre poética ou preocupada com a beleza e o estilo de suas frases, palavras ou a própria forma de comunicação.

Embora a fala estética exista em alguns *pacientes*, é nos *profissionais da saúde* que essa tendência encontra-se mais forte. Nos momentos de conflito e de impotência muitos desses profissionais preferem esconder-se nas *figuras de linguagem*.

Os *profissionais da saúde* entrevistados tinham por diversos motivos uma preocupação estilística marcante. No entanto, seria equivocado concluir que o discurso e conteúdo dos *pacientes* em nenhum momento é estético.

Concordar com isso é reativar a lamentável tese da hierarquia cultural. É fundamental não cair nessa armadilha, entendendo que existe uma estética própria, embora, no caso dos *pacientes* entrevistados não seja uma prioridade estilística.

O discurso retórico

O *Discurso e conteúdo retórico* têm como base de orientação a tentativa de vencer, persuadir e controlar um ou mais receptores. Grande parte do tempo é cons-

ciente e ativo, mas na análise ou mesmo no cotidiano, percebemos esforços inconscientes de manipulação, re-arranjo dos fatos visando atingir os objetivos acima levantados (Mahony, 1990). O Discurso Retórico utiliza os exemplos dados no modelo anterior, mas objetiva o conhecimento e a persuasão do outro.

Os *pacientes* gesticulam muito mais que os *profissionais da saúde* e utilizam com cadência a voz. Enquanto os *pacientes* mexem muito com os braços e gritam mais, os *profissionais* evitam muitas polêmicas e mexem constantemente com os olhos e as mãos. Porém, no centro de saúde analisado constatou-se uma manipulação mais enfática pelos *profissionais da saúde*.

O Discurso Retórico ainda está presente mais nos *profissionais da saúde*, a maioria dos *pacientes* discursa com a forma expressiva predominante, porém observamos alguns *pacientes* com discurso e conteúdo eminentemente retórico e outros com tentativa de fazê-lo.

O discurso e conteúdo de *profissionais da saúde* e de *pacientes* revelam a marca de seu contexto, percebe-se neste a incorporação da ideologia dominante. No que diz respeito ao discurso e conteúdo retórico é em sua maioria articulado pelos *profissionais da saúde*, principalmente do Médico, pois é uma fala hegemônica e autorizada.

No discurso e conteúdo retórico, o apelo a algum tipo de autoridade é um recurso quase sempre utilizado. O apelo e a autoridades são a busca da justificação, validade e cumplicidade para a mensagem ou para o argumento defendido.

Outro recurso muito utilizado é a afirmação e a repetição, o poder da repetição permite condicionar a consciência de determinado modo - geralmente o faz pela cansativa exposição e baixas das defesas ou pela ausência de argumentos mais fortes para derrubá-la. A afirmação, a certeza são geralmente transmi-

tidas de modo imperativo ou absoluto, de modo a não deixar dúvidas de sua veracidade.

O discurso referencial

É a forma de discurso e conteúdo que tem por base a realidade, entendendo por esta o contexto em que se relacionam Emissor e Receptor, ou neste caso, *profissionais* e *pacientes*. É o nível construtivo de comunicação, pois a partir da realidade centralizada permite que o discurso e conteúdo possam ser entendidos e gerar o “feedback”.

Divide-se o discurso referencial em aberto ou fechado. Quando a natureza é aberta denominam-se como sendo dialética quando é fechada denominamos sendo científico (Mahony, 1990).

Não é objetivo deste trabalho uma análise da Dialética ou da Ciência, serão elucidadas algumas conclusões básicas para a compreensão desta forma de discurso e conteúdo que é a Referência.

Esta característica tornou a dialética muito útil na investigação e no trabalho interdisciplinar em saúde, bem como no que pôde ser desenvolvido com os *pacientes* e foi importante quando os *profissionais da saúde* coordenadores foram capazes de ter um discurso e conteúdo dialético, pois a controvérsia se mostrou muito eficaz ao identificar e trabalhar estereótipos, preconceitos, relação de poder, defesas, fantasias, etc.

A noção apresentada pelo professor canadense Patrick Mahony é ampla, mas permite uma análise mais completa da natureza dialética do discurso referencial. Segundo esse autor (1992), as principais atividades deste discurso e conteúdo são: *ademonstração* e *arefuturação*.

Entende-se a demonstração como uma dedução que objetiva garantir sua verdade através de premissas que levam antecipadamente a essa conclusão. Classicamente a Filosofia tem se referido a isso como silo-

gismo, ou seja, a busca do “perfeito raciocínio dedutivo” (Oliveira, 1992). O Silogismo basicamente se estrutura numa premissa maior (a), numa premissa menor (b) e indica uma determinada conclusão (c).

Enquanto no Discurso Científico as premissas são construídas sob a observação (experimentação empírica, bem como da análise e dedução dos fenômenos), e no Discurso Retórico as premissas são baseadas ou dadas pelo emissor, (entendendo-as como as mais adequadas para a persuasão), no Discurso Dialético o outro, isto é, o Receptor é que irá proporcionar a existência da premissa ou a fornecerá.

Porém, muitas vezes, também não havia prática e a vivência da situação por parte dos *profissionais da saúde* e estes às vezes não possuíam instrumento algum em comum com seus *pacientes*. Era cômodo para ambos apelar para a Retórica ou se fechar no Discurso Científico, ou no expressivo.

Na discussão com os alunos percebeu-se que *profissionais da saúde* e *pacientes* tinham atualmente uma preocupação em refutar logicamente determinados dogmas ou mesmo certos estereótipos há muito condicionados.

2 - CONCLUSÃO

A guisa de conclusão pode-se afirmar que o andamento da investigação realizada e sua fundamentação levam a uma reflexão que vai das práticas às políticas em saúde ocupacional. É cada vez mais urgente repensar o que se pretende fazer em saúde pública ocupacional no Brasil.

Por tudo isso, é necessário rediscutir a relação saúde-trabalho. Este artigo pretendeu (re)iniciar esse processo analisando alguns dos efeitos desse contexto: as relações entre *pacientes* e *profissionais da saúde* em um centro de saúde ocupacional

Pode-se afirmar que, desprovida de uma crítica, as ciências envolvidas na re-

lação saúde-trabalho - medicina e psicologia, principalmente - acabam por reforçar um eficiente controle comportamental dos trabalhadores, de acordo com as exigências tecnológicas e econômico-sociais do modo de produção capitalista.

Este trabalho espera ter contribuído para um atendimento mais digno na saúde pública - principalmente no nível ocupacional - jamais foi abandonada a tese de que os problemas na saúde pública são consequência de uma sociedade injusta, de um modelo sócio-econômico perverso.

O trabalhador acredita fielmente na proteção ilusória que a empresa, a escola ou o governo pretensamente alegam exercer. Essa ilusão é conveniente também porque impede a recomposição da identidade e da crítica. Essa ilusão acaba sendo eleita como uma fonte fundamental de prazer e de angústia.

Nessa condição, percebe-se que é crescente o investimento da sociedade industrial capitalista na qualificação de mão-de-obra. Uma cultura que valoriza o mercado e instala a ética da performance e do consumo idealizado.

As constantes lutas e movimentos contra as péssimas condições de trabalho devem se conjugar com a democratização da *saúde ocupacional* e toda a saúde pública. O discurso e conteúdo de *pacientes* e *profissionais da saúde* devem, por fim, interagir para que a prática modifique-os dialeticamente.

Para isso, ambos devem decodificar os signos e analisando o discurso e conteúdo como um todo possibilitará a comunicação. O saber senso-perceptivo transformará o saber científico-tecnológico e vice-versa.

Por fim, conclui-se que a base econômica de uma sociedade é a geradora de quase todos os conflitos que se desenvolvem no seu interior e que a verdadeira essência humana está em sua natureza histórico-social, manifestada no fazer que conduza a um ter. A contradição da realidade possi-

bilita que os trabalhadores evoluam do espontaneísmo para a consciência política.

3 - REFERÊNCIAS

- Braga, J. & Paula, S. (1986) *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*, 2ª ed., HUCITEC: São Paulo.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Vozes: Petrópolis.
- Cordeiro, H. (1985) *A Indústria da Saúde no Brasil*, 2ª ed., R. Janeiro: Graal.
- Dejours, C. (1988). *A loucura do trabalho; estudo de psicopatologia do trabalho*. Cortez-Oboré: São Paulo.
- Frederico, C. (1979), *Consciência Operária no Brasil*, 2ª ed., Ática, São Paulo.
- Freud, S., [1969-1980] 1997. *Obras Completas - Identificação* (vol. 17), *O Mal Estar na Civilização* (vol. 21) *O Futuro de uma Ilusão* (vol. 21), *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (vol. 20), - *Obras Psicológicas Completas - 1ª. Edição Eletrônica* - R. Janeiro: Imago.
- Lacaz, F. A. C. (1996). *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de Doutorado em saúde coletiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Campinas.
- Goez. C. (2008). *Psicanálise e Capitalismo*. Garamond: Rio de Janeiro.
- Guimarães, R. (1984) [Org.], *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*, 4ª ed., Graal, Rio de Janeiro, 1984.
- Guerin, F. ET al. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. Edgar Blucher: São Paulo.
- Lima, M. (1996). *Os Equívocos da Excelência*, 2ª ed., Petrópolis: Vozes.
- Luz, M. (1986), *As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia*, 3ª ed., Graal, Rio de Janeiro.
- Mahony, P. (1990). *Psicanálise e Discurso*, 1ª ed., R. Janeiro: Imago.
- Menezes, L. S. (2010). *Um olhar psicanalítico sobre a precarização do trabalho: Desamparo, pulsão de domínio e servidão*. Tese de doutorado. IPUSP –Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Oliveira, S.N. (1991). *Comunicação e Saúde Pública: Análise do Discurso e conteúdo de Agentes de Saúde e Pacientes*, Dissertação de. Mestrado, Centro de Pós-Graduação, Área de Comunicação Social, Universidade Metodista de S. Paulo: São Bernardo.
- Oliveira, S.N. (1992). *Agentes de Saúde Pública: Por uma Prática Democrática*, *Revista Leopoldianum* vol. XIX, n. 53, Universidade Católica de Santos: Santos.
- Oliveira, S. N. (1998) *Algumas Críticas à Gestão da Qualidade em Educação*, *Revista Educação e Sociedade*, Faculdade de Educação, Universidade Estadual da Bahia, Salvador: UEBA. 7(9)
- Oliveira, S. N. (2011). *Anotações sobre Psicanálise, Trabalho e educação*. Texto pessoal para subsidiar aulas e supervisões. UFPR: Curitiba. (mimeo inédito).
- Pagés M. e outros (1987). *O Poder das Organizações*, S. Paulo: Atlas.
- Porto, L. A., Carvalho, F. M., Oliveira, A. M., Silvany, A. M., Araújo, T. M., Reis, E. J. F. B. & Delcor, N. S. (2006). *Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores*. *Revista de Saúde Pública*, 40 (5) 818-826.
- Possas, C. (1981). *Saúde e trabalho – a crise da previdência social*. Graal: Rio de Janeiro.
- Ramazzini, B. (2000). *As doenças dos trabalhadores*. Fundacentro: São Paulo.
- Rigotto, R. (1994). *O homem e o Trabalho*, em Buschinelli, J; Rocha, L; Rigotto, R; *Isto é Trabalho de Gente?*, 1ª ed., Petrópolis: Vozes.

Sato, L.; Lacaz, F. A. C., & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e Saúde do Trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*. Natal.11(3)

Schwartz, Y. (2002). A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In D. Faïta & C. P. S. Silva (Orgs.). *Linguagem e trabalho: construção de objetos, análise no Brasil e na França*. Cortez: São Paulo.