**INTERFACES DA PSICOLOGIA COM A
EDUCAÇÃO, A SAÚDE E O TRABALHO:
LEITURAS**

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein (org)

Campus José Ribeiro Filho
BR 364, Km 9,5 - Porto Velho – RO
CEP: 78900-000
www.edufro.unir.br
edufro@unir.br

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein (org.)

**Interfaces da psicologia com a educação, a saúde
e o trabalho: leituras**

1ª Edição
EDUFRO
Porto Velho-RO
2014

Ficha catalográfica – Biblioteca Central da UNIR

Schlindwein, Vanderléia de Lurdes Dal Castel.

S344i

Interfaces da psicologia com a educação, a saúde e o trabalho: leituras / Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein. – Porto Velho / RO: Edufro, 2014.

217 p. ; il.

ISBN 978-85-7764-078-2

1. Políticas Educacionais. 2. Saúde Mental. 3. Subjetividade no Trabalho. I. Schlindwein, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. II. Título.

CDU: 159.9:37.015.3

Bibliotecária Responsável: Rejane S. de Lima Paula - CRB11/903

Preparo de originais: Autor(es)
Revisão Gramatical: Autor(es)
Revisão de Normas Técnicas: Autor(es)

Foto capa: "Flor do Cupuaçu": Mário Roberto Venere
Diagramação capa: Robson Almeida de Oliveira
Editor: Jairo André Schlindwein

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Maria Berenice Alho da Costa Tourinho
Reitora

Osmar Siena
Pró-Reitor de Planejamento

Maria Cristina Victorino de França
Vice-Reitora

Jorge Luiz Coimbra de Oliveira
Pró-Reitora de Graduação

Adilson Siqueira de Andrade
Chefe de Gabinete

Ari Miguel Teixeira Ott
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Ivanda Soares da Silva
Pró-Reitor de Administração

Rubens Vaz Cavalcante
Pró-Reitor de Cultura, Extensão e Assuntos Estudantis

Conselho Editorial da EDUFRO:

Jairo André Schlindwein (Prof. UNIR), José Lucas Pedreira Bueno (Prof. UNIR), Emanuel Fernando Maia de Souza (Prof. UNIR), Rubiani de Cássia Pagotto (Profa. UNIR), Osmar Siena (Prof. UNIR), Júlio César Barreto Rocha (Prof. UNIR), Marli Lucia Tonatto Zibetti (Profa. UNIR), Sirlaine Galhardo Gomes Costa (Bibliotecária. UNIR), Cléber de Freitas Fernandes (EMBRAPA), Dante Ribeiro da Fonseca (ACLER).

Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme Lei nº 10.994, 14 de dezembro de 2004.

Campus José Ribeiro Filho
BR 364, Km 9,5 - Porto Velho – RO
CEP: 78900-000
www.edufro.unir.br
edufro@unir.br

SUMÁRIO

Página

Parte I – Educação

Imagens de si em movimento: jovens, escola e o projeto Arteurbe	15
<i>Fernanda Lima Fonseca, João Gabriel Neves, Andréa Vieira Zanella</i>	
O mal-estar no trabalho de professoras das séries iniciais do ensino fundamental de Porto Velho	35
<i>Denise Teodoro Sampaio, Luís Alberto Lourenço de Matos</i>	
Psicopedagogia: demandas e queixas encaminhadas ao SPA da Universidade Federal de Rondônia – UNIR	47
<i>Ana Lígia Oliveira de Freitas, Fernando Melo, Graciele Castoldi, Lorraine Soares, Maria Mendonça, Fátima Queiroga</i>	
Políticas educacionais e alfabetização: um estudo em Rondônia	56
<i>Marli Lúcia Tonatto Zibetti, Fabrício Ricardo Lopes</i>	
Panorama das pesquisas brasileiras em neuropsicologia (2008-2012): interfaces com a educação	71
<i>Pedro Vasconcelos Corrêa, Iracema Neno Cecilio Tada</i>	

Parte II – Saúde

Contribuições da psicologia social para o ensino, pesquisa e extensão em ciências da saúde	84
<i>Denise Alves Guimarães, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Leandro César da Silva Oswaldo Norbim Prado Cunha</i>	
Reflexões sobre o paradoxo cidadania/loucura no contexto da reforma psiquiátrica	102
<i>José Carlos Barboza da Silva</i>	
Pesquisa e serviço: o psicólogo como pesquisador no cotidiano da saúde	117
<i>Luiz Carlos Avelino da Silva, Francielle Xavier Dias</i>	
Hanseníase: estigmas e sofrimentos no decorrer dos tempos	129
<i>Vânia Damasceno Costa, José Juliano Cedaro</i>	

Parte III – Trabalho

Desafios do processo de reabilitação/readaptação psicossocial dos servidores públicos federais no trabalho	140
<i>Vanderléia de L. Dal Castel Schlindwein, Rita de Cássia Santa Fé, Mychel de Oliveira Silva</i>	
A dimensão subjetiva do trabalhar: a abordagem da psicodinâmica do trabalho	155
<i>Rosângela Dutra de Moraes</i>	
Saúde mental e trabalho docente: um breve esboço teórico	168
<i>Simone Araújo da Silva, Luís Alberto Lourenço de Matos, Aryanne Freitas P. Vigiato, Halanderson Raymisson Pereira da Silva, Lidianne Ferreira Leite</i>	
Paradoxos do trabalho: afastamentos por transtornos mentais nas instituições públicas federais de Rondônia	184
<i>Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein, Cristiane Brum Marques de Mattos</i>	
Vivências de sofrimento no trabalho da enfermagem em um pronto-socorro público da Amazônia	196
<i>Taís Poncio Pacheco, Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein</i>	

PREFÁCIO

Maria Lúcia Boarini

Não é raro ouvir em conversas informais que o “Brasil é um continente”. De fato, a se considerar suas dimensões comparadas a de outros países, ele faz jus ao adjetivo “continental” que, com frequência, recebe. E esta característica, dentre outras, provavelmente, é que faz do Brasil o grande desconhecido do povo brasileiro. E aqui não me refiro apenas às questões de caráter geográfico, mas também e, sobretudo, a temáticas de ordem cultural, política, econômica, além de outros tantos aspectos.

Atualmente com o auxílio da tecnologia abre-se a possibilidade dos caminhos se encurtarem, sem dúvida. Não obstante as novas ferramentas virtuais, o saber sobre o Brasil e sua gente, em nosso juízo, ainda demandam um longo caminho a ser percorrido.

Faço esta digressão porque regiões como a do Norte brasileiro é, ainda, imediatamente reconhecida como a região das águas, das florestas, das tribos indígenas... Com isso, cotidianamente nos chegam notícias sobre o incremento da devastação da floresta amazônica, de conflitos entre ruralistas e indígenas, entre tantas outras questões que exigem nosso olhar e nossa preocupação. Mas esta é outra história a qual não cabe aqui me prolongar.

Diante deste panorama, foi com grata surpresa que recebi o convite para prefaciar esta coletânea organizada pela Dra. Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein. Nela, que é resultante do III Seminário de Psicologia/SEP da Universidade Federal de Rondônia/UNIR, realizado em agosto de 2013, temos acesso a informações e discussões instigantes sobre diferentes áreas de conhecimento e possíveis campos de atuação do psicólogo naquela parte da imensa Amazônia, além de estudos e experiências realizadas por professores e acadêmicos da Universidade Federal de São João Del Rei/UFSJ, da Universidade Federal de Uberlândia/UFMG, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Universidade Federal do

Amazonas/UFA e do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia/IFRO o que aponta para parcerias tão necessárias. Embora com objetivos distintos e adotando metodologias diversas, há um fio que perpassa e une todos os textos: a preocupação com o sofrimento humano e com o desvelamento das contradições sociais.

Salvaguardadas as devidas proporções e objetivos, os textos aqui publicados referentes a Porto Velho, no Estado de Rondônia, nos lembram os bandeirantes enquanto desbravadores do interior brasileiro. À medida que os lemos, vamos reformulando nosso imaginário social a respeito do que ocorre em parte da Amazônia, vamos reafirmando a constatação de importantes problemas sociais que afligem a população desta região do país, além das questões fartamente veiculadas pela mídia. Problemas que invadem diferentes setores sociais, quer seja da saúde, educação, trabalho e que cobram de nós, profissionais psicólogos, uma participação incontestante na busca de soluções.

Todavia, em geral, nesta busca nem sempre os instrumentos e ferramentas que recebemos durante a formação em psicologia dão conta de produzir resultados e encaminhamentos assertivos. Tal fato nos provoca a questionar sobre a nossa preparação profissional para aprender e compartilhar da tentativa de saídas aos problemas coletivos que a sociedade cotidianamente coloca a nossa frente, independentemente da região onde estes problemas ocorrem. Daí a relevância de publicações desta natureza que aqui recomendamos.

Fazemos votos de boa leitura!

INTRODUÇÃO

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

Os docentes, pesquisadores de algumas Pós-graduações em psicologia do Brasil e que contribuíram para a realização desta coletânea, refletem, a partir de suas leituras teóricas, a temática do III Seminário de Psicologia – SEP -, realizado nos dias 28, 29 e 30 de agosto de 2013, no auditório Paulo Freire no Campus da Universidade Federal de Rondônia/UNIR, Porto Velho, Rondônia: “*Mal-Estar Contemporâneo: Desafios Atuais à Educação, à Saúde e ao Trabalho*”. Os estudos são baseados em pesquisas e revisões bibliográficas, direcionadas a alguns temas que mobilizaram as discussões nas conferências e seções científicas que deram sentido à realização da terceira edição do SEP.

Neste espaço singular, mas também coletivo, foi possível discutir com professores, pesquisadores, profissionais da educação, da saúde, de gestão, das políticas públicas, do trabalho, estudantes e interessados em fortalecer a discussão dos desafios da psicologia na interface com a educação, a saúde e o trabalho na região da Amazônia. Sendo assim, as discussões apresentadas permitiram socializar o conhecimento científico que vem sendo produzido na psicologia, fortalecendo os vínculos com pesquisadores e pesquisadoras de outras instituições. Nesse sentido, o evento fortaleceu a graduação e o programa de Pós-graduação da UNIR, ampliando, assim, as oportunidades de acesso ao conhecimento fundamentado por pressupostos teórico-metodológicos, importantes à atuação do psicólogo na região amazônica.

A terceira edição do seminário constituiu um espaço de novas possibilidades para a ciência que se faz em cinco pós-graduações do Brasil, uma possibilidade de constituir parcerias e de divulgação das pesquisas que vem se constituindo em cada programa. As pesquisas produzidas na graduação e na Pós-graduação em Psicologia passam a ser divulgadas nas comunicações das edições do SEP (I, II e III), representando uma maneira de

se produzir conhecimento do outro para si, e de si para o outro, dentro do contexto comunicativo, criativo e de avanços no conhecimento.

O livro concretiza os avanços do mestrado em psicologia da UNIR, que desde 2009 prepara profissionais qualificados para o exercício de atividades de pesquisa e/ou desempenho de funções de ensino no magistério superior, fornecendo elementos teórico-metodológicos que possam ampliar as competências às atuações profissionais em outros campos de relevância social. Ainda, busca a integração de suas atividades com as da graduação em psicologia em seus vários níveis e perspectivas. Para isso, os docentes da Pós-graduação permanecem no quadro de professores da graduação e vinculados aos vários centros e núcleos de pesquisa e de extensão, que são constituídos também por alunos do curso de graduação em psicologia. Nesse sentido, essa interação, portanto, propicia espaços de discussão e trabalho que promovam direta e indiretamente novas possibilidades para as ações de ensino, de pesquisa e extensão na graduação em psicologia.

Sendo assim, o livro está dividido por três áreas inter-relacionadas: primeiro, apresentar-se-ão as discussões temáticas que perpassam a educação em suas diversas leituras; a próxima seção reúne trabalhos da saúde em sua interface com a saúde mental; já no terceiro eixo discute-se a temática do trabalho, em suas abordagens teórico-metodológicas, evidenciando-se os avanços nas discussões entre o trabalho e sua relação com a saúde mental. Os capítulos contemplam o percurso e os desafios que vêm perpassando as discussões dos estudos nessas áreas em algumas regiões do país.

Como proposta em pesquisa e intervenção, Fernanda Lima Fonseca, João Gabriel Neves e Andréa Vieira Zanella apresentam “O projeto Arteurbe”, que reúne as experiências decorrentes das oficinas com alunos em defasagem escolar. Discutem os sentidos imputados aos jovens como “alunos problema”, assumindo esse lugar de fracasso inclusive fora do contexto escolar. O projeto desenvolvido pelos autores destaca-se pela relevância social da produção coletiva do graffiti, sua realização possibilitou a modificação dos olhares dos jovens participantes sobre si mesmos, relativizando o lugar historicamente constituído de “aluno fracasso”.

Os pesquisadores Denise Teodoro Sampaio e Luís Alberto Lourenço de Matos apresentam uma pesquisa realizada sobre as profundas transformações por que o ensino tem passado nos últimos anos, destacam que as mudanças políticas, econômicas e sociais refletem-se nas reformas educacionais, especialmente sobre os professores. Os autores apontam que, o mal-estar docente na educação está relacionado às mudanças no papel do professor, à desvalorização profissional e aos baixos salários, assim como à violência na escola.

No capítulo de Ana Lúcia, Fernando Melo, Graciele Castoldi, Lorraine Soares, Maria Mendonça e Fátima Queiroga, apresenta-se um estudo das demandas e queixas

encaminhadas ao Serviço de Psicologia Aplicada/SPA para a psicopedagogia da Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Destaca-se a relevância social dos atendimentos realizados no SPA, demonstrando às ações voltadas à comunidade com relação aos problemas de aprendizagem (DA), principalmente, à prática dos discentes e com orientação e supervisão dos docentes do curso de psicologia da UNIR.

Já o capítulo da professora Marli Lúcia Tonatto e Fabrício Ricardo Lopes apresentam as contribuições e os limites das políticas públicas voltadas à melhoria do rendimento escolar na alfabetização em escolas públicas da rede estadual urbana em Porto Velho (RO). Ressaltam no estudo as dificuldades e as limitações dos contextos materiais dos profissionais que atuam nas escolas, entretanto, essa realidade possibilitou a construção de formas diferenciadas de organização do processo de escolarização, ocupando, assim, os espaços disponíveis nos diferentes programas desenvolvidos nas escolas.

Do ponto de vista teórico, os pesquisadores Pedro Vasconcelos Corrêa e Iracema Neno Cecilio Tada apresentam uma revisão integrativa de literatura das pesquisas brasileiras em neuropsicologia (2008-2012), analisando os resultados relativos ao processo da escolarização com base na psicologia escolar histórico-crítica. O estudo destaca que a produção em neuropsicologia é diversificada e que grande parte das publicações versa sobre temas em saúde, sendo que, o processo de escolarização foi abordado diretamente, revelando aspecto conceitual e suas contribuições para a educação.

Na seção direcionada à saúde, o texto de Denise Alves Guimarães, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Leandro César da Silva e Oswaldo Norbim Prado Cunha, trazem importantes contribuições sobre a formação dos profissionais de saúde acerca de temas envolvendo sexualidade, como das formas de contágio e de prevenção de DSTs/AIDS entre os adolescentes, adultos, idosos e gestantes, além das ações de caráter extensionista desenvolvidos nos cursos de enfermagem e medicina da Universidade Federal de São João del Rei, Campus Centro-Oeste - UFSJ/CCO.

No capítulo intitulado “Reflexões sobre o paradoxo cidadania/loucura no contexto da reforma psiquiátrica”, José Carlos Barboza da Silva problematiza a questão dos paradoxos da cidadania do louco/doente mental. Enfatiza as diferentes possibilidades de entendimento de tal tema a partir da reforma psiquiátrica no Brasil. O autor contribui para as discussões da problemática na medida em que aponta as dificuldades de superação do paradigma médico-psiquiátrico e a necessidade de articulação de um novo lugar social para a loucura que admita o “doente mental”/usuário como cidadão e sujeito no contrato social vigente.

As discussões teóricas de Luiz Carlos Avelino da Silva e Francielle Xavier Dias discutem o papel da pesquisa na formação dos psicólogos e na sua atuação profissional no contexto da saúde pública. Enfatizam a importância de problematizar a pesquisa e pensá-la como uma condição *‘sine-qua-non’* do trabalho dos psicólogos, cuja ausência - mais que a

falta de aparatos teóricos e técnicos - o transforma em mero executor de protocolos. Os autores defendem a ideia de que os trabalhos em comunidades requerem do profissional ou estudante em formação uma constante atitude de investigação, fundamentada em procedimentos metodológicos rigorosos, cujo objetivo geral passa sempre pela resolução de um problema do serviço/comunidade.

Vânia Damasceno Costa e José Juliano Cedaro trazem a discussão uma problemática que atravessou séculos, carregando estigmas e provocando muito sofrimento, a hanseníase. Ao longo dos tempos, ser acometido pela hanseníase representou sofrer na pele - literal e figurativamente falando - o escárnio e o desprezo de seus pares. Para eles, trata-se de um fenômeno de cunho social, afetando, sobretudo, lugares em que as dificuldades da população em ter acesso à educação e à assistência sanitária de qualidade perduram. Alertam para a gravidade dessa doença, o diagnóstico tardio ou o tratamento inadequado pode levar a perdas irreparáveis.

Na terceira parte do livro, os autores Vanderléia de L. Dal Castel Schlindwein, Rita de Cássia Santa Fé e Mychel de Oliveira Silva contribuem para a discussão dos desafios da recuperação das capacidades laborais e o retorno ao trabalho para às instituições públicas federais do Estado de Rondônia. Apontam que a falta de apoio da instituição, o abandono de alguns colegas e a perda financeira e os preconceitos dentro do grupo de trabalho pode dificultar por vezes o processo de reabilitação/readaptação e perpetuar a continuidade do sofrimento psíquico vivido durante o processo de adoecimento no trabalho.

Já Rosângela Dutra de Moraes apresenta os fundamentos da Psicodinâmica do Trabalho, destacando as principais contribuições dessa teoria para uma discussão acerca da dinâmica das relações tecidas no espaço produtivo e suas repercussões sobre a constituição da subjetividade. Enfatiza que a Psicodinâmica do Trabalho dedica-se ao estudo dos processos intersubjetivos, desencadeados no trabalhar, que comportam o sofrimento e as estratégias de mediação, a mobilização subjetiva e os processos intersubjetivos, implicados no esforço para subverter o sofrimento em prazer no trabalho.

O capítulo dos autores Simone Araújo da Silva, Luís Alberto Lourenço de Matos, Aryanne Freitas P. Vigiato, Halanderson Raymisson Pereira da Silva e Lidiane Ferreira Leite apresenta um estudo das produções brasileiras publicadas na forma de artigos científicos, referentes à interface saúde mental e o trabalho docente. Destacam a predominância de pesquisas centradas em abordagens quantitativas com temáticas envolvendo condições e a organização de trabalho, aspectos psicossociais e o desencadeamento de transtornos psíquicos, ainda, estudos recentes destacam as vivências subjetivas e os modos de atuação profissional dos trabalhadores docentes com análises psicossociológicas e psicodinâmicas.

O capítulo seguinte, as autoras Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein e Cristiane Brum Marques de Mattos analisam quantitativamente a problemática dos

afastamentos do trabalho por transtornos mentais entre os servidores públicos federais de Rondônia, juntamente com o fenômeno dos últimos anos a introdução de novas ferramentas de gestão nas instituições públicas. Afirmam que a introdução de novas ferramentas de trabalho vem gerando doenças mentais ligadas ao trabalho, sendo necessário o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e na reabilitação destes trabalhadores no estado.

No último capítulo, as autoras Taís Poncio Pacheco e Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein apresentam os resultados do estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro da região norte, com o intuito de compreender os processos de saúde e/ou doença relacionada com o ambiente de trabalho. O estudo aponta que a falta de reconhecimento no trabalho foram uma das queixas que perpassaram todos os depoimentos. Reiteram ao final desse capítulo, a necessidade de a instituição realizar ações voltadas para promoção de saúde mental dos trabalhadores, constituir espaços de escuta e inclusão dos profissionais nas decisões da gestão.

Por fim, os capítulos reúnem diferentes leituras sobre problemáticas que a psicologia enquanto ciência e profissão vêm sendo desafiada a compreender e incorporar em sua prática cotidiana. A primeira coletânea do SEP, materializada nas discussões deste livro marcam os desafios, às dificuldades, mas também demonstram os avanços do MAPSI, que nestes seis anos mobilizou-se na busca de parcerias à produção coletiva de um fazer científico responsável e reflexivo. Nessa perspectiva, o leitor é conduzido a uma reflexão, das interfaces da Psicologia com a educação, a saúde e o trabalho, temáticas importantes para o ensino, pesquisa e extensão na prática do psicólogo da região norte do Estado brasileiro.

PARTE I

EDUCAÇÃO

IMAGENS DE SI EM MOVIMENTO: JOVENS, ESCOLA E O PROJETO ARTEURBE

Fernanda Lima Fonseca

João Gabriel Neves

Andréa Vieira Zanella

INTRODUÇÃO

O termo “jovem” tem sido relacionado ao desenvolvimento humano, qualificando uma pessoa cuja faixa etária e comportamento já foram previamente estereotipados pelas culturas e, especialmente, pela cultura midiática (FREZZA; MARASCHIN; SANTOS, 2009). Porém, há uma multiplicidade de pessoas singulares em determinada faixa etária, cuja realidade é diversificada, e dificilmente essas poderiam ser compreendidas de acordo com uma categorização estanque. Nesse sentido, a variedade de relações e condições que são vivenciadas de maneira diversa por cada pessoa impede uma tipificação do que seja ser jovem. No entanto, os grupos de jovens e, também, a juventude em geral são subjetivados de acordo com relações estabelecidas em um processo histórico-social. Sendo assim, é possível afirmar que os jovens são diferentes entre si, mas apresentam em seus processos de constituição, além de características singulares, aspectos comuns.

De acordo com Vigotski, o ser humano “é o conjunto de relações sociais, encarnado no indivíduo” (VIGOSTKI, 2000, p. 33). Essas relações são mediadas semioticamente e, por conseguinte, são relações de sentidos, ou seja, “acontecimentos semânticos, particulares, constituídos por meio de relações sociais em que uma gama de signos é posta em jogo, o que permite a emergência de processos de singularização em uma trama interacional, histórica, e culturalmente situada” (BARROS et al., 2009, p.180).

O processo de produção e apropriação de sentidos possibilita tanto a singularização dos sujeitos como as semelhanças entre eles, sendo essas constitutivas de seus modos de

perceber o mundo. Por sua vez, os sentidos que são partilhados socialmente permitem a continuidade das interações e a comunicação em geral, bem como a produção de novos sentidos e de novos sujeitos constituídos nesse processo.

Os jovens urbanos compartilham compreensões que são decorrentes de relações específicas, pautadas pelos sentidos histórico-sociais de urbanidade. Atualmente, a ideia de urbanidade implica o acesso a uma ampla diversidade de meios que compõem a mídia social, dominada pelos processos eletrônicos digitais. A ideia de urbanidade também envolve uma dinâmica política que provoca o constante encontro de um grande número de pessoas, ainda que virtualmente. Em decorrência, não se compreende “a cidade como conceito geográfico, mas como símbolo complexo e inesgotável da existência humana” (FONSECA, 2003, p.256).

As escolas, por sua vez, são produtos típicos das cidades, sendo estabelecidas como espaços políticos de encontro ou de interação direta entre pessoas. São, também, espaços de reprodução de qualidades ou valores desenvolvidos por relações constituídas fora dos muros escolares. Caracterizam-se, por conseguinte, como instituições produtoras de subjetividades, centros de conservação de valores e constituição de sujeitos integrados aos sentidos convencionados da cultura como campo da tradição. Em outras palavras, as escolas se dedicam a ensinar/compartilhar conhecimentos, entretanto a atuação escolar não se resume a isso, pois seus objetivos envolvem também a produção de sujeitos, a constituição de suas características sociais/singulares.

Com a diversificação crescente das relações e das mediações que constituem os sujeitos reconhecidos como jovens, não há mais a plena identificação destes com os valores tradicionalmente institucionais como, por exemplo, os valores escolares (BARBERO, 2008). Contribui para isso a crise das práticas escolares, especialmente das escolas públicas, em função da falta de investimentos financeiros e simbólicos para sua atualização e qualificação. Isso se reflete na imagem pública da instituição e, por conseguinte, nas possibilidades de identificação com o que ali acontece.

Diante desse quadro, há a possibilidade de o jovem urbano não se motivar a assumir o lugar de aluno que lhe é destinado no ambiente escolar: é possível que não perceba a escola como um local de aprendizado, ao mesmo tempo em que não considere a autoridade dos educadores como legítima. Dessa forma, as atitudes dos jovens em geral se contrapõem ao que deles é esperado no ambiente escolar e, a despeito do contexto apresentado, é comum se culpabilizar exclusivamente o aluno pelo seu posicionamento e desempenho escolar, estigmatizando-o como “aluno problema”¹.

Diante da valorização do sujeito escolarizado, produtivo e funcional, a escola se afirma como instituição produtora de subjetividade: “se a escola está, por um lado, distanciada do mundo desses alunos, por outro, através de um longo histórico de confrontos e reprovações,

¹ Sobre o tema ver MACHADO; PROENÇA, 2004

ela é inseparável do processo de construção de suas identidades” (FREITAS, 1998, p.213). A vida do sujeito está, sobretudo, implicada nos princípios escolares, uma vez que “a escola é a organização oficial responsável pelo reconhecimento da constituição do cidadão produtivo” (ROCHA, 2000, p. 192). Dessa forma, o fato de os jovens não se identificarem com o lugar social de aluno não significa que não estejam diretamente afetados pela atribuição do lugar de “aluno fracasso”.

Nessa dinâmica é importante a constituição de espaços outros que se proponham a questionar esses lugares sociais cristalizados; espaços caracterizados por intervenções que possibilitem a (re)invenção dos sentidos estabelecidos historicamente na cultura e presentes nessas instituições. Os estigmas podem ser relativizados, questionados, tensionados, tomando as ideias de exclusão e fracasso como provenientes de um contexto e de determinadas condições. Contextos e condições diversificadas, por sua vez, podem provocar a emergência de diferentes sentidos sobre si e de lugares sociais outros para sujeitos em relação.

Investindo nessa direção e com o intuito de analisar possíveis efeitos de uma pesquisa-intervenção com jovens provenientes de uma turma de correção de fluxo de uma escola pública de Florianópolis/SC é que se apresenta este texto. A correção do fluxo escolar consiste em uma medida de regularização da série escolar para alunos com pelo menos dois anos de defasagem. O programa faz parte do PAB (Programa Acelera Brasil) e objetiva promover “saltos” às séries posteriores em até quatro anos, com tratamento pedagógico adequado (OLIVEIRA, 2002).

“Os alunos do fluxo”, assim chamados pelos profissionais da escola, são jovens que vivenciam uma situação escolar produtora de subjetividades que envolvem o fracasso, o problema, a dificuldade. Em função de diversos impasses que impossibilitaram aos alunos manterem-se no fluxo escolar esperado, a turma de correção consistiria em oportunidade para os alunos nessa situação regularizarem a defasagem. Entretanto, “sabemos que a velha estratégia de juntar o que se julga homogêneo para resolver algum problema serve mais para produzir cristalizações do que imprimir algum movimento ao que está cristalizado” (MACHADO; PROENÇA, 2004, p. 45). Assim, aquilo que se propõe a regularizar também diferencia, exclui, cristaliza.

Para essa turma de correção de fluxo, foi possibilitada a participação no projeto ArteUrbe (BRITO; ZANELLA, 2012). Esse projeto tem como objetivo trabalhar, com grupos de jovens, as possibilidades de relações do/no espaço urbano. Para isso, são realizadas oficinas estéticas, tendo linguagens artísticas como mediadoras de processos de compreensão, tensionamento e construção de diferentes olhares sobre a cidade. Considerando que a cidade é lócus de constituição dos sujeitos, neste capítulo serão analisadas as possíveis modificações nas imagens de si dos alunos do fluxo que participaram do projeto.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Tanto Vigotski quanto Bahktin situaram as relações sociais como constituintes do funcionamento humano e como seu princípio explicativo (BARROS, 2012, p. 134). Destacaram, dessa forma, a importância da cultura, da história e, sobretudo, da linguagem no desenvolvimento do psiquismo. Nessa concepção os seres humanos se apropriam ativamente da realidade desde que nascem, pois, imersos em um universo semiótico, suas relações são mediadas pelos outros com os quais convivem (NUENBERG e ZANELLA, 2003, p.5). Assim, entende-se a subjetividade como constituída na relação com os outros, estando em constante movimento e sendo cada pessoa agente dessas relações e produto delas.

No processo de constituir-se socialmente, “cada pessoa concreta descola aspectos da realidade a partir do que significa como relevante, do que a emociona e mobiliza, constituindo assim modos de ser que são ao mesmo tempo sociais e singulares” (ZANELLA, 2005, p.103). Nesse processo de singularização os sujeitos constroem um olhar para si, cunhado a partir dos olhares dos outros sobre si. Esse olhar do sujeito para si está, por conseguinte, sempre mediado socialmente, pois, de acordo com Vigotski (2000, p. 24), a subjetividade “torna-se para si aquilo que ela é em si, através daquilo que ela antes manifesta como seu em si para os outros”.

Estão presentes na construção do olhar do sujeito sobre si múltiplas vozes em diálogo. Vozes essas que pertencem a redes microssociais, como família e grupo de amigos, e redes macrossociais econômicas, políticas, geográficas. Na perspectiva de Bakhtin, diálogo não seria relacionado ao consenso, mas a um contínuo e inesgotável jogo de poder entre variadas vozes sociais (FARACO, 2009). Nessa concepção, assim como existem forças que procuram a centralização de sentidos, há forças que resistem por meio de variadas estratégias, como o humor, as relações que fogem aos padrões convencionais, as lutas sociais, a criação estética e outros processos dialógicos. Compreende-se, portanto, que todas as instituições sociais e os discursos que as caracterizam, com maior ou menor intensidade, são constitutivos dos sujeitos e produzem subjetividades consoantes com a lógica cultural.

Sendo assim, a escola, como uma instituição de controle social, também participa desse processo de constituição do sujeito. Na escola as relações eu-outro são atravessadas por afetos, desejos e normatizadas pelas práticas cotidianas - como o espelho de classe, os boletins, a organização dos tempos e espaços. Essas práticas constituem subjetividades e conotam as relações entre o aluno, a instituição escolar e os vários outros com os quais interagem. A ação de reprovar um aluno, por exemplo, intervém no seu projeto de vida escolar, no olhar dos outros sobre si e no próprio olhar sobre si. Vale lembrar que a “subjetivação vai além do plano das representações, da consciência, pois está ligada à sensibilidade, ao comportamento, aos fantasmas imaginários, ao plano da alteridade” (ROCHA, 2000, p. 195).

Segundo Machado e Proença (2004), se alguém apresenta determinado posicionamento frente a certas relações na escola, essa pessoa pode virar um personagem, “o aluno problema”, “o louco”, “o excluído”. Esses estigmas são cristalizações de uma série de práticas escolares, e, quando se produz algo, produz-se o sujeito que entende esse algo de um modo específico, porém marcado pelas conotações sócio-históricas que o valoram positiva ou negativamente.

Nas relações escolares ainda estão presentes valores de subordinação e transmissão de conhecimentos, refletindo uma constante segregação entre o mundo escolar e o mundo juvenil (FREITAS, 1998). Pouco espaço há para o questionamento da própria estrutura escolar e a aprendizagem se limita a conhecimentos determinados que podem, ou não, comunicar-se com a vida dos jovens estudantes.

Dialogando com Rocha (2000), a educação está em tempos de tédio, o que significa dizer que se sentem um descompasso, uma sensação de impotência, de inércia, frente a uma realidade que não está sob controle. Voltada a repetir as ações eruditas do passado, de forma hierarquizada e homogeneizante, a escola reproduz um anacronismo que surge no cotidiano. E é a partir do tédio que se pode perceber essa segregação entre os jovens que convivem na escola e a cultura pedagógica preservada.

Diante desse tédio, vale lembrar a existência de outras possibilidades de fissuras na lógica homogeneizante que caracteriza o contexto escolar. Enquanto a escola parece representar uma instituição de repetição e reprodução de sentidos, há um diálogo entre vozes sociais com essas instituições que proporcionam o tensionamento dos discursos.

Entende-se que a intervenção realizada com os alunos do fluxo no projeto ArteUrbe possibilitou algumas fissuras. A arte foi mediadora das oficinas e provocou reações estéticas, como se refere Vigotski (2009), cujo objetivo não é repetir uma reação real, mas superá-la e vencê-la. Destarte, atividades artísticas podem contribuir para a desconstrução e transformação de ações e sentimentos, sendo potentes dispositivos para a promoção de rupturas nos modos de ver, ouvir, sentir, pensar.

Nessa perspectiva, a atividade artística é uma possibilidade de ir além das relações prático-funcionais cotidianas e instituir relações mais sensíveis. Essas relações que propõem novas formas de significação, resignificando as relações historicamente produzidas para a construção de novas maneiras de estar consigo e com os outros, são compreendidas como relações estéticas (ZANELLA, 2006).

Relação estética, por sua vez, é o fundamento de processos de criação, e sua importância consiste no fato de que "a vivência estética cria uma atitude muito sensível para os atos posteriores e, evidentemente, nunca passa sem deixar vestígios para o nosso comportamento" (VIGOTSKI, 2001, p. 342). Ou seja, uma vivência estética pode romper com formas cristalizadas de se relacionar, de estar no mundo, transformando, dessa maneira, os

olhares sobre si e, diretamente a estes relacionados e mutuamente constituídos, os olhares dos outros sobre si.

MÉTODO

O projeto ArteUrbe caracteriza-se como uma pesquisa-intervenção e parte do pressuposto de que pesquisar é intervir. Ou seja, “as mudanças que se processam ao longo da/na pesquisa, implicam em transformações também dos sujeitos envolvidos e das práticas estabelecidas quer para a população participante na pesquisa, quer para os pesquisadores” (ROCHA, 2006, p. 169).

Participaram das oficinas cerca de 15 alunos de uma escola estadual, com idades entre 12 e 16 anos, os bolsistas de iniciação científica Renan Alves de Britto e Fernanda Lima Fonseca, os bolsistas de extensão Ricardo Prado e João Gabriel Neves de Sousa e o artista urbano, Gabriel Bueno. As oficinas foram divulgadas aos alunos da correção de fluxo, entretanto, não foram exclusivas a esses estudantes, já que estavam abertas a outros jovens.

As oficinas estéticas aconteceram, em sua maioria, em um dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de Florianópolis/SC. Durante as oficinas foram realizadas atividades, visando-se à apreciação estética e aprendizado de técnicas de arte urbana, movimentos esses que possibilitaram aos jovens a criação artística com as linguagens propostas em cada encontro. Além dessas ações, foram realizadas discussões que relacionaram mais diretamente os temas arte e cidade.²

A análise da experiência possibilitou compreender as possíveis implicações da intervenção realizada nos processos de constituição dos sujeitos no contexto em questão. Os procedimentos eleitos produção de informações a serem analisadas foram entrevistas, registros fotográficos e registros videográficos das oficinas com os jovens. Como dispositivo disparador das entrevistas, utilizou-se um vídeo produzido e editado pela equipe em que eram mostradas algumas cenas registradas durante as oficinas. As entrevistas foram realizadas três meses após o término das oficinas e seguiram roteiro prévio. Entrevistaram-se cinco jovens participantes das oficinas e a orientadora educacional da escola. Para fins de análise, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foram entrevistados somente os jovens que ainda permaneciam na escola no período das entrevistas, com o critério de participação na produção do graffiti realizado coletivamente pelos jovens participantes do projeto. A análise das entrevistas pautou-se na perspectiva bakhtiniana que compreende os discursos em sua dimensão dialógica, sendo suas especificidades fundadas nas relações entre pesquisador, sujeito da pesquisa e contexto sócio-histórico (BRAIT, 2006,p.29).

² Sobre os eixos do projeto ArteUrbe, ver Zanella (2013).

O graffiti coletivo foi elaborado no penúltimo encontro com os jovens. Para que fosse realizado, solicitou-se aos participantes que desenhasssem, em pequenos grupos, o que gostariam de grafitar a partir do tema “cidade”. Separaram-se os desenhos por modalidades para que em uma cartolina grande fosse produzido um único desenho com os elementos que apareceram repetidamente nas criações dos pequenos grupos. Na passagem para o graffiti os coordenadores fizeram no muro escolhido para essa produção um esboço do desenho coletivo com o spray. Em seguida, enquanto eram orientados pelos coordenadores, os jovens revezaram as latas, preenchendo os contornos e incluindo alguns desenhos espontâneos à obra coletivamente produzida.

RESULTADOS: Os jovens e os olhares sobre si

A escola, o bairro, as oficinas realizadas, a opinião dos outros apareceram nos discursos através dos olhares dos jovens, sendo possível problematizar como esses olhares contribuíram para a constituição do olhar sobre si. Uma vez que o sujeito se subjetiva a partir das relações sociais, o olhar do outro é constitutivo do olhar sobre si. Nos discursos dos jovens entrevistados, esses outros - colegas, familiares, instituição, sociedade - apareceram como mediadores do modo como percebem sua própria condição diante desses agentes.

O olhar a partir da escola

As oficinas do projeto não estavam diretamente relacionadas à escola, uma vez que foram realizadas em outro espaço e sem a mediação direta de questões que dizem respeito ao universo escolar. Entretanto, as tensões características desse contexto perpassaram os encontros, uma vez que as oficinas foram destinadas a alunos específicos e aconteceram em horário letivo.

Os alunos do fluxo que participaram do projeto vivenciavam uma situação decorrente de um histórico marcado pelo atraso escolar. Essa posição dentro da instituição produzia olhares específicos para esses alunos, olhares de preocupação, de culpabilização, de depreciação. Esses sujeitos não atendiam às expectativas do lugar de aluno, sendo-lhes imputado e assumido o lugar de aluno problema. Sendo assim, a experiência desses jovens, como participantes do projeto, esteve constantemente atravessada pelas semelhanças e diferenças percebidas entre o espaço do projeto e o espaço escolar.

O discurso de Gustavo pode ser entendido como indicativo da presença dessas questões escolares no espaço das oficinas. Ao ser questionado por que havia gostado de uma das oficinas realizadas, ele responde: “Achei legal porque pode fazer qualquer desenho, se errar não leva nada” (Gustavo).

Qual seria esse outro espaço implícito no discurso de Gustavo em que o “errar” teria uma repercussão negativa, quiçá uma punição? Que voz social é essa que se apresenta em seu discurso? A quem ele responde? E a partir de qual perspectiva?

A proposta do projeto foi apresentada à escola por meio do CRAS (Centro de Referência e Assistência Social), e a escolha do público alvo pela escola demonstra o reconhecimento desse lugar social de alunos problema da turma de correção de fluxo. Por sua vez, a escolha também explicita a expectativa de modificar essa situação. Na entrevista realizada com a orientadora educacional essa questão foi abordada: “A gente sugeriu que fossem turmas de correção de fluxo porque são alunos em situação de risco, vulnerabilidade. Quando a psicóloga ali do CRAS falou pra gente do projeto a gente achou que era bem pra eles, que era a cara deles.”. “Eu pensei que era uma oportunidade, de oportunizar um olhar diferente da escola pra eles, deles pra escola, deles pra eles mesmos” (orientadora).

Não é por acaso que as questões relacionadas ao lugar social, ocupado por esses alunos no ambiente escolar, estiveram presentes nas oficinas: havia intenção, por parte da escola ou de uma de suas agentes ao menos (no caso, a orientadora educacional), de modificar, por meio do projeto, esse lugar social de aluno problema. Não se pode afirmar se existem, dentro do universo escolar, práticas que perspectivem modificar essa situação, já que as oficinas aconteceram como uma atividade extraescolar. No entanto, o discurso da orientadora educacional é indicador dessa necessidade de oportunidades de olhares diferenciados.

Durante o período de realização do projeto os alunos inscritos tinham permissão para ausentar-se das aulas na escola para participar das oficinas. Esse formato foi sugerido pela coordenação da escola em virtude da impossibilidade de conciliar os horários do projeto com o horário extraclasse dos alunos. Os coordenadores só podiam realizar as oficinas no período vespertino e a escola havia direcionado que o projeto tivesse a participação desses alunos específicos, que por sua vez frequentavam aulas nesse turno. Tal situação suscitou desconforto para algumas pessoas, o que foi possível constatar no discurso de uma participante que relatou o incômodo de um professor com a ausência dos alunos em sua aula: “O professor de matemática que ficava meio chateado porque sempre faltávamos à aula dele” (Maria). A mesma questão foi relatada pela orientadora: “Claro que alguns professores achavam ruim porque eram liberados da aula para ir. Então tiveram alguns que fizeram comentários ruins” (orientadora).

Mais que um problema, esse incômodo pode sugerir a preocupação do professor com a presença dos alunos em sala, sendo essa uma das expectativas em relação ao aluno na instituição escolar. No discurso de Maria é possível considerar que o fato de o professor estar “meio chateado” pode indicar a característica positiva das relações do professor com os alunos e sua preocupação com o processo de ensino-aprendizagem.

Em contrapartida, alguns discursos dos jovens mostram pouco envolvimento entre alunos e professores, como exemplifica a fala de uma das alunas: “A gente não é muito de conversar com os professores” (Maria). Enquanto o incômodo do professor de matemática sinaliza o interesse pelo desempenho do aluno, esse interesse parece ser percebido pelos alunos como referente somente às obrigações escolares de transmissão de conhecimento, de presença em aula, de compromissos burocráticos.

Para que os alunos fossem liberados da aula para participar do projeto, eles tinham de trazer para a escola um documento assinado pelo responsável, além de outro documento do CRAS que atestava sua presença nas oficinas. Na entrevista perguntou-se à orientadora sobre a percepção dos professores quanto a alguma postura diferenciada dos alunos no envolvimento com o projeto, e o compromisso dos jovens com o projeto apareceu como algo que despertou a atenção dos professores: “Perceberam [professores] o compromisso deles [alunos], teve professor que me cobrou as declarações. Eu mostrava que tinha, mas os professores falavam até meio ironizando: ‘ah, então quer dizer que com isso eles têm compromisso? Porque com a escola...’. Pois às vezes faltam a escola, não trazem documento nenhum, e pra ir lá eles faziam. Eles tomavam o cuidado de trazer essa declaração”(orientadora).

A referência à opinião dos professores demonstra que, apesar de o envolvimento dos jovens com o projeto ter chamado à atenção, a ironia relatada pela orientadora pode ser entendida como uma desvalorização desse compromisso, já que não estava voltado à escola. Essa questão também aparece em outro momento, quando os jovens relatam sua percepção sobre a opinião dos professores quanto à produção do graffiti coletivo. No discurso de Gustavo, ele se refere ao que os professores acharam do graffiti: “Os professores não prestaram atenção” (Gustavo). Leandro também afirma: “Acharam legal, mas também não acharam muito legal porque foi em dia de aula” (Leandro).

Com os discursos dos jovens, é possível constatar que as relações professor-alunos limitam-se aos lugares escolares historicamente construídos. Consoante ao que aponta a literatura (Freitas, 1998), os discursos evidenciam o distanciamento entre o mundo escolar e o mundo do jovem, pois são ignoradas outras possibilidades de ser professor, de ser aluno e de ser jovem. Embora os professores valorizem as obrigações dos jovens como alunos, não parece haver espaço na lógica escolar para o reconhecimento de produções outras como o graffiti, tampouco desses jovens como protagonistas do processo.

No ato de não prestar atenção no graffiti, coletivamente produzido pelos alunos do fluxo, fica explícito o desinteresse àquela produção artística, e, da mesma forma, fica implícito o desinteresse pelos jovens autores da obra. Na afirmação de Leandro, está presente o paradoxo entre admirar o fazer artístico do jovem e, ao mesmo tempo, não reconhecê-lo no ambiente escolar. Ao que parece, pelo fato de o graffiti concretizar-se como atividade

extraescolar que ocupou o envolvimento do jovem no período letivo, dentro da instituição ele não poderia ser “muito legal”.

Colorindo os olhares

Não havia intenção, por parte da coordenação do projeto, de que as oficinas fossem realizadas em horário letivo, uma vez que se acredita que o envolvimento do sujeito com a proposta do projeto deve acontecer pela curiosidade em relação às linguagens artísticas e à temática da cidade e não pela esquia da escola. No caso das oficinas aqui relatadas, essa diretriz não pode ser seguida pelos motivos anteriormente apontados.

Apesar dessa possibilidade de as oficinas se tornarem um modo de fuga da escola, houve a expectativa de que parte dos participantes estivesse, de fato, interessada nas discussões sobre cidade e nas linguagens artísticas trabalhadas. Também era possível que aqueles sem interesse prévio acabassem compreendendo aquele espaço como diferenciado do fazer escolar. A ausência da escola, ainda que somente em uma das tardes da semana, oportunizaria, assim, um distanciamento das relações escolares e não somente a substituição de uma aula por outra.

As opiniões dos jovens sobre o projeto se mostraram positivas nas entrevistas realizadas, pois, além de afirmarem o desejo de que elas fossem efetuadas novamente, as falas mostraram o interesse pelo projeto em si, uma vez que as oficinas proporcionaram o envolvimento desses jovens com a arte urbana. Pode-se afirmar que uma das entrevistadas tinha interesse em participar do projeto mesmo que esse ocorresse fora do horário das aulas. Após relatar a insatisfação do professor com a ausência dos alunos em sua aula, ela sugere: “Se tivesse de novo nós poderíamos fazer no sábado” (Maria). Cabe então perguntar se e de que forma esse envolvimento com oficinas estéticas pode contribuir para romper com as maneiras cristalizadas deles se relacionarem com o contexto em que vivem e que os constitui como sujeitos.

O foco do projeto ArteUrbe está nas relações que os jovens estabelecem com a cidade e as possibilidades de sua modificação. O tema “cidade” foi discutido durante as oficinas e no relato dos jovens apareceram alguns comentários que vão em direção a esse tema. Constatou-se, com as entrevistas, que alguns participantes aproximaram-se da arte urbana e relacionaram-se de maneira diferenciada com o espaço público após a experiência nas oficinas: “eu sabia que tinha graffiti, mas eu não prestava muita atenção. E agora eu passo, olho.” (Renata). “Antes eu nem prestava atenção nesses desenhos. Agora sempre que eu passo por um desenho eu vejo quem foi que fez” (Gustavo).

Alguns dos participantes relataram essa aproximação com a arte urbana por meio da continuidade da utilização das técnicas trabalhadas nas oficinas. Ao serem questionados como deram continuidade à realização dessas técnicas, responderam: “Escrevendo a minha letra

assim.” (Pedro). Em outra fala, “Eu tenho uma lata de spray, daí fico escrevendo” (Pedro). Ou ainda, “Só no meu quarto. Mas não é graffiti, graffiti. Faço com canetinha” (Renata).

Há outros relatos nessa mesma direção: com diferentes interesses e possibilidades de acesso aos materiais, os jovens mostraram que estavam ou queriam continuar realizando esses fazeres artísticos. Além dos discursos relacionados à mudança do olhar sobre a arte na cidade, outros comentários se referiram diretamente ao espaço público: “Eu gostei também porque a gente fez muita coisa falando de Floripa mesmo, coisas que precisavam melhorar” (Maria).

No discurso da participante, ela atribui importância à reflexão sobre o tema “cidade”. Outros participantes, porém, quando questionados sobre a mudança na forma de ver a cidade, responderam que não haviam modificado seu olhar. Importante esclarecer que nas oficinas consideraram-se importantes as discussões para se provocar esse posicionamento crítico sobre as questões da urbe, porém não se acredita que as transformações na forma de se relacionar com o entorno possam ser engendradas em tão pouco espaço e condições para a reflexão sobre o complexo tema da cidade.

No entanto, como discutido anteriormente, a pessoa é um vir a ser, constantemente transformada a partir de suas experiências. Dessa forma, é possível afirmar, com a análise das entrevistas, que a experiência das oficinas afetou de alguma maneira e em alguma medida as relações desses jovens com a cidade. Retomando a ideia de cidade além do espaço geográfico (Fonseca, 2003), a cidade também é um espaço de relações do sujeito, vivenciadas tanto no seu bairro e na escola quanto em seus desejos, fantasias, ou seja, no campo simbólico que envolve essas relações.

A experiência do projeto ArteUrbe ocorreu no contexto por que transitavam os participantes. Além da utilização do espaço do CRAS, localizado no bairro onde moravam, houve momentos de andar pelas ruas dos arredores e escolher lugares para aplicar as técnicas de stêncil, graffiti e lambe-lambe. Como era necessário um espaço para aplicação de cada linguagem artística trabalhada, procuraram-se espaços de circulação pública, uma vez que o diálogo com esses espaços caracteriza a arte urbana (FURTADO e ZANELLA, 2012).

Para realização do fazer artístico, utilizaram-se dois muros, ambos com prévia autorização. O primeiro estava localizado próximo ao CRAS e funcionava como estacionamento de um hotel. A permissão para utilizar o muro foi concedida pelo proprietário do terreno durante a realização das oficinas e percebeu-se que a aplicação no muro foi valorizada pelos participantes. Tal acontecimento permitiu a discussão com os jovens sobre os espaços possíveis de aplicação, a problematização do uso desses espaços, a visibilidade e as implicações da arte urbana.

O segundo muro foi cedido previamente ao início do projeto por uma das funcionárias do CRAS e estava localizado em frente à escola onde estudavam a maioria dos jovens

participantes. Para realização do graffiti coletivo, havia, por conseguinte, duas opções: realizar o graffiti no mesmo muro já utilizado, próximo ao CRAS, ou utilizar o muro em frente à escola. Foi decisão dos participantes realizar o graffiti no segundo muro, localizado à esquerda na foto 1.

Fotografia 1- Visão da rua e do muro grafitado.

A escolha do muro pelos participantes surpreendeu os pesquisadores, já que o muro próximo ao CRAS era visível a um maior número de pessoas. Foi exposta aos participantes essa característica do local e, apesar disso, os jovens mantiveram a escolha pelo muro em frente à escola. A escolha foi acatada pelos coordenadores e o graffiti foi realizado no muro escolhido por eles.

A razão dessa escolha, embora não verbalizada pelos jovens, evidenciou-se ao longo da produção do graffiti: diversos alunos da escola, bem como pessoas da comunidade que passavam pelo local, assistiram aos participantes imprimirem cores na placidez do muro. A orientadora educacional, durante a entrevista, referiu-se a esse acontecimento: “A criançada toda, os pequenos fugiam da sala, principalmente os que estavam na Educação Física,

queriam ficar ali vendo. Aí queriam fazer, vinham pedir se teria de novo, desde os pequenos até os maiores” (orientadora).

Em outro momento da entrevista a orientadora se referiu aos moradores do bairro: “Eles passavam, se levantavam no morro pra ver a galera no muro pichando, grafitando” (orientadora).

O motivo da escolha do muro se tornou compreensível no processo de produção do graffiti, uma vez que a visibilidade desse muro era significativa para os jovens. O local em que foi realizado o graffiti estava justamente em frente à escola que frequentavam diariamente e na principal via de acesso ao bairro em que moravam. Como foi abordado anteriormente, é necessário perceber o quão significativo esses dois espaços eram no processo de constituição desses sujeitos para se entender a escolha feita por eles. Nesse caso, o processo do graffiti coletivo possibilitou aos alunos do fluxo se apresentarem de outro modo às pessoas cujos olhares eram significativos no processo de constituição dos olhares sobre si. Para essas pessoas, naquele momento e com aquelas condições, os jovens se apresentavam de um modo outro, distinto do lugar social que a eles era imputado e o qual assumiam: de “alunos fracasso” passaram a ser vistos como os “alunos que grafitavam”.

Como eu me vejo a partir do modo como o outro me vê

O graffiti que se visualiza na foto 2 se manteve no muro, o que permitiu que a produção dos jovens fosse vista em outros momentos além do dia em que foi realizada. Para os que ali passavam e seus próprios autores, foi possível (re)vê-la, a cada ir e vir.

Fotografia 2- Graffiti produzido coletivamente por jovens participantes do projeto ArteUrbe em 2013.

Esses novos olhares, diferentes dos costumeiros, reiterados, tensionavam os lugares sociais instituídos de fracassado, de problema: tornavam-se olhares de curiosidade, de espanto, de crítica, de apreciação, de reconhecimento. A entrevista procurou investigar de onde provinham esses olhares outros e de que modo eram significados pelos jovens participantes.

Evidenciou-se, com as análises, que a escolha do local para a produção do graffiti não se pautava pela quantidade de pessoas que veriam essa produção, mas o quanto esses olhares eram significativos para esses jovens. Quando questionados sobre quem ficou sabendo da produção, emergiram respostas que exemplificam a diferença de sentidos desses olhares para os jovens. Maria afirma: “a escola toda sabe que foi a gente” (Maria). Já Pedro afirma que “Só o pessoal da escola” (Pedro).

Apesar de os discursos de Maria e Pedro apresentarem conteúdos semânticos semelhantes, a forma de enunciação revela sentidos diferenciados para os dois participantes. O discurso de Maria focava na questão de que todos na escola sabiam do graffiti e de sua participação como protagonista desse processo. Já o discurso de Pedro exprimia a mesma

ideia de forma excludente, pois para ele somente o pessoal da escola ficou sabendo de sua produção. O foco da frase, nesse caso, está na falta de que outros ficassem sabendo. Essa diferença exemplifica os sentidos possíveis dessa visibilidade.

Além das pessoas da escola, os participantes relataram que havia outras possibilidades de o graffiti ser visto. No discurso de Maria, ela cita outras pessoas que se depararam com sua produção: “As pessoas da comunidade, porque toda vez que sobem a gente passa na frente do muro ali” (Maria). Na mesma direção, Renata relata: “A maioria das pessoas que pegavam ônibus ou que passavam com o carro” (Renata).

Enquanto o graffiti esteve exposto a todos aqueles que passavam pelo local, os jovens participantes procuraram mostrar sua obra para certas pessoas. Perguntando-se para quem eles haviam contado sobre sua autoria no graffiti, nas respostas foram citados amigos, pais, colegas da escola, “um monte de gente” (Gustavo).

Em suma, diversos foram os olhares para a produção artística dos jovens, tanto por parte de quem assistiu ao processo, como de quem se deparou ao passar pela rua e também daqueles que ficaram sabendo pelos comentários de outros. Contudo, é importante refletir sobre como esses olhares e comentários se apresentaram aos jovens participantes e de que forma foram significados por eles.

Após a pergunta sobre quem teve ciência da obra dos participantes, questionou-se qual havia sido a opinião dessas pessoas. Apareceram respostas como: “Acharam legal, diferente” (Gustavo). A fala de Gustavo exemplifica algumas outras que vão nessa mesma direção de apreciação do produto. Ao mesmo tempo, quando se refere a ter sido “diferente”, revela que aquele acontecimento, além de ter sido agradável, não foi meramente uma repetição, tratou-se de uma novidade que rompeu com o cotidiano. Esse “diferente” também estava presente no discurso já citado da orientadora: “um olhar diferente da escola para eles”. Dessa forma, fica evidente que o acontecimento é diferenciado não somente por não ser comum naquele espaço, mas também por não ser o esperado daqueles sujeitos.

Também a opinião dos pais foi destacada por alguns jovens: “Meu pai gostou mais, porque ele pinta. Daí ele gostou. Ele mais que gostou, a minha mãe falou que é coisa mais de guri, pichar” (Maria). Ou ainda, “Primeiro meu pai não gostou, mas depois ele achou legal. Achava que nós estávamos pichando, mas depois viu que era graffiti” (Leandro). Os olhares, nesses discursos, são perpassados por sentidos previamente construídos em relação a esse fazer artístico em específico e sua diferença em relação à pichação³.

Apesar de evidenciarem momentos de apreciação e depreciação do fazer dos jovens, ambas as respostas estão relacionadas com sentidos prévios e são marcadas por

³Quanto às diferenças entre graffiti e pichação entende-se que as duas linguagens se desenvolveram de forma interdependente, porém se diferenciam quanto à estética e à forma de apropriação do urbano (FURTADO; ZANELLA, 2009). O graffiti e a pichação também costumam estar diferenciados por questões de legalidade e ilegalidade, respectivamente (sobre o tema, ver lei nº 9605).

estereotípias. Por exemplo, Maria afirma que o pai gostou porque pinta, e a mãe não gostou porque acha que é “coisa de guri”. Sendo assim, não se evidenciou na opinião dos pais a avaliação da obra, nem a relação da filha com o projeto, ou seja, nesses discursos o gostar parece estar pautado por sentidos historicamente cristalizados.

Pedro, por sua vez, afirmou que o pessoal da escola “achou mal” o graffiti. Quando se perguntou do que as pessoas da escola não gostaram, o jovem citou alguns desenhos específicos. No caso desse jovem, ao longo da entrevista evidenciaram-se outros momentos em que Pedro apresentou opiniões depreciativas sobre o graffiti por eles produzido, sobre a sua produção e que não se sentiu reconhecido pelos outros por meio desse fazer.

Como exemplificado no caso de Pedro, há a possibilidade de que esses jovens tivessem acesso a opiniões específicas dentre as diversas opiniões na escola. Todavia, entende-se que o motivo de cada discurso apresentar as opiniões de forma diferente está relacionado ao modo como os próprios sujeitos do discurso significaram esses olhares. Dessa forma, compreende-se que, ao relatar a repercussão do graffiti coletivamente produzido, os jovens não estão somente refletindo a realidade, mas também refratando-a⁴, sendo que “refratar significa, aqui, que com nossos signos nós não somente descrevemos o mundo, mas construímos - na dinâmica da história e por decorrência do caráter sempre múltiplo e heterogêneo das experiências concretas dos grupos humanos - diversas interpretações (refrações) desse mundo” (FARACO, 2009, p.50). O discurso de Maria, por sua vez, contrapõe-se ao de Pedro: “Todo mundo gostou do muro ali”(Maria).

Ou seja, o que se mostra relevante é a forma como os jovens significaram as opiniões e como esses discursos os marcaram. Houve respostas durante as entrevistas que relataram um sentimento dos participantes de bem-estar ao escutar que as pessoas apreciaram o graffiti. Por exemplo, no discurso de Maria, a jovem diz: “Eu fiquei... elogiada, não sei falar essa palavra. Porque eu falava que fui eu e os meus amigos que fizeram” (Maria).

Maria destaca que o elogio dos outros estava relacionado à sua participação na realização do muro e, dessa forma, contar para as pessoas que o graffiti havia sido feito por ela e seus amigos tornou-se gratificante. Além disso, a jovem afirma que não sabe dizer a palavra que estava procurando: utilizou a palavra “elogiada” como um adjetivo, o que não é usual. É possível pensar que nesse caso ela estava se referindo à palavra “lisonjeada”, que representa o sentimento de agrado quanto a uma ação alheia. Apesar disso, a palavra utilizada dá sentido à frase e, ao mesmo tempo, enfatiza a questão dos olhares dos outros: qualquer que seja o sentimento que ela quis expressar, esse estava emergindo dos elogios alheios.

⁴ Fazemos aqui alusão à perspectiva bakhtiniana que afirma que todo e qualquer signo reflete e refrata a realidade, posto que a apresenta sob uma perspectiva valorativa (Bakhtin (Voloshinov, 2006).

Gustavo também evidencia esse processo de os olhares dos outros contribuírem para a constituição de novos sentidos para si. Ao responder sobre como foi participar do projeto, Gustavo afirmou: “Ah, foi legal, diferente” (Gustavo). A resposta é semelhante à opinião dos outros sobre o graffiti, relatada pelo jovem. Perguntou-se então a ele do que se tratava esse “diferente”, ao que ele respondeu: “Eu sempre via as pessoas fazendo e nunca achei que eu conseguiria fazer” (Gustavo). Essa fala evidencia que conseguir realizar as técnicas propostas nas oficinas foi, para Gustavo, algo além das expectativas sobre si.

Não é a toa que os discursos se repetem, o mesmo sentido de fazer algo “diferente” estava presente tanto no discurso dos outros quanto no do próprio jovem. O acontecimento de ter produzido o graffiti e ter sido reconhecido a partir de outro lugar social foi um contraponto ao seu histórico escolar de fracasso. Assim como seus colegas, “alunos da correção de fluxo que eram vistos bem diferente, que não aprendiam nunca” (orientadora), puderam, com a participação nas oficinas e a visibilidade decorrente da produção coletiva do graffiti, instituir fissuras nos olhares cristalizados sobre si.

Esses novos olhares possibilitaram, por sua vez, modificar as relações dos jovens com o seu entorno e seus posicionamentos diante dessas relações. Essa questão foi vivenciada e relatada pela orientadora da escola: “Eles tiveram um olhar diferente na escola, principalmente quatro meninos ali, a gente percebeu que eles tiveram outra colocação na escola assim... começaram a meio que ‘se achar’, mudou até a fisionomia assim, mais altivez eles tinham na postura. Começaram a ter ‘esqueminha’ com meninas, inclusive um deles, até, hoje virou o ‘garanhãozinho’ da escola. Então a gente observou isso claramente, eles passaram a ser ‘os caras’” (orientadora).

Quando perguntado como se sentia em relação à opinião dos outros sobre o graffiti, Gustavo trouxe um relato que possibilita reconhecer esse movimento: “Me senti profissional, gostei” (Gustavo). Nessa frase o jovem afirma que se sentiu profissional e tal olhar sobre si é disparador da continuidade do fazer artístico, como comentado por ele: “Eu faço uns desenhos, eu compro o spray e faço sozinho” (Gustavo). Se antes Gustavo estava estagnado dentro da escola na posição de aluno problema, com os olhares outros sobre si, possibilitados pela produção coletiva do graffiti, ele pôde investir nesse fazer e ser reconhecido e valorado positivamente por seus colegas. Esse movimento, por sua vez, foi possível observar também com outros jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos discursos dos jovens e da orientadora evidenciou que, com a participação no projeto ArteUrbe e a produção coletiva do graffiti, os jovens tiveram a

possibilidade de serem vistos para além do fracasso escolar. Puderam ser vistos como sujeitos capazes de produzir arte e ocupar outro lugar social.

Contudo, as novas possibilidades de relacionar-se na escola não foram suficientes para anular o lugar de aluno do fluxo atribuído e ocupado pelos jovens. Mesmo alguns participantes tornando-se “os caras”, ainda continuavam apresentando dificuldades para corrigir-se ao fluxo escolar e de se relacionar com as exigências do sistema educacional. As experiências desses jovens dentro das salas de aula continuaram marcadas pelas contradições e tensões características do contexto escolar.

Apesar dessas limitações, é possível afirmar que a experiência do projeto ArteUrbe provocou rupturas no cotidiano da escola, permitindo que os jovens se apresentassem de outro modo diante desse contexto. Em diálogo com o histórico escolar dos jovens participantes, o graffiti coletivo possibilitou romper com a ideia do fracasso como uma característica inerente a esses sujeitos. Através dos diferentes olhares para o graffiti coletivamente produzido, esses “caras” puderam “se achar”, posicionar-se de forma diferente, construir novos lugares para si na trama das relações com os outros. O relato da orientadora educacional com o qual se conclui este texto evidencia, por sua vez, os olhares que os pesquisadores puderam construir sobre as oficinas estéticas a partir dos olhares socialmente produzidos sobre os e com os alunos do fluxo, aqui apresentados:

“Queira ou não eles sempre foram reprovados, de varias maneiras, as produções escolares deles (alunos do fluxo) sempre foram reprovadas. E eles fincaram ali no muro, eternizaram de alguma maneira, a produção destes caras que foram derrotados, não sei como podemos chamar isso. E todo mundo curtiu aquilo, saíram da sala pra ir ao muro olhar. E de vez em quando ainda falam, eu sou uma que vou de vez em quando na janela e olho o muro. Então ficou eternizado, e acho que eles têm uma identificação muito grande com esta questão do graffiti. A gente percebeu que deu um ‘up’ neles, pegou na estima dessa gurizada” (orientadora).

REFERÊNCIAS

BAKHTIN, M. (VOLOSHÍNOV, V.N.). **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BARBERO, J. M. A mudança na percepção da juventude: sociabilidades, tecnicidades e subjetividades entre jovens. In: BORELLI, H. S. S. de; FILHO, F. (Org.). **Culturas juvenis no século XXI**, São Paulo: Educ, 2008, v.3, n.1, p. 9-32.

BARROS, J. P. P. Contribuições de Vigotski e Bakhtin para o Conceito de “Social” na Psicologia. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v.7, n.1, p. 121-129, Jan/Jun. 2012.

BARROS, J. P. P.; PAULA, L. R. C de; PASCUAL, J. G.; COLAÇO, V. F. R.; XIMENES, V. M. O conceito de "sentido" em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 74-181, Ago. 2009.

BRAIT, B. Análise e teoria do discurso. In: BRAIT, B. (Org.). **Bakhtin: outros conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2006, p. 8-31.

BRITO, R.; ZANELLA, A. V. Jovens e cidades: a experiência do projeto ArteUrbe. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n.1, p. 43-62, 2012.

FARACO, C. A. **Linguagem & diálogo: as ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin**. São Paulo: Parábola, 2009.

FONSECA, T. M. G. A Cidade Subjetiva. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P.G. (Org.). **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

FREITAS, M. V. Jovens no ensino supletivo: na escola e na rua. In: SILVA, L. H. (Org.). **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 2000.

FURTADO, J. R.; ZANELLA, A. V. Graffiti e Pichação: relações estéticas e intervenções urbanas. **Visualidades**, Goiania, v. 7, n.1, p. 140-154, 2009.

FURTADO, J. R.; ZANELLA, A. V. Artes visuais na cidade: relações estéticas e constituição dos sujeitos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n.2, p. 309-324, 2012.

MACHADO, A. M.; PROENÇA, M. (2004). As crianças excluídas da escola: um alerta para a psicologia. In: MACHADO, M. A. & PROENÇA, M. (org) **Psicologia Escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 39-54.

OLIVEIRA, J. B. A.. (2002). Correção do fluxo escolar: um balanço do programa acelera Brasil (1997-2000). **Cadernos de Pesquisa**, n. 116, p. 177-215, jul. 2002.

ROCHA, M. L. Educação em tempos de tédio, In: TANAMACHI, E. R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. (Org). **Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p. 185-207.

ROCHA, M. L da. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **PSICO**, Rio de Janeiro, v.37, n.2, p.169-174, maio/ago. 2006.

NUERNBERG, A.H.; ZANELLA, A.V. A relação natureza e cultura: O debate antropológico e as contribuições de Vygotski. **Interação**, v. 7, n. 2, p. 81-89, 2003.

VIGOTSKI, L. S. Manuscrito de 1929. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.21, n.71, p. 21-44, jul. 2000.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia Pedagógica**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância**. São Paulo: Ática, 2009.

ZANELLA, A. V. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 99-104, mai/ago. 2005.

ZANELLA, A. V. "Pode até ser flor se flor parece a quem o diga": reflexões sobre educação estética e o processo de constituição do sujeito. In: DA ROS, S. Z.; MAHEIRIE, K.; ZANELLA,

A. V. (Orgs.). **Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência.** Florianópolis: NUP/CED/UFSC, 2006.

ZANELLA, A.V. Youth, art and city: research and political intervention in social psychology. **Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales**, v. 3, p. 105-116, 2013.

O MAL-ESTAR NO TRABALHO DE PROFESSORAS DAS SÉRIES INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL DE PORTO VELHO

Denise Teodoro Sampaio

Luís Alberto Lourenço de Matos

INTRODUÇÃO

O ensino tem passado, há alguns anos, por um célere processo de profundas transformações. As acentuadas mudanças políticas, econômicas e sociais, concretizadas por meio das reformas educacionais, vêm introduzindo novos desafios à educação, especialmente sobre os professores. O professor se depara, assim, com uma realidade globalizada, complexa, exigente e em transformação, à qual tem dificuldade em responder. Diante de tantas demandas e desafios colocados pela sociedade atual, o professor se vê frente a problemas resultantes de tensões que passou a ter que enfrentar.

Em função das reformas educacionais, houve várias transformações no sistema educacional, principalmente no que diz respeito à organização do trabalho e à estruturação e valorização social das atividades docentes. Diante dessas mudanças, os professores enfrentam atualmente dificuldades em executar de forma segura o seu trabalho, sentindo-se impotentes na realização do mesmo, muitas vezes sendo alvo de críticas e responsabilizados pelas falhas do sistema educacional. Isso geraria o chamado “mal-estar docente”.

O termo, empregado inicialmente por José Manuel Esteve (1999a), refere-se ao conjunto de reações dos professores como um grupo profissional desajustado pela mudança social e tem sido utilizado para descrever os efeitos permanentes e negativos que afetam a personalidade do professor e que surgem como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência. O mal-estar docente se refere aos sentimentos de

desmoralização, de desmotivação ou de desencanto que se manifestam nos professores pelas vicissitudes do processo educacional.

Ao considerar os possíveis fatores causadores da presença do mal-estar docente, Esteve (1999a) utilizou a classificação estabelecida por Blase (1982), que se constitui em fatores primários e secundários. O autor define como fatores primários os que “incidem diretamente sobre a ação docente, limitando-a e gerando tensões de caráter negativo em sua prática cotidiana” (p. 47). Entre eles, podemos destacar: a falta de recursos materiais e condições de trabalho, aumento da violência nas instituições escolares e a acumulação de múltiplas exigências sobre o professor.

Para Esteve (1999a), os fatores secundários se referem às “condições ambientais, ao contexto em que se exerce a docência” (p. 27). A ação desses fatores se dá de forma indireta, afetando a eficácia docente ao “promover uma diminuição da motivação do professor no trabalho, de sua implicação e seu esforço” (p. 27). Entre eles, destacamos a modificação do papel do professor e dos agentes tradicionais de socialização, o aumento da contestação e das contradições na função docente, a modificação do apoio do contexto social, o avanço contínuo do conhecimento, o que exige um esforço extraordinário para acompanharmos essa evolução e declínio da imagem do professor pelo contexto social.

Desse modo, para Esteve (1999a), ser professor tem implicado assumir um ofício de forte impacto emocional, potencialmente causador de estresse, ansiedade, depressão, sofrimento psíquico, *burnout* e mal-estar em virtude das demandas que recaem sobre ele. A reunião de todas essas exigências sobre o trabalho docente tem feito com que muitos professores não consigam responder adaptativamente quando confrontados com demandas que extrapolam os seus recursos.

Com tantas pressões advindas das mais variadas situações, o trabalho docente é alvo de grandes impactos. De acordo com o exposto, concordamos com Brand (2008) a respeito da ambivalência da profissão docente, pois o ensino tanto pode ser vivenciado com otimismo e se transformar numa forma de autorrealização profissional, de sentido a toda uma vida, como pode ser causador de mal-estar, tornando-se nocivo à saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem utilizada na pesquisa foi a qualitativa, norteadas a partir das concepções de Minayo (2008). O *lócus* para a realização da pesquisa foi definido de acordo com os seguintes aspectos: 1) escola de ensino fundamental de Porto Velho, localizada na zona urbana – séries iniciais – que apresentasse o maior número de afastamentos por licenças médicas e/ou transferências de professores e que apresentasse condições de trabalho mais desfavoráveis; 2) escola de ensino fundamental de Porto Velho, localizada na zona urbana –

séries iniciais – que apresentasse situação oposta à da primeira escola. De acordo com os critérios estabelecidos, a Secretaria Municipal de Educação (SEMED) indicou duas escolas de ensino fundamental.

Os professores participantes do estudo foram escolhidos aleatoriamente dentre os docentes que atuavam há mais de um ano em sala de aula. O número total de participantes foi definido em função dos professores que aceitaram participar da pesquisa e do critério de saturação – as falas tornaram-se repetitivas e já não permitiam a formulação de novas categorias de análise. Vale ressaltar que a amostra foi constituída apenas por mulheres. Foram escolhidas cinco professoras para cada escola, totalizando dez professoras.

Os objetivos propostos no presente trabalho foram analisar os relatos das professoras das séries iniciais do ensino fundamental de Porto Velho a respeito da presença ou não do mal-estar e as suas repercussões no seu trabalho, identificar e analisar o significado atribuído pelos professores aos fatores que levam ao mal-estar docente e identificar as manifestações do mal-estar docente nos relatos dos professores das séries iniciais do ensino fundamental de Porto Velho.

A partir de entrevistas semiestruturadas, procuramos escutar as professoras individualmente, visando à compreensão do fenômeno do mal-estar na docência. Nesse sentido, foi elaborado um roteiro para a entrevista que continha uma lista de tópicos que guiaram uma conversa com a finalidade de contribuir para o surgimento de novos temas e questões trazidas pelo entrevistado durante o trabalho de campo (MINAYO, 2008).

O exame dos dados coletados foi realizada por meio de uma análise de conteúdo, com base nas definições de Bardin (1977).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

- A presença do mal-estar docente na educação e os seus fatores

A partir das falas das professoras, surgiram três categorias relacionadas aos fatores que levam ao mal-estar docente: 1) mudanças no papel do professor; 2) desvalorização profissional e baixos salários; 3) violência no ambiente escolar.

Esses fatores estão relacionados tanto aos fatores primários – os que incidem diretamente sobre a ação do professor em sala de aula –, como é o caso da violência no ambiente escolar, bem como aos secundários – referentes às condições ambientais, ao contexto em que se exerce a docência (ESTEVE, 1999a), aqui representados pelas mudanças no papel do professor e a desvalorização profissional. No entanto, em termos práticos, torna-se difícil fazermos essa separação, pois entendemos que eles estão muito interligados, como pode ser observado no tocante às mudanças no papel do professor quanto aos baixos salários.

É importante ressaltar que nas três categorias as professoras da segunda escola foram mais críticas em seus relatos e apresentaram maior necessidade de abordar o assunto do que as professoras da primeira escola.

Mudanças no papel do professor

Essa categoria está relacionada às mudanças no contexto social, principalmente aquelas que se referem à emergência de uma nova configuração familiar que tem provocado mudanças no papel tradicional de pai e mãe e na sua inserção cada vez maior no mundo do trabalho, o que tem acarretado a transferência de novas responsabilidades aos professores e problemas diante da falta de apoio e acompanhamento dos pais no processo educativo.

Para Esteve (1999a), ao discutir a respeito dos fatores do contexto externo do trabalho docente que contribuiriam para o mal-estar dos professores, há relações entre as transformações no contexto social e a falta de apoio dos pais, quando percebemos que, nas últimas décadas, os professores têm sentido o aumento das responsabilidades e exigências por parte da sociedade em relação ao seu trabalho, assumindo novos papéis diante do fenômeno relatado pelas professoras da ausência da família do processo pedagógico e da educação familiar.

O relato presente em todas as falas das docentes permitiu categorizar esse primeiro fator como o mais recorrente. Demonstraram que se sentem bastante incomodadas pelo fato de acreditarem que a participação e o acompanhamento dos pais no processo educativo, com o objetivo de complementá-lo e reforçá-lo, são de extrema importância para a prática diária do trabalho docente, o que não acaba ocorrendo.

Segundo as professoras, de modo geral, a falta de acompanhamento escolar dos filhos interfere na aprendizagem individual e coletiva, em virtude de as atividades não ocorrerem de forma padronizada e homogênea para todos os alunos. A falta de interesse dos pais e o fato de não terem com quem dividir as responsabilidades podem produzir alunos desmotivados e, conseqüentemente, o processo educativo como um todo corre o risco de se tornar desmotivador e afetar a eficácia do trabalho docente, quando os professores não percebem o progresso do seu trabalho e, em decorrência, experimentam a presença do mal-estar docente.

Nesse sentido, percebemos que muitos dos sentimentos relativos ao mal-estar docente são oriundos do fracasso, referente não só à falta de aprendizagem, mas também ao desânimo, ao desinteresse por parte dos alunos que as professoras entendem estar relacionados à falta de apoio dos pais, e, com isso, dá-se início à instauração de um ciclo vicioso de desmotivação que parece envolver a todos nessa trama.

A discussão acima nos remete ao tema do fracasso escolar, baseada na obra de Patto (2002). Esse fenômeno recebeu diversas explicações ao longo da história, mas sempre atingiu, sobretudo, as classes sociais menos privilegiadas.

Assim, como visto em Patto (2002) e Angelucci *et al* (2004), as professoras tendem a culpabilizar os alunos ou seus pais pela não aprendizagem ou pelos problemas enfrentados no processo de aprendizagem, resultando muitas vezes em fracasso escolar.

A esse respeito, as professoras entrevistadas desta pesquisa fazem alguns apontamentos que ajudam a explicar, segundo elas, as razões pelas quais os pais estão ausentes do contexto escolar e das responsabilidades na participação da vida escolar dos filhos quando destacam os problemas familiares e individuais dos alunos como as causas do fracasso escolar, como, por exemplo, a falta de interesse e participação da família que não acompanha e incentiva a criança na escola, a desestruturação familiar (separação dos pais, vida familiar sofrida, violência doméstica, abuso sexual de crianças, pais presidiários envolvidos com a criminalidade, envolvimento dos pais e/ou filhos com o uso de drogas, problemas emocionais, desemprego, excesso de trabalho dos pais para garantir o sustento da família), a falta de motivação e interesse do aluno em relação aos estudos, causas biológicas, distúrbios psíquicos, entre tantos outros.

Porém, desse modo, a análise que as professoras fazem corre o risco de ser superficial, não atingindo o cerne da questão, além de contribuir para a naturalização do fracasso escolar. Assim, novamente, repete-se o ciclo da culpabilização quando essa visão das professoras revela o caráter ideológico subjacente à mesma, que finda por atribuir ao aluno pobre e sua família a culpa pelo fracasso escolar, retirando do sistema público de ensino e da escola as responsabilidades que lhes competem.

Nessa perspectiva, correm também o risco de cometerem o mesmo erro que é cometido contra elas pela sociedade, famílias ou alunos, ao acusarem-nas pelo fracasso escolar ao despreparo, à incompetência ou ao seu desequilíbrio emocional, assim como fazem as professoras ao atribuírem a culpa às famílias e aos alunos, ao desconsiderarem os processos político-sociais e a escola como instituição presente no interior das contradições de uma sociedade de classes (ASBAHR; LOPES, 2006).

Diante disso, não se trata de negar a importância da família no processo educativo da criança. Não há como negar que problemas estruturais nas famílias ou de outra natureza possam afetar o processo de aprendizagem dos alunos, mas deve-se atentar para o fato de que parece haver uma falta de habilidade dos professores em promoverem uma maior aproximação da escola com a família, quanto dos pais em relação à compreensão daquilo que é a realidade escolar.

O estabelecimento de parcerias entre a escola e a família poderia resultar em maiores benefícios no processo formativo do aluno, pois ambos possuem uma função importante na educação das crianças. Juntos, poderiam buscar apoio do poder público para o cumprimento das responsabilidades que este possui com a educação dos alunos, também sujeitos de toda esta discussão.

Assim, nessa primeira categoria, observamos que as modificações do contexto social afetam a participação da família no que se refere ao apoio e acompanhamento dos pais no processo educativo, o que ocasiona o aumento das exigências da sociedade em relação ao trabalho docente. Esse distanciamento dos pais em relação ao processo educativo dos filhos, motivado pelos mais variados fatores, é fonte de grande incômodo para as professoras, o que contribui para a presença do mal-estar docente.

Desvalorização profissional e baixos salários

Essa segunda categoria identificada nas entrevistas foi estabelecida como mais um dos fatores que concorrem para a presença do mal-estar docente nas escolas pesquisadas. Os dois temas estabelecidos ao compor essa segunda categoria foram agrupados pelo fato de todas as dez professoras participantes da pesquisa relacionar os baixos salários com a desvalorização profissional, destacando a potencialização desses dois fatores na produção do mal-estar docente.

A maioria das professoras entrevistadas nas duas escolas em nossa pesquisa se sente desvalorizada pela sociedade como um todo e, em suas falas, comparam seus baixos salários com os de outros profissionais mais valorizados nas suas respectivas ocupações quando dão sentido a essa desvalorização.

Outro aspecto importante em relação à desvalorização profissional está relacionado à classe política que, segundo as professoras, não reconhece o valor do professor e é apontada, em grande parte, como a responsável pela situação em que as professoras se encontram.

As professoras sentem-se injustiçadas e afrontadas com os salários recebidos por elas, quando comparados com os dos parlamentares, quando muitos não possuem nem mesmo um curso superior. Os políticos foram formados por professores e, quando estes alcançam o poder, não fazem muito esforço para reconhecer as necessidades daqueles e valorizar mais essa classe. Para elas, o problema dos baixos salários se relaciona com a recusa do poder público em não valorizar efetivamente a educação.

As análises das professoras, apesar de bastante pertinentes, não levam em consideração que a desvalorização profissional, associada aos baixos salários, é um processo que vem ocorrendo há anos, fruto de um modelo político e econômico mundial, conhecido como neoliberalismo que, segundo Matos (2005, p. 49), “levou a um redimensionamento do papel político e econômico do Estado atuando, drasticamente, no enfraquecimento do poder dos sindicatos, no controle dos gastos públicos, na redução dos encargos sociais, nos investimentos na economia [...]” com resultados nefastos para a educação e, consequentemente, para o salário dos professores.

Para muitas professoras, não resta alternativa, diante dos poucos salários percebidos, a não ser o aumento da sobrecarga de trabalho, o enfrentamento de várias jornadas de trabalho

como forma de melhoria salarial. Para Lourencetti (2006), a perda do poder aquisitivo acaba por obrigar os docentes ao aumento da sua jornada de trabalho, o que resulta em pouco tempo para a pesquisa, estudo, planejamento, investimento pessoal, lazer e trabalho.

Ao ter que se submeter a um excesso de trabalho para tentar suprir os baixos salários, pode haver um comprometimento no desempenho e na qualidade da educação oferecida aos alunos, pois no tempo que teria para se dedicar mais e melhor tanto aos próprios estudos quanto à elaboração das aulas ou às correções das tarefas ocupa-se em outras jornadas de trabalho. Com isso, o acúmulo de funções vai gerando nesse profissional um sentimento de incompetência e autoculpabilização por não dar conta de cumprir com todos os quesitos exigidos, sobretudo os resultados esperados pelos gestores.

Algumas professoras relacionam a insuficiência salarial com a dificuldade de manter-se atualizada. Para elas, o salário não deveria ser suficiente apenas para o sustento familiar, mas também para o “sustento intelectual”, para a busca de conhecimentos capaz de auxiliá-las no exercício do seu ofício, considerando a velocidade com que o conhecimento é produzido e até mesmo modificado na sociedade contemporânea. Criticam também os cursos de capacitação desinteressantes, oferecidos pela prefeitura e pelo Estado. Para elas, seria melhor ter um salário que permitisse ao professor investir individualmente em sua carreira, diante das novas exigências docentes, ao invés de ficar fazendo vários cursos que pouco acrescentam à sua formação. Observamos, portanto, uma ambiguidade em relação aos cursos de formação e capacitação, pois de um lado há os que defendem a sua importância e, de outro, os que os veem com descrédito.

Além das dificuldades para a promoção do lazer e dos cuidados com a saúde, as professoras também relatam o sacrifício despendido para concluir a sua formação. Quando abordam esses aspectos, sentem-se desvalorizadas em função do salário recebido. Essa questão parece estar ligada ao processo da feminização do magistério já que, para estudar, muitas mulheres têm que acumular funções, como as de dona de casa e mãe.

Após tudo o que foi discutido, podemos afirmar que, para as professoras entrevistadas, a questão salarial é um fator fundamental no seu trabalho. Elas tiveram que enfrentar uma série de dificuldades, para poderem se formar, e lutam para terem o seu trabalho reconhecido e uma situação mais digna, capaz de propiciar a sua subsistência. Além disso, tiveram que ampliar a sua jornada de trabalho e protelar muitos de seus sonhos.

Violência na escola

Essa terceira categoria foi apontada como fator causador de mal-estar docente, constituindo-se em fonte de sofrimento para as professoras participantes desta pesquisa, as quais a percebem como uma ameaça real, sentindo-se acuadas no interior de seu próprio ambiente de trabalho. Difuso e presente tanto dentro quanto fora dos muros que cercam as

escolas, o fenômeno da violência retrata uma realidade social presente nas histórias de vida das docentes.

Uma das formas de violência, no presente estudo, está relacionada à depredação do patrimônio público, por parte dos alunos, que pode ter como aspectos motivacionais o dano ao patrimônio, mas também uma forma de vandalismo causado por vingança. As professoras dizem se sentir impotentes diante de tais atos pelos problemas relativos ao possível constrangimento causado aos alunos.

Algumas professoras se queixam da dificuldade em responsabilizar o aluno pelo ato de vandalismo contra a escola pelas leis que amparam as crianças e os adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para elas, o estatuto instaurou o caos no cenário escolar ao criar obstáculos à educação dos alunos envolvidos com a violência numa instituição que deveria transformá-los em cidadãos.

O grande número de questionamentos trazidos revela um sentimento de indignação em relação à falta de direitos dos professores, quando comparados aos dos alunos. Para uma das professoras, os alunos, amparados pela lei, têm apenas direitos. Associado à indignação também está presente um sentimento de insegurança sobre o que fazer diante de uma legislação em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, sobre o seu papel como docente. Para ela, a “reeducação” não é papel da escola e do professor. No entanto, quando diz saber sobre o ECA, generaliza a forma de expor suas ideias, a partir do senso comum, da opinião da maioria das docentes e aponta para a ressalva de que o estatuto defende a criança infratora e penaliza o professor.

Uma das docentes faz referência à mudança da clientela, o que acarretou o surgimento de vários problemas, dentre os quais a falta de respeito pelos professores. Houve também alterações no sistema de valores, sobretudo no crescimento desenfreado do desejo de ostentação e de consumo que, quando não satisfeito, pode provocar frustrações e atos de violência.

Esses novos alunos, muitos procedentes de realidades sociais e culturais diferentes, e a necessidade de respostas adequadas a esse novo contexto ocasionaram dificuldades notáveis quanto ao fato de a escola lidar com grupos cujas referências de sociabilidade se constituem fora do ambiente escolar, cujas regras, muitas vezes, conflitam com a disciplina e os valores da instituição (CARRARO, 2009).

E, assim, o professor, por estar inserido nesse contexto dentro da realidade do trabalho docente, pode vir a se defrontar com diversas situações de uma possível violência que venha comprometer a sua integridade física e daí a necessidade de uma maior compreensão das condições sociais em que esses alunos possam estar inseridos.

A proximidade do seu trabalho com crianças pertencentes a famílias em que o crime e a violência se fazem presentes faz com que as professoras, ao invés de se sentirem plenas ao

realizar o trabalho enquanto educadoras, corram o risco de vir a apresentar, ao longo dos anos, sentimentos de mal-estar docente.

As agressões verbais ocorrem diariamente na escola e são as mais comuns entre os alunos, os pais e os professores e têm um importante efeito na constituição do mal-estar docente. No entanto, demonstramos a importância da experiência profissional e da compreensão sobre o peso e o valor pessoal dos anos de dedicação e formação profissional para manter-se equilibrado diante da indignação de um ato de agressão verbal.

Outro dado apontado que deixa transparecer o mal-estar docente se apresentou com relação aos casos de prostituição infantil e a ocorrência de pedofilia com atos de violência e estupro. Para algumas professoras, é difícil não trazer esse problema para dentro do seu lar e não se preocupar com as crianças que foram abusadas sexualmente, o que é fonte de indignação e de sofrimento. No entanto, em virtude do medo, muitas se sentem paralisadas e se calam diante da violência. Assim, tornam-se também cúmplices do silêncio, como a maioria da sociedade, e, em muitos casos, da própria família da vítima.

Para as professoras entrevistadas, a docência está se tornando uma atividade de risco, e a escola, um ambiente de trabalho inadequado para o professor executar suas funções. Ameaças diretas ou indiretas, ofensas, agressões físicas ou verbais e até mesmo o risco de morte no ambiente de trabalho, lugar que deveria ser o palco do conhecimento e da evolução humana, têm transformado a escola, para muitos professores, numa prisão, num hospício ou num inferno.

Os atos de violência tendem a ser tratados de forma individual e isolados como se fossem problemas de caráter pessoal dos alunos ou dos professores. É preciso dar ênfase a todas as ações de violência, sejam elas situações mais simples ou mais graves, e não restringir a atuação às ações que dizem respeito a conflitos mais graves. A atuação clara da escola e dos professores, sem se omitir do problema da violência nas escolas, contribuirá para o abrandamento dessa questão. Entender a violência como fator causador do mal-estar docente é perceber que tanto o professor, a escola, a família quanto a criança são vítimas e sujeitos de um sistema social, político e econômico opressor.

A análise da categoria violência mostrou que as relações interpessoais na escola tornaram-se conflituosas e, como muitos docentes não sabem como lidar com essas situações, estão renunciando ao seu papel formativo, não conseguindo se sentir aceitos pelos alunos nas suas atribuições de professor e envolvê-los nessa discussão que poderia ser bastante salutar para todos. Diante dessa situação, os professores, muitas vezes, sentem medo do comportamento agressivo dos alunos e sofrem em virtude da dificuldade em exercer o seu ofício, o que os leva a uma situação de desgaste e adoecimento.

Manifestações do mal-estar docente

Essa categoria visa mostrar as principais manifestações do mal-estar que acomete as professoras nas escolas pesquisadas. Essas manifestações foram observadas tanto nas professoras da primeira quanto da segunda escola, afetando todas indistintamente.

De acordo com Esteve (1999a), ao definir as consequências do mal-estar docente, a necessidade do afastamento é algo que se relaciona com os níveis de estresse a que estão submetidos os professores a partir de exigências constantes, jornadas de trabalho muito longas, a violência praticada pelos alunos, a cobrança para fazer os alunos aprenderem dentro das situações mais adversas, ambientes insalubres, salas repletas de alunos, pouco ventiladas e mal iluminadas.

São situações, enfim, que trazem sofrimento e propiciam o desenvolvimento de doenças, que, por consequência, podem levar à necessidade de afastamento. No caso de várias professoras entrevistadas em nossa pesquisa, uma das principais manifestações do mal-estar docente está relacionada aos acometimentos crônicos e recorrentes com o uso da voz, variando desde problemas sérios relativos aos distúrbios vocais, como também problemas mais simples, relacionados à rouquidão ou perda temporária da voz.

As manifestações do sofrimento relatado pelas falas das professoras abrangem o cansaço, a irritabilidade, o choro, a angústia, a frustração e a ira, pelo fato de os alunos, de maneira geral, não estarem preocupados em estudar e o sentimento de impotência por não saber o que fazer para que os alunos alcancem resultados satisfatórios e apresentem um melhor comportamento, apesar de todos os esforços despendidos. A presença de sintomas de estresse, como manifestações do mal-estar docente, possui uma grande capacidade de interferir, direta ou indiretamente, no campo profissional e pessoal de suas vidas, o que deixa claro que o mal-estar não se circunscreve somente ao trabalho.

Concluimos, a partir do relato das entrevistas, que tanto os problemas crônicos com a voz, o medo do afastamento, o sentimento de culpa pelo estado improdutivo assim como a presença do estresse e de seus agentes estressores e a presença dos sintomas do *burnout* – o estado crônico do estresse (CODO, 2006) - constituem o fenômeno do mal-estar docente, o qual se reflete no trabalho das professoras. De modo geral, o mal-estar parece estar presente tanto entre as professoras que querem desistir da profissão, quanto entre as que pretendem permanecer, fenômeno que vai se desencadeando ao longo da trajetória profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante aos fatores que levam ao mal-estar docente, os relatos das professoras, independentemente da escola em que trabalham, levaram à identificação de três categorias de análise baseadas no referencial teórico de Esteve (1999a, 1999b, 2004): as modificações no

papel do professor, desvalorização profissional e baixos salários, violência na escola. Em todas as categorias, as professoras da segunda escola mostraram-se mais críticas, demonstrando sempre maior necessidade de abordar cada um dos fatores causadores de mal-estar.

E, assim, buscando responder ao objetivo geral da presente pesquisa, podemos dizer que os fatores desencadeantes das consequências do mal-estar têm causado várias manifestações do mal-estar docente como resposta às mudanças nos contextos político, econômico, social e cultural as quais criam obstáculos não apenas ao desempenho do trabalho docente, mas também à vida pessoal de cada uma delas. A identificação das várias manifestações de mal-estar em todas as professoras condiz com o que a literatura pertinente ao tema tem demonstrado. Tais manifestações nos possibilitam afirmar que o mal-estar na educação está presente nas professoras entrevistadas, afetando-as de maneira significativa.

Para finalizarmos, é importante ressaltar que as professoras pesquisadas estão sofrendo, sentindo-se desamparadas por não conseguirem atender às expectativas em relação ao seu trabalho. Nesse sentido, julgamos ser fundamental não só dar visibilidade ao fenômeno do mal-estar docente, mas também criar as condições propícias para que as professoras possam ser reconhecidas como figuras essenciais no processo de escolarização, assumindo a dimensão de educadoras de forma a possibilitar profundas transformações no âmbito escolar que possam resultar em relações mais saudáveis no trabalho.

REFERÊNCIAS

ANGELUCCI, C.B. et al. O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 1, Jan/Abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n1/a04v30n1.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2011.

ASBAHRL, F.S.F.; LOPES, J.S. “A culpa é sua”. **Revista de Psicologia da USP**. 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n1/v17n1a05.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BLASE, J.J. A social-psychological grounded theory of teacher stress and burnout. **Educational Administration Quarterly**, v. 18, n. 4, p. 93-113, 1982.

BRAND, R.M.W. O mal-estar e os riscos da profissão docente. In: **Seminário de Pesquisa Qualitativa: Fazendo Metodologia**, 6, 2008, Rio Grande, 2008, p. 1-16. Disponível em: <http://www.app.com.br/portalapp/uploads/opiniao/CCSA-%20Em%20Revista%20_2_.pdf>. Acesso em: 03 set. 2010.

CARRARO, P. Violência nas escolas. In: **UFF Debate Brasil**, 2009. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2009, p. 1-7. Disponível em: http://www.uff.br/obsjovem/mambo/images/stories/Documentos/Carraro_Violencia_escolas%5b1%5d.pdf. Acesso em: 05 set. 2011.

CODO, W. (Coord.). **Educação**: carinho e trabalho. 4 e. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação, Universidade de Brasília, Laboratório de Psicologia do Trabalho, 2006.

ESTEVE, J.M. **O mal-estar docente**: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: EDUSC, 1999.

_____. Mudanças sociais e função docente. In: NÓVOA, A. (org.). **Profissão professor**. Porto: Porto Editora, 1999b, p. 93-124.

_____. **A terceira revolução educacional**: a educação na sociedade do conhecimento. São Paulo: Moderna, 2004.

LOURENCETTI, G.C. O processo de intensificação no trabalho docente dos professores secundários. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 29, 2006, Caxambu. **Reuniões Anuais...** Caxambu: ANPED, 2006. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/inicio.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

MATOS, L.A.L. **Docência na educação superior pública e privada**: um estudo com professores de Porto Velho. 2005. 260 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

PSICOPEDAGOGIA: DEMANDAS E QUEIXAS ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA-UNIR

Ana Lúcia Oliveira de Freitas

Fernando Melo

Graciele Castoldi

Lorraine Soares

Maria Mendonça de Andrade

Fátima Aparecida de Souza Maia Queiroga

INTRODUÇÃO

O curso de psicologia foi criado em 1988, com base na resolução nº 048/88, no dia 14 de outubro de 1988, na modalidade de licenciatura. Inicialmente, o curso contava apenas com a licenciatura, logo após foi implantada a formação em psicologia. Assim, o curso foi aprovado no Consun pela resolução nº 049/91, que também aprovou seu regimento interno e reformulou as suas habilitações. A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (lei nº. 9394/1996), no que se refere aos cursos de psicologia, com a substituição do conceito de habilitação para o de terminalidade, pressupõe que todos os cursos de psicologia possuam *a priori*, de acordo com legislação supracitada, as três antigas habilitações: licenciado, bacharel e psicólogo.

A primeira turma do curso de psicologia se iniciou em 1989 e, próximo ao término da mesma, houve a necessidade, aliada à exigência legal, da implantação de estágio e, para a área clínica, a criação de uma clínica-escola. O Serviço de Psicologia Aplicada/SPA, da Unir, foi inaugurado em 27 de agosto 1993, atendendo à necessidade de estágios desde a primeira turma de formandos.

O SPA tem por finalidade o apoio acadêmico, com atendimento à comunidade de baixa renda por meio da prática dos discentes e com orientação e supervisão dos docentes do curso de psicologia da UNIR. Os estágios oferecidos atualmente na clínica de psicologia são nas áreas de Psicologia de Orientação Analítica-POA, Psicologia Cognitiva Comportamental, Abordagem Centrada na Pessoa-ACP, Ludoterapia e Psicopedagogia. Sendo que, em média, são cinco estagiários em cada área, que têm a possibilidade de atender às faixas etárias de crianças, adolescentes e adultos.

O presente estudo tem como objetivos analisar e quantificar as fichas de triagens do ano de 2012 das crianças atendidas pelo SPA/UNIR. Essas crianças foram encaminhadas para atendimento em ludoterapia e psicopedagogia e as fichas de triagem dessas crianças atendidas foram analisadas, e quantificados as queixas, a idade, o sexo e quem encaminhou essas crianças para serem atendidas.

SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA/CLÍNICA-ESCOLA: IMPORTÂNCIA

SPA - Serviço de Psicologia Aplicada - é um setor da Universidade Federal de Rondônia-Unir que presta um importante serviço ao público externo, oferecendo atendimento psicológico e psicopedagógico de qualidade à população de baixa renda. O SPA possibilita aos alunos do curso de psicologia da Unir realizarem seus estágios, requisito obrigatório no curso de graduação. Os estágios são supervisionados e orientados pela equipe de psicólogos/docentes do curso de psicologia da Unir, sempre atentos às demandas dos alunos e de seus pacientes.

Segundo Peres *et al.* (2003), a clínica-escola tem por objetivo possibilitar a formação dos alunos, mediante a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, adquiridos durante o curso, contribuindo para uma formação adequada. A clínica-escola objetiva expandir conhecimentos adquiridos no curso de psicologia para além da teoria e vivenciar a teoria na prática, bem como expandir e adequar os fazeres psicológicos e psicopedagógicos com a realidade e as demandas sociais e culturais da atualidade. O SPA-Unir também exerce papel social de grande importância, uma vez que oferece à população economicamente desfavorecida possibilidade de acesso a serviços psicológicos e psicopedagógicos gratuitos e de qualidade.

Pode ser usada também a denominação de Clínicas-Psicológicas-Escola, que são clínicas que oferecem serviço de psicodiagnóstico, psicoterapia individual e grupal à população. Contam, em alguns casos, com outros atendimentos especializados, como neurológico, fonoaudiológico, assim como outros profissionais. O serviço de Psicologia da Unir possui apenas atendimento psicológico individual e grupal e psicopedagógico individual,

contando com os estagiários e supervisores das suas respectivas áreas e com um profissional fixo de psicologia na instituição.

A equipe de estagiários e seus supervisores tem como objetivos preparar o aluno para atendimento psicopedagógico individual, clínico-individual e coordenar grupos de psicoterapia com crianças, adolescentes e adultos. Diversos aspectos estão incluídos nessa aprendizagem, tais como a articulação da teoria com a prática, considerações sobre as questões éticas, discussão de características específicas da clientela do SPA (população de baixa renda).

O supervisor faz o acompanhamento do trabalho dos estagiários e em geral a supervisão é dada ao grupo de estagiários (cinco alunos), em encontros semanais. No grupo cada estagiário relata as sessões realizadas durante a semana, para que sejam discutidas todas as questões relativas ao atendimento, do ponto de vista teórico e do técnico. Cada estagiário deve ser motivado a procurar seu estilo pessoal, desenvolvendo sua identidade profissional dentro do campo, pautado pela ética na relação terapêutica. A preparação inicial dos estagiários para as entrevistas de triagem, procedimentos nos atendimentos e aspectos burocráticos é orientada através das informações contidas no regimento interno do SPA.

Os estagiários têm como funções participar das sessões de supervisão, aprofundar seus conhecimentos teórico-técnicos por meio de estudo pessoal ou em grupo (formando grupo de estudos) e atender a clientes encaminhados ao SPA-Unir.

As entrevistas de triagens têm por finalidades o acolhimento do cliente no SPA e a avaliação de cada caso, em função de critérios como tipo de patologia, indicação para as áreas de estágio, nível socioeconômico, etc.

Segundo Herzberg (1996), nas clínicas-escola, o estudante de psicologia faz grande parte de sua formação clínica, e a maior parte do grupo de profissionais que nelas trabalham é constituída por alunos.

ATENDIMENTO EM PSICOPEDAGOGIA NO SPA/UNIR

Segundo a Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp), a psicopedagogia é um campo de atuação em saúde e educação, que lida com o processo de aprendizagem humana: seus padrões normais e patológicos considerando a influência do meio - família, escola e sociedade - no seu desenvolvimento, utilizando procedimentos próprios da psicopedagogia.

A psicopedagogia constitui-se como área de conhecimento por seu objeto específico, o processo de aprendizagem e as dificuldades dele decorrentes. Esse campo de atuação se caracteriza pelo desenvolvimento de instrumentos específicos de abordagem de seu objeto, podendo atuar tanto na área institucional como na clínica.

Hoje é inegável o reconhecimento da contribuição social e científica da psicopedagogia e dos psicopedagogos na realidade brasileira. Embora a referência seja a psicopedagogia,

enquanto área de atuação preocupada com a questão da aprendizagem humana, sabe-se que muitos são os estilos dos psicopedagogos, pois cada um os constrói a partir de sua singularidade, a qual determina as diferentes opções pelos modelos e referenciais teóricos. Entende-se que exista uma profunda relação e entrelaçamento entre os aspectos teóricos, a formação e o *modus operandi* do profissional. Como não há uniformidade de modelos teóricos, não se tem uma única práxis psicopedagógica. O fundamental é desencadear a consciência do compromisso na formação e atuação do profissional.

Para a Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp), as dificuldades de aprendizagem foram inicialmente pesquisadas na área médica e tratadas por educadores especializados. A psicopedagogia formaliza atualmente a área que lida com a compreensão e o tratamento das dificuldades de aprendizagem, ampliando o foco por meio da contribuição de outras áreas do conhecimento como a didática, linguística, psicanálise, psicologia, filosofia, sociologia, entre outras.

As pesquisas em torno das dificuldades de aprendizagem, de acordo com García (1998) e Sisto (2007), podem ter tido seu início por volta do ano de 1800, com as observações realizadas pelo médico Franz Gall em adultos com lesão cerebral que perderam a capacidade de se expressarem mediante a fala sem terem comprometido suas habilidades intelectuais. Os estudos prosseguiram e García (1998) destaca, então, que na história das dificuldades de aprendizagem em 1942, Strauss e Werner voltam seus estudos para crianças com lesões cerebrais, acompanhadas de retardamento mental.

No primeiro período entre 1800 e 1963 as investigações sobre as dificuldades de aprendizagem e as posições teóricas giraram em torno das análises médicas, resultando no desenvolvimento de um conceito organicista de dificuldades de aprendizagem, em que a “alteração cerebral serviu como explicação das dificuldades de aprendizagem” (SISTO, 2007).

A etapa que abarca o ano 1963 até 1990 é considerada, por Garcia (1998), o período do movimento formal das dificuldades de aprendizagem, o qual se dá especialmente nos Estados Unidos da América (EUA).

Em 1963, nos EUA, um grupo de pais que tinham filhos os quais, sem razão aparente, manifestavam dificuldade de aprendizagem se organizou e realizou uma reunião, em que foram convidados profissionais de diferentes áreas (médicos, neurologistas, psicólogos) com o intuito de que estes lhes indicassem alguma solução ou explicação para o fato, algo que pudesse justificar uma educação especial a seus filhos (SISTO, 2007). Esse movimento ocorrido nos EUA tornou-se o marco inicial do campo das dificuldades de aprendizagem como problema de aprendizagem acadêmica.

Portanto, Dificuldade de Aprendizagem (DA) é um termo geral, que se refere a um grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por dificuldades significativas na aquisição e uso da escuta, da fala, da leitura, da escrita, do raciocínio ou das habilidades

matemáticas. Esses transtornos são intrínsecos ao indivíduo, supondo-se pela disfunção do sistema nervoso central, e podem ocorrer ao longo do ciclo vital. Podem existir, com as dificuldades de aprendizagem, problemas nas condutas de autorregulação, percepção social e interação social, mas não constituem, por si próprios, uma dificuldade de aprendizagem. Ainda que as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições incapacitantes (por exemplo, deficiência sensorial, retardamento mental, transtornos emocionais graves) ou com influências extrínsecas (tais como as diferenças culturais, instrução inapropriada ou insuficiente), não são o resultado dessas condições ou influências (GARCÍA, 1998).

Moojen (1999) afirma que, ao lado do pequeno grupo de crianças que apresenta Transtornos de Aprendizagem, decorrentes de imaturidade do desenvolvimento e/ou disfunção psiconeurológica, existe um grupo muito maior de crianças que apresenta baixo rendimento escolar em decorrência de fatores isolados ou em interação. As alterações apresentadas por esse contingente maior de alunos poderiam ser designadas como “dificuldades de aprendizagem”. Participariam dessa conceituação os atrasos no desempenho escolar por falta de interesse, perturbação emocional, inadequação metodológica ou mudança no padrão de exigência da escola, ou seja, alterações evolutivas normais que foram consideradas no passado alterações patológicas.

Pain (1981) considera a dificuldade para se aprender como um sintoma, que cumpre uma função positiva tão integrativa como o aprender, e que pode ser determinado por fatores orgânicos, específicos, psicógenos e ambientais.

Fernández (1991) também considera as dificuldades de aprendizagem sintomas ou “fraturas” no processo de aprendizagem, em que necessariamente estão em jogo quatro níveis: o organismo, o corpo, a inteligência e o desejo. A dificuldade para se aprender, segundo a autora, seria o resultado da anulação das capacidades e do bloqueamento das possibilidades de aprendizagem de um indivíduo.

Para Romero (1995), apesar da proliferação de teorias e modelos explicativos com a pretensão, nem sempre bem-sucedida, de esclarecer as dificuldades de aprendizagem, em geral essas costumam ser atribuídas a variáveis pessoais, ambientais e combinação interativa de ambos os tipos.

Nesse sentido, Scoz (1994: 22) coloca que

(...) os problemas de aprendizagem não são restringíveis nem a causas físicas ou psicológicas, nem a análises das conjunturas sociais. É preciso compreendê-los a partir de um enfoque multidimensional, que amalgame fatores orgânicos, cognitivos, afetivos, sociais e pedagógicos, percebidos dentro das articulações sociais. Tanto quanto a análise, as ações sobre os problemas de aprendizagem devem inserir-se num movimento mais amplo de luta pela transformação da sociedade.

Portanto, em posições intermediárias do contínuo pessoa-ambiente deve-se situar a

maioria dos autores, os quais defendem posturas integradoras e interacionistas, baseadas em uma concepção *dialética* das dificuldades de aprendizagem, na qual posições aparentemente opostas podem dialogar e serem complementares entre si.

O diferencial do psicopedagogo para outros profissionais é o fato de o objeto de estudo desse profissional ser a aprendizagem. Assim, o principal objetivo do psicopedagogo clínico, segundo Scoz (1992), é a investigação da etiologia da dificuldade de aprendizagem, como também a compreensão do seu processamento, considerando-se todas as variáveis que podem intervir nesse processo.

No SPA/UNIR, no ano de 2012, foram realizadas 91 triagens (fichas de triagem) apenas com crianças, em que foram identificadas diversas queixas, dentre elas, 28,6% referidas como dificuldade de aprendizagem.

Na psicopedagogia clínica, a queixa é o primeiro relato de alguém sobre os possíveis problemas de aprendizagem e o primeiro passo para o processo do diagnóstico. Há situações em que as queixas são apresentadas pelos pais ou pelos responsáveis pelo sujeito, bem como por outros profissionais, como médicos e psicólogos.

MÉTODO

Local

A pesquisa foi realizada no Serviço de Psicologia Aplicada-SPA, da Universidade Federal de Rondônia-Unir, que oferece estágio supervisionado no 9º e 10º períodos aos discentes do curso de psicologia da Unir que realizam atendimentos à comunidade de baixa renda por meio da prática e são orientados e supervisionados pelos docentes do curso de psicologia, da Unir.

Material e procedimento

Foram realizadas pelos estagiários no Serviço de Psicologia Aplicada SPA-Unir, no ano de 2012, 91 fichas de triagem com crianças com a média de idade de oito anos e oito meses, apresentando diversos tipos de queixas, dentre elas, 28,6% tratavam-se de queixas relacionadas a dificuldades de aprendizagem. Essas 91 crianças foram encaminhadas para os atendimentos em ludoterapia ou psicopedagogia. Nas fichas de triagem foram analisados os diversos itens: a queixa, a idade, o sexo e quem as encaminhou para serem atendidas. Os dados dessas fichas foram transformados em porcentagens para melhor representação e entendimento da função acadêmica e social da Clínica de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia-Unir.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Pode-se verificar através da Tabela 1 que foram realizadas 91 fichas de triagem com crianças que foram atendidas no SPA/Unir. Dessas fichas, 61,5% foram encaminhadas para o atendimento em ludoterapia e 38,5% para atendimento em psicopedagogia.

Tabela 1: atendimentos realizados com crianças no SPA-UNIR.

Atendimentos	Frequência	Porcentagem
Ludoterapia	56	61,5
Psicopedagogia	35	38,5
Total	91	100,0

Fonte: Fichas de Triagem do SPA-Unir/2012.

Na Tabela 2 podem-se observar as queixas mais frequentes encontradas nas fichas de triagem apresentadas pelos pais ou responsáveis pelas crianças. Das 91 fichas realizadas com as crianças, as queixas mais relevantes são: 28,6% referente à denominação de dificuldade de aprendizagem; 15,4% a comportamento agressivo; 6,6% dizem respeito à agitação da criança; e 5,5 das queixas são sobre furtos realizados pelas crianças.

Tabela 2: Queixas mais frequentes encontradas nas fichas de triagem.

Queixa	Frequência	Porcentagem
Dificuldade de aprendizagem	26	28,6
Comportamento agressivo	14	15,4
Agitação	6	6,6
Furto	5	5,5

Fonte: Fichas de Triagem do SPA-Unir/2012.

A Tabela 3 demonstra que, das 91 crianças atendidas no SPA/Unir, a maioria é do sexo masculino, totalizando 73,6%, e 26,4%, do sexo feminino.

Tabela 3: Crianças atendidas no SPA/Unir

Sexo	Frequência	Porcentagem
Masculino	67	73,6
Feminino	24	26,4

Fonte: Fichas de Triagem do SPA-Unir/2012.

Podem-se verificar, na Tabela 4, as fontes dos encaminhamentos das crianças atendidas no SPA/Unir. Do total de 91 crianças atendidas, 69,2% foram encaminhamentos solicitados pela família/responsáveis. Já 11% foram solicitados por meio da escola e 5,5%, pelo clínico geral.

Tabela 4: Fontes dos encaminhamentos das crianças atendidas no SPA/Unir.

Fonte do encaminhamento	Frequência	Porcentagem
Família/responsáveis	63	69,2
Escola	10	11,0
Clínico geral	5	5,5

Fonte: Fichas de Triagem do SPA-Unir/2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram analisar e quantificar as fichas de triagem realizadas com as crianças atendidas na Clínica de Psicologia SPA/Unir. Essas crianças foram encaminhadas para o atendimento em ludoterapia e psicopedagogia, sendo a maioria do sexo masculino e com a média de idade de oito anos e oito meses.

A queixa mais relevante, apresentada na ficha de triagem, diz respeito à dificuldade de aprendizagem, e a grande maioria dos encaminhamentos dessas crianças atendidas na Clínica de Psicologia SPA/Unir foi realizada pelos próprios familiares ou responsáveis.

Toda culpa e responsabilidade pela dificuldade de aprendizagem era atribuída à criança. Entretanto, já se reconhece a ideia básica de aprendizagem como um processo de construção que se dá na interação permanente do sujeito com o meio que o cerca (família, escola e sociedade).

As condições socioeconômicas e culturais das populações de baixa renda influenciam na aprendizagem pelas consequências nos períodos pré-natal, perinatal, pós-natal, assim como a exposição mais fácil a doenças letais, acidentes, subnutrição e suas consequências.

A análise dos dados demonstrou que é cada vez maior a preocupação dos pais ou responsáveis em vivenciar e acertar na educação dos filhos e, muitas vezes, podendo se culpabilizar pelas dificuldades de aprendizagem que os filhos apresentam.

Essa demonstração de preocupação está refletida nos dados coletados: 69,2% dos próprios pais/responsáveis fizeram o encaminhamento dessas crianças para o SPA-Unir para serem atendidas. Apesar de apresentarem baixa renda, dispõem-se a procurar ajuda e a custear a condução dos filhos para o atendimento, o que pode refletir na importância e conscientização dos pais no que diz respeito à educação e à qualidade na aprendizagem dos filhos.

A análise e quantificação desses dados coletados na Clínica de Psicologia-SPA-UNIR sobre o atendimento psicopedagógico poderão contribuir para estimular e motivar os estagiários, para que possam participar ativamente com a comunidade para que as crianças possam alcançar qualidade no ensino-aprendizagem. Assim como, as informações coletadas e

sistematizadas servem de subsídio teórico para o entendimento da função acadêmica e social da Clínica de Psicologia da UNIR, no Estado de Rondônia.

REFERÊNCIAS

FERNÁNDEZ, A. **A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e da família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GARCÍA, J. N. Manual de dificuldades de aprendizagem: linguagem, leitura, escrita e matemática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

HERZBERG, E. **Reflexões sobre o Processo de Triagem de Clientes a serem Atendidos em Clínicas-Psicológicas-Escola**. *Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta*. Coletâneas da ANPEPP, Campinas, SP, v. 1, 1996.

MOOJEN, S. **Dificuldades ou transtornos de aprendizagem?** In: RUBINSTEIN, E. (Org.). *Psicopedagogia: uma prática, diferentes estilos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PAIN, S. **Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

PEREIRA, L. J. **Queixa Psicopedagógica**. Associação Brasileira de Psicopedagogia. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos/60.htm>. Acesso em: 12/07/2013.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A.; COELHO, H. M. B. Atendimento Psicológico a Estudantes Universitários: Considerações acerca de uma Experiência em Clínica-Escola. **Revista Estudos de Psicologia**, PUC- Campinas, v. 20, n.3, p. 47-57, Set./Dez. 2003.

ROMERO, J. F. **Os atrasos maturativos e as dificuldades de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SCOZ, B.; JUDITH L. et al. **Psicopedagogia: contextualização, formação e atuação Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SCOZ, B. **Psicopedagogia e realidade escolar, o problema escolar e de aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SISTO, F. F.; BORUCHOVITCH, E. (orgs.). **Dificuldades de aprendizagem no contexto psicopedagógico**. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

POLÍTICAS EDUCACIONAIS E ALFABETIZAÇÃO: UM ESTUDO EM RONDÔNIA

Marli Lúcia Tonatto Zibetti

Fabício Ricardo Lopes

INTRODUÇÃO

A partir de meados da década de 1980, a psicologia tem trazido significativas contribuições para o estudo de políticas públicas educacionais, defendendo que os profissionais da área lancem um olhar menos individualizante e mais político-social aos problemas de não aprendizagem, dando espaço a novos possíveis na interface entre psicologia e educação.

Fundamentado nesses pressupostos, este capítulo objetiva discutir as contribuições e limites das políticas públicas voltadas à melhoria do rendimento escolar na alfabetização em duas escolas públicas da rede estadual urbana em Porto Velho (RO).

Ao voltar-se para o estudo das políticas públicas educacionais, a psicologia escolar em uma vertente crítica, inaugurada pelos trabalhos de Patto (1981, 1984), procura entender as formas como o poder instituído interfere na construção dos processos educacionais, inclusive produzindo a exclusão de grande parte da população que está à margem também de outros direitos sociais.

Os anos iniciais da escolarização no ensino fundamental, que correspondem à etapa da alfabetização, têm se constituído em uma barreira para o avanço no processo educacional de muitas crianças brasileiras, desde os primórdios da escola, enquanto instituição responsável pelo processo de ensino. O fracasso da escola em garantir a aprendizagem da leitura e da escrita, condição básica para a continuidade dos estudos, tem mobilizado pesquisadores, profissionais, gestores e a própria sociedade, ao longo da história da educação

brasileira, a buscar explicações e soluções para o desafio de alfabetizar os alunos e alunas que ingressam nas escolas.

Conforme Patto (1999), entretanto, nem sempre o fracasso da escola foi assim entendido e, historicamente, as explicações para a não aprendizagem foram (são) atribuídas a questões individuais dos próprios aprendizes e/ou de suas famílias, tais como déficit cognitivo, desnutrição, carência cultural e deficiências linguísticas supostamente decorrentes da pobreza na qual vivia (vive) a maior parte dos estudantes que não obtinha (obtem) sucesso na alfabetização. Mais recentemente essas explicações têm se voltado para supostos transtornos mentais tais como a hiperatividade e o déficit de atenção.

Esse insucesso que tem persistido ao longo dos anos e desafiado educadores e gestores dos sistemas educacionais deixou marcas na história da alfabetização no Brasil. Os dados, destacados na Tabela 1, indicam que historicamente os baixos índices de aprovação se mantiveram durante mais de 40 anos em torno de 50%. Isso em um período no qual o acesso à escolarização era ainda negado à boa parcela da população.

Tabela 1: Taxa de aprovação ao final da 1ª série do ensino fundamental – Brasil.

1956	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997*	1998*
41,8%	47%	46%	49%	51%	51%	51%	50%	53%	53%	58%	65%	68,7%

*Nos anos de 1997 e 1998 algumas Secretarias de Educação passaram a adotar o sistema de ciclos, previsto na LDB. **Fonte:** BRASIL, 2001.

Segundo Mortatti (2000), os estudos desenvolvidos no campo do ensino da leitura e da escrita evidenciam que tanto as pesquisas quanto as políticas de intervenção nessa etapa da escolarização podem ser caracterizadas como tentativas de resolver os problemas de não aprendizagem por meio de mudanças nas formas de ensinar.

As mudanças nas concepções teóricas sobre o ensino, somadas aos resultados obtidos pelas escolas, inspiraram programas e políticas públicas, os quais incluíram desde a produção de materiais didáticos, como as cartilhas ou manuais de professores, a programas de formação docente, destinados a ensinar professores a seguir as recomendações dos especialistas e alfabetizar de acordo com as mais recentes descobertas das pesquisas.

Buscando superar “velhas” práticas pelas novas descobertas “científicas”, as versões inovadoras desqualificam as passadas “[...] como se se tratasse de uma herança incômoda [...]” (MORTATTI, 2008. p. 94.). E, em nome do avanço científico, os professores e professoras são constantemente chamados a mudar as formas de alfabetizar, atribuindo-se exclusivamente ao trabalho docente “ultrapassado” a responsabilidade pelos maus resultados da escola.

Este tem sido o lugar ocupado pelas políticas públicas no âmbito da alfabetização: propostas sucessivas de alterações nas práticas pedagógicas, acompanhadas de

reorganização dos anos iniciais em ciclos os quais eliminaram a retenção entre as séries e, conseqüentemente, ampliaram o tempo para que as crianças se apropriassem da leitura e da escrita, acompanhadas de programas de formação direcionados a atualizar os docentes para atuarem de acordo com as novas determinações oficiais. Entretanto, conforme Patto (2010), essas mudanças não têm condições de garantir a melhoria do ensino oferecido nas escolas públicas, pois não foram adotadas com o objetivo de atender àqueles que frequentam essas escolas e sim aos interesses dos que ocupam o poder.

Encerradas nos limites estreitos de gestões efêmeras, as ações desses grupos não raro assumem a forma de planejamento e implantação rápidos de mudanças que não só imprimam a marca dos que estão no poder e apaguem as marcas deixadas pela gestão anterior, mas também aumentem, se necessário a qualquer preço, estatísticas positivas que serão usadas em debates eleitorais (PATTO, 2010, p. 60).

Para efetivar essas mudanças, muitos investimentos são realizados, principalmente em produção de materiais didáticos e formação continuada de professores. Entretanto, poucas vezes esses investimentos consideram a realidade das escolas públicas às quais se destinam. São ignorados as condições de trabalho e de remuneração dos docentes, os valores, crenças, práticas e conhecimentos dos profissionais que atuam nas classes de alfabetização que também não são ouvidos quanto às dificuldades enfrentadas nesse processo.

Por outro lado, as demandas por escolarização têm levado à inserção de quase todas as crianças de seis a 14 anos nas escolas. E, mesmo que à custa de supressão das reprovações entre determinadas séries, o país tem conseguido melhorar os números do rendimento escolar. Dos quase 50% de reprovados até a década de 1990 (Tabela 1), passamos para pouco mais de 20% em 2010 (Tabela 2), se considerarmos as perdas nos três anos iniciais.

Tabela 2: Taxa de reprovação nos anos iniciais – Brasil

ETAPA/ANO	Período			
	2007	2008	2009	2010
1º ano	4%	3,5%	3%	2,6%
1ª série/2º, ano	13,8%	12,6%	11%	9,2%
2ª série/3º, ano	13,9%	13,5%	12,8%	12,1%

Fonte: IBGE – Série estatística, 2013.

Entretanto, à inserção das crianças na escola e à queda dos índices de reprovação, não tem correspondido a melhoria da qualidade do ensino, principalmente aos estudantes mais pobres que lograram ingressar nas escolas públicas e têm se mantido nelas a duras penas, conforme denunciam as pesquisas mais recentes (LIBÂNEO, 2012, FREITAS, 2007). Essa constatação tem levado estudiosos a investigar os processos de produção, implantação

e acompanhamento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do baixo rendimento na educação brasileira.

Souza (2006, p. 236) aponta pontos de consenso na análise dos discursos produzidos pelos professores e gestores nas pesquisas realizadas sobre as políticas públicas educacionais:

a) a manutenção de formas hierarquizadas e pouco democráticas de implementação das políticas educacionais; b) a desconsideração da história profissional e política daqueles que fazem o dia a dia das escolas; c) a implantação de políticas educacionais sem a necessária articulação com a devida infraestrutura para sua real efetivação; d) a manutenção de concepções a respeito dos alunos e de suas famílias, oriundos de classes populares, que desqualificam parcela importante da população para a qual essas políticas são dirigidas; e) o desconhecimento das reais finalidades das políticas educacionais implementadas pelos próprios educadores; f) o aprofundamento da alienação do trabalho pedagógico e a busca quase desumana de significado e de sentido pessoal.

A sucessão de programas de formação e de alteração do funcionamento do ensino nas séries mais diretamente responsáveis pela alfabetização justifica a importância de investigarmos como esses processos têm ocorrido em duas escolas da rede estadual urbana em Porto Velho que apresentaram elevação nos índices de rendimento escolar nos últimos anos.

Considerando esses elementos, este trabalho toma como foco as políticas e programas voltados para a alfabetização que foram implantados em duas escolas públicas da rede estadual de ensino em Rondônia, buscando compreender como os profissionais da escola analisam a contribuição ou não desses programas ao processo de alfabetização.

A PESQUISA

Há uso crescente da abordagem qualitativa no campo educacional, apesar de essa modalidade de pesquisa ainda ser alvo de críticas quanto ao seu rigor científico. Lüdke e André (1986) afirmam que essa abordagem é bastante efetiva, na medida em que supõe o contato direto do/a pesquisador/a com o campo, sendo ele/a o principal instrumento de mediação entre o ambiente pesquisado, os conhecimentos teóricos e suas experiências pessoais.

A utilização da abordagem qualitativa nas pesquisas em psicologia escolar tem permitido a superação de enfoques investigativos que historicamente estavam centrados apenas nos sujeitos, descontextualizados dos grupos e determinantes político-sociais nos quais estão inseridos.

Tomando como ponto de partida a crítica à psicologia hegemônica na escola, seguimos em busca de concepções teórico-metodológicas que superassem os reducionismos existentes na psicologia e caminhassem ao encontro da compreensão da constituição humana em suas múltiplas determinações, ou seja, o ser humano entendido como concreto e histórico (VIÉGAS; ASBAHR; ANGELUCCI, 2006, p. 13).

Principalmente no âmbito dos estudos sobre a queixa escolar e os problemas de escolarização, essa abordagem tem contribuído para uma compreensão mais ampla dos processos educacionais por permitir o estudo da escola como uma organização social cujas relações constituem determinadas formas de se fazer educação.

Analisar os processos educacionais, dentro dessa perspectiva, consiste em compreender as relações entre seus determinantes mais amplos, tais como o contexto político e o econômico que os condicionam, bem como a materialização dessas influências na normatização da legislação que conforma e institucionaliza as práticas educacionais nos sistemas educativos. Conforme Viégas, Asbahr e Angelucci (2006, p. 15),

[...] sabemos que as políticas públicas educacionais implementadas nas redes de ensino imprimem marcas profundas na constituição do processo de escolarização. Assim, mais do que atual, é imprescindível conhecermos o que propõe o discurso oficial em relação à educação, ao nos depararmos com a realidade absolutamente contraditória da escola pública.

E é por meio dos programas que o poder público se faz presente nas escolas. Por isso buscamos fazer esta pesquisa na própria instituição escolar, pois, segundo Souza (2006, p. 232), “É nesse espaço contraditório, conflituoso, esperançoso, utópico que as políticas educacionais se materializam, que de fato acontecem”. Portanto, a análise dos conteúdos das políticas voltadas para o período de alfabetização bem como a percepção que os profissionais envolvidos têm desse processo são fundamentais para a compreensão das condições de escolarização oferecidas nas escolas públicas.

Assim, esta pesquisa teve por objetivo investigar as contribuições e limites das políticas públicas voltadas à melhoria do rendimento escolar na alfabetização em duas escolas públicas da rede estadual urbana em Porto Velho (RO).

As escolas foram selecionadas a partir do salto significativo de seus índices de aprovação na alfabetização, no período de 2007 a 2012, analisados com base na série estatística divulgada pelo IBGE. A escolha das escolas com resultados positivos deu-se em função de evidenciar as potencialidades das instituições e compreender as marcas próprias impressas pelas escolas à materialização das propostas estatais.

Foram utilizadas, como instrumentos para a produção dos dados, a análise documental de materiais e documentos orientadores dos programas voltados para a alfabetização e a realização de entrevistas semiestruturadas com as professoras de 1º a 3º ano do ensino fundamental (etapa de alfabetização), coordenadoras pedagógicas das duas escolas e também com a gestora de uma das escolas pesquisadas.

POLÍTICAS EDUCACIONAIS E ALFABETIZAÇÃO EM RONDÔNIA

Os anos iniciais do ensino fundamental em Rondônia sofreram a influência de diversas políticas públicas desde a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9394/1996) bem como de medidas adotadas em outros estados brasileiros. Assim, em 1997, foi implantado o Ciclo Básico de Aprendizagem que eliminou a reprovação entre a primeira e a segunda série, estendendo para dois anos o período destinado à alfabetização inicial. Gradativamente, porém, as escolas foram deixando de adotar o ciclo e retornaram à prática de retenção das crianças que não estavam alfabetizadas, levando a SEDUC a oficializar o encerramento da política de ciclo em 2007.

Outra alteração importante no funcionamento das escolas foi a institucionalização do laboratório de aprendizagem para as crianças que não apresentavam o desempenho esperado para a turma, denominado no dia a dia das escolas de reforço escolar. Este consiste em atividades complementares no horário oposto às aulas regulares durante 6 h semanais, distribuídas em três dias (RONDÔNIA 1996). Para isso, os professores dos anos iniciais do ensino fundamental passaram a ser responsáveis por apenas uma turma de alunos, embora seus contratos de trabalho sejam de 40 h semanais.

A supressão da reprovação entre a primeira e a segunda série, que já havia alterado os números do rendimento escolar quando de sua implantação, volta a se refletir nas estatísticas com a implantação do ensino fundamental de nove anos que ocorreu em Rondônia em 2007 (Lei 11.274/2006; Resolução 131/RO/2006) e que reestabeleceu a continuidade entre o 1º e o 2º ano, conforme podemos observar nos dados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Taxa de reprovação nos anos iniciais – Rondônia.

ETAPA/ANO	Período			
	2007	2008	2009	2010
1º ano	2%	0,7%	0,8%	0,6%
1ª série/2º, ano	17,8%	18,8%	17,8%	18,4%
2ª série/3º, ano	14%	14,3%	14%	13%

Fonte: IBGE – Série estatística/2013.

Embora os índices tenham melhorado, se comparados àqueles anteriores à implantação do ciclo, a taxa de reprovação ao final do 2º ano de escolarização tem se mantido acima de 17% no período de 2007 a 2010, situando-se, portanto, em patamares mais elevados do que a média nacional. Se considerarmos a retenção ao final do 2º e ao final do 3º ano, percebemos que mais de 30% das crianças não logram êxito no processo de alfabetização, a despeito dos investimentos realizados pelos governos, tanto na ampliação do tempo de escolarização quanto em formação de professores.

Em relação à formação de professores, Lopes (2012) constatou que os maiores investimentos em políticas públicas pós-LBD em Rondônia foram realizados em programas de formação principalmente na forma de programas nacionais estendidos aos estados brasileiros. Dentre eles, podemos citar: Programa de Formação de Professores Alfabetizadores (Profa), PRO-LETRAMENTO, Praler e Gestar 1.

Entretanto, ao questionarmos as profissionais que atuam nas escolas participantes da pesquisa sobre as razões que levaram as escolas a obterem resultados melhores nos índices de rendimento escolar no período analisado, a ênfase não recai sobre os programas desenvolvidos ou em desenvolvimento nas escolas e sim nas ações adotadas pela própria escola para o enfrentamento de suas necessidades, conforme evidenciam os dados a seguir.

O processo de escolarização na Escola “A”

A escola “A” foi fundada em 1949 e funciona atualmente em dois turnos (matutino e vespertino). Pelo próprio tempo de existência, a escola passou por diversas reformas, embora seu prédio seja alugado. Possui oito salas de aula e atende a alunos do 2º ao 9º ano do ensino fundamental. Conta ainda com outras instalações que compreendem a biblioteca, laboratório de informática, sanitários femininos e masculinos para alunos e para funcionários e sala de professores, quadra de esportes sem cobertura, cantina terceirizada e espaço com algumas mesas grandes que os alunos e funcionários utilizam como refeitório.

O quadro de funcionários é composto por 35 profissionais, sendo: 15 professores, dois auxiliares de serviços gerais, quatro merendeiras, dois porteiros, um secretário, três auxiliares, supervisora, orientadora, diretora e cinco inspetores.

Conforme indica a Tabela 4, na etapa de alfabetização, a escola “A” oferece apenas uma turma de 2º e outra de 3º ano. Segundo a coordenadora pedagógica, a escola não oferece o 1º ano porque não há demanda, pois há outras escolas próximas que atendem a esse público.

O número de alunos por turma é relativamente baixo (21 e 23, respectivamente), o que permite um bom atendimento às crianças, sendo essa uma das explicações dadas pelas profissionais para seu bom rendimento.

Os números da Tabela 4 evidenciam uma diferença significativa na taxa de aprovação ao final do 2º ano (76,2%) e do 3º ano (91,4), demonstrando, mais uma vez, que a aprendizagem da leitura e da escrita é um desafio para o avanço na escolarização.

Quando nos reportamos para a série histórica de rendimento escolar da escola “A”, apresentada na Tabela 4, percebemos que entre 2007 e 2011 essa escola apresentou um avanço significativo nos percentuais de aprovação no 2º ano de escolarização. Comparando 2007 com 2009, foram 41,7 pontos percentuais. Entretanto, esse resultado volta a cair em 2012 para 76,2% sem que as profissionais da escola tenham apontado questões específicas

para isso. Porém percebemos que a elevação dos números de aproveitamento tem se mantido acima de 70%.

Tabela 4: Escola “A”: Taxa de aprovação no 2º e 3º ano de 2007 a 2012.

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012
2º	58,3%	70,3%	100%	82,6%	81,8%	76,2%
3º	91,2%	78,1%	93,9%	85%	91,2%	91,4%

Fonte: IBGE – Série estatística/2013.

Para Oliveira (2011, p. 333), é preciso considerar que os índices de aprovação não são os únicos indicadores para a qualidade do ensino: “Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, a população brasileira permanece vergonhosamente pouco escolarizada”. A autora destaca que, apesar da ampliação no acesso e na frequência, ainda há muitos desafios a serem enfrentados pelo sistema educacional brasileiro.

De acordo com as profissionais que participaram da pesquisa, uma das razões para o bom rendimento da escola pode ser atribuída a um trabalho sistemático de envolvimento da equipe escolar e dos pais no processo de escolarização, coordenado por uma equipe profissional, composta por professores, psicóloga e pedagogas que desenvolveram uma prática de acompanhamento com as crianças com maiores dificuldades, suas professoras e suas famílias.

[...] havia um sistema de acompanhamento muito próximo das crianças né? De observar, quem era a criança que tinha mais necessidade de fazer um trabalho individualizado. A orientadora junto com a psicóloga fazia um trabalho mais individualizado, a própria supervisora escolar ter a condição de fazer um planejamento mais próximo com os professores né? (ENTREVISTA COORDENADORA DA ESCOLA A)

Uma coisa que também ajudou muito assim, a gente tinha uma orientadora que trabalhava muito junto com a família [...]. Ela envolvia muito a família na aprendizagem sabe? Então foi isso o que ajudou bastante também, porque quando a família estava, eram outras coisas né? E assim ela ia, procurava, ela ia atrás [...] (ENTREVISTA PROFESSORA 1 – ESCOLA A).

Outro aspecto destacado pela coordenadora pedagógica é a realização do reforço escolar, oferecido pela escola às crianças que estão enfrentando alguma dificuldade no processo de escolarização.

[...] tem o trabalho que as professoras fazem de aula de reforço, que é fora do horário de aula, que é o atendimento específico pras crianças que estão tendo mais dificuldade em sala de aula. [...] a gente faz na hora do almoço. [...] a gente marca nos dias em que tem Mais Educação, porque daí é servido o almoço, aí as crianças nesse dia elas ficam, almoçam junto com as crianças do Mais Educação, servem o almoço junto pra elas, porque daí elas ficam uma hora a mais [...] aí a criança já fica, porque se vai pra casa é complicado voltar depois, poucas voltam depois. [...] Uma hora, porque como eles já pegam depois da aula, se ficar duas horas com a criança ela não rende mais (ENTREVISTA COORDENADORA PEDAGÓGICA - ESCOLA A).

Uma das professoras entrevistadas na escola A também aponta o reforço como a atividade que mais tem contribuído para que as crianças superem suas dificuldades e assim possam obter aprovação. “[...] é uma recuperação contínua, então de acordo com as dificuldades a gente vai... no caso deles aqui é a leitura que é o maior problema. Então eles ficam no reforço e a gente trabalha a leitura com eles, o que ajudou muito foi esse reforço que a gente faz com eles” (ENTREVISTA PROFESSORA 1 – ESCOLA A).

O processo de escolarização na escola “B”

Construída em 1993, em seus 20 anos de funcionamento, a escola não passou por nenhuma reforma e possui desde sua criação quatro salas de aula que funcionam nos períodos matutino e vespertino. É uma escola pequena e possui ainda cozinha, um depósito para alimentos e outro para material de limpeza, sanitários para alunos e funcionários (separados por sexo e adaptados para cadeirantes), direção, uma sala que a gestão da escola denomina de multimeios, pois congrega diversas atividades: sala de leitura, de planejamento e biblioteca. Há ainda duas subdivisões nesta sala onde funcionam reforço escolar e coordenação pedagógica.

Além desses espaços, que fazem parte de um único bloco, existe uma quadra de areia (sem cobertura) cuja utilização fica inviabilizada no período de chuvas. Há ainda uma varanda, perto do corredor, que está à frente das salas, com algumas mesas, que é utilizada como refeitório ou espaço para outras atividades como o reforço escolar. O prédio é alugado e pertence à Igreja Católica localizada ao lado da escola.

O quadro de funcionários compreende nove professoras, duas merendeiras, duas zeladoras, porteira, secretário, supervisora e um coordenador do programa Mais Educação.

A escola “B” recebe alunos de 1º a 5º ano e, em 2012, contava com uma turma de 1º ano, uma de 2º e duas turmas de 3º ano na etapa de alfabetização, em um total de 85 alunos, sendo que o número de alunos por turma também era bem adequado, não havendo superlotação.

Entre o 1º e o 2º ano, não há retenção, conforme recomendam a lei 11.274 (BRASIL, 2006) e a resolução 131 (RONDÔNIA, 2006) que regulamentaram a implantação do ensino fundamental de nove anos. E, no caso da escola “B”, também não houve evasão, pois 100% dos alunos foram promovidos para o 2º ano. No segundo ano, 90,5% dos alunos foram aprovados para o 3º e ao final do 3º o índice subiu para 97,8%.

Ao analisarmos o rendimento escolar da escola “B” no período de 2007 a 2012 (Tabela 5), é possível perceber que, apesar das oscilações nos dados, há uma significativa elevação dos índices de aprovação, exceto em 2007 e 2010. No período investigado, a escola passou de uma média de 67,6% de aprovação no ano de 2007 para 90,5% em 2012, ou seja, subiu 22 pontos percentuais.

Tabela 5: Escola “B”: Taxa de aprovação no 2º e no 3º ano de 2007 a 2012

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1º	100%	100%	100%	93,8%	95,2%	100%
2º	67,6%	88,9%	87,5	54,8%	88,1%	90,5%
3º	80,5%	81,8%	100%	82,2%	89,2%	97,8%

Fonte: IBGE – Série estatística/2013.

As entrevistas com as profissionais da escola B apontam alguns elementos importantes no funcionamento da escola que evidenciam possíveis razões para a melhoria dos dados de rendimento.

A escola é pequena, funciona em um bairro afastado do centro da cidade, o que faz com que seus profissionais permaneçam o dia todo no espaço escolar, fato que contribui para uma integração maior entre seus membros. Segundo a gestora, os profissionais dedicam-se exclusivamente a essa escola, permitindo que cumpram integralmente suas responsabilidades: “Eu acredito que também, pra nós, o que é muito bom aqui, é que os nossos professores não têm mais de um vínculo empregatício, então eles tem disponibilidade pra cumprir horário do planejamento, do reforço [...]” (ENTREVISTA GESTORA ESCOLA B).

A gestora da escola foi apontada pelas demais profissionais como uma das responsáveis pelos bons resultados obtidos, uma vez que se envolve diretamente com as questões pedagógicas e propõe a tomada de decisões imediatas para o enfrentamento das dificuldades que surgem com as crianças atendidas pela escola.

[...] a escola tem essa melhoria em função da gestão; eu acho que tudo parte da gestão, porque eu trabalho em duas escolas e eu vejo como é diferente; [...] dá pra perceber que é a gestão, porque assim, se a coisa não tá acontecendo e a gestão não se mexe não se move, continua. [...] independente das políticas públicas eu acho que é o compromisso mesmo e o comprometimento, tanto o de gestão como cada um individual (ENTREVISTA PROFESSORA F – ESCOLA B).

E esse comprometimento apontado pela professora, somado à permanência das professoras no espaço escolar, garante melhor atendimento aos alunos, quando, por exemplo, impede que as crianças sejam dispensadas se um dos profissionais precisa se ausentar em horário de aula: “[...] não temos esse problema de aluno voltar pra casa, nunca aconteceu, não acontece de maneira nenhuma. Quando a professora vai fazer algum estágio, alguma coisa que ela tem que se ausentar, aí outra cobre a ausência dela” (ENTREVISTA PROFESSORA I – ESCOLA B).

A própria gestora explica os procedimentos adotados pela escola para que as dificuldades que surgem no processo de escolarização não sejam ignoradas e sim constantemente pensadas para que se encontre uma proposta de ação:

[...] eles [os professores] têm um caderninho pra anotação, o relatório do que tá acontecendo que precisa melhorar. De repente uma criança que tá faltosa estamos atendendo: chama a família, hoje mesmo a professora tava falando a respeito da participação das atividades que é encaminhada pra casa. Que que nós vamos fazer agora? Lá na turma dela que tava com esse problema, procuramos verificar assim quem são os alunos. Assim a gente procura atender de imediato: o problema tá aqui não deixa pra amanhã ou depois. A escola é pequena e se a gente vai protelando, protelando, o ano passa rapidinho e você se perde né? Então já é uma prática nossa: o problema aconteceu, que que vamos fazer? (ENTREVISTA GESTORA ESCOLA B).

Conforme Libâneo (2004, p. 31), “O estilo de gestão adotado pela direção influencia as interações entre as pessoas (professores, alunos, funcionários), determinando as mais variadas práticas e formas de relacionamento”. No caso da escola B, os depoimentos indicam que a direção da escola incentiva a participação do grupo na solução dos problemas e, ao mesmo tempo, envolve-se diretamente com eles, dando o tom do trabalho a ser desenvolvido, ou seja, priorizando o atendimento às crianças.

As profissionais apontam também as medidas adotadas pela escola com crianças que apresentam baixo rendimento: reforço escolar, atendimento na sala de recursos, participação nas atividades de apoio pedagógico do Programa Mais Educação e também orientação às famílias para que possam auxiliar as crianças em suas dificuldades. “[...] quando a gente vê que o aluno tá em dificuldade, já em alguma disciplina, a gente recorre ao reforço, que o reforço é a base de tudo” (ENTREVISTA PROFESSORA I – ESCOLA B).

Conforme esclarece a gestora, a escola lança mão de todas as possibilidades que estão ao seu alcance, para garantir que as crianças aprendam, não desistindo nem mesmo dos casos mais difíceis:

Geralmente a gente chama a família e mostra até onde a gente tem trabalhado: a professora já identificou o tipo de trabalho juntamente com a supervisora, o material que poderia auxiliar e além dos dias de reforço, nós colocamos lá na sala que é do atendimento com alunos com necessidades. Nessa sala de recursos, é atendido pelo professor e a gente ainda libera material que julgamos que pode ajudar pra família em casa. Nós tivemos um caso, que hoje tá no terceiro ano. A gente já tava entrando em parafuso porque não conseguia; fazendo de tudo pra auxiliar e aí tivemos também essa ideia de passar a responsabilidade pra mãe, porque é difícil pra quem não conhece o processo, alfabetizar. Falamos pra ela: tá aqui nosso material, você vai fazer isso... tá aqui o outro, você vai fazer isso! Você vai usar... e conseguimos alfabetizar a menina. Esse era o caso mais crítico da escola porque era uma criança “dita normal” e que a gente não conseguia, passou aí três anos no segundo ano. Esse era o mais grave. Já vencemos né? (ENTREVISTA GESTORA ESCOLA B).

Além da atenção constante ao desempenho das crianças, outra medida positiva são os momentos de formação organizados pela própria escola, nos quais são envolvidos todos os profissionais, inclusive os monitores do Programa Mais Educação que não fazem parte do corpo efetivo da escola, pois são contratados para prestação temporária de serviços. “Eles participam também, os monitores, dos nossos encontros pedagógicos. Sexta-feira agora será realizada uma oficina ... um curso de relações humanas, então eles também vêm, não tem vínculo com a escola, mas tem assim, relacionamentos né?” (ENTREVISTA GESTORA ESCOLA B).

Outra ação que contribui para ampliar os espaços de discussão coletiva na escola é o desenvolvimento de projetos didáticos que envolvem todas as turmas da escola. Embora a análise dos referidos projetos aponte pouca adequação dos planejamentos às necessidades de cada série, o planejamento coletivo das ações a serem desenvolvidas durante o projeto e a socialização do que foi construído pelos alunos e professores em cada turma nos parecem relevantes como oportunidades de integração do coletivo escolar em torno de objetivos comuns.

A escola faz o projeto e a gente vai trabalhar com o projeto pra atingir aquela dificuldade, vamos supor, se é em leitura. Aí a gente faz aquele projeto através de leitura e a gente trabalha uma série de coisas: vem projeto de apresentação, vem aquela coisa todinha, aquele estímulo pra criança despertar o interesse pela leitura (ENTREVISTA PROFESSORA I – ESCOLA B).

Além dos aspectos apontados acima, as professoras indicaram que se sentem muito satisfeitas também por poderem escolher as turmas com as quais gostam de trabalhar. “Quando vai iniciar a semana pedagógica, ela [a gestora] sempre pergunta se tem alguém que não ficou bem com aquela turma se gostaria de fazer alguma adaptação, ela deixa assim à vontade pra gente” (ENTREVISTA PROFESSORA F – ESCOLA B).

Essa satisfação comparece no depoimento da professora I, quando explica por que escolheu a turma de primeiro ano: “[...] o primeiro ano é uma turma mais animada; o primeiro ano ele gosta de ler, o primeiro ano não tem preguiça; o primeiro ano eles leem, devolvem os livros todinhos. Quando é no final do ano, pode ver como eles contam histórias, fazem dramatização; eles fazem uma série de coisas” (ENTREVISTA PROFESSORA I – ESCOLA B).

Conforme Libâneo (2004, p. 31), “A escola pode ser organizada para funcionar ‘cada um por si’, estimulando o isolamento, a solidão e a falta de comunicação ou pode estimular o trabalho coletivo, solidário, negociado, compartilhado”. Parece-nos que a escola B encontrou alternativas para adotar a segunda opção e esse fator pode ser mais importante para os resultados obtidos pela escola do que os programas educacionais propostos pelo poder público para o enfrentamento ao fracasso escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos em desenvolvimento por pesquisadores do Grupo Amazônico de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Educação (GAEPPE) indicam que, em decorrência das políticas de descentralização da gestão, implementadas desde a década de 1990, em que se propõe atribuição de responsabilidades às escolas no planejamento das ações pedagógicas e, conseqüentemente, na obtenção de resultados, as escolas têm sido bombardeadas por inúmeros programas oriundos das esferas federal e estadual, em franca oposição ao discurso

de autonomia de gestão que comparece nos documentos orientadores das políticas educacionais (LOPES; ZIBETTI, 2012; ZIBETTI; ZANON, 2012).

Entretanto, conforme apontam Rockwell e Ezpeleta (1983/2007), as escolas apropriam-se das determinações estatais e as transformam para construir a cultura escolar. Assim as instituições investigadas evidenciam características próprias de organização e gestão embora estejam subordinadas às mesmas determinações estatais. E, para o enfrentamento das dificuldades na alfabetização, cada uma delas construiu estratégias de organização e atendimento que, embora de formas diferenciadas, garantem acompanhamento às necessidades dos estudantes, resultando em diminuição dos índices de reprovação escolar. Ambas são instituições de pequeno porte, o que permite um trabalho mais integrado entre as profissionais, com envolvimento da equipe gestora nos processos pedagógicos, adotando-se medidas imediatas de ajuda às crianças com dificuldades na alfabetização.

Para Sawaya (2002), o cotidiano escolar se apresenta de forma complexa e contraditória e há vários elementos que podem contribuir para os resultados obtidos pelas instituições educacionais. Por isso as análises devem considerar, para além dos dados de rendimento, também o trabalho e as percepções dos sujeitos envolvidos no processo de escolarização. A autora aponta a postura dos professores como elemento transformador no cotidiano escolar:

[...] os estudos que permitiram compreender que o fracasso escolar é produzido na instituição escolar e na relação da escola com a sociedade apontavam também para as contradições internas geradas por esse estado de coisas, revelando serem os professores um grupo potencialmente transformador (SAWAYA, 2002, p. 210).

Os dados levantados nesta pesquisa apontam que as profissionais que atuam nas escolas constroem formas diferenciadas de organização do processo de escolarização, ocupando os espaços disponíveis, apropriando-se das condições dadas pelos diferentes programas desenvolvidos nas escolas para colocá-los a serviço do processo de ensino, mesmo em contextos materiais bastante limitados.

Essas constatações ratificam a importância de pesquisas que considerem os diferentes elementos envolvidos nos processos de escolarização e, principalmente, as articulações existentes entre os aspectos mais amplos do funcionamento dos sistemas escolares, como as políticas de regulamentação e de financiamento da educação, e os aspectos micro, como as formas de organização do trabalho no interior das instituições.

E nesse sentido entendemos que os conhecimentos acumulados pela psicologia escolar, a partir das pesquisas desenvolvidas no cotidiano das instituições educativas, podem contribuir para a construção de políticas públicas que invistam mais na garantia de condições materiais de funcionamento das escolas e na capacidade dos profissionais que nelas atuam de criar alternativas próprias para melhorar o processo educacional, do que em pacotes prontos que só têm servido para destituir os sujeitos de sua autonomia intelectual e profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Documento de Apresentação do Programa de Formação de Professores Alfabetizadores**. Brasília, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Fundamental, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Profa/apres.pdf> Acesso em 07 mar. 2013.

BRASIL. **Lei 11.274 de 06 de fevereiro de 2006**. Dispõe sobre a duração de 9 (nove anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm Acesso em 21 jun. 2013.

BRASIL. **Lei n. 9394/1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educacional Nacional** Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/%20DOCDSC_NOME_%20ARQUI20041202141358%20.pdf. > Acesso em: 7 mar. 2013.

FREITAS, L. C. de. Eliminação adiada: o ocaso das classes Populares no interior da escola e a ocultação da (má) qualidade do ensino. **Educ. Soc.** Campinas, v. 28, n. 100 – Especial, p. 965-987, out. 2007. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em 04 mar. 2013.

IBGE. Série Estatística. 2013. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=SEE31&t=reprovacao-serie-ensino-fundamental-8-9>. Acesso em: 28 fev. 2013.

LIBÂNEO, J. C. O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. **Educação e Pesquisa**. v. 38, n.1, São Paulo, p. 13-28, Jan./Mar. 2012.

LIBÂNEO, J. C. **Organização e gestão da escola**: teoria e prática. 5. ed. Goiânia: Alternativa, 2004.

LOPES, F. R. **Programas de Melhoria da qualidade de ensino na rede pública estadual em Porto Velho**. Relatório de Iniciação Científica. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia. CNPq, 2012.

LOPES, F. R.; ZIBETTI, M. L. T. Políticas educacionais e qualidade de ensino: um estudo na rede estadual em Porto Velho - RO. In: **Anais do V Seminário de Educação A Interculturalidade no espaço escolar: da indiferença ao diferente - impasses, alternativas e caminhos**. Rolim de Moura: Universidade Federal de Rondônia, 2012.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MORTATTI, M. D. R. L. A “querela dos métodos” de alfabetização no Brasil: contribuições para metodizar o debate. São Paulo: Revista: **ACOALFaplp**: Acolhendo a alfabetização nos Países de Língua Portuguesa, 2008. Disponível em <<http://www.alcoalfaplp.net>> Acesso em: nov. 2012.

MORTATTI, M. D. R. L. **Os sentidos da alfabetização**. São Paulo: Editora da UNESP, 2000.

OLIVEIRA, D. A. Das políticas de governo à Políticas de Estado: reflexões sobre a atual agenda educacional brasileira. **Educação e Sociedade**. Campinas, v.32, n.115, p. 323-337, abr./jun. 2011.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar:** Histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PATTO, M. H. S. **Exercícios de Indignação:** escritos de educação e psicologia. 2ed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

PATTO, M. H. S. **Psicologia e Ideologia:** uma introdução crítica à Psicologia. São Paulo: T. A. Queiroz, 1984.

PATTO, M. H. S. **Psicologia e Ideologia:** reflexões sobre a psicologia escolar. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1981.

ROCKWELL E.; EZPELETA, J. A escola: relato de um processo inacabado de construção. **Currículo sem Fronteiras**, v.7, n.2, p.131-147, Jul/Dez. 2007.

RONDÔNIA. **Lei complementar nº 153, de 23 de julho de 1996.** Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Educação, o Quadro e a Tabela Permanentes do Grupo Ocupacional Magistério. Disponível em: http://novo.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=54391&folderId=66796&name=DL-FE-52372.pdf Acesso em 21 jun. 2013.

RONDÔNIA. **Resolução n. 131 de 14 de dezembro de 2006.** Fixa normas para a implantação do ensino fundamental de nove anos no Sistema Estadual de Ensino a partir do ano letivo de 2007. Porto Velho – RO: Conselho Estadual de Educação, 2006. [Digitado].

SAWAYA, S. M. Novas perspectivas sobre o sucesso e o fracasso escolar. In: OLIVEIRA, M. K de; SOUZA, D. T. R.; REGO, T. C. (Orgs.) **Psicologia, Educação e as temáticas da vida contemporânea.** São Paulo: Moderna, 2002. p. 197-214.

SOUZA, M. P. R. de. Políticas públicas e educação: desafios dilemas e possibilidades. In: VIÉGAS, L de S.; ASBAHR, F. da S. F.; ANGELUCCI, C. B. (Orgs.) **Políticas públicas em Educação: Uma Análise Crítica a partir da Psicologia Escolar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 229-243.

VIÉGAS, L de S.; ASBAHR, F. da S. F.; ANGELUCCI, C. B. Apresentação. In: VIÉGAS, L de S.; ANGELUCCI, C. B. (Orgs.) **Políticas públicas em Educação: Uma Análise Crítica a partir da Psicologia Escolar.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006. p. 9-23.

ZIBETTI, M. L. T.; ZANON, R. G. Investigando as relações entre avaliação do rendimento escolar e melhoria da qualidade do ensino. In: **Anais do V Seminário de Educação.** A Interculturalidade no espaço escolar: da indiferença ao diferente - impasses, alternativas e caminhos. Rolim de Moura: Universidade Federal de Rondônia.

PANORAMA DAS PESQUISAS BRASILEIRAS EM NEUROPSICOLOGIA (2008-2012): INTERFACES COM A EDUCAÇÃO

Pedro Vasconcelos Corrêa

Iracema Neno Cecilio Tada

INTRODUÇÃO

É cada vez maior o impacto decorrente da neurociência para a saúde e educação. Historicamente, a neuropsicologia surgiu como uma disciplina com objetivo de estudar a relação cérebro e comportamento em condições normais ou patológicas. Atualmente, enfatiza a interdisciplinaridade e destaca as bases neuroanatômicas como referência para análise das cognições (MANNING, 2005; CIASCA; GUIMARÃES; TABAQUIM, 2005).

O termo neuropsicologia foi utilizado pela primeira vez em 1913 e, desde então, as discussões evoluíram para compreensão do cérebro, considerando o seu funcionamento global (KRISTENSEN; ALMEIDA; GOMES, 2001). Atualmente, o modelo que prevalece aborda a cognição, analisando o seu funcionamento sistêmico (MANNING, 2005).

Luria (1981) considera o cérebro como produto decorrente da evolução sócio-histórica humana que exerce a sua atividade em sistemas que atuam em conjunto. Para Fonseca (2007), a cognição possui como finalidades a promoção de resolução de problemas e adaptação da espécie humana em diferentes interações ambientais. Andrade e Bueno (2005) enfatizam a influência dos fatores socioculturais para o neurodesenvolvimento.

A avaliação neuropsicológica consiste em uma técnica que abrange uma série de procedimentos cujos objetivos são avaliar o comportamento, normal ou patológico, em diferentes situações ambientais e fornecer um relatório com a descrição cognitiva do paciente (MIRANDA; BORGES; ROCCA, 2010). Possui como objetivos o diagnóstico, o prognóstico, a orientação para o tratamento, o auxílio no planejamento de reabilitação e a perícia

neuropsicológica (MIRANDA, 2005; ARGOLLO; LEITTE, 2010). Segundo Ferreira, Coutinho, Freitas, Malloy-Diniz e Haase (2010), a avaliação neuropsicológica deve ser compreendida dentro de um modelo psicossocial de análise, no qual são considerados o impacto do processo de escolarização, a família e a sociedade na qual a pessoa avaliada se insere.

De acordo com Mäder (1996), a avaliação neuropsicológica surgiu no Brasil por meio da utilização de testes neuropsicológicos e o uso da psicometria, paralelo à necessidade da criação de testes específicos para a população brasileira. Essa preocupação surgiu em um momento cultural cuja falta de instrumentos de avaliação para a nossa população despontava como uma questão preocupante. Desde 2002 o Conselho Federal de Psicologia mantém uma Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica para avaliar a adequação dos instrumentos de avaliação psicológica no Brasil.

Considerando o elevado impacto da neuropsicologia para a sociedade em geral, o Conselho Federal de Psicologia (2004) reconheceu a neuropsicologia como especialidade em Psicologia.

A interface da avaliação neuropsicológica com a educação tem gerado análises, enfatizando os estudos das funções neuropsicológicas e do neurodesenvolvimento (MENDONÇA; ZAMBUJA; SCHLECHT, 2008), possibilitando compreender o desenvolvimento cognitivo em situações de atuação na prevenção dos agravamentos decorrente de disfunções cerebrais (STELA, 1995).

Conhecer o sistema nervoso, a fim de poder criar estratégias que promovam a aprendizagem, é uma das contribuições da avaliação neuropsicológica, segundo Carvalho e Guerra (2010). Para Santo e Bruno (2009), a compreensão das bases neurológicas possibilita novos olhares sobre o aprendizado, e a educação, pautada na neuropsicologia, promoveria o sucesso do aluno no processo de aprendizagem.

O desafio se coloca na tentativa de se integrar os referenciais teóricos pedagógicos nas pesquisas em neuropsicologia para compreender essa relação e a atuação no desenvolvimento de aprendizagens significativas.

Consideramos que a evolução histórica da neuropsicologia, enquanto área do conhecimento, encontra, em nossa sociedade, grande receptividade, gerando grandes impactos decorrentes dos seus produtos. Assim, é fundamental compreendermos o panorama das pesquisas em neuropsicologia desenvolvidas no Brasil e as suas relações com a educação. Desse modo este capítulo possui como objetivo geral: descrever o panorama nacional das pesquisas em neuropsicologia e sua interface com a educação; e como objetivos específicos: averiguar os tipos de estudos desenvolvidos; descrever os principais temas abordados; identificar o público-alvo das pesquisas; evidenciar os principais instrumentos utilizados; descrever as funções neuropsicológicas que aparecem com maior frequência; e analisar temáticas relacionadas com a educação.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, com artigos publicados no período de 2008-2012 nas bases de dados (banco de periódicos): Scielo - *Scientific Electronic Library Online*; BVS - Biblioteca Virtual em Saúde fonte Lilacs, Medline e Bireme e Google Acadêmico. Para a busca foram utilizadas as palavras-chave: “Neuropsicologia”, “Neuropsicologia Comportamental”; “Neuropsicológica”, “Neuropsicológicos”, “Avaliação Neuropsicológica”, “Teste Neuropsicológico” e “Pesquisa em Neuropsicologia”. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel e analisados qualitativamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em nosso levantamento encontramos 96 artigos que foram analisados em categorias que visam descrever o panorama nacional das pesquisas e, deste total encontrado, 14 artigos foram selecionados por relacionarem-se direta ou indiretamente com a educação.

Panorama brasileiro (2008-2012) das pesquisas em neuropsicologia

Dos 96 artigos resgatados, verificamos que 90,6% (n=87) possuíam o texto completo, e 9,4% (n=9) indicavam trabalhos que disponibilizavam apenas o resumo e estavam ancorados em *sítes* que exigem cadastro com dados pessoais para se ter acesso aos textos.

Podemos observar que 51% (n=49) dos artigos são de relatos de pesquisas empíricas; 18,75% (n=18), de revisão de literatura; 13,5% (n=13), ensaios teóricos. Artigos de estudos de caso-controle, transversal e quantitativo e transversal totalizam 5,2% (n=5), Estudo de caso, 6,25% (n=6) e correlacional, 5,2% (n=5). Não foi encontrado artigo que abrange relato de experiência profissional

Os relatos de pesquisa empírica descrevem questões sobre o impacto de doenças na cognição, validação de instrumentos e verificação de habilidades cognitivas. Os artigos teóricos versam principalmente sobre constructos fundamentais da neuropsicologia, como análise de conceitos, principais momentos históricos da neuropsicologia e definição do funcionamento cognitivo. A falta de artigos sobre relatos de experiências nos faz pensar em uma possível predominância da neuropsicologia voltada para a pesquisa. E, também, da necessidade de veiculação no cenário nacional das práticas para a compreensão do cotidiano do trabalho em neuropsicologia.

Considerando a quantidade de artigos por temática de pesquisa, verificamos que 27,1% (n=26) descrevem avaliação neuropsicológica do impacto de doenças; 20,8% (n=20), avaliações neuropsicológicas de habilidades específicas; 19,79% (n=19) indicam trabalhos de

validade de instrumentos; 14,6% (n=14) abrangem avaliação neuropsicológica como instrumento; 10,4% (n=10), de análise teórica; 4,2% (n=4) versam sobre a neuropsicologia e a reabilitação; e, por fim, 3,1% (n=3), sobre a neuropsicologia e o ambiente.

A categoria avaliação neuropsicológica do impacto de doenças analisa o impacto de doenças no funcionamento cognitivo. Essa categoria abrange principalmente as doenças estudadas, diretamente relacionadas ao envelhecimento e, em menor escala, ao desenvolvimento infantil. Dos trabalhos analisados, é interessante ressaltar que a educação surge no discurso, quando é relatado o impacto dos estudos para o desenvolvimento humano, não sendo, portanto, a principal questão presente nos delineamentos das pesquisas.

Das pesquisas catalogadas, 26% (n=25) foram realizadas com crianças e adolescentes, essa categoria foi criada para facilitar a demonstração dos dados, destacando que em alguns trabalhos o delineamento ocorreu apenas para crianças e outros apenas com adolescentes, e em alguns trabalhos o grupo de crianças e o de adolescentes estavam ambos em apenas um grupo. Das pesquisas, 26% (n=25) tiveram como sujeitos os adultos. Com idosos, obtivemos um total de 22,9% (n=22). Artigos teóricos sem especificação de idade totalizou 25% (n=24) de nossa amostra.

É interessante notar que cada grupo etário apresenta problemas específicos que direcionam a investigação. No grupo de crianças e adolescentes é frequente artigos que versam sobre a atenção e transtornos como o Transtorno e Déficit de Atenção com Hiperatividade/TDAH e epilepsias. Em relação aos adultos, é notória a presença de validação de instrumentos e pesquisas de habilidades neuropsicológicas específicas. E no grupo de idosos, as habilidades mais pesquisadas foram a memória e a doença Alzheimer.

Os instrumentos mais citados por estudos em neuropsicologia foram os seguintes: Teste de Fluência Verbal 16,7% (n=16); Miniexame do Estado Mental/MEEM, 13,5% (n=13); e a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos/ WAIS-III, 12,5% (n=12).

É interessante observar que o Teste de Fluência Verbal é citado em trabalhos que o utilizam dentro de protocolos de avaliação de idosos com ênfase na análise das funções executivas. O Miniexame do Estado Mental também foi citado nos protocolos de avaliação da população idosa. A utilização do WAIS-III foi em pesquisas que contemplam temas como: funcionamento executivo, população idosa, desatenção, HIV e validação de teste no contexto brasileiro, com os objetivos de avaliar e descrever o funcionamento cognitivo.

Com menor frequência aparecem os instrumentos: *Wisconsin Card Sorting Test/WCST* 7,3% (n=7); *Iowa Gambling Test* 7,3% (n=7); *Trail Marking Test/TMT* 9,4% (n=9); Escala Wechsler de Inteligência Infantil/WISC-III 9,4% (n=9); Lista de Palavras 6,25% (n=6); *Stroop Color Test/SCT* 6,25% (n=6); Entrevista Semiestruturada Miniplus 6,25% (n=6). Embora tenha sido tabulada grande quantidade de instrumentos, não existe uma padronização

nacional específica que descreva os instrumentos considerando as características específicas das funções estudadas.

O WISC-III aparece em pesquisas que versam sobre o impacto de nascimento de pré-termo com baixo peso na aprendizagem escolar, transtorno invasivo de desenvolvimento, funcionamento intelectual, dislexia do desenvolvimento, desempenho escolar e neurolinguística.

Embora as escalas de inteligência WISC-III e WAIS-III sejam utilizadas em menor frequência, são descritas como testes fundamentais para uma avaliação neuropsicológica. Temos, no entanto, que considerar que a psicologia escolar vem discutindo que práticas norteadas por esses instrumentos apresentam impactos negativos ao processo de escolarização do aluno submetido à avaliação psicológica. Patto (1997) considera que a psicometria contribui para a criação de laudos que destituem o sujeito da sua relação com o mundo social e político. Assim, os testes contribuem para individualizar um problema que quase sempre não é orgânico, por meio de uma visão classificatória que silencia o sujeito, rotulando-o com algum diagnóstico, retirando da avaliação possíveis benefícios (MOYSES; COLLARES, 1997).

Dentre as habilidades cognitivas avaliadas, temos a memória, funções visuais, funções executivas, linguagem, atenção, processos intelectuais/inteligência, emoção e personalidade compondo protocolos de avaliação global de pacientes em 72,9% (n=70) dos estudos. Enquanto artigos teóricos sem especificação de habilidades cognitivas totalizaram 27,1% (n=26). É interessante destacar que essa classificação é global, cuja especificidade em cada habilidade foi desconsiderada a título de descrição.

Interfaces com a educação

Dos n=96 artigos tabulados, encontramos 14,6% (n=14) que descrevem a avaliação de funções neuropsicológicas em transtornos psicológicos relacionados com a educação, descrição das funções neuropsicológicas relacionadas com a aprendizagem e processo de leitura e escrita, prática educativa norteadas pela neuropsicologia e estudo sobre o desempenho escolar em uma leitura neuropsicológica. A relação da neuropsicologia com a educação de maneira direta e específica não foi verificada nos artigos.

Relativo à abordagem teórica utilizada, verificamos que 64,3% (n=9) dos trabalhos correspondem a artigos com o delineamento quantitativo (MESSINA; TIEDEMANN, 2009; ENRICONE; SALLES, 2011; SANTOS; TUDESCO; CABOCLO; YACUBIAN, 2011; LIMA; AZONI; CIASCA, 2011; OLIVEIRA; NERI; MEDEIROS; GUIMARÃES; GUERREIRO, 2010; LIMA; SALGADO; CIASCA, 2008; SALLES; PARENTE, 2008; NATALE; TEODORO; BARRETO; HAASE, 2008; RIECHI; MOURA-RIBEIRO; CIASCA, 2011), enquanto que 35,7% (n=5) indicam estudos qualitativos (CABUSSÚ, 2009; OLIVEIRA; RODRIGUES; FONSECA,

2009; COSTA; MAIRA; GOMES, 2009; PIMENTEL; SANTOS, 2008; MOURÃO JUNIOR; MELO, 2011).

Apenas um artigo enfatizou a utilização da análise qualitativa, associada com a quantitativa, e, neste, a análise qualitativa foi descrita como análise descritiva do desempenho e funcionamento da pessoa no processo de avaliação (LIMA *et al.*, 2008).

Nas pesquisas qualitativas, foram incluídos artigos de revisão teórica (CABUSSÚ, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2009; PIMENTEL; SANTOS, 2008) e um artigo que fornece uma discussão teórica (MOURÃO JUNIOR; MELO, 2011). Não foi verificada a presença de análise neuropsicológica qualitativa no processo de avaliação.

Em apenas dois trabalhos, a fundamentação teórica apresentada forneceu um modelo conceitual de neuropsicologia. Em Natale *et al.* (2008) foram apresentados os conceitos de avaliação neuropsicológica e a sua aplicação com crianças. Santos *et al.* (2011) conceituaram a neuropsicologia, situando o seu problema de estudo dentro do modelo teórico apresentado sobre a memória e aprendizagem. Nos estudos de Messina e Tiedemann (2009) e Mourão Junior e Melo (2011) foi verificada a presença de um modelo teórico que serviu de base para o tema pesquisado, tais como os critérios para transtornos presente no DSM-IV, e, também, a descrição do modelo teórico para análise de funções neuropsicológicas, como as funções executivas. Nos demais trabalhos, não foi encontrada a descrição de uma teoria específica, sendo a revisão de literatura apresentada vinculada diretamente ao tema estudado.

Os transtornos psicológicos é um tema constante nas pesquisas. Quatro trabalhos foram selecionados por apresentarem como tema a avaliação de funções neuropsicológicas em transtornos comuns no cotidiano escolar.

Desses trabalhos, dois versaram sobre o Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH (COSTA *et al.*, 2009; MESSINA; TIEDEMANN, 2009), e dois versaram sobre a Dislexia (CABUSSÚ, 2009; LIMA *et al.*, 2008).

Segundo Messina e Tiedemann (2009), em avaliação neuropsicológica de crianças com TDAH, verificou-se que a memória visual apresentou melhor desempenho do que a memória auditiva e que a memória visual estava correlacionada com o cálculo. De modo similar, averiguou-se que os prejuízos na atenção foram observados com maior frequência em pacientes com TDAH e epilepsia (COSTA *et al.*, 2009). Tanto Costa *et al.* (2009) como Messina e Tiedemann (2009) enfatizaram que a avaliação neuropsicológica é fundamental para o fornecimento de intervenções adequadas. Ambos os trabalhos não enfatizam a necessidade de articulação dos dados de uma avaliação ao processo de escolarização.

Segundo Eidt e Tuleski (2007), o diagnóstico de TDAH aumentou significativamente em nossa sociedade. Diante dessa realidade, reduzir a análise desse fenômeno para os aspectos cognitivos é contribuir para individualizar a abordagem do TDAH, destituindo-o de seu aspecto de engendramento social. Para Moysés (2010), a dislexia e o TDAH constituem-se como

transtornos construídos socialmente e cuja comprovação não possui provas de sua real existência. Essas categorias diagnósticas despontam em um cenário de extrema patologização da vida na nossa sociedade e da educação sob a influência de uma indústria farmacêutica que alimenta essa condição.

Relativo à dislexia, Cabussú (2009) e Lima *et al* (2008) enfatizam que existem prejuízos nos domínios de funções executivas, memória e atenção em pacientes com esse diagnóstico. Apresentam a importância dos estudos em neuropsicologia para a criação de estratégias escolares e familiares de intervenção, destacando a importância em se conhecer esse transtorno e a sua extensão para a aprendizagem e ampliação no manejo da escola. Observamos, no entanto, que a discussão sobre aspectos educativos é mínima ou negligenciada. Esse fator não surge como principal ponto de análise e é relatado como uma condição paralela e secundária.

Moysés (2010) destaca que, para entender a dislexia, é fundamental separar duas questões: a primeira versa sobre a própria diversidade humana no processo de aprendizagem e a segunda, sobre a dislexia ser uma doença neurológica. Considerando a segunda proposição, a autora destaca que a dislexia abrange um processo de construção social, e as causas ou formas de estudo dessa categoria diagnóstica são falhas e não apresentam um consenso sobre a sua origem e sua concreta existência. Verificamos que, na tentativa de explicar os problemas de aprendizagem, são negados os inúmeros fatores de ordem social que concorrem para as dificuldades de aprendizagem presentes na escolarização. Dessa realidade, decorre a primeira proposição citada, pois abordar a dislexia como uma condição neurológica é negar as particularidades presentes no aprender e a singularidade de cada pessoa nesse processo.

Sobre os processos de leitura e escrita, dois trabalhos foram analisados. Enricone e Salles (2011) destacam os fatores psicossociais dos familiares no desempenho da leitura e da escrita. Nesse estudo é interessante frisar que os fatores econômicos, escolaridade e dificuldade de leitura e escrita dos pais aparecem em grupo de criança com dificuldade de leitura e escrita.

Os fatores culturais como ponto de partida para justificar o fracasso escolar foi denunciado por Patto (1997), em que o fracasso escolar é descrito como síntese de inúmeras influências sociais. Assim, o desempenho escolar de uma criança é o produto da relação com diferentes atores sociais que sofre influência do funcionamento escolar, sendo limitador pensá-lo apenas por uma ótica de interpretação (MEIRA, 2000; SAWAYA, 2002; SOUZA, 2007).

Para Salles e Parente (2008), as dificuldades de leitura e escrita estão relacionadas a uma dissociação entre funções não verbal e funções verbais, verificada por baixo desempenho entre funções de consciência fonológica, memória verbal, linguagem e velocidade de processamento.

Uma das habilidades neuropsicológicas que encontra grande impacto no processo de escolarização consiste na aprendizagem. Três trabalhos sobre essa temática foram analisados. Os três distinguem-se quanto ao problema em estudo. Riechi *et al* (2011) verificaram o impacto do nascimento pré-termo e com baixo peso no desenvolvimento da aprendizagem. Segundo os autores, as pessoas nessa condição apresentam dificuldades na coordenação viso-motora, desenvolvimento psicomotor geral, viso-construção, raciocínio matemático, habilidades tátil-cinestésicas e memória visual.

Paralelo à descrição das funções prejudicadas e que interferem na aprendizagem, Oliveira *et al* (2009) enfatizam a necessidade de se atentar para os instrumentos de avaliação existentes. Pensar nos impactos dessas proposições para o processo de aprendizagem, segundo Pimentel e Santos (2008), deve ocorrer com base nas contribuições de Luria para a neuropsicologia. Para os autores, a compreensão da cognição e aprendizagem deve ocorrer pautada na complexidade de surgimento dos processos psíquicos superiores e não tem como fazê-lo desvinculando o desenvolvimento cognitivo das influências socioculturais. Enfatizam a necessidade de criação de instrumentos e procedimentos que assegurem a análise global do fenômeno psicológico.

Considerando as implicações de estudos sobre o processo de aprendizagem no interior do processo educativo, Riechi *et al* (2011) destacam que os resultados dessas pesquisas podem gerar ou servir de embasamento para políticas públicas que promovam as prevenções primária, secundária e terciária. Para Oliveira *et al* (2009) e Pimentel e Santos (2008), é fundamental ter o cuidado na análise dos resultados em neuropsicologia, situando estes em um processo global, e, também, atentar-se para a criação de instrumentos que possam ser eficazes na análise da aprendizagem.

O desempenho escolar foi o tema estudado em dois artigos. Nestes, foi verificado o desempenho escolar e cognitivo em pacientes com epilepsia (OLIVEIRA *et al*, 2010; SANTOS *et al*, 2011). Segundo Oliveira *et al* (2010), pacientes com epilepsia rolândica apresentam déficits na linguagem oral e escrita e em aspectos emocionais. Para Santos *et al* (2011), o desempenho escolar em adultos com baixa escolaridade apresenta déficits em habilidades verbais e viso-espaciais, comprometimento cognitivo e baixos escores nas habilidades como funções executivas e linguagem.

Apenas um dos artigos apresentou elementos para a fundamentação de práticas educativas. Pimentel e Santos (2008) destacam que é necessário compreender as contribuições das neurociências para a aprendizagem e mediação pedagógica e situam a mediação como um aspecto intencional da docência importante para promover a aprendizagem dos alunos.

Paralelo à análise sobre indícios neuropsicológicos para a prática educativa, Mourão Junior e Melo (2011) enfatizam a necessidade de integrar os conceitos de funções executivas,

memória de trabalho e aprendizado. A integração conceitual dessas habilidades poderia possibilitar novas maneiras de se avaliar os déficits de aprendizado.

Com base na análise dos artigos publicados no período de 2008-2012, verificamos que, quando expandimos as contribuições da neuropsicologia para o processo de escolarização, é possível construirmos diferentes níveis de importância conceitual e suas contribuições para a educação. Integrar constructos da pedagogia com os da neuropsicologia foi uma característica observada em apenas um estudo, sendo fundamental ampliar essa perspectiva de análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de pesquisas de revisão literária é fundamental para estabelecermos o estado da arte em determinada área de conhecimento. Nesta pesquisa, podemos verificar que o panorama brasileiro de pesquisas em neuropsicologia descreveu questões diversificadas e pertinentes para a neuropsicologia.

Relativo à matriz teórica presente nas pesquisas em neuropsicologia, é válido destacar que poucos estudos apresentaram um modelo conceitual e teórico abrangente. Sendo, em grande parte, a ausência desse modelo um problema para a neuropsicologia, pois isso permite inferir a falta de um modelo conceitual para análise das funções neurocognitivas e seus correlatos cognitivos, mensurados nas avaliações.

Existe uma forte tendência nas pesquisas em neuropsicologia relativa aos impactos de doenças na cognição e habilidades cognitivas. Essas pesquisas são fundamentais para o conhecimento da extensão das implicações de doenças orgânicas ou psicológicas.

A análise dos artigos possibilitou verificar a influência da neuropsicologia nos diferentes âmbitos sociais. Os dados encontrados podem ser correlacionados com a saúde e com as diferentes aprendizagens na vida cotidiana. No entanto, um dos principais pontos da avaliação neuropsicológica, correspondente aos instrumentos utilizados, pode ser um aspecto de uma discussão ampla e abrangente, pois muitos instrumentos utilizados não possuem a devida padronização para a realidade nacional.

Relativo à educação, verificamos que a neuropsicologia, norteadas por uma base psicométrica com atuação diagnóstica, atua desconsiderando as diferentes influências sociais para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores e que essa realidade contribui diretamente para um processo de biologização e desconsideração da multiplicidade de fatores presentes no decorrer de aprendizagens e desenvolvimento dos alunos. Observamos também que o movimento de ampliação da neuropsicologia para o âmbito escolar é uma faca de dois gumes, pois, ao mesmo tempo em que verificamos a possibilidade de aplicação do conhecimento neuropsicológico para desenvolvimento das habilidades cognitivas, este, inserido no contexto escolar de maneira organicista e com fortes indícios da biologização dos

problemas escolares, pode atuar, futuramente, para a manutenção de velhas práticas diagnósticas e rotulantes de alunos encaminhados para avaliação, com queixas escolares denunciadas historicamente pela psicologia escolar crítica.

Assim, este estudo pôde contribuir para uma análise do estado da arte na pesquisa em neuropsicologia e possibilitar uma visão das lacunas a serem preenchidas nessa área do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALCHIERI, J. C. Produção científica brasileira em neuropsicologia: análise de artigos publicados de 1930 a 1999. **PSIC**, v.1, n. 4, p. 6-13, 2003.

ARGOLLO, N.; LEITE, W. B. Psiquiatria e Neurologia Infantil. In: L. F. MALLOY-DINIZ, L. F. (Org.), **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 274-279.

ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. A influência dos fatores socioculturais no desenvolvimento. In: MELLO, C. B.; MIRANDA, M. C.; MUZKAT, M. (Orgs.). **Neuropsicologia do desenvolvimento: conceitos e abordagens**. São Paulo: Memnon, 2005. p.144-161.

CABUSSÚ, M. A. S. T. Dislexia e estresse: implicações neuropsicológicas e psicopedagógicas: [revisão]. **Psicopedagogia**, v. 81, n. 26, p. 476-485, 2009.

CARVALHO, A. M.; GUERRA, L. B. Avaliação Neuropsicológica na Educação. In: MALLOY-DINIZ, L. F. (Org.). **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 324-330.

CIASCA, S. M.; GUIMARÃES, I. E.; TABAQUIM, M. L. M. Neuropsicologia do desenvolvimento: aspectos teóricos e práticos. In: MELLO, C. B.; MIRANDA, M. C.; MUZKAT, M. (Orgs.). **Neuropsicologia do desenvolvimento: conceitos e abordagens**. São Paulo: Memnon, 2005. p.14-25.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Nº 002**, de 18 de fevereiro de 2004. Reconhece a neuropsicologia como especialidade em psicologia para a finalidade de concessão e registro do título de especialista. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia.

COSTA, C. R. C. M.; MAIRA, F. H. S.; GOMES, M. M. Avaliação clínica e neuropsicológica da atenção e comorbidade com TDAH nas epilepsias da infância: uma revisão sistemática. **J. epilepsy clin. neurophysiol.** v. 2, n. 15, p. 77-82, 2009.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In: MEIRA, M. E. M.; FACCI, M. G. D. (Orgs.). **Psicologia Histórico-Cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 221-248.

ENRICONE, J. R. B.; SALLES, J. F. Relação entre variáveis psicossociais familiares e desempenho em leitura/escrita em crianças. **Psicologia Escolar e Educacional**. v. 2, n. 15, p.199-210, 2011.

FERREIRA, F. O.; COUTINHO, G.; FREITAS, P. M.; MALLOY-DINIZ, L. F.; HAASE, V. G. O exame neuropsicológico na idade pré-escolar. In: MALLOY-DINIZ, L. F. (Org.). **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.210-220.

FONSECA, V. **Cognição, neuropsicologia e aprendizagem**: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

KRISTENSEN, C. H.; ALMEIDA, R. M. M.; GOMES, W. B. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia clínica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 2, n. 14, p. 259-274, 2001.

LIMA, R. F.; AZONI, C. A. S.; CIASCA, S. M. Desempenho atencional e funções executivas em crianças com dificuldades de aprendizagem. **Rev. Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 4, n. 24, p. 658-691, 2011.

LIMA, R. F.; SALGADO, C. A.; CIASCA, S. M. Desempenho neuropsicológico e fonoaudiológico de crianças com dislexia do desenvolvimento. **Revista Psicopedagogia**, v. 78, n. 25, s/p, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. São Paulo: EDUSP, 1981.

MÄDER, M. J. Avaliação Neuropsicológica aspectos históricos e situação atual. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 3, n. 16, p. 12-18, 1996.

MANNING, L. **A neuropsicologia clínica**: uma abordagem cognitiva. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

MEIRA, M. E. M. Psicologia Escolar: Pensamento Crítico e Práticas Profissionais. In: TANAMACHI, E. R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. (Orgs.). **Psicologia e Educação**: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 35-69.

MENDONÇA, L. I. Z.; ZAMBUJA, D. A.; SCHLECHT, B. B. G. S. Neuropsicologia no Brasil. In: FUENTES, D. et al. (Orgs.). **Neuropsicologia**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 411-430.

MESSINA, L. F.; TIEDEMANN, K. B. Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Psicologia USP**, n. 2, v. 20, p. 209-228, 2009.

MIRANDA, M. C. Avaliação Neuropsicológica quantitativa e qualitativa: ultrapassando a psicometria. In: MELLO, C. B.; MIRANDA, M. C.; MUZKAT, M. (Orgs.). **Neuropsicologia do desenvolvimento**: conceitos e abordagens. São Paulo: Memnon, 2005. p.127-143.

MIRANDA, M. C.; BORGES, M.; ROCCA, C. C. A. Avaliação Neuropsicológica Infantil. In: MALLOY-DINIZ, L. F. (Org.). **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 221-233.

MOYSES, M. A. A. Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Dislexia**: subsídios para políticas públicas. São Paulo: CRPS, 2010. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/8/frames/fr_dislexia.aspx>. Acesso em: 03 fev. 2013.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, v. 1, n. 8, p. 63-89, 1997.

MOURÃO JUNIOR, C. A.; MELO, L. B. R. Interação de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 3, v. 27, p. 309-314, 2011.

NATALE, L. L.; TEODORO, M. L. M.; BARRETO, G. DE V.; HAASE, V. G. Propriedades psicométricas de tarefas para avaliar funções executivas em pré-escolares. **Psicologia e Pesquisa**, n. 2, v. 2, s/p, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

OLIVEIRA, E. P. M.; NERI, M. L.; MEDEIROS, L. L.; GUIMARÃES, A. C.; GUERREIRO, M. M. Avaliação do desempenho escolar e praxias em crianças com Epilepsia Rolândica. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v. 3, n. 22, p. 209-214, 2010.

OLIVEIRA, C. R.; RODRIGUES, J. DE C.; FONSECA, R. P. O uso de instrumentos neuropsicológicos na avaliação de dificuldades de aprendizagem. **Rev. Psicopedagog.**, v. 79, n. 26, s/p, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

PATTO, M. H. S. Para uma crítica da razão psicométrica. **Psicologia USP**, v. 1, n. 8, p. 47-62, 1997.

PIMENTEL, S. C.; SANTOS, A. J. P. Mediação pedagógica numa perspectiva neuropsicológica: uma contribuição ao processo de atenção às necessidades educacionais especiais. **Teor. Prát. Educ.**, v. 22, n. 11, s/p, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 ago. 2012.

RIECHI, T. I. J.; MOURA-RIBEIRO, M. V. L.; CIASCA, S. M. Impacto do nascimento pré-termo e com baixo peso na cognição, comportamento e aprendizagem de escolares. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 4, n. 29, p. 495-501, 2011.

SALLES, J. F.; PARENTE, M. A. M. P. Variabilidade no desempenho em tarefas neuropsicológicas entre crianças de 2ª série com dificuldades de leitura e escrita. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 1, n. 60, p. 34-44, 2008.

SAWAYA, S. M. Novas perspectivas sobre o sucesso e o fracasso escolar. In: OLIVEIRA, M. K.; SOUZA, D. T. R.; REGO, T. C. (Orgs.). **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002. p. 197-213.

SANTO, E. E.; BRUNO, R. S. As bases neuropsicológicas da memória e da aprendizagem e as suas contribuições para os profissionais de educação. **EDUCERE: Revista da Educação**, v. 2, n. 9, p. 139-160, 2009.

SANTOS, E. B.; TUDESCO, I. S. S.; CABOCLO, L. O. S. F.; YACUBIAN, E. M. T. Efeitos de baixo nível de escolaridade no desempenho de adultos saudáveis em um protocolo neuropsicológico sugerido pela Comissão de Neuropsicologia da Liga Brasileira de Epilepsia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 5, n. 69, p. 778-784, 2011.

SOUZA, B. P. Apresentando a orientação à queixa escolar. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 97-118.

STELA, F. Neuropsicologia e Educação. **Educ.: Teor. Prát.**, v. 3, s/p, 1995. Disponível em: <<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/article/view/2406/213>>. Acesso em: 05 ago. 2012.

PARTE II

SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL PARA O ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Denise Alves Guimarães

Carlos Alberto Pegolo da Gama

Leandro César da Silva

Oswaldo Norbim Prado Cunha

INTRODUÇÃO

O processo de formação dos profissionais de saúde no Brasil tem sido alvo constante de críticas e discussões relacionadas à sua filiação ao paradigma biomédico em detrimento de uma visão mais abrangente, ligada aos princípios da saúde coletiva. Constata-se que o modelo vigente é orientado pela doença, está centrado em conteúdos e baseado numa pedagogia da transmissão em que a divisão do saber em disciplinas e departamentos tem como consequência o corporativismo das especialidades. Nesse cenário não existem práticas interdisciplinares e não ocorre integração entre ensino, pesquisa e extensão. As críticas a esse modelo apontam para as possibilidades de construção de novas experiências pedagógicas baseadas em outro paradigma, que ampliem a compreensão do fenômeno saúde-doença no sentido de superar o biologicismo hegemônico. Entre os pontos destacados pelos críticos, têm-se a possibilidade de valorização dos aspectos sociais e da subjetividade, a valorização do cuidado e não só da prescrição, a crítica à medicalização, o cruzamento entre diferentes saberes e práticas, possibilitando a interdisciplinaridade e a articulação entre ensino e trabalho (CARVALHO E CECCIM, 2006).

A compreensão ampliada acerca dos determinantes da saúde e adoecimento para indivíduos e coletividades deve levar em conta diversos aspectos, tais como o grau de desenvolvimento social e econômico, os valores e crenças de cada indivíduo e grupo, a

acessibilidade às diversas formas de informação e avanços tecnológicos e aos serviços de saúde, educação e lazer. Esses elementos, indissociados, compõem uma realidade hipercomplexa e devem guiar qualquer proposta de formação e atuação em saúde (GUIMARÃES, SILVA, 2010).

Apesar de a OMS não definir mais o conceito de saúde como a ausência de doença, ainda existe um longo caminho para que se consolide, de fato, o modelo ampliado de saúde em nossa sociedade. Sabe-se que a formação dos profissionais de saúde é discutida em vários países, principalmente em relação à discrepância entre o que se ensina na graduação e o que se observa na realidade dos serviços de saúde e na comunidade. O modelo biomédico, segundo De Marco (2006), ao refletir o referencial técnico-instrumental das biociências, “exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende” (DE MARCO, 2006, pg. 64).

Barros (2002) explica que o problema central no modelo biomédico reside no fato de que ele é demasiado restrito no seu poder explicativo. Apesar de os profissionais médicos perceberem o impacto das reações psicológicas dos pacientes e dos problemas socioeconômicos na manifestação das doenças, não são capazes de incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico.

O processo de transformação desse modelo envolve a transformação da base epistemológica que sustenta os conceitos na área e a mudança do modelo pedagógico com a introdução de novas tecnologias de ensino-aprendizagem, baseadas na participação e na experiência cotidiana do profissional. Carvalho e Ceccim (2006, pg. 167) afirmam que:

A construção de estratégias contemporâneas deve decorrer do aprendizado com a história dos movimentos de mudança: necessidade de instituir relações orgânicas entre as instituições de ensino (via práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação acadêmica), as estruturas de gestão da saúde (via acesso à informação de gestão setorial, junto aos cenários gerenciais e mediante colaboração técnica e financeira), os órgãos de representação popular (movimentos sociais e de educação popular em saúde) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas, prestação de tutoria e apoio).

Dentro desse processo, é possível identificar uma série de teorias que são transversais às questões de saúde e que ajudam a problematizar situações cotidianas, promovendo um aprofundamento na reflexão sobre os temas em questão. No presente trabalho, serão apresentados alguns referenciais da psicologia social e da teoria crítica da sociedade e os diálogos desenvolvidos entre estes e as ciências da saúde, especialmente se considerando as contribuições na formação de profissionais de saúde. Serão apresentadas reflexões mais específicas acerca da formação dos estudantes de medicina, curso ao qual os autores estão atualmente vinculados na instituição de ensino superior.

A psicologia social contribui para a análise da realidade, do indivíduo, das coletividades e dos processos saúde-doença a partir de seu enfoque na relação indissociável entre indivíduo e sociedade em um constante movimento de formação e transformação ao longo da história. Da psicologia social, especificamente se pensando em suas contribuições para a formação e prática médicas, tomam-se de empréstimo as discussões feitas por Martin – Baró (1997) sobre a atuação de psicólogos e cujo raciocínio considera-se válido também para a atuação de médicos e demais profissionais de saúde. Enfatizando a dimensão crítica, a partir da qual o profissional deve conduzir sua prática, o autor afirma que as perguntas que devem formular a respeito de sua atividade devem centrar-se no papel que estão desempenhando na sociedade, a respeito de quem se beneficia com essa atuação e, principalmente, sobre quais são as consequências históricas concretas que suas atividades estão produzindo.

Nesse sentido, independente da área de atuação, as críticas e reflexões que devem guiar os profissionais de saúde estão indissociadas do papel que desempenham na sociedade em que estão inseridos, das influências que sofrem e exercem e principalmente das consequências produzidas por suas formas de atuação.

Da mesma forma, a chamada teoria crítica da sociedade traz diversas reflexões muito importantes para a grande área da saúde. A Escola de Frankfurt compreende um grupo de pensadores vinculados ao Instituto de Pesquisa Social de Frankfurt (1923) e configura-se como uma escola de teoria social interdisciplinar cujos trabalhos foram fortemente influenciados pelos eventos que culminaram na ascensão do nacional socialismo. A partir da ascensão de Hitler ao poder, em 1933, o instituto transfere-se para Genebra e posteriormente para Nova Iorque, em 1935, onde se tornou afiliado da Universidade de Columbia. Somente em 1953 o instituto retornou a Frankfurt.

As discussões desenvolvidas por autores frankfurtianos analisam a organização da sociedade contemporânea, assentada na racionalidade tecnológica e na ideologia que lhe dão sustentação, considerando a posição assumida pela ciência e pela técnica como instrumentos de controle e dominação dos homens e da natureza extra-humana. Elas representam o esforço empreendido para se percorrer historicamente o caminho do saber como busca de libertação do homem, que, contraditoriamente, mostra-se como forma de aprisionamento do indivíduo sob a sociedade industrial, em decorrência da paralisia do pensamento e da ação.

A teoria crítica caracteriza a sociedade contemporânea como sociedade administrada, o que significa dizer que ela representa um todo administrado e, como tal, expressa a ideia de totalitarismo de uma sociedade que se estrutura a partir da padronização de pensamentos, comportamentos, formas de se expressar e de se relacionar, bem como pela fixidez da realidade e das relações entre criaturas e coisas, baseada em instituições compatíveis com o sistema vigente.

Considerando-se os referenciais mencionados, este texto tem como objetivo apresentar uma experiência desenvolvida nos cursos de enfermagem e medicina da Universidade Federal de São João del Rei, campus Centro-Oeste – UFSJ/CCO -, na perspectiva de transformação das práticas de ensino por meio do relato de uma intervenção relacionada a um Projeto PRÓ/PET SAÚDE. Serão apresentados os principais referenciais teóricos da psicologia que representam norteadores dessas ações e suas contribuições para a formação em saúde. Nesse sentido, pretende-se descrever brevemente tanto a estrutura do curso como os projetos em desenvolvimento, destacando-se, nestes, os referenciais teóricos e metodológicos que os compõem.

1. Contextualizando a experiência de formação em ciências da saúde
1. Estrutura dos cursos de enfermagem e medicina da UFSJ

Os cursos encontram-se no seu sexto ano de funcionamento e em consonância com o projeto institucional do CCO/UFSJ, que aponta claramente para a inserção precoce do estudante na rede de serviços de saúde do SUS do município. Os estudantes dos cursos de graduação envolvidos nesse projeto realizam atividades vinculadas às redes de atenção à saúde desde o início de sua formação.

Os cursos têm uma estrutura modular que visa integrar os conteúdos trabalhados entre as áreas clínicas, biológicas e psicossociais. Eles foram organizados, buscando-se fomentar uma sistemática de formação de enfermeiros e médicos, integrada às necessidades sociais, individuais e coletivas, de maneira a formar profissionais com um olhar diferenciado para o modo de viver das pessoas. Destacam-se duas unidades curriculares que estão presentes tanto no curso de medicina quanto no curso de enfermagem:

Prática de Integração Ensino/Serviço/Comunidade (PIESC) - desenvolve-se na rede assistencial do município (Rede de Atenção Primária à Saúde e outros Equipamentos Sociais e Assistência ou Educacionais). Essa unidade desenvolve atividades desde o primeiro período do curso com supervisão de professor ou preceptor e são sincronicamente integradas ao conteúdo teórico do curso de forma que permita ao estudante a compreensão e a reflexão aprofundada e substanciada de suas ações. Tem como objetivos a integração entre teoria e prática, a sensibilização, enquanto campo de experiência e aplicação, para o aprendizado de outros conhecimentos desenvolvidos no curso, desenvolvimento de habilidades e atitudes exigidas na clínica e na atuação na comunidade, em níveis de promoção, prevenção, assistência e reabilitação; desenvolvimento de habilidades de comunicação geral e com os pacientes, usuários e comunidade; capacitação para trabalho em equipe; conhecimento da realidade social e de saúde local e regional; desenvolvimento do raciocínio clínico ampliado.

As atividades incluem atuação coletiva na comunidade, atuação individual com os usuários idosos, crianças, adultos e gestantes com objetivos de promoção, prevenção e

assistência em nível de atenção primária. Visam atingir dois dos principais objetivos gerais do curso que são a aprendizagem em equipe e integração interprofissional.

Bases Psicossociais da Prática Médica/Enfermagem (BPPM e BPPE) – inicia-se no primeiro período e vai até o oitavo período. A matriz curricular apresenta os conteúdos das áreas de saúde coletiva, psicologia social, sociologia, antropologia da saúde, ética e saúde mental, agrupados nessa unidade curricular. Até o final do segundo ano de curso, as atividades dessa unidade curricular são desenvolvidas sob a forma de grupos de discussão, seminários, mesas redondas com especialistas ou exposições dialogadas. Em particular, no curso de medicina, a partir do terceiro ano, até o final do curso, elas são desenvolvidas sob a forma de discussão psicossocial de casos clínicos, organizadas a partir dos casos acompanhados pelos estudantes em suas atividades nos diferentes campos de prática.

Essas duas unidades curriculares procuram considerar e evidenciar a complexidade do processo de ensino-aprendizagem, introduzindo a realidade dos serviços no território e uma discussão que leve em conta saberes oriundos das ciências humanas.

OS PROJETOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FOCO NA SEXUALIDADE E PREVENÇÃO DE DSTS E AIDS

No ano de 2012 foi aprovado um projeto vinculado ao Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PRÓ-PET SAÚDE e intitulado “Educação em Saúde: sexualidade e prevenção de DST e aids em regiões do município de Divinópolis, Minas Gerais” e com duração de dois anos. Com o objetivo de garantir a continuidade das ações do projeto, ele foi também aprovado como Programa de Extensão Universitária pela Pró-Reitoria de Extensão da UFSJ e recentemente aprovado como projeto da FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Esses projetos associados oportunizaram a sustentabilidade das ações a eles vinculadas até o ano de 2015.

Os projetos têm, em conjunto, como objetivos de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004), realizar levantamento de conhecimentos, informações, dúvidas e comportamentos acerca da sexualidade e das formas de contágio e de prevenção de DSTs/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), com adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Os objetivos da extensão envolvem a promoção de ações de educação em saúde, voltadas para a sexualidade e prevenção de DSTs/AIDS em algumas regiões do município de Divinópolis, MG. Já os objetivos vinculados ao ensino ligam-se aos seminários de nivelamento teórico-metodológico, promovidos acerca das temáticas relacionadas ao projeto.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são um grande problema de saúde pública mundial, representando cerca de 333 milhões de novos casos por ano. No Brasil,

existem poucos dados próximos da realidade, já que cerca de 70% das pessoas procuram atendimentos sem receita médica para se tratar. Entretanto, autores defendem que são 12 milhões de novos casos de DSTs no país, com maior prevalência entre os adultos de 25 a 40 anos (ROCHA, 2008).

Os prejuízos econômicos causados pelas DSTs são de difícil estimativa, afinal, os gastos vão além do tratamento, pois há perda de qualidade de vida e de dias de trabalho durante a vigência de um caso de DST. Além disso, uma enorme perda humana está envolvida na questão, pois existem casos de transmissão de DSTs durante a gravidez; perda e prejuízos na vivência e no exercício da vida sexual e possível cronificação da doença, como no caso da infecção por HIV e das hepatites virais (ROCHA, 2008).

Especificamente com o tratamento da AIDS, os gastos estimados com o tratamento dos portadores da doença custaram, ao Ministério da Saúde, cerca de 2,90 bilhões de dólares, sendo o gasto mundial nesse mesmo ano estimado em 20 bilhões de dólares (Nunes, 1997; Greco, 2008). O Brasil vem, corajosamente, combatendo a epidemia, e seu impacto pode ser observado econômica, social, científica e eticamente (GRECO, 2008).

Entre os principais desafios, podem ser citados: a alocação de grande quantidade de recursos, o enfrentamento do preconceito gerado pela doença, a pauperização da doença e a dificuldade em se adotar medidas de cunho coletivo na prevenção e promoção da saúde. São cerca de 600 mil infectados pelo vírus HIV no Brasil, e os gastos tendem a aumentar com o advento de novas medicações sofisticadas para o tratamento da AIDS (GRECO, 2008).

Vive-se um momento em que as infecções por HIV avançam em números absolutos no Brasil e no mundo (BRASIL, 2007). No Brasil, nota-se um aumento dos casos de indivíduos com diagnóstico de AIDS com idade superior a 60 anos. Foram notificados, até junho de 2006, 9.918 casos; destes, 6.728 em homens e 3.190 em mulheres (LAZZAROTO, 2008; SANTOS, 2002). Os casos notificados de AIDS em Minas Gerais acompanham a tendência nacional de aumento, registrando entre 1980 e 2009 o total de 29.688 casos, sendo 8,68% de jovens entre 20 e 24 anos e 3,09% em pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2010).

Considerando-se as ações de educação em saúde na sua potencialidade em promovê-la, ressalta-se a importância das discussões que busquem ampliar os conhecimentos acerca dos seguintes aspectos: 1) a vivência da sexualidade e das práticas sexuais; 2) a compreensão de que sexo e sexualidade não são sinônimos; 3) a educação sobre sexo e sexualidade; 4) o acesso às informações sobre sexo, sexualidade e o corpo; 5) as diferenças de gênero vinculadas à sexualidade, práticas sexuais e a adoção de medidas de proteção e prevenção de DSTs/AIDS; 6) as formas como os sujeitos e os grupos lidam com os conhecimentos recebidos sobre sexo, sexualidade, corpo e prevenção de DSTs/AIDS; e 7) as formas de apropriação de conhecimentos e experiências sobre o corpo e o prazer.

Compreende-se que, interligadas a esses aspectos, estão as formas que os sujeitos e grupos constroem para lidar com seu corpo e sua saúde no que se refere à prevenção de DSTs/AIDS.

Em relação ao local de desenvolvimento dessas ações, cabe destacar que o município de Divinópolis está em gestão plena de sistema de saúde, desde 1996, com priorização da atenção primária. A Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA - é responsável pelo cuidado de 216.000 moradores da cidade, além de receber usuários de outros municípios para assistência especializada. Por ser polo da macrorregional oeste de Minas Gerais, fica, também, responsável por articular com a Secretaria de Estado da Saúde – SES - de Minas Gerais a rede de referência e contrarreferência entre os 55 municípios que compõem essa macrorregional. O município recebe aporte de recursos, na maioria das vezes insuficientes, para o funcionamento da alta e da média complexidade, bem como possui uma fragilidade na organização do sistema, uma vez que a população de toda a região busca atendimento em Divinópolis, causando forte impacto na organização, planejamento e gestão do sistema.

Seus serviços organizam-se em atenção primária à saúde, atenção de média e de alta complexidade e pronto-socorro. Existem cinco UAPS em processo de reforma, três para expansão, quatro PACS, um pronto-socorro, uma policlínica, um Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, um Serviço de Atendimento Especializado em HIV – SAE, um hospital municipal em construção, uma UPA em construção, um CAPS III, um CAPS AD em estruturação, um serviço de residência terapêutica, 32 UAPS, sendo 17 USF, cinco farmácias distritais, três com medicações de programas especializados.

Na maioria dos serviços de saúde do município, existem estudantes da Universidade Federal de São João Del Rei/campus Centro-Oeste, sejam das graduações de medicina, enfermagem, farmácia ou da residência de enfermagem em saúde da família. A APS é imprescindível como presença do poder público para combater as iniquidades em saúde por meio da atuação de profissionais de saúde. Cabe destacar, no entanto, que o município, com população estimada de 216.000 habitantes em 2009, enfrenta problemas no setor saúde em função da baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF- com apenas 20,3% da população coberta por esse programa e 10,3% sob vigência do programa PACS, ou seja, 69,4% da população está desassistida do modelo preconizado pelo Ministério da Saúde como fundamental na rede de atenção em saúde. Soma-se a isso uma rede fragilizada e fragmentada (BRASIL, 2013).

Em relação às infecções por HIV, é possível constatar que a realidade do município de Divinópolis segue as tendências nacionais. No entanto, aponta para uma especificidade que merece maiores investigações e investimentos, já que o município apresenta crescentes indícios de avanço da epidemia. Divinópolis, de 1982-2006, acumulou, em termos brutos, 317 casos de AIDS (dados de infecção por HIV não são notificados), e isso representa 1,28% do total de casos do Estado. Entretanto, proporcionalmente, quando se lida com taxas de

incidência (por 100 mil habitantes), o número se torna preocupante, com uma taxa acumulada de 10 casos/100 mil habitantes de 1982-2006, em crescente, já que no último ano esse número foi de 14 casos/100 mil habitantes. Em 2006, por exemplo, das 13 macrorregiões de saúde de MG, a de Divinópolis ficou atrás apenas de quatro, em termos de incidência, inclusive, da de Belo Horizonte, que apresenta decréscimo em suas taxas (14,0 versus 11,3) (SESMG, 2007).

Do ponto de vista metodológico, os projetos se organizam a partir de um mapeamento dos territórios alvo de intervenção para identificar instituições e outros grupos organizados que pactuarão a realização das ações de pesquisa e extensão. As ações de pesquisa consistem na aplicação de um instrumento de pesquisa, adaptado do questionário PCAP 2008 – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira do Ministério da Saúde, desenvolvido pela FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2011).

As atividades de extensão estão organizadas a partir dos referenciais teórico-metodológicos da psicologia social sobre a intervenção psicossocial e o processo grupal (Afonso, 2000; 2006), bem como nas discussões sobre metodologias e estratégias de educação participativas contidas nesses referenciais. Para a condução dos grupos de discussão sobre as temáticas vinculadas a essa proposta, tem sido adotado um tipo de metodologia participativa, nomeada “Roda de Conversa” e que, de acordo com Afonso & Abade (2008, pg. 63), “pode ser usado no intuito de promover a reflexão, a comunicação, a interação entre os participantes de um dado contexto social”. Segundo as autoras, as rodas de conversa representam um instrumento fundamentalmente interdisciplinar que apresenta potencialidades “para a promoção de uma cultura de respeito aos Direitos Humanos e à cidadania” (AFONSO & ABADE, 2008). Além das rodas de conversa, têm sido desenvolvidas estratégias complementares de educação em saúde, tais como palestras, encontros, seminários, aconselhamentos e oficinas.

Estão sendo realizadas ações de educação permanente com os profissionais de saúde do município principalmente aqueles que trabalham na Atenção Primária à Saúde. A educação permanente propõe metodologias ativas de ensino/aprendizagem, que contemplam aspectos concretos e práticos; focalizando atividades do contexto e do trabalho; problematizando situações cotidianas; estabelecendo diálogos entre o processo de trabalho e as estratégias pedagógicas; considerando a dinâmica das rotinas e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem (MOTTA, BUSS, 2001).

Abordar a temática da sexualidade é transitar em realidades hipercomplexas e exige uma reflexão crítica permanente acerca das diferentes formas como as pessoas compreendem e experimentam sua sexualidade, dos tabus e preconceitos construídos pela sociedade e partilhados por diferentes pessoas e grupos no processo histórico. No campo da psicologia social, essa proposta tem se desenvolvido, recorrendo-se, de forma especial, às discussões

desenvolvidas pela teoria crítica da sociedade, em especial as considerações acerca do preconceito como pensamento estereotipado, que vem sendo amplamente examinadas nas pesquisas de Crochík (1996; 1997; 2001; 2008).

Do conjunto de ações desenvolvidas até o momento, tem sido possível perceber que no campo da sexualidade o pensamento estereotipado se expressa tanto nas definições e expectativas sociais, sobre o que representam as orientações heterossexuais ou homossexuais, quanto em termos dos papéis sociais que definem os comportamentos de homens e mulheres em relação à vivência da sexualidade e das práticas de prevenção de DSTs e AIDS. De forma bastante acentuada, tais estereótipos demonstram uma relação acentuada com a não utilização de preservativos por mulheres casadas ou vinculadas a relacionamentos estáveis, questão intimamente relacionada ao atual perfil de feminização da epidemia de HIV/AIDS. Nesse sentido, apresentam-se a seguir, alguns dos aspectos teóricos que têm auxiliado nas reflexões sobre a importância de se compreender a força dos estereótipos e dos preconceitos na sociedade atual e os desafios para a educação em saúde.

Entrelaçamento: A questão do preconceito, os estereótipos e a pseudoformação expressos no trabalho de campo

Para se demonstrar algumas das contribuições da psicologia social para a formação dos profissionais de saúde, apresentam-se, a seguir, alguns dos principais referenciais teóricos que têm contribuído para o desenvolvimento das ações e reflexões empreendidas nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Abordar-se-ão especificamente algumas das discussões empreendidas por Goffman acerca dos estigmas e estereótipos e também algumas das discussões acerca do preconceito, empreendidas por Crochík com base em autores frankfurtianos e que têm sido fundamentais para a análise das questões vinculadas ao sexo, sexualidade, relações de gênero e das questões vinculadas aos processos saúde-doeiramento, especificamente no que tange à prevenção de DSTs e AIDS.

Nas discussões desenvolvidas por Goffman sobre o estigma, o autor parte da concepção, já bastante desenvolvida em trabalhos sobre o tema à época, de que esse estigma é considerado determinada “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (1988; pg. 7). Um dos principais objetivos de suas análises era compreender de que forma o estigma se relaciona com a questão do desvio em relação às normas sociais, considerando para isso um conjunto de conceitos relacionados às informações que os indivíduos transmitem a respeito de si mesmos.

Buscando examinar as precondições estruturais do estigma, Goffman (1988) afirma que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas e também define o conjunto de atributos considerados comuns e naturais para os membros das categorias estabelecidas. Os

contatos iniciais entre as pessoas se estabelecem pela percepção de aspectos que permitem prever categorias e atributos que organizam sua “identidade social” ou “status social”.

Determinado atributo que torna uma alguém diferente de outros, e que pode incluí-lo em uma categoria menos desejável, pode rebaixá-lo e ele deixa de ser vista como uma pessoa comum e passa a ser vista como estragada e diminuída. Esse atributo que caracteriza o indivíduo como alguém que tem um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem representa um estigma.

O estigma é, portanto, uma característica que produz um efeito de grande descrédito do indivíduo e tem um caráter reducionista, uma vez que considera o atributo como prioritário a outras características que constituem o indivíduo. No entanto, Goffman alerta para o fato de que nem todos os atributos indesejáveis convertem-se em estigmas, mas somente aqueles que se apresentam como incongruentes com os estereótipos que se criam para determinado tipo de indivíduo. Além disso, o autor destaca que o estigma se constrói na linguagem de relações e não de atributos, ou seja, é um atributo depreciativo que se inscreve e tem sentido no conjunto das relações sociais específicas e não simplesmente de atributos. Para Goffman, trata-se de uma relação especial entre atributo e estereótipo social e esse aspecto mostra-se fundamental para a análise dos processos vinculados ao sexo, sexualidade, relações de gênero e promoção de saúde.

O estigma é, portanto, uma construção social, que nasce na relação entre os indivíduos e que define, de forma simbólica ou concreta, os territórios de “normalidade”. Ultrapassar os limites definidos para o que seja considerado como normalidade, ou seja, distanciar-se dos estereótipos sociais que definem as formas adequadas dos sujeitos se comportarem, pode promover a instalação de desvios, acompanhados de acusação, isolamento, rejeição e adoção de medidas punitivas e corretivas. A relação entre estigma e estereótipo circunscreve indivíduos ou grupos a determinado conjunto de características que norteiam toda sua rede de relações pessoais e, quando internalizado, domina as referências pessoais do indivíduo, seus sentimentos e até mesmo atitudes, gerando sofrimento, culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização da identidade. No conjunto das práticas de saúde, as reflexões sobre a relação entre estigma e estereótipo tanto podem contribuir para a análise da atuação dos profissionais diante de um conjunto de demandas sociais que fogem aos estereótipos sociais quanto compreender o quanto essa relação interfere no cuidado que o indivíduo assume com sua própria saúde e a de outras pessoas.

O processo de estigmatização faz com que um indivíduo, dotado de atributos e características diversas, seja reduzido a uma condição de desvalorização, uma vez que passa a ser identificado somente pelo atributo estigmatizante. A identidade do indivíduo passa a ser desfigurada na sociedade e, imutavelmente, este carrega a marca de pertencer ao grupo que remete à transgressão de normas sociais e às condições julgadas como inaceitáveis.

A adoção e uso do estigma nas relações quotidianas demonstram a forma como a sociedade estabelece tipos de discriminação para traços distintivos de alguns indivíduos que reduzem as chances de vida dos mesmos. Tais discriminações estariam embasadas em uma ideologia que explica o traço distintivo como um perigo ou inferioridade e que ao mesmo tempo promove uma racionalização que explica a generalização do defeito para o indivíduo como um todo e para as atitudes discriminatórias adotadas pelos ditos “normais”. Além disso, tanto as pessoas ditas “normais” quanto os próprios sujeitos estigmatizados podem aderir aos estereótipos sociais que definem normalidade, anormalidade e padrões de comportamento vinculados a esses estereótipos.

Para as situações sociais em que o estigmatizado e os ditos “normais” têm que conviver, Goffman analisa uma série de possibilidades: 1) a previsão de contatos pode fazer com que tanto os indivíduos estigmatizados quanto os normais esquematizem sua vida de modo a evitá-los; 2) pela falta de trocas sociais quotidianas, a pessoa que se isolou pode tornar-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa; 3) a insegurança e incerteza advindas da própria situação do encontro; 4) as situações de espanto no encontro, geradas pelo apontamento de semelhanças entre estigmatizados e “normais”, o que aproxima o estigmatizado da condição humana; 5) a situação de encontro entre uma pessoa desacreditada e um “normal” pode expô-la a situações de grande invasão de privacidade; 6) partindo do que pode enfrentar em uma situação de contato social com os “normais”, o estigmatizado pode responder antecipadamente com uma capa defensiva que pode ser relacionada tanto a um comportamento de retraimento quanto de agressividade.

As análises empreendidas por Goffman acerca dos estereótipos sociais e sua relação com o estigma, em especial seu caráter regressivo que retira o sujeito ou determinado grupo da condição humana, são ampliadas pelas discussões empreendidas a partir dos referenciais da teoria crítica da sociedade e pela análise detalhada que esse conjunto teórico permite fazer do conjunto de relações sociais que caracteriza a sociedade atual como uma sociedade organizada a partir de estereótipos e da relação desses com o preconceito.

De acordo com Crochík (1996; 1997; 2001; 2008), nos dias atuais o preconceito é geralmente percebido como um fenômeno individual e busca-se menos entender as determinações sociais na sua constituição e mais prejulgar o preconceituoso, o que acaba por repetir o equívoco do foco no indivíduo exclusivamente. As análises empreendidas pela escola de Frankfurt compreendem uma análise sociopsicológica do preconceito, ou seja, analisam o preconceito como uma distorção da realidade e que dependem de necessidades psíquicas para se constituir. Nesse sentido, compreendem que o preconceito possui dimensões psíquicas e sociais; que se constituem também a partir de generalização de características supostas de determinado grupo para todos os indivíduos pertencentes a ele; e que a experiência individual e o contato com o particular são impedidos pelo preconceito.

Das discussões empreendidas pelos teóricos da Escola de Frankfurt sobre a sociedade atual, destacam-se alguns elementos fundamentais para a compreensão de como esta sociedade é propícia para o aparecimento e manutenção do preconceito. Nesse sentido, dentre as análises sobre a sociedade atual, guiada pela ideologia da racionalidade tecnológica, algumas merecem destaque: a) o indivíduo perde autonomia; b) se inicialmente o trabalho estava vinculado à dominação da natureza para a criação de melhores condições de vida e existência, ele perde essa racionalidade. A dominação da natureza se estende para a dominação dos homens sobre outros homens e sobre si mesmos. A racionalidade da produção capitalista é voltada para o lucro e não para a satisfação das necessidades humanas. Os avanços de ciência e de tecnologia já permitiriam que os indivíduos pudessem ter acesso a melhores condições de vida e diminuir a intensidade do trabalho. No entanto, ainda se está preso à luta pela sobrevivência; c) a ideologia representa a afirmação do existente, da realidade material organizada para justificar a dominação e o atual conjunto de relações sociais – a realidade atual é fixada como eterna e a possibilidade de pensar e de agir, para que ela se transforme, é cada vez mais difícil. A fixidez da cultura exige a fixidez dos comportamentos, o que constitui ambiente oportuno para surgir o preconceito; d) a manutenção das desigualdades e da exclusão é uma forma de se preservar os interesses dominantes; e) o destino do homem é competir; f) o ideal de homem moderno passa a ser o ideal de um trabalhador que venceu a vida graças a seus esforços, um homem forte; g) a responsabilidade do sucesso ou do fracasso passa a recair exclusivamente sobre o indivíduo; h) o ideal de homem forte representa a justificativa para a concentração do poder, ou seja, do autoritarismo; i) acentua-se o individualismo; j) a noção de sacrifício é incorporada como parte inquestionável da existência; k) a formação do indivíduo é convertida em formação para o trabalho, ou seja, em pseudoformação, que faz com que os indivíduos percam a capacidade de lidar com a complexidade da realidade. A realidade é simplificada para que se possa lidar com ela. A pseudoformação apresenta-se sob a forma predominante de formação atual e envolve uma alteração na percepção da realidade, uma percepção distorcida da realidade (GUIMARÃES, 2010).

De acordo com as discussões de Theodor Adorno, na sociedade contemporânea a formação é regredida a uma formação para o consumo, configura-se como uma educação adaptativa, voltada aos desempenhos úteis ao sistema produtivo e é analisada por ele como pseudoformação. De acordo com o autor, a pseudoformação renuncia às formas diferenciadas de socialização para apegar-se à reprodução dos estereótipos sociais. Representa a forma atual de socialização por meio da qual a consciência tem renunciado à autodeterminação e, por isso, apresenta-se fixada como falsa consciência, como consciência que nega a particularidade para identificar-se com a totalidade adaptadora. A falsa formação é regressiva porque promove o nivelamento e a padronização do indivíduo para que atenda às exigências

do sistema produtivo. Nesse sentido, promove uma consciência externamente determinada, promove a heteronomia (GUIMARÃES, 2010).

Na perspectiva da pseudoformação, percebe-se que tanto a educação quanto outros aspectos da vida dos indivíduos se encontram sob a forte influência de estereótipos que são dissociados da experiência e, portanto, esvaziados de sentido, mas não menos danosos para a formação do homem e para os processos de socialização, na medida em que promovem relações empobrecidas.

As discussões empreendidas por Crochík (1996; 1997; 2001; 2008) esclarecem que o preconceito é resultado do processo de socialização e sofre alteração ao longo do tempo, em função de diferenças culturais e condicionantes históricos. Como o processo no qual estão presentes aspectos psíquicos e sociais para sua constituição, está indissociado das exigências sociais para que os sujeitos se adaptem cada vez mais à realidade atual em face da necessidade de lutarem cotidianamente pela sobrevivência.

O preconceito se apresenta como um mecanismo de defesa psíquica, que surge como resposta aos conflitos presentes nessa luta pela sobrevivência e frente também aos objetos que causam estranheza ao sujeito. Ele não está somente ligado aos aspectos do objeto fruto do preconceito, mas tem profunda relação com as necessidades psíquicas do sujeito preconceituoso. Nesse sentido, torna-se fundamental repensar o processo de formação do homem atualmente, pois, quanto maior a dificuldade de o sujeito experimentar e refletir sobre o objeto alvo do preconceito ou sobre a realidade que dá sustentação a ele, maior será sua necessidade de defesa frente aos objetos que lhe causam estranheza (CROCHÍK, 1996; 1997; 2001; 2008).

Das discussões desenvolvidas pelos frankfurtianos, Crochík (1997) aponta que a forma mais característica com que os sujeitos se relacionam com a sociedade atual é por meio do estereótipo, entendendo este como um elemento do preconceito. O estereótipo é um conteúdo específico, rígido, fixo e imutável e que está relacionado a determinado objeto; é composto por uma série de predicados fixos que são atribuídos ao objeto; é um produto de nossa cultura que se relaciona com mecanismos psíquicos infantis, quando do seu processo de diferenciação com o mundo externo. Por esse motivo pode-se compreender porque, do ponto de vista da teoria crítica, a sociedade atual é regressiva.

De acordo com Crochík (1997), lança-se mão dos estereótipos pela necessidade que se tem de buscar a eficiência da ação; pela obrigatoriedade da certeza; pela procura em estabelecer um “valor de troca do eu no mercado” e do pensamento por clichês. Esses são os elementos que constituem os mecanismos centrais da formação do preconceito ou pensamento estereotipado.

A estereotipia de pensamento representa um mecanismo de simplificação da realidade na sociedade atual de que os sujeitos lançam mão para conseguirem se relacionar com ela. E

essa simplificação deve ser compreendida como a negação das contradições que fundam a sociedade e os sujeitos, elemento da pseudoformação que impede os sujeitos de lidarem com a complexidade da realidade.

Crochík analisa ainda que o processo de estereotipia de pensamento e simplificação da realidade é colocado ao sujeito como exigência para que ele consiga suportar o sofrimento gerado por uma cultura que se revela dissociada de seus membros, uma cultura que mostra sua irracionalidade ao colocar em primeiro plano o atendimento a interesses que são alheios e, muitas vezes, contrários aos de seus membros. Com isso, "...a violência sutil ou manifesta exercida pelo preconceituoso é a resposta a uma violência sutil ou manifesta gerada inicialmente pela cultura" (CROCHÍK, pg.44 1997).

O estereótipo é um produto cultural e, para existir, ele precisa que os indivíduos se apropriem dele, de forma que a incorporação do estereótipo ocupe o lugar daquilo que as próprias experiências poderiam lhe proporcionar. O estereótipo pode tanto substituir a experiência quanto alterar o seu teor, na medida em que altera a percepção que o sujeito tem do objeto e, assim, distorce a realidade. Como a formação da consciência ocorre por meio da experiência na qual o eu pode adaptar os juízos aos fatos, negar a experiência é comprometer a formação da consciência (CROCHÍK, 1996; 1997; 2001; 2008).

Considerando as formulações teóricas freudianas, Crochík (1997) explica que a negação da experiência e a adesão aos estereótipos oferecidos pela cultura é uma forma de o sujeito tentar fugir da incerteza, da impotência e do desamparo infantil e da angústia gerada por essa constatação. No entanto, ao impossibilitar a percepção do sofrimento, mais este pode ter continuidade e isso faz com que, quanto mais ele aumente, mais seja necessária a presença da ilusão. Nesse sentido, negar a experiência, a dor e o sofrimento é negar o sujeito e a subjetividade. A heteronomia e a privação da experiência são provenientes da tentativa de se iludir o sofrimento.

Do conjunto das análises brevemente apresentadas, o que se pretende evidenciar é a importância de se considerar o conjunto de relações sociais, pautadas em estereótipos que distorcem a percepção da realidade, promovem preconceitos e impedem o desenvolvimento de relações livres e autônomas entre os indivíduos. Especificamente, considerando-se a complexidade da formação em saúde, da compreensão dos processos de saúde-doença para diferentes sujeitos, grupos e realidades e dos desafios da promoção de saúde, reafirma-se a importância de se analisar tais elementos que constituem a realidade e que definem políticas de saúde e condutas profissionais que envolvem a temática do sexo e sexualidade.

Durante as diversas intervenções realizadas no Projeto PRÓ-PET, seja nos seminários de formação e nivelamento teórico dos estudantes e preceptores, seja nas diversas rodas de conversa desenvolvidas com participação da comunidade, seja nos eventos e seminários sobre o tema da prevenção das DSTs/AIDS, foi possível constatar que a condição de portador

de uma doença ligada à sexualidade promove o sujeito à categoria de estigmatizado. É importante destacar que a história das políticas públicas vinculadas ao HIV/AIDS é marcada por tentativas de se superar algumas formulações vinculadas a estereótipos e estigmas sociais ligados à sexualidade, como a categoria de grupo de risco, e em seguida comportamento de risco, introduzindo finalmente o conceito de vulnerabilidade para tentar minimizar os aspectos estigmatizantes que se expressam também nas formulações teóricas e nas políticas de saúde (AYRES et al, 2003). No entanto, é possível perceber que, para diversos grupos sociais e para um grande número de participantes das rodas de conversa, ainda permanece válida a ideia de grupo de risco e associa-se a contaminação a algum tipo de pecado ou rebaixamento da moralidade. Durante todo o processo de intervenção foi necessária uma postura incansável da equipe na tentativa de desconstrução de uma visão estereotipada das questões vinculadas à sexualidade e prevenção das DSTs e AIDS, especialmente em relação à postura de diversos participantes que projetavam para outro distante o risco da contaminação. Cabe destacar que esse “outro distante” aparecia nas falas dos participantes das rodas de conversa, vinculado às categorias socialmente estigmatizadas dos homossexuais, usuários de drogas ou profissionais do sexo.

Nesse sentido, em diversos momentos nas intervenções, grupos que foram considerados de risco no início da epidemia na década de 1980 eram evocados pelos participantes como se o problema estivesse restrito a eles. Outra situação que chamou bastante a atenção e que está também relacionada à permanência da ideia de grupos de risco diz respeito aos relatos dos grupos de mulheres casadas ou em relacionamentos heterossexuais estáveis com parceiros únicos. Diversos estudos (SANTOS et al, 2009; AMARO, 2005; MAIA, 2008) mostram que está em marcha, já faz algum tempo, uma “feminização da epidemia” de HIV/AIDS, atingindo principalmente esses grupos mencionados. Apesar das evidências epidemiológicas e da crescente preocupação com o aumento de casos de HIV/AIDS entre mulheres em todo o mundo, são frequentes os relatos de mulheres que não se sentem ameaçadas, lançando mão de uma série de pensamentos e crenças bastante idealizados e estereotipados a respeito do casamento, baseada no amor romântico, na fidelidade e na monogamia. Convergente com diversos estudos e discussões que buscam compreender o fenômeno da feminização da epidemia de HIV/AIDS em associação com as relações de gênero (TAQUETE, 2009; AMARO 2005; LIMA E MOREIRA, 2008; MAIA 2008), também estavam presentes nas rodas de conversa as falas de participantes que situavam relações de gênero bastante desiguais e que colocavam o feminino num lugar de passividade e obediência, mas que apontavam, ao mesmo tempo, que cabe à mulher a prudência, responsabilidade e prevenção, uma vez que a “natureza impulsiva do homem” não permitiria a ele tais atitudes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que uma das questões mais importantes na avaliação dessas ações de ensino, pesquisa e extensão de formação em saúde relaciona-se à percepção de que o trabalho não se esgota na capacitação técnica ou transmissão de conteúdos tanto para os estudantes, quanto para os profissionais de saúde e para a comunidade. Em diversos momentos dessas ações foi possível constatar que a tarefa de transmissão tradicional de informações é relativamente fácil, mas ela não tem potência para influenciar as mudanças de comportamento necessárias para um reposicionamento do sujeito frente à problemática da prevenção das DSTs e AIDS; da contenção do avanço da feminização da epidemia de HIV/AIDS e dos desafios da promoção de saúde vinculados à sexualidade em sua associação com a assimetria nas relações de gênero.

Identificou-se a necessidade de se trabalhar com outros níveis de percepção que considerem as estruturas subjetivas e sociais dos sujeitos envolvidos nas ações de educação em saúde. Foi possível perceber também a existência de resistências às mudanças de comportamento que estão além das questões racionais e conscientes, pois estão ligadas à própria constituição da identidade do sujeito e das questões sociais que a compõem, uma vez que a inserção social dos sujeitos se dá por meio da introjeção de uma série de valores e estereótipos sociais que servem de sustentação à identidade. O questionamento ou o tensionamento dessas posições subjetivas provocam angústia e medo e o processo de mudança só ocorre se houver condições mínimas de apoio psíquico para que isso aconteça. O caminho que se propõe, a partir da adoção de metodologias ativas e a disposição para trazer à discussão temáticas que provocam uma mobilização afetiva dos sujeitos envolvidos e, potencialmente, a implicação dos mesmos, é tentar criar, por meio do dispositivo grupal, condições para que esse questionamento possa ocorrer sem que a angústia e o medo provoquem um movimento regressivo de retomada e adesão aos estereótipos e ideias tradicionais.

Essa concepção parece interessante porque retira do sujeito a responsabilidade única da transformação e amplia sua visão, trazendo para a discussão todo o entorno que inclui a família, as instituições, os grupos e a própria sociedade. No entanto, a discussão das metodologias ativas e suas potencialidades para a formação em saúde extrapola as possibilidades de reflexão apresentadas neste momento e merece aprofundamento posterior.

REFERÊNCIAS

ADORNO T.W. Teoria de la seudocultura. In: Horkheimer M, Adorno T.W. **Sociologia**. Madrid: Taurus Ediciones, 1971.

AFONSO, MLM. (Org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2000.

AFONSO, MLM. (Org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AFONSO, MLM.; ABADE, F. **Para reinventar as Rodas**. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.

AMARO, S.T.A. A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde e Sociedade**. v. 14, n.2, p.89-99, maio-ago. 2005.

AYRES, JRCM; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, G J; SALETTI FILHO, H C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios In: Czeresnia, D; Freitas, CM. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.117-139.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde & sociedade** [online]. v. 11, n.1, p. 67-84, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST'S, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**, 2008. Brasília, DF: 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Minas Gerais**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso: 18 dez. 2011.

CARVALHO, Y. M; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva In: CAMPOS, G. W. deS.; MINAYO, M. C.de. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND J. M.; CARVALHO, Y. M.de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CROCHÍK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 4, n.3, p. 47-70, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 31 jan. 2011.

_____. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____. Teoria da sociedade e estudos sobre o preconceito. **Revista Psicologia Política**, São Paulo. São Paulo, v.1 n. 1, p. 67-99, 2001.

_____. **Perspectivas teóricas acerca do preconceito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo psicossocial: um projeto de educação permanente. Rev. Bras. **Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan./abr. 2006.

GOFFMAN E. **Estigma** – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos avançados**. v. 22, n. 64, 2008.

GUIMARÃES, D. A. Desenvolvimento Tecnológico, Padronização de Comportamentos no Trabalho e Exclusão Social. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.4, p.81-92, 2008.

GUIMARÃES, D. A. **Psicologia aplicada ao trabalho e ideologia da racionalidade tecnológica**: um estudo sobre a atuação do psicólogo nas organizações. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2010.

GUIMARÃES, D. A. SILVA, E. S. da. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2551-2562, 2010.

LAZZAROTTO, A.R et. al. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1833-1840, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

MAIA. C. et al. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável heterossexuais e HIV/Aids. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008..

LIMA. M. L .C.; MOREIRA, A. C. G. Aids e feminização: os contornos da sexualidade. Revista **Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 103-118, mar. 2008.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 2, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 18 mar. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, J. I. J, BUSS, P. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**, Londrina, v. 8, n.3, 2001.

NUNES, A. **O impacto econômico da HIV/AIDS no Brasil**. IPEA, Brasília, 1997.

ROCHA, LVS et. al. A vulnerabilidade às DST'S em região com intensa prostituição e turismo sexual de Natal/RN. **RBAC**, v. 40, n. 1, p. 3-6, 2008.

SANTOS, N. J. S. et. al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 3, p. 286-310, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 nov. 2010.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Sup, p. 321-333, 2009.

SESMG, Secretaria do Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais. 1º **Boletim Epidemiológico DST/Aids** [página da internet]. 2007 [acesso em 18/12/2013]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Boletim.pdf>.

SOUSA, M. C. P. de; SANTO, A. C. G. E. ; MOTA, S. K. A. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/AIDS e Ações de Prevenção em Bairro de Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde e Sociedade (USP)**, v. 17, p. 58-68, 2008.

TAQUETE, S. Feminização da Aids e Adolescência. **Adolescência & Saúde**, v.6, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/comed/projeto_pedagogico.php>. Acesso em: 18 dez. 2013.

REFLEXÕES SOBRE O PARADOXO CIDADANIA/LOUCURA NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

José Carlos Barboza da Silva

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende discutir aspectos políticos, econômicos, históricos, éticos, sociais e culturais, envolvidos na construção da cidadania do louco/doente mental. Para isso se fará um resgate histórico da constituição da loucura/doença mental a partir do ato de Pinel após a Revolução Francesa.

O objetivo é demonstrar tal percurso e suas implicações na construção do momento atual de resgate e criação de cidadania desses novos sujeitos e de novos direitos adquiridos com o processo denominado reforma psiquiátrica em nosso país (AMARANTE, 1995b).

A metodologia utilizada será feita por meio do resgate histórico dos acontecimentos, desde o chamado “Ato/gesto de Pinel”, que permite uma reconstituição histórica da loucura/doença mental, com uma abordagem crítica dos principais elementos dessa construção, e o apontamento de correlações e vicissitudes constantes na reforma psiquiátrica e de seus desdobramentos como produção histórica.

Justifica-se tal procedimento com base na importância social e relevância humana que possui a temática da possibilidade de resgate da cidadania do louco/doente mental num momento histórico em que tal situação ainda se apresenta na agenda como algo a ser realizado como uma dívida social e humana para com tais sujeitos de direito.

O capítulo não pretende ser “apenas” uma revisão de literatura, mas contribuir com as discussões sobre a cidadania dos chamados “usuários” e os paradoxos apresentados pela condição de louco/doente mental no contexto da reforma psiquiátrica. Os autores utilizados

para se discutir a temática são expoentes na produção da literatura do campo e, por isso, justificam-se tais escolhas.

DESENVOLVIMENTO E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A “construção” da doença mental

A chamada doença mental é produto histórico direto da Revolução Francesa. A loucura, enquanto manifestação humana, já era agenciada por diferentes instâncias desde a Antiguidade e já havia *transitado* pelas instâncias comunitária, familiar, religiosa, policial e jurídica, até chegar à científica, representada pela medicina.

É, nesse contexto, que surge Phillippe Pinel, que participou da revolução que derrubou Luís XVI e foi encarregado de administrar o Hospital de Bicêtre, na França. Nesse momento surge um novo status social para a loucura - uma doença que deveria ser tratada pelo conhecimento médico. Sendo assim, Pinel manda soltar os loucos “[...] como o primeiro e mais simbólico passo, as correntes são retiradas – a fim de restituir a liberdade que a loucura sequestrou – entrando para a história como o *gesto de Pinel*” (AMARANTE, 1996, p.50). Saindo das correntes, a loucura passa ser cuidada e tratada como anormalidade, já que a partir de então é considerada uma doença, tal condição se tornando uma nova forma de “amarra”, agora não mais sob a concretude das correntes outrora utilizadas.

Mas a liberdade proclamada por Pinel, não permitiu o direito desses sujeitos a saírem dos asilos, mas ficarem nessas determinadas instituições para *tratamento*, acabando por se tornar uma liberdade ilusória já que permaneciam enclausurados. E nada dessas ações diminuiu o estigma, uma vez que o asilo se transformou em expressão de violência e exclusão dos loucos antes *apenas* marginalizados.

Foi o ato de Pinel - de separar os chamados loucos dos demais excluídos socialmente, pois, anteriormente, não havia qualquer tipo de diferenciação entre essa enorme massa de excluídos que não havia sido absorvida pelo modelo de produção instalado a partir da Idade Moderna, mas que se aperfeiçoou até a Revolução Francesa - que gerou a necessidade de se “resolver” o problema da loucura, que não se encaixava no contrato social proposto pelo lema: Igualdade, Liberdade e Fraternidade, da nova ordem liberal burguesa instalada.

Até a Revolução Francesa a massa indiferenciada de excluídos socialmente encontrava-se ou em cadeias ou nos chamados hospitais gerais (FOUCAULT, 1997). Havia dificuldade de se desalojar tais pessoas, os loucos, já que “[...] não sendo responsáveis pelos seus atos, eram, todavia, potencialmente transgressores da ordem, além de improdutivos” (JACOBINA, 2000, p. 94).

Mas como justificar a não inclusão dos chamados loucos se a implantação da nova ordem social, política e econômica tinha como lema os ideais de Igualdade, Liberdade e

Fraternidade, além de que se evidenciava que a burguesia havia chegado ao poder político na França contando com diferentes classes sociais, entre as quais, o proletariado da manufatura, o campesinato e a pequena burguesia urbana? Aparentemente, havia um compromisso implícito em tal ideologia burguesa de que haveria liberdade política e igualdade social, expressas por um Estado que se apresentava acima das diferenças de classes sociais.

Assim, com tal ideologia e valores burgueses, praticamente toda a população que se encontrava depositada nos chamados hospitais gerais foi desalojada e quem tinha condições de trabalhar foi incorporado ao processo produtivo. Entretanto, dentre os confinados, os loucos, pelos motivos acima expostos, a saber, improdutivos e ainda potencialmente transgressores das normas e valores defendidos pela burguesia, não poderiam conquistar tal condição de cidadania. A “saída” então foi o agenciamento da loucura, *transformando-a* em doença mental, isto é, um problema de natureza política passava a ser gerenciado pela ciência médica, representada pela psiquiatria (JACOBINA, 2000). Dessa forma, nascia o asilo psiquiátrico que pretendia em sua justificativa cuidar dessas pessoas que não poderiam deixar de ser tuteladas indiretamente pelo Estado de direito, mas com o aval da ciência médica.

Fica evidente que “[...] o asilo foi, então, o espaço pelo qual operou-se a estratégia específica de exclusão dos loucos, já diferenciados dos outros confinados” (JACOBINA, 2000, p. 94). Pode-se entender que tal confinamento, denominado por Foucault (1997) de “a grande internação”, foi o “espaço” dado à loucura numa sociedade “produtiva” que encarava o ser humano como um “produtor de serviços”, isto é, a loucura entendida como inadaptação ao modelo social e de produção vigente.

Os hospitais não eram exatamente uma instituição médica, nem foram criados com essa finalidade, por mais esquisito que isso possa parecer. A princípio foi construído, ainda na Idade Média, para receber aqueles sujeitos que não tinham onde morar, ou seja, “[...] como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes [...] utilizou-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade” (AMARANTE, 2007, p.22).

Desde o início a chamada doença mental foi/é, então, um *objeto* criado pela ciência, para dar conta de uma realidade política, mas com uma resposta “técnica” científica. A construção de tal objeto, incorporado então ao saber médico, necessitava se dar nos mesmos moldes das demais áreas da medicina. Por isso, desde sua fundação, a psiquiatria busca, ainda, sem sucesso, uma base orgânica que dê substrato de legitimidade à equivalência com suas demais especialidades. Nesse sentido vale lembrar Amarante (1995b, p. 493), citando Carvalho Ribas, que teria dito “[...] que o mal maior da psiquiatria era o doente mental que não se dobrava ao saber psiquiátrico”.

O confinamento por exclusão dos chamados doentes mentais, a partir da Revolução Francesa e com o aval da medicina psiquiátrica, baseava-se na ideia de que tal condição humana de *doença* expressava o erro da razão, pois, se o doente mental estava impossibilitado de usufruir da mesma condição (a razão) dos demais, não poderia também desfrutar da liberdade de escolha. Por isso, seu confinamento/exclusão aos asilos se justificava, já que a cidadania era resultado da liberdade de escolha, condição supostamente faltante nesses “sujeitos” alienados¹.

Conforme Oliveira; Alessi (2005, p.196, destaque dos autores),

A psiquiatria – ciência e prática- funda-se sobre o irreconciliável paradoxo da doença mental *versus* cidadania, pois apreende a doença mental a partir de uma ordem ou norma desqualificadora. O ser humano desprovido de razão e, portanto, de direitos – doente mental – não pode aspirar à condição de exercício de direitos. Há uma contradição intransponível nessa perspectiva.

Com tal *status*, os chamados doentes mentais podiam assim aparentar estar de acordo com os direitos garantidos no contrato social burguês, instaurado pela Revolução Francesa, mas sob os cuidados da ciência médica. Isso possibilitou a aparente superação da contradição entre a condição civil e política dessas pessoas e a garantia de que o lema da Igualdade, Liberdade e Fraternidade não seria uma peça apenas simbólica.

Vale lembrar que “A cidadania era então um atributo dos iguais – racionais, normais. Aos alienados – despossuídos de razão – não se cogitava a cidadania, essa entendida como cidadania política liberal, de participação nas decisões sociais” (OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. 192) .

A promessa implícita nessa situação era de que o asilo psiquiátrico restituiria a razão perdida e seria condição para a liberdade do louco como sujeito de direito no contrato social vigente. Contudo, apesar de todo o tempo decorrido desde que a ciência psiquiátrica assumira o mandato de agenciamento da loucura/doença mental, em fins do século XVIII, a condição de cidadania não foi dada aos chamados loucos/doentes mentais, agora denominados usuários da saúde mental. Ao contrário, o resgate da cidadania, decorrente da “restituição da suposta Razão perdida”, não ocorreu nos séculos XIX e até meados do século XX, quando o pós-II Guerra Mundial impôs reajustes econômicos, políticos e sociais que levaram à revisão do modelo de atenção em saúde mental.

¹Birman (1992) denomina o louco como um não sujeito e como um quase sujeito em função de tal situação. Seria o universo asilar com finalidade terapêutica supostamente capaz de restituir o universo da razão e da vontade, inserindo o louco na condição de sujeito no contrato social. Para o autor, os loucos “[...] não têm qualquer dívida para com nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade” (p. 88), no que tange à reforma psiquiátrica e ao reconhecimento efetivo de sua cidadania.

Breve Histórico do Percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No caso do Brasil, tais questionamentos e rearranjos somente se dão a partir do final dos anos de 1970, pois o país figura(va?) na periferia do capitalismo e as mudanças nessa área também estavam/estão atreladas ao modelo político-econômico vigente, resultado de uma ditadura militar implantada em 1964 e que, em função do esgotamento de tal modelo, aliada à crise mundial do petróleo, serviu de matéria prima para discussões e reformas nos diferentes âmbitos, incluindo o da saúde (mental).

Somente a partir do final dos anos de 1970, em nosso país, começa então a se verificar um movimento no sentido de resgate de cidadania dos chamados loucos/doentes mentais por meio de movimentos sociais que se articularam no bojo das mudanças políticas que ocorreram no Brasil ao final do regime militar que governou a nação entre 1964 – 1985 (BOARINI, 2006).

Para não se deixar dúvidas da crueldade que tal situação implica, vale-se das palavras de Amarante (1995b, p. 491), quando afirma: “[...] O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades”.

Mesmo não sendo objetivo deste trabalho apresentar todo o percurso trilhado pelo movimento de reforma que também atingiu o campo asilar, é necessário apontar alguns fatos históricos, citados por diferentes autores (AMARANTE, 1995a, 1995b; TENÓRIO, 2002), na tentativa de mudar os rumos do tratamento e da condição humana dos chamados doentes mentais, incluindo os direitos de cidadania de que estavam alijados até aquele momento.

O primeiro fato histórico citado foi o surgimento do chamado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no ano de 1978, na cidade do Rio de Janeiro, formado, principalmente, por trabalhadores na área da saúde, associações de familiares, sindicalistas e membros de associações de profissionais e pessoas com histórico de internação em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

Esse movimento se instalou como porta-voz do doente mental e começou a denunciar a violência dos hospícios e o mercado que se tornara a loucura como também lutar contra a supremacia da rede privada de assistência em saúde mental².

Tal movimento fez um questionamento do modelo clássico de atenção à saúde mental que implicava a exclusão e apontou os aspectos ideológico-políticos, além de econômicos, evidenciados por meio da chamada “indústria da loucura”. Esse questionamento colocou em pauta a função social do saber psiquiátrico e as instituições em que tal saber era utilizado,

² Amarante (1995a) em sua proposta de periodização da reforma psiquiátrica brasileira denomina esse primeiro período de crítica ao modelo privatizante, de trajetória alternativa desse processo. Nele, questionam-se a cientificidade da psiquiatria e a suposta neutralidade científica de suas bases, além de sua função social. O mesmo autor denomina de institucionalizante o segundo período, já que o debate se dá em torno das questões legais, jurídicas, relacionadas à mudança do modelo assistencial na tentativa de se garantir os direitos de cidadão ao louco, e de desinstitucionalização do processo o terceiro período, pois resgata a crítica da institucionalização da psiquiatria, redefinindo o objeto de intervenção e suas práticas terapêuticas e os objetivos da assistência em saúde mental.

levando em consideração que seu papel médico-terapêutico caucionava práticas excludentes, violentas e, conseqüentemente, antiterapêuticas, mas que escondia suas implicações de natureza política.

Entre 1985 a 1987 ocorreram, respectivamente, o I e o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, São Paulo, que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”³ (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005) e nesse mesmo ano de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (TENÓRIO, 2002).

Conforme Desviat (1999), essa conferência deu as bases na saúde, estabelecendo princípios para um sistema nacional em saúde: a descentralização - pela mediação dos municípios, criação de um serviço único em saúde, o SUS, e o domínio sobre a medicina privada conveniada.

O segundo fato histórico foi a intervenção, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico chamado de ‘Casa de Saúde Anchieta’, local de perversidades e morte; e o surgimento do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, em 1986, denominado CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira (BRASIL, 2005).

Paralelamente ocorreu a VIII Conferência Nacional em Saúde no Rio de Janeiro, no ano de 1986, primordial para as conquistas no âmbito da saúde mental, pois, por meio dela, houve intensas discussões e sugestões que resultaram em um relatório final que ficou para a história do movimento da reforma psiquiátrica (BOARINI, 2011).

No final dos anos de 1980, foi enviado ao Congresso o projeto de lei 3.657/89, criado pelo deputado Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades de assistência, mas foi na década de 1990, marcada pela assinatura da Declaração de Caracas (BRASIL, 2005) e pela II Conferência Nacional em Saúde Mental, que passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentaram a implantação de serviços de atenção diária, baseada nas experiências dos primeiros Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, respectivamente, (CAPS e NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994).

Por fim, nesse processo, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 1992, é um marco histórico, pois ampliou a participação da sociedade e dos setores envolvidos com a reforma psiquiátrica brasileira, caracterizada por 20% de participantes que eram representantes dos usuários dos serviços. O Ministério da Saúde adotou como diretriz oficial, para reestruturação do atendimento em saúde mental no Brasil, o relatório final dessa conferência (TENÓRIO, 2002).

³ O Movimento da Luta Antimanicomial foi criado durante o II Congresso Nacional do MTSM, que instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Em 2001, já sancionada a lei federal 10.216, aprovada em abril, que possui por objetivo redirecionar a assistência em saúde mental com o intuito de oferecer tratamento ao doente mental nos próprios serviços de base comunitária e que dispõe sobre a proteção e os direitos desses sujeitos, até então não constitui diretriz nítida para a extinção dos manicômios e regulamentou o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001).

No período de 2001 a 2010 ocorreram algumas atuações do Ministério da Saúde na tentativa de oferecer um serviço aberto e substituto ao hospital psiquiátrico, e uma dessas ações foi a criação dos *Serviços Residências Terapêuticos*, compostos de moradias ou casas dentro da comunidade, com a finalidade de cuidar dos sujeitos com transtornos mentais e daqueles que possuíam histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos e que não contam com vínculos familiar e social (BRASIL, 2000).

Outra ação foi o Programa *De Volta Pra Casa*, que tinha como objetivo colaborar, por meio de ajuda financeira, para a reintegração social dos sujeitos com transtornos mentais ou daqueles que passaram muito tempo internados em instituições totais, obedecendo a critérios definidos na lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003).

Essas foram propostas e iniciativas conquistadas por meio da reforma psiquiátrica, com os intuitos de reduzir os leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalizar sujeitos egressos de longas internações, caminhando no sentido de criar políticas públicas que fossem em direção às normatizações do Ministério da Saúde, a fim de instituir estruturas claras e seguras para a redução da internação em hospitais psiquiátricos.

O breve histórico acima descrito dá condições de entendimento do percurso efetuado pela reforma psiquiátrica em nosso país.

CONCEITOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA, CIDADANIA E O “NOVO” LUGAR SOCIAL PARA A LOUCURA/DOENÇA MENTAL

Neste trabalho a concepção atribuída à reforma psiquiátrica é

“[...] como um *movimento*, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma médico-psiquiátrico e pelas práticas que transformam e superam esse paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final do decênio de 1970, embora com particularidades regionais significativas, no amplo espaço geográfico nacional. Como processo histórico, insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, determinada pelos processos sociais, regionais e nacionais, a partir dos anos 80 até a atualidade (OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. 193, destaque dos autores).

Entende-se que, conforme os princípios do processo de reforma psiquiátrica em curso em nosso país, a reforma psiquiátrica é um

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião

pública. Compreendida com um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p.6).

Neste trabalho entender-se-á por cidadania plena a concepção estabelecida por Carvalho (2002), compreendida como uma combinação de liberdade, participação e igualdade. Na situação atual existe uma relação da cidadania com direitos políticos, tal como, a participação da sociedade no poder; direitos civis, tais como, liberdade e igualdade perante a lei e direitos sociais, como, por exemplo, participação na riqueza coletiva.

Foi a chamada psiquiatria democrática italiana, representada por Basaglia, que, por meio da desalienação asilar, tentou restituir a cidadania do louco, promovendo sua inserção no espaço social e tendo como ponto de partida a desinstitucionalização⁴ dessas pessoas (BASAGLIA, 1985; BIRMAN, 1992). Nessa ótica a loucura é compreendida como uma maneira de alienação social e o *resgate* do louco seria o próprio projeto político de cidadania em que aquele seria reconhecido como sujeito de razão e de vontade⁵.

Assim, a cidadania no contexto da reforma psiquiátrica brasileira era entendida como o resgate da dívida social, causada pelo afastamento dos chamados doentes mentais excluídos por conta do modelo hospitalocêntrico, representado pelos manicômicos. Por isso, os termos doença e doente mental têm sido substituídos, respectivamente, por “sofrimento psíquico” e “pessoa portadora de sofrimento psíquico”⁶, já que o conceito de saúde está vinculado ao exercício da cidadania (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Entretanto, autores como Bezerra Junior e Amarante (1992) apontam que a cidadania não é garantida pela existência nos textos e documentos legais e oficiais dos direitos civis e sociais do louco/doente mental, mas a partir de práticas e lutas no cotidiano das relações micro e macrosociais. O pressuposto era de que, havendo o resgate da dívida social pela exclusão histórica cometida contra esses sujeitos, os loucos/doentes mentais, e abolindo-se os instrumentos de exclusão, a saber, os manicômios e as leis que davam suporte institucional para eles, seria possível existir cidadania.

⁴ Conforme Amarante (1995a, p. 53), “Desinstitucionalizar não se restringe nem muito menos se confunde com desospitalizar, à medida que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais, enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos”.

⁵ Cabe lembrar que o processo de redemocratização brasileiro desse período histórico, os anos de 1980, transformou-se em norma legal por meio da chamada Constituição cidadã, promulgada em 1988. Além disso, a referência à cidadania dos doentes mentais consta dos diferentes textos das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992 e 2001 (BRASIL, 1987, 1992 e 2001). A IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu entre 27/06 a 01/07/2010 (AMARANTE, 2007).

⁶ Apesar da substituição da nomenclatura, a legislação brasileira utiliza a expressão “os portadores de transtorno mental”, o que, segundo Amarante (2007), remete à ideia de uma pessoa transtornada como sinônimo de possessa. Assim, a expressão “em sofrimento psíquico ou mental” remete à ideia de uma experiência vivida de um sujeito que sofre diferentemente da expressão doente e doença mental.

Em análise posterior, Bezerra Junior (1994) afirma que tratar a cidadania como sinônimo de igualdade e liberdade traz pelo menos dois equívocos, pois a exclusão pode apresentar-se de forma sutil e refinada e, portanto, mais eficaz, não necessitando de muros ou grades concretas e que o princípio da igualdade pode se prestar à injustiça, já que, ao invés de tratar todos igualmente, é necessário identificar e respeitar as diferenças, principalmente quando se trata de um sujeito espoliado de cidadania por diferentes condições históricas, políticas, econômicas e sociais, etc.

Essa outra análise, realizada por Birman (1992) e Bezerra Junior (1992), apresenta o aparente paradoxo presente na relação cidadania e doença mental da reforma psiquiátrica. O paradoxo consiste em que a ideia de cidadania está fundada em pressupostos básicos de igualdade e liberdade, ao passo que a assistência ofertada ao doente mental, seja nas suas vertentes médica ou jurídica, representadas no amparo social do Estado, inclui, em alguns momentos, a interdição que está baseada na negação de direitos civis de liberdade. Como se sabe, desde a constituição ou emergência da psiquiatria como campo de saber e práticas, esse mecanismo de exclusão serviu à estruturação e consolidação dessa especialidade médica criada.

Por isso, as mudanças legais no Estado e/ou administrativas nas instituições que tratam da chamada doença mental não são suficientes. É preciso uma mudança mais ampla e de caráter social e cultural, pois há a necessidade de convivência com a diferença e/ou diversidade dos padrões culturais hegemônicos (BIRMAN, 1992). Para que ocorra tal mudança, é necessário que haja a desconstrução da loucura como doença orgânica e a reconstrução dela como um fenômeno existencial complexo e legítimo que abarca a existência do sujeito em sua totalidade (psicológica, biológica, social/relacional). Assim, um dos principais efeitos é a mudança de um paradigma médico para um entendimento mais amplo da loucura que inclui fatores de ordem relacional e social (político, econômico, cultural etc.). Como já apontou Silva (2001), a chamada doença mental se caracteriza por sua multidimensionalidade e multideterminação.

Tal paradigma emergente valoriza a complexidade discursiva/relacional e psicodinâmica do chamado louco e devolve o poder de verdade à palavra do louco (TENÓRIO, 2001). Assim, seu discurso pode ser valorizado e sua capacidade de resolver problemas pode emergir, resultando em construção de autonomia por parte desse sujeito.

Conforme Lobosque (1997), há necessidade de flexibilização dos limites sociais para que seja possível “fazer caber” a diferença representada pela loucura/doença mental. Somente assim, poder-se-á falar em inclusão social e cidadania desse sujeito de direitos, que é o principal objetivo da reforma psiquiátrica. Como afirma Birman (1992, p.72, destaques do autor), “[...] o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro *lugar social* para a loucura na nossa tradição cultural”. Tratando das características do paradigma da

desinstitucionalização, Vasconcelos (1999, p. 77, destaques do autor) afirma que “Em última instância, trata-se de **uma ‘cidadania especial’ a ser inventada**, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que, portanto, não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo”, anteriormente questionado por Birman (1992) e Bezerra Junior & Amarante (1992).

Essa seria a possibilidade de resgate da dívida social para com os doentes mentais. Como consequência do reconhecimento de tal “dívida” social para com tais sujeitos de direito (AMARANTE, 1995b), por parte do Estado, reconhecer-se-ia positivamente o estatuto de cidadania do doente mental psiquiatrizado, igualando-o aos demais cidadãos (BIRMAN, 1992).

Birman (1992) afirma que o paradoxo inscrito no estatuto de cidadania do doente mental aponta no sentido de razões de ordem estrutural em que tal positividade dos legítimos direitos sociais de fato e de direito nunca existiu e só esteve presente no imaginário social como ilusão constitutiva da psiquiatria⁷. Tal exclusão social da doença mental da condição de cidadania estabeleceu-se, segundo o autor, quando “[...] o campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX” (p. 73). Dessa forma, se a doença mental trouxe

“[...] ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto é, a sua condição de cidadania plena” (BIRMAN, 1992, p.73).

É Saraceno (2001) quem aponta a medida de exercício da cidadania do louco/doente mental, quando utiliza os conceitos de habilidade e “desabilidade” em três cenários de relações, a saber, o habitat, a rede social e o trabalho com valor social. Para esse autor, a construção da cidadania como meta e instrumento de reabilitação psicossocial se dá pelas trocas plenas nesses três cenários.

Nesse sentido, o conceito e a efetivação da cidadania se apresentam dentro do contexto da reforma psiquiátrica com um novo *lugar* social, já que admite, ao menos oficialmente, a ampliação de tal cidadania não apenas quanto ao reconhecimento dos direitos, mas da possibilidade de participação livre, Amarante (1995b) entende e convive com a loucura/doença mental não como falta, erro, defeito, falha ou desqualificação, e sim com solidariedade humana para com esses novos sujeitos de direito (AMARANTE, 1995b).

⁷ Segundo Birman (1992), foi o modelo assistencial centrado no Estado e baseado em uma racionalidade naturalista, calcada na medicina moderna, que possibilitou a retirada provisória ou definitiva dos chamados direitos sociais do campo da loucura, sendo a única exceção o fato de que, como enfermos mentais, os loucos tiveram o direito de ser cuidados pela medicina e, conseqüentemente, protegidos pelo Estado. Isso causou a exclusão do louco do estatuto de cidadania plena e o reconhecimento no espaço social de seus direitos fundamentais, assim como a representação da loucura como destituída da razão, o que representava alienação e, finalmente, a impossibilidade de se constituir como sujeito, portanto, o louco não era igual aos demais sujeitos no contrato social vigente. De acordo com o artigo 96 do Código Penal, as medidas de segurança são: I internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II sujeição a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). A medida de segurança é uma sanção penal imposta ao inimputável ou ao semi-imputável.

Bezerra Junior (2007) aponta que a proposta de desinstitucionalização objetiva uma abrangência que não se limite às práticas de saúde e almeje alcançar o imaginário social em suas formas culturalmente validadas de compreensão e convivência com a loucura. Nesse sentido a reforma psiquiátrica no Brasil ainda é um processo em construção, já que “A reforma é articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam transformar a relação entre a sociedade e loucura” (MACIEL, 2012, p.75).

Os atuais serviços de atendimento em saúde mental se propõem a servir como palco de instrumento para a efetivação da cidadania do louco/doente mental. Entretanto, autores como Oliveira & Alessi (2005) demonstram por meio de investigação que os serviços abertos de base comunitária da reforma psiquiátrica podem exercer práticas de controle em que as condições precárias de existência são transformadas em sinais de doença e convertidas em um diagnóstico, deixando de apontar a função social de controle dos agentes de saúde, abandonando a problematização da condição de cidadania do usuário na chamada atenção psicossocial implantada.

Em outras palavras as funções dos profissionais de saúde são de controle, repressão e manutenção da ordem social instituída. A medicalização tem sido então utilizada para *resolver* questões que nada têm a ver com doença e, conseqüentemente, anulam-se situações ligadas à cidadania do louco/doente mental usuário. Como aponta Luzio (2011, p. 173), ainda persiste outro tipo de problema nesse campo, “[...] o risco da medicalização da demanda da Saúde Mental, quando se criam novos serviços como uma forma de captar novos recursos financeiros e/ou quando se tem como objetivo apenas a diminuição da internação psiquiátrica”.

Tal situação coloca em questionamento os princípios de atenção psicossocial, preconizados pela reforma psiquiátrica, e indica práticas segregadoras e excludentes, presentes no modelo manicomial supostamente superado. O mesmo estudo (OLIVEIRA & ALESSI, 2005) aponta que os profissionais de saúde desconhecem a chamada reforma psiquiátrica e não se veem como participantes de tal processo, além de que não participam da luta política para a mudança de práticas profissionais que, em tese, são o arcabouço da construção da cidadania dos usuários de saúde mental. Conforme Oliveira & Alessi (2005), o conceito de cidadania, que deveria nortear as ações de assistência em saúde mental assim como possibilitar a autocrítica pessoal, profissional e institucional dos agentes de saúde, além de incluir o usuário, não ocorre.

Seguindo as consequências dessa situação pode-se afirmar que o processo de desospitalização em curso, após o início da reforma psiquiátrica, não altera a condição definida pelo modelo médico psiquiátrico tradicional, podendo ser ainda mais perverso, já que aparenta ter superado práticas manicomiais ainda presentes no novo arranjo legal e administrativo da rede de assistência em saúde mental. Dessa forma, a desconstrução do

paradigma médico-psiquiátrico não ocorre, e os aspectos e dimensões teórico-conceituais e socioculturais da reforma psiquiátrica são negligenciados ou negados em suas bases, tornando-se mera reforma administrativa ou técnico-assistencial (COSTA-ROSA, 2000).

Assim, o conceito de cidadania e sua prática nos serviços de atenção psicossocial ficam restritos a uma cidadania tutelada (DEMO, 1995), em que o aparente direito (de cidadania) dos agora denominados usuários não se efetiva em práticas profissionais e institucionais que superem apenas semanticamente o conceito de paciente. Como produto de tal situação, as práticas terapêuticas não asseguram inclusão individual e social por parte dos loucos/doentes mentais, *transformados* em usuários. Em última instância, o “novo” lugar social para a loucura/doença mental/sofrimento psíquico fica prejudicado em suas possibilidades de existência como direito à cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica em curso no país é um processo de resgate do não sujeito (BIRMAN, 1992), desumanizado pelo histórico de práticas e saberes psiquiátricos desde a criação dessa especialidade médica. Contudo, conforme o exposto anteriormente, a possibilidade de superação do paradigma hospitalocêntrico requer uma atuação e problematização, por parte dos profissionais de saúde, além dos participantes, usuários ou não, da luta antimanicomial acerca de o processo de desinstitucionalização constituir-se para além da desospitalização.

A percepção por parte dos envolvidos sobre o processo de alienação⁸, não apenas ao qual está submetido o usuário, mas também os agentes de saúde, é fundamental para que o objeto de suas práticas não colabore para estratégias de controle e repressão de formas diferentes de expressão subjetiva, possibilitando a inclusão da cidadania da pessoa portadora de sofrimento psíquico como cidadão e sujeito de direito na assistência em saúde mental (AMARANTE, 1995b).

A aparência de superação de um modelo asilar, por conta de os atuais serviços substitutivos funcionarem dentro de estruturas abertas “não manicomiais”, pode ser reforçadora de práticas ideológicas, restritas ao modelo médico-psiquiátrico, na medida em que não substitui efetivamente o objeto e objetivos do paradigma psiquiátrico tradicional e trata a pessoa portadora de transtorno mental na condição de objeto de uma intervenção médico-psiquiátrica, alijando-a da participação no tratamento e das decisões que a incluem como sujeito de direito.

⁸ A acepção de alienação aqui utilizada é a de distanciamento político, afetivo e relacional do profissional em relação ao *objeto* de trabalho que expressa direta ou indiretamente determinada delimitação e abordagem paradigmática do modelo asilar, embora tais práticas e saberes aparentem a superação de tal paradigma e a não inclusão de cidadania plena dos chamados usuários (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

É necessário que a reforma psiquiátrica busque modificar, por meio de suas práticas e saberes, o *objeto* doença mental como algo abstrato, inserindo o usuário como sujeito histórico, garantindo a cidadania dos portadores de sofrimento mental. Conforme Nogueira (2010, p 93), é preciso “[...] pensar e lutar pela concretização de serviços alternativos de tratamento, enfatizando a responsabilidade do Poder Público na resposta à questão da saúde mental, aproximando-se da família e da comunidade”.

A possibilidade de desconstrução do paradigma médico-psiquiátrico se dá por meio de práticas históricas que discutam as dimensões teórico-conceituais e socioculturais da reforma psiquiátrica e que levem à inclusão do não sujeito da psiquiatria e articulem um novo lugar social para a loucura que admita o “doente mental” como cidadão e sujeito no contrato social vigente e nas decisões sobre sua vida.

Alem disso, é preciso resgatar a concepção trágica da loucura que a inscrevia no universo da verdade, superando-se a concepção crítica da loucura (FOUCAULT, 1997), já que “[...] no Renascimento a loucura era representada certamente como uma *figura diferenciada* da não loucura, mas não obstante isso não era simbolicamente desqualificada, pois era positivada como sendo um lugar fundamental de enunciação da verdade” (BIRMAN, 1992, p.76, destaques do autor).

A partir do que foi apresentado e discutido acima, pode-se concluir que, para a inclusão do louco/doente mental, excluído historicamente das redes sociais, toda a sociedade deve participar do processo do principal pressuposto da reforma psiquiátrica, que é a desconstrução da loucura enquanto doença eminentemente orgânica, permitindo ao sujeito a saída da alienação, psiquiatrização e normatização social, viabilizando a sua subjetivação sem os estigmas comuns a tal condição na busca de “[...] **uma ‘cidadania especial’ a ser inventada**” (VASCONCELOS, 1999, p. 77, destaques do autor).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491 – 94, jul/set. 1995b.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1994.

_____. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BEZERRA JUNIOR, Benilton & AMARANTE, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JUNIOR, Benilton & AMARANTE, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BOARINI, Maria Lúcia. **A loucura no leito de Procusto**. Maringa: Dental Press, 2006.

_____. Atenção a saúde mental: um novo olhar. In: BOARINI, Maria Lúcia (org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eduem, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.708. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Secretaria de Atenção a Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 de Ago, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.216, 06 de abr. 2001. Secretária de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 de abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 106** – De 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119. Acesso em: 25 de Janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 2001. Caderno de Textos. Brasília.

_____. **Decreto Lei nº. 2.848**, de 7 de Dezembro de 1940. Dispõe sobre a medida de segurança. Disponível em: http://www.abin.gov.br/modules/mastop_publish/files/files_4a5e263a016d2.pdf. Acessado em: 05 de abril de 2014.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/Daps/Corsam, 1994.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Autores Associados, 1995.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. O manicômio e os movimentos de reforma na psiquiatria: do alienismo à prática democrática. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p.90 – 104, jan./abr. 2000.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LUZIO, Cristina A. Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: BOARINI, Maria Lúcia. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eduem, 2011.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma Psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. In: **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012.

NOGUEIRA, Maria S. L. **Representações sociais da política de saúde mental**: visões e práticas dos profissionais de um CAPS. Fortaleza: EdUECE, 2010.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191 - 203, jan./mar. 2005.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, L. B. **Doença Mental, Psicose e Loucura**: Representações e Práticas da Equipe Multiprofissional de um Hospital-dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ambiciosos, 2001.

_____. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25 – 59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. In: JACÓ-VILELA, A. M. et all. (orgs.). **Histórias da Psicologia no Brasil. Clio-Psyché**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999.

PESQUISA E SERVIÇO: O PSICÓLOGO COMO PESQUISADOR NO COTIDIANO DA SAÚDE

Luiz Carlos Avelino da Silva

Francielle Xavier Dias

INTRODUÇÃO

Pretende-se neste trabalho uma discussão que envolve a pesquisa, a atuação e a formação dos psicólogos, desaguando nas intervenções desses profissionais na área de saúde. Busca-se com ele problematizar a pesquisa e pensá-la como uma condição ‘*sine-qua-non*’ do trabalho dos psicólogos, cuja ausência - mais que a falta de aparatos teóricos e técnicos - transforma-o em mero executor de protocolos.

Ele parte da argumentação, a título de justificativa ou desculpa como parece mais apropriado, encontrada em um trabalho acadêmico que, suportado por alguns teóricos, defendia as pesquisas qualitativas como um momento exploratório e anterior às pesquisas quantitativas, protocolos nos quais a medição, controle e generalização se colocam como procedimentos e metas de um protocolo a ser seguido rigidamente. Especificamente, a argumentação citada tratava do uso de entrevistas, sabidamente um importante instrumento das pesquisas qualitativas e que são apontadas por alguns pesquisadores arraigados no pensamento positivista com procedimentos questionáveis do ponto de vista científico.

Não se trata aqui de discutir o estatuto científico das entrevistas. Isso, autores como Alonso (1995), Bleger (1987) e Bogdan, & Biklen (1994) já o fizeram há algum tempo. O primeiro, Alonso, traça um painel amplo, no qual discute seu uso como instrumento de pesquisa, abordando aspectos importantes desde sua definição e validade as formas de condução. Bleger, por sua vez, indica que a entrevista é mais que uma situação em que um dos protagonistas quer saber o que o outro sabe, defendendo que ela começa no entrevistador

e se encerra em um campo constituído por este e o entrevistado. Bogdan e Biklen passam uma ideia geral, mas suficiente para sustentar seu uso.

Não se trata também de apostar na dicotomia quantitativo/ qualitativo que tanto aquece os debates em disciplinas de cursos de pós-graduação *strito senso*, desconsiderando-se os fundamentos epistemológicos que as sustentam (SILVA, 1998), desprezando-se o diálogo que o pesquisador pretende estabelecer com o objeto estudado, como defende Seminário (1986) . O fato é que as entrevistas são, por excelência, o instrumento de coleta de informações, utilizado pelos profissionais da psicologia em todas suas áreas de atuações. E concorda-se que em algumas dessas atuações antecedem o uso de instrumentos mais formais e quiçá validados.

A crítica ao uso das entrevistas, como instrumento de investigação, é uma crítica aquase todas as práticas psicológicas. E trata-se, aqui, não somente de defendê-las, mas de destacá-las como um instrumento das pesquisas que os psicólogos fazem (ou deveriam fazer) cotidianamente no exercício de suas atividades, sem se darem conta. Descritas grosso modo, mas não sem refinamento, essas pesquisas são em sua grande maioria qualitativas e têm como principal instrumento de obtenção de informação justamente as entrevistas, que podem ser apontadas como a primeira característica – não necessariamente determinante – desse tipo de pesquisas.

GENERALIZAÇÕES E SUBJETIVIDADE DO PESQUISADOR

A principal crítica às pesquisas qualitativas é a impossibilidade, apontada por seus detratores, de que seus resultados e conclusões não se prestem às generalizações. A importância da presença do investigador, com sua subjetividade, na captura das informações e não na coleta dos dados, dentro dessa mesma lógica, é vista como atentado à neutralidade e objetividade. Também é assim avaliada a impossibilidade de se colocar “o *capta*”, sob a perspectiva humanista de Lanigam (1997), o que é apreendido do fenômeno estudado, no gráfico X/Y, reservado ao “*data*”. Ainda que essa observação se deva a Spitz (1979), sobre o objeto de investigação da psicanálise, aplica-se também às pesquisas fenomenológicas, já que esse gráfico não comporta a compreensão de sentidos capturados no processo constituído pelo investigador e seu colaborador, elevado à condição de sujeito produtor de conhecimento em oposição ao indivíduo no qual se verifica os efeitos de uma ou mais variáveis – física, social, gráfica ou verbalizada, do qual o pesquisador pretende medir um processo/função subjetivo que supõe existir, sem se implicar subjetivamente.

Uma entrevista que considere o sujeito como produtor de conhecimento e não um ‘conjunto de dados a serem explorados’ pode até fornecer dados, mas inevitavelmente

produzirá sentidos se alguém se propuser a capturá-los e, se os segundos não se prestam a generalizações, dizem respeito e são importantes para quê?

A questão é que a generalização em ciências humanas é uma discussão delicada, ainda que se tente garanti-la com cuidadosos cálculos amostrais e refinados procedimentos de medição com os quais se busca a objetividade. Os pacotes estatísticos, por mais sofisticados que sejam, apresentam ao pesquisador, no caso da análise fatorial, por exemplo, escolhida por ser uma das formas mais utilizadas e sofisticadas das técnicas estatísticas, chamadas de análise multivariada, um conjunto de dados, que agrupa sujeitos que responderam a determinados itens de um instrumento/escala de forma semelhante. Supõe-se, via a análise fatorial, o agrupamento e redução de um grande número de variáveis representadas pelos itens do instrumento, a captura de uma variável oculta (um fator), que agrega as variáveis que se correlacionam. É a compreensão do pesquisador do sentido desses dados, fundamentada na construção teórica do objeto que ele investiga, que possibilitará o reconhecimento desse fator; com suas implicações teóricas dentro do constructo que estuda, ou o levava a propor conceitualmente outro fator que dê conta do conjunto de dados de que dispõe.

Não há aqui uma crítica nem a estatística, nem aos instrumentos. Cabe, em defesa da medição, destacar sua importância na constituição da Psicologia como ciência, quando essa última palavra era quase sinônimo de medição, e afirmações, como a atribuída a E. Tordike, por exemplo, de que ‘se algo existe, pode ser medido’ possibilitaram em seu início um precário estatuto científico à psicologia. Tomando-se a análise fatorial como um exemplo sofisticado e clássico – sua origem remonta a 1904 – das técnicas psicométricas, poder-se-ia afirmar, novamente com Seminério (1986), que

Epistemologicamente estamos perante o mais sofisticado sistema de abstrações no âmbito da psicologia, em que os processos de quantificação elevam-se da primeira ordem, de quantificações empíricas, para uma segunda, uma terceira e outras subsequentes, numa hierarquia que lembra de perto os processos correspondentes utilizados nas ciências físicas e astronômicas (p. 9).

E, como o propósito deste trabalho não é negar a relevância de nenhuma produção da ciência psicológica, evoca-se o rigor que há na construção dos instrumentos, como deixam claro os trabalhos de Pascoali (1999). E, a despeito de o trabalho do pesquisador que constrói os *instrumentos* se efetivar apenas após as análises estatísticas dos instrumentos, a pesquisa ganha a sua relevância nas reflexões teóricas que delinearão o constructo a ser investigado nos procedimentos de construção dos itens, na relação desses com os fatores, aferida pelos juízes, na sua relação numérica com os sujeitos, etc. De modo geral, trata-se de um trabalho demorado e de difícil execução ao pesquisador/psicólogo da linha de frente, em uma instituição de saúde, mas, caso seja necessário, pode ser realizado em parceria com a universidade.

Entende-se que a subjetividade do pesquisador, com seus vieses teóricos/ideológicos e, por que não dizer, preconceitos acadêmicos, sempre se coloca. Diante do sujeito, nas pesquisas qualitativas e diante dos dados que angariou, nas pesquisas quantitativas. E, se um pesquisador procede mal, por deixar de lado um aspecto, o outro também o faz, por abandonar outros, e a questão não pode ser resolvida pelo mero posicionamento ideológico quanto ao que é ciência, mas pela adequação do procedimento metodológico – com suas inúmeras variantes técnicas na busca da resposta à pergunta que se faz ao objeto investigado. Os autores deste texto, como psicólogos clínicos, que buscam pensar a saúde, se posicionam ao lado do sujeito e a privilegiar o reconhecimento da subjetividade do pesquisador diante desse, para tentar, de alguma forma, escutá-lo ou, se for o caso, produzir alguma fala com ele.

Obviamente a existência e o uso de instrumentos padronizados seriam bem-vindos e de grande utilidade nas unidades de saúde pública. Alguns, para se ficar em apenas um exemplo, como o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), criado pela OMS (apud HENRIQUE et al (2004), fornecem preciosas informações epidemiológicas sobre a incidência do uso de substâncias psicoativas. No entanto, além da imprevisibilidade das situações desencadeadas pelo uso indevido de uma substância psicoativa - que extrapolam o usuário, sua família e a própria comunidade, apresentando implicações de diferentes ordens, nas quais a psicológica é apenas uma delas, um instrumento para se avaliar a atitude de usuários ou pais em relação a uso de drogas não captura a dinâmica que envolve esse fenômeno. Acrescentar-se-iam, a título de exemplo, algumas situações típicas como a existência de um membro familiar que se mantém economicamente à custa do tráfico, a presença de um usuário de risco na família, o medo suscitado pela proximidade de agentes do tráfico e mesmo policiais, além da violência e criminalidade, geralmente associada à questão das drogas. Casos em que mais que o dado, é necessária a compreensão do sentido que o uso da substância psicoativa tem para o usuário e a família, que pede, no mínimo, um acolhimento do sofrimento que isso causa.

Mas o fato que se constata é que, quantitativas ou qualitativas, as pesquisas têm sido alvo de debates pelos docentes das universidades brasileiras, em um reflexo da maior e melhor qualificação desses profissionais. Os trabalhos de iniciação científica, de certa forma, vêm preparando futuros candidatos para os programas de Pós-graduação e a demanda por bolsas de IC é crescente entre os discentes. Além dos programas de iniciação científica, algumas universidades criaram outros em que, mesmo sem bolsas, seus acadêmicos participam de processo avaliativo e assumem compromissos semelhantes aos dos discentes contemplados com financiamento; cumprindo prazos para a entrega de relatórios parciais e finais, participando de eventos de iniciação científica e submetendo seus projetos aos comitês de ética, quando envolvem seres humanos, como o existente na Universidade Federal de Uberlândia, o PIVIC - Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica. Ainda que a

ênfase seja outra, de certa forma os Programas de Ensino pelo Trabalho, os PETs, também aspiram dos graduandos à produção de um artigo e quiçá sua publicação.

PROGRAMAS VOLTADOS À FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A SAÚDE

O programa PRÓ- SAÚDE (BRASIL, 2005), em sua primeira versão, era dirigido aos cursos de medicina, enfermagem, que constituem o núcleo da estratégia de saúde da família e o de odontologia. Trata-se de uma parceria entre os Ministérios da Educação e o da Saúde, com financiamento do segundo, cuja ênfase é a formação de recursos humanos para a saúde. Nesse programa a meta da produção acadêmica estava presente, como atestam os modelos de relatórios de avaliação, apresentados pelos coordenadores anualmente. Nesses relatórios, além da descrição das atividades realizadas, pede-se que se relate a produção de capítulos de livros, artigos, publicação de artigos e resumos em anais de congressos e apresentações de trabalho, mesmo quando se considera que, em sua essência, tal programa visa a uma formação dos graduandos das profissões da saúde, como o documento deixa claro em sua apresentação:

O PRO-SAÚDE tem a perspectiva de os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pelas IES, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê as respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS (p.5).

No edital 24, de 16/12/2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), relativo ao PRO-SAÚDE e PET Saúde, há a inclusão de outros cursos da saúde, entre eles, o de psicologia. Nele, além da ampliação de cursos já referida, há a reafirmação da indissociabilidade do tripé universitário, ensino - pesquisa - extensão, os projetos de pesquisa são mantidos e delinea-se o perfil do profissional que se almeja para a saúde, no item 4.4. Compensa reproduzir:

4.4. Considerando a organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado e a Estratégia Saúde da Família como principal modelo de atenção básica no SUS, o subprojeto contido no projeto PRO-SAÚDE deve descrever ações a serem trabalhadas em uma ou mais das seguintes temáticas, buscando incorporar o conceito de trabalho em rede na saúde- integralidade da atenção e continuidade dos cuidados:

- a) Humanização, acolhimento, acesso e qualidade no atendimento das necessidades de saúde aos cidadãos;
- b) Rede Cegonha;
- c) Rede de Urgência e Emergência;
- d) fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero e de mama;
- e) Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças com ênfase no estímulo às atividades físicas e alimentação saudáveis;
- f) Vigilância, prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e das doenças transmissíveis de interesse da saúde pública;
- g) Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- h) Vigilância em Saúde Ambiental e Sanitária.
- i) Rede de Atenção Psicossocial, monitoramento e avaliação.

- j) Rede de Atenção psicossocial, cuidados em saúde mental; cuidados para crianças e adolescentes.
- k) Rede de Atenção psicossocial, monitoramento e avaliação;
- l) reabilitação psicossocial com foco na geração do trabalho e renda/empreendimento solidários e cooperativas sociais;
- m) Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Saúde do idoso;
- n) Política de promoção da equidade;
- o) Política para a população em situação de vulnerabilidade;
- p) Estratégia Saúde da Família e as redes de atenção.
- q) Gestão, regulamentação e democratização das relações do trabalho e valorização dos profissionais e trabalhadores do SUS;
- r) Gestão do SUS;
- s) Controle Social;
- t) Pessoas com deficiência;
- u) Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF;
- v) Processos de Educação Permanente em saúde
- x) Educação popular em saúde.

De modo geral, nos grupos do PET Saúde implantados na cidade de Uberlândia, trabalhou-se dentro da perspectiva de construção de redes de apoio, e cada grupo possuiu uma linha de atuação bem clara, focando temas como rede cegonha, uso indevido de álcool e drogas e doenças crônicas não transmissíveis, que envolveu, cada um, projeto de pesquisa, ações extensionistas e educativas, tanto para a população atendida, como para os profissionais em formação, que foram anuentes com a proposta e aos quais se almejou uma formação generalista, humana, preparada para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, atuando na porta de entrada do sistema de saúde.

A presença da pesquisa nesses documentos e editais não parece acidentais e nem uma mera formalidade. Pensando academicamente, pode-se entender que se oferece, ao monitor/petiano, sob a orientação de um preceptor e tutor, enfim, a oportunidade de vivenciar o clássico tripé-universitário: ensino, pesquisa e extensão; ao preceptor, um profissional da rede, a oportunidade de discutir criticamente seu trabalho e atuação; e, ao tutor, a de sair de seu gabinete. Para todos, aprende-se enquanto atua/trabalha. Mas para isso é necessário pesquisar novas situações e problemas que nem sempre chegam à academia, retroalimentando o circuito com novas questões e soluções, algumas já encontradas por profissionais que atuam na linha de frente do sistema e que carecem de formalização e publicação, o que pode ser potencializado com a parceria com a universidade.

Obviamente, no que diz respeito às pesquisas, não se refere aqui aos longos e demorados planejamentos que envolvem as pesquisas, qualitativas ou quantitativas, que, abordadas no início deste trabalho, ainda que se sustente que são em sua maioria pesquisas qualitativas. Programas como PRO-Saúde e o PET Saúde colocam os acadêmicos – discentes e docentes – na linha de frente, que se depara com novos problemas, enfrentados no cotidiano dos profissionais e que carecem de investigação e respostas. E a resposta a esses problemas põe em destaque, no ato de pesquisar, mais que o desejo de produção acadêmica, a necessidade de resolução dos problemas que o serviço coloca.

O QUE FALTA NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO?

Quando se considera que as áreas temáticas do PRO-SAÚDE configuram o perfil do profissional almejado, e alia-se a isso a necessidade de trabalhos em equipes, um problema incide diretamente sobre a formação dos psicólogos. Das 23 áreas temáticas, algumas podem exigir desse profissional apenas apoio logístico, outras poucas são objeto de discussão e trabalho até mesmo na formação tradicional que privilegiava o modelo clínico tradicional, mas a maioria delas por si demanda um conjunto de novos conhecimentos que são em sua totalidade impossíveis de inclusão nos projetos acadêmicos dos cursos de graduação, o que, de certa forma, condena a formação dos psicólogos a ser sempre incompleta quando a ênfase dessa são conteúdos.

Mais que isso, essas temáticas permeiam o dia a dia nas instituições de saúde pública. E colocam os profissionais do serviço, inclusive os psicólogos, obrigatoriamente entre duas opções: ou aplicam a elas os POPs – Procedimentos Padrões Operacionais – que de resto servem para tudo, particularmente para quem não sabe o que fazer, ou pesquisam as situações novas e imprevistas. É esse tipo de pesquisa que interessa aqui: aquela realizada pelos profissionais da saúde, voltada para a solução de perguntas formuladas e problemas emergentes em seu posto de trabalho e que demandam, mais que o conhecimento, resolutividade, já que implicam sofrimento, morbidade e, talvez, mortalidade.

A psicologia sabe-se, conquistou um espaço ampliado na saúde pública, sobretudo após a reforma sanitária e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia do direito ao acesso irrestrito e universal à saúde, pela Constituição Brasileira de 1988, ocasionou o início de um processo de transformação das práticas no campo psi, essencialmente, pela inviabilidade da aplicação do modelo da clínica tradicional à realidade da saúde pública (AZEVEDO, TATMATSU & RIBEIRO, 2011). Desse modo, tornou-se premente a constituição de um campo de saber orientado para as especificidades das práticas de saúde, com vistas à construção de uma identidade profissional mais adequada. Pois, historicamente, o campo da saúde não é o campo da psicologia por excelência.

A atuação clínica tradicional representa um resquício do processo histórico de constituição da psicologia enquanto profissão elitista comprometida com uma apreensão biologicista da experiência humana (NEPOMUCEMO & BRANDÃO, 2011). As práticas em saúde também apontam a fragilidade da formação generalista em psicologia. Observa-se ainda uma formação fragmentada, reducionista, liberal, individualizante e com especialização precoce.

Apesar do inegável avanço da proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em psicologia, elas não sugerem ações durante a formação que

propiciem e valorizem o trabalho em equipe, fundamental para a atuação na saúde pública (BERNARDES, 2006). Dir-se-ia que a inclusão de novos conteúdos e discussões sobre a nova realidade profissional ainda não apagou o sonho de profissional liberal presente na origem da psicologia como profissão no Brasil.

Tal questão ainda é fortemente debatida, e autores como Huning, Costa, Silva e Silva (2013), que corroboram a ideia de déficits na formação dos psicólogos para atuação no SUS e veem a possibilidade de intervenções no currículo como uma política de aproximação da psicologia do SUS, investigando em que medida os estágio e as atividades extensionistas podem fazer esse papel. Nesse processo, concluem, entre outros pontos, que é necessária a mudança do olhar que se debruça sobre os sujeitos (profissionais e usuários de serviços) como *‘produção histórica, cultural e respeitando seus valores e modos de vida’* (p. 329), ampliando a crítica aos pressupostos das teorias psicológicas e das políticas sociais, sem o que, corre-se o risco de multiplicação de práticas elitistas.

A superação do modelo essencialmente clínico de formação é um processo lento. Apesar de ações do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), buscarem uma formação contextualizada e engajada, observam-se ainda profissionais recém-formados sem sintonia com as peculiaridades do trabalho em saúde pública. Essa formação, ainda apegada às escolas teóricas dos docentes, apresenta um proceder técnico que, infelizmente, almeja-se universal e constitui o que se denomina aqui de POPs – Procedimentos Operacionais Padrões – quando não se tomam por esses os documentos normativos e se exclui da atenção aos usuários qualquer situação que não se enquadre nessas diretrizes. Dir-se-ia com todas as letras: falta a esse profissional o pesquisador no qual ele deveria ter se constituído em seu curso de graduação.

TÉCNICO OU PESQUISADOR NO COTIDIANO?

É comum observar em cursos de graduação – a aqui se refere a experiência direta com alunos dos cursos de Educação Física, Letras, Pedagogia, Psicologia e Serviço Social – o discurso de formação do cientista, que aponta para um além da prática profissional, situando o pesquisador dentro de uma perspectiva acadêmica, sujeito aos cursos de Pós-graduação e agências de fomento, cujo desfecho almejado para o trabalho é a publicação.

Em contrapartida, o graduando que não almeja a carreira acadêmica, ainda que isso não seja explícito, não é incentivado em sua formação como pesquisador, como se lhe estivesse reservado o papel do ‘prático’, dotado de recursos técnicos e teóricos para resolver os problemas, já naturalizados, que a prática profissional lhe propõe. Repare-se que nessa perspectiva, o pesquisador e o profissional são pessoas que se comunicam por escritos – livros ou artigos –, do primeiro para o segundo, quando se comunicam.

Diante da tradicional queixa dos psicólogos e também de outros profissionais, cabe perguntar: Não se sentem prontos para atuarem na saúde pública? Tenta-se uma resposta: talvez tenham saído da universidade cheios de POPs, Procedimentos Operacionais Padrões, a serem utilizados quando a realidade se coloca como problema, quando deveriam ter saído cientistas, o que denuncia uma formação tecnicista e intempestiva.

Pesquisadores no cotidiano, com capacidade de identificar problemas, formular perguntas, objetivar recortes e investigar com rigor metodológico o que se lhe apresenta como questão, fogem das manifestações e soluções tradicionais. E é esse pesquisador, das situações cotidianas, que se advoga aqui como um aspecto que merece atenção nas instituições formadoras, principalmente, na medida em isso pode instrumentalizá-los para lidar com aspectos que podem ter sido precários em sua formação profissional. Daqui adiante, ater-se-á aos profissionais da psicologia: o psicólogo como pesquisador.

QUE TIPO DE PESQUISA REALIZAR NO COTIDIANO?

As se defender o pesquisa na linha de frente do trabalho em saúde pública, corre-se o risco de ser injusto com algum conhecimento já bem estabelecido. Não há como negar a importância de trabalhos como o de Spink (2003), que, além de situar a atuação dos psicólogos no contexto da saúde, é perpassada pelos resultados de investigação conduzida por ela. Mais específico e extenso, o trabalho de Bosi e Mercado (2004) fornece importantes subsídios para a realização das pesquisas qualitativas em saúde e pode ser indicado sem risco para quem pretende se aventurar nessa seara, como uma bússola segura. E os exemplos a serem citados são inúmeros.

A pesquisa ação, que grosso modo pode ser entendida como uma pesquisa que se situa entre a prática rotineira e a pesquisa acadêmica tem em suas características o fato de que o conhecimento produzido reflita na melhoria do serviço prestado em educação saúde, ações sociais, etc. Por suas características, é fácil a defesa desse formato como indicado para o psicólogo na linha de frente da atenção primária. Aliás, seria desejável. Todavia, como bem demonstram Grundy e Kemmis (1982), (apud TRIPP, 2005), a pesquisa ação é mais que uma reflexão sobre a ação, 'que utiliza técnicas de pesquisas consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática' (p. 447) e, a despeito disso, 'deve atender aos critérios comuns aos outros tipos de pesquisa acadêmica, como a revisão pelos pares quanto a procedimentos, significância, originalidade de validade' (TRIPP, 2005, p. 447).

Pede o bom senso que se reconheça a dificuldade disso em situações de saúde pública, quando o propósito acadêmico não se coloca. O que se advoga aqui é que os psicólogos, na busca de solução de problemas em saúde pública, reconheçam na sua formação as marcas de um proceder científico que lhe facultem "a identificação do problema, o

planejamento de uma solução, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia” (TRIPP, 2005, p. 446).

Alguns problemas comuns encontrados na experiência com o PET Saúde relatada diziam respeito a não adesão ao tratamento, abandono ao atendimento, boicote ao atendimento, falta de tempo para atendimento, de recusa das normas de funcionamento do serviço - particularmente a classificação de risco - recusa que, em seu extremo, leva as falas raivosas contra o serviço diante de câmeras de televisão, incapacidade econômica/educacional de fazer tratamento (ex. hipertensos que sabem que devem controlar o sal, mas cujas fontes de proteína animal de que dispõe entre os quais os embutidos, são os de menor custo, extrapolam a quantidade de sal e gordura saturada recomendada), a incapacidade de seguir as prescrições dos profissionais (acompanhar alguém, alimentar-se de certa forma, etc.). Diante de tais problemas a opção por ações já consagradas e repetidas é sempre a mais fácil. Investigar o que acontece é o que se propõe com esta discussão.

Assim, a despeito de qualquer apego à ideia da pesquisa-ação, são as questões levantadas pelo profissional que indicarão a técnica de pesquisa e os instrumentos a serem utilizados, não se descartando aqui a medição, caso se disponha de banco de dados e instrumento. O tamanho da pesquisa pode dizer respeito a toda uma comunidade – por exemplo, no caso de recusa das normas de funcionamento da unidade – ou a um único sujeito. E, por fim, qual tipo de pesquisa escolher? Aquela que melhor dialoga com os problemas apresentados pelo serviço. Obviamente a generalização e as tentativas de generalizações podem estar perdidas desde o início da investigação; o que nesse caso não necessariamente é ruim, na medida em que novas investigações podem dar conta da singularidade de cada situação. Enfim, uma pesquisa que aponte soluções para os problemas do serviço.

A GUIA DE CONCLUSÃO

A busca na literatura pode oferecer inúmeros exemplos de pesquisas que, academicamente despretensiosas, resolveram problemas das unidades de saúde, tomadas em análise, em que foram encerradas. O uso das pesquisas no cotidiano das unidades de saúde poderia ser justificado também com a descrição de alguns projetos extenso, desenvolvidos nas unidades a que se referiu nesse trabalho, relativos às doenças crônicas, maternidade ou uso indevidos de drogas.

Optou-se para conclusão por se apresentar um exemplo singelo, conduzido por uma das colegas tutoras no PET-Saúde. Diante de um paciente idoso, já com algum comprometimento pela senilidade e cujas taxas de diabetes e hipertensão se mostravam com controle precário, constavam como causalidade as dificuldades de leitura e visão que lhe

permitissem ordenar cronologicamente a ingestão dos medicamentos. Clinicamente se construíram/resgataram símbolos gráficos, alusivos aos diferentes períodos dos dias, e as refeições, cujas marcas foram afixadas nos comprimidos. As taxas de glicemia, a pressão arterial e a clínica validaram o procedimento.

REFERÊNCIAS

ALONSO, L. E. Sujeito y Discurso: El lugar de la entrevista abierta em las prácticas de la sociología cualitativa. In: DELGADO, J. M.; GUTIERREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de Investigación em ciencias sociales**. Madrid: Síntesis, 1995, p. 225 -240.

AZEVEDO, L. A., TATMATSU, D. I. B., & RIBEIRO, P. H. R. Formação em Psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza/Ceará. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 241-264, 2011.

BERNARDES, J. Formação generalista em Psicologia e Sistema único de Saúde. Em **CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA** (Ed.). Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS (v. 1). Brasília, DF: Autor, 2006.

BLEGER, JOSÉ. **Temas de Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e ao método**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL, A. M. R. C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em Saúde Pública. Brasília: São Paulo: **Integração**, n. 37, p. 181-186, 2004.

BRASIL-Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.o 421, de 03/03/ 2010, que institui o PET-Saúde, para a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS**. Brasília: 2010.

BRASIL, Ministério Saúde. Edital 24. **Diário Oficial** edição 15/12/2011. Brasília. Disponível em:
<http://www.ufpe.br/proacad/images/apoio_academico/edital%2024%20pro%20saude%20e%20pet%20saude%20de%2015.12.11.pdf>.

HENRIQUE. I.F.S.; MICHELI, D.; LACERDA, R.B.; LACERDA, L.A. e FORMIGONI. M.L.Q. Validação da Versão Brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarros e outras substâncias (ASSIST). Rio de Janeiro, **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 02, p. 199-206, 2004.

HÜNING, S.M.; COTA, I.D.A; SILVA, A.K.; e SILVA, S.J.P. Estágios e Extensões na formação, do psicólogo para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n.3. p. 319-330, Jul/set. 2013.

NEPOMUCEMO, L. B., & BRANDÃO, I. R. Psicólogos na Estratégia de Saúde da Família: Caminhos Percorridos e Desafios a Superar. Brasília, **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011.

SILVA, R.C. A falsa dicotomia Qualitativo-Quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: ROMANELLI, G; Biazoli-Alves. **Diálogos metodológicos que informam a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto, SP: Legis-Suma, 1998, p. 159-174.

PASCOALI, L. **Análise Fatorial: um manual teórico prático**. Brasília: Editora UNB, 1999.

SPINK, M. J. (Org.). **Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SPITZ, R. A. **O Primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

SEMINÉRIO, F.L.P. O problema do método: limite e expansão em ciências humanas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.38, n.2, p. 3 – 17, abr./jun. 1986.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma, introdução, metodológica. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 3. p. 443-466, set/dez. 2005.

HANSENÍASE: ESTIGMAS E SOFRIMENTOS NO DECORRER DOS TEMPOS

Vânia Damasceno Costa

José Juliano Cedaro

INTRODUÇÃO: SOBRE A HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença causada pela infecção do bacilo *Mycobacterium leprae* e caracterizada por alterações dermatoneurológicas, cujos sintomas mais comuns são o surgimento de manchas ao longo do corpo, geralmente com insensibilidade nas áreas afetadas, acometendo também os nervos periféricos das mãos, pés, olhos, nariz, orelhas, etc. É dividida em dois tipos clínicos: a forma paucibacilar (indeterminada e tuberculoide) e a multibacilar (virchowiana e dimorfa). Tal classificação auxilia o esquema medicamentoso, pois o tratamento depende do tipo da doença pelo fato de a primeira forma citada ser caracterizada pelo baixo grau de transmissibilidade em razão do reduzido número de bacilos, enquanto a segunda forma é mais temida por ter um elevado grau de contágio.

A transmissão acontece pelas vias aéreas superiores durante contato interpessoal contínuo e direto com uma pessoa infectada que não tenha iniciado o tratamento e seja padecente da forma multibacilar. É importante destacar que o bacilo acomete, principalmente, o indivíduo que tem déficit nutricional.

O diagnóstico clínico ocorre por meio de anamnese e avaliações meticulosas da pele em busca dos sintomas característicos como manchas e insensibilidade. Se necessário, recorre-se à avaliação laboratorial - a baciloscopia, cuja função é medir a quantidade de bacilos para se poder caracterizar a infecção como paucibacilar (presença de poucos bacilos) e multibacilar (muitos bacilos).

A trajetória dessa doença na vida da pessoa infectada leva a várias consequências, podendo ser físicas (no corpo), sociais e psíquicas. A reação que o paciente adota perante

essas mudanças em sua vida influenciará nos destinos do tratamento. É comum, diante da hanseníase, que problemas emocionais ou sociais sejam exacerbados, como pode ser o caso de pessoas com transtornos depressivos ou quem vive abaixo da linha da pobreza, por exemplo.

Embora a hanseníase tenha cura, há o medo constante de ser mutilado ou de que haja sequelas irreparáveis, muitas vezes acometendo a funcionalidade de órgãos importantes para a locomoção ou que afetem a imagem, como feridas no rosto. A pele geralmente é afetada por manchas, caroços, feridas, tendo inclusive sua pigmentação alterada pela medicação, e essas transformações na autoimagem despertam nos pacientes a sensação de que são “sujos” e não possuem valor para a sociedade.

O medo da deformidade física faz parte do cotidiano dessa população, pois isso pode tornar a doença pública e desperta a vergonha de ser portador de uma patologia que milenarmente foi considerada maldita. Nesse sentido é evidente o impacto psicológico e social causado pela hanseníase, deixando o paciente muitas vezes refém de sua condição e com a impressão de estar sempre em evidência, como se fosse observado pelos que estão à sua volta. Quando alguém descobre, é comum haver vergonha e o receio de ser rejeitado. Esse paciente teme que lhe tenham ojeriza e que isso possa trazer problemas no trabalho ou em relacionamentos familiares e amorosos, dificultando, inclusive, sua forma de lidar com o próprio corpo.

DA LEPRO À HANSENÍASE

No decorrer da história, é possível observarmos várias doenças desencadeadoras de forte estigmatização, tais como a lepra, a epilepsia, os transtornos mentais e, mais recentemente, a AIDS. São doenças que provocam medo e alteram as relações familiares e profissionais, dificultando e até mesmo impedindo o convívio social das pessoas acometidas por tais patologias, pois são julgadas pela ignorância e preconceito que acompanham a doença.

A humanidade durante sua trajetória deparou-se com epidemias que aniquilavam e causavam terror na população e, com isso, o imaginário de horror sobre essas doenças permaneceu por décadas ou séculos, sendo substituídas apenas quando surgiam novos males (NICOLLETI, 1992). Os avanços tecnológicos da medicina são importantes na superação desses obstáculos, mas o conhecimento científico, por vezes, não apresenta soluções definitivas para muitos problemas e é exatamente a indefinição e o não saber que mais apavoram a mente humana. Nesse sentido, a hanseníase ocupou um importante exemplo para a humanidade de como uma representação em torno de uma doença pode trazer sentimentos exagerados de medo e angústia.

Em 1874, o médico norueguês, Armauer Hansen, isolou as células leprosas de Virchow e encontrou a presença de bacilos, os agentes da infecção, e, assim, deu bases científicas para a prática antiga de controlar e isolar o doente (MARCOS QUEIROZ, 1997). De tal forma, a construção social feita sobre essa doença, ainda na Antiguidade, resiste ao tempo e, mesmo com a descoberta da cura, a lepra de outrora continua a assombrar. Tenta-se, acertadamente, mudar a nomenclatura para se minimizar o preconceito, substituindo-se o termo lepra, uma vez que ele traz significantes pejorativos, como indignidade e impureza (MENDES, 2007; NICOLETTI, 1992).

A história de exclusão começou com a tradução do hebraico para essa doença que acomete a pele, deixando-a com característica escamosa. Passou a ser denominada como algo relacionado à sujeira, causando asco na população ao perceber traços da doença nas pessoas infectadas. Acreditava-se que a causa do mal, além de ser de origem divina, guardava estreita relação com a sujeira, refletindo inclusive na aparência daqueles que padeciam da lepra. Afinal, uma vez acometidos pela doença, estavam condenados à mendicância, vestiam-se de farrapos e viviam às margens das cidades em situações miseráveis. Atualmente os sanitaristas defendem o posicionamento de que a falta de saneamento básico e as condições precárias de higiene são favoráveis à proliferação do bacilo causador do mal de Hansen (BAKIRTZIEF, 1994). Cleuza Ornellas (1997, p. 60) destaca as crônicas dos hebreus e egípcios como representantes da história da lepra:

A crônica dos hebreus e dos egípcios, a primeira mais difundida na cultura ocidental, contém referências bastante precisas sobre a lepra e sua condição de objeto de aversão e repulsa, bem como de medidas tendentes a afastar o leproso do convívio com os demais membros da comunidade.

A lepra ocupa um lugar no imaginário coletivo, como se refere Débora Minuzzo (2008). Era uma doença considerada um castigo divino em razão do cometimento do “pecado original”, ou seja, a prática sexual desregrada. O doente de lepra não era apenas um doente com comprometimentos físicos, mas acima de tudo moral, pela suposição da origem do mal. Assim, o termo leproso passou a ser sinal de ofensa, injúria. Ainda nos dias atuais, há quem se refira à hanseníase, usando esse nome, inclusive os pacientes hansenianos recorrem a esse termo, denotando a carga de preconceitos que teima em persistir.

O afastamento dos doentes das cidades não era apenas uma medida profilática, mas também uma punição pelo pecado que teriam cometido. O leproso representava uma ameaça à sociedade, pois seria alguém “poluído”. Segundo Minuzzo (2008), era alvo de caridade da Igreja Católica, numa situação favorável para essa instituição demonstrar modelos de compaixão. Seguindo os preceitos da Idade Média, o cuidado e a dedicação aos leprosos eram tidos como a prática do bem supremo, devendo-se prestar assistência às pessoas que viviam às margens das cidades e em condições desumanas, sobrevivendo com migalhas e desapropriadas de qualquer direito.

Na Idade Média eram as igrejas que se responsabilizavam pela organização dos hospitais. O cuidado aos doentes, assim como hoje, era visto como obra de caridade e uma possibilidade de conquistar fiéis para a congregação. No caso da lepra na Europa, decorrente dos movimentos de tropas em função das Cruzadas, a crise financeira se abateu sobre aquele continente, acentuando os problemas já enfrentados por causa das guerras. Como havia poucas condições sanitárias nas cidades e não havendo como tratar as pessoas doentes, a solução foi recorrer a medidas de segregação para poder ter melhor controle, mesmo que o discurso oficial fosse revestido de argumentos humanitários (GOFFMAN, 1988).

Um lugar para esse tipo de segregação costumava ser denominado de “lazaretos” (corruptela ao termo “Casas de Lázaro”), que eram os asilos-colônias localizados em regiões relativamente distantes das cidades, para que garantisse segurança e possibilitasse o recolhimento de doações destinadas a essas instituições.

A iconografia da Igreja Católica atribuiu a Lázaro o papel de protetor das pessoas, pois é descrito no evangelho de Lucas como um homem paupérrimo, coberto por chagas e que mendigava frente à casa de um rico avarento, alimentando-se de sobras, tendo como companhia um cachorro que lambia suas feridas. Ambos morrem, o rico é punido e vai para o inferno e, ao olhar para o céu, vê aquele a quem recusou ajudar em vida na companhia de Abraão e, invertendo a situação, implora por água (BÍBLIA SAGRADA, Edição Pastoral, 1991).

Sobre esses elementos religiosos referentes à imagem do leproso e da doença, Bakirtzief (1994) afirma que esse discurso legitimava a prática da marginalização, visto que a ideologia eclesiástica difundia os ganhos que essas pessoas teriam no patamar celestial. Os lazaretos permaneciam e eram cada vez mais habitados por esse discurso legitimador de tal postura, que oscilava entre o repúdio e a compaixão.

Naquela época não havia diagnóstico, e as medidas eram tomadas com base em princípios religiosos, que alimentavam a crença de que a lepra era resultante de castigo divino, sendo o leproso visto como o alvo da ira de Deus e por isso estava condenado à marginalização. Tal como Lázaro, talvez fosse agraciado com a piedade divina e só teria paz e dignidade depois da morte.

Assim, a partir do século XII, a Igreja empenhou-se intensamente na multiplicação e melhoria das casas de recolhimento dos leprosos. E os leprosários adquirem, nesse período, a feição que vão manter até o século XX: a de estabelecimentos que aliam códigos de hospitalidade da Idade Média à instituição do recolhimento compulsório daqueles que já se encontravam fora de sua comunidade, porque haviam sido expulsos dela (ORNELLAS, 1997, p. 66).

Sobre os rituais e proibições do contato físico do leproso, Bakirtzief (1994) defende que algumas práticas permaneceriam ainda no imaginário social. Exemplifica essa situação por meio de uma anedota que refere à visita que uma pessoa faz à casa de outra acometida pela lepra: “[...] ao pedir água para beber, procurou colocar os lábios num canto do copo que estava quebrado, presumindo que o leproso não beberia naquele local. O personagem é

surpreendido quando o leproso diz que é exatamente naquele local que ele prefere beber água” (p. 62).

Em relação à permanência dos temores e fantasias sobre a “lepra” da Antiguidade, Bakirtzief (1994, p. 57 e 58) acrescenta:

A ignorância sobre a doença, por exemplo, favorece a busca de teorias populares, fortalece os mitos, as fantasias, e enfatiza as impressões superficiais mais marcantes da doença, como a pele e suas deformidades, perpetuando, desse modo, as imagens icônicas a ela associadas, como o ícone de São Lázaro, cujas feridas são lambidas por um cão, ou aqueles leprosos vestidos em farrapos e habitando cavernas [...].

Essa questão do medo do contágio e o nojo de entrar em contato com as pessoas infectadas, pudemos também perceber nas queixas de pacientes a que atendemos e nas entrevistadas para esta pesquisa. Falavam de conhecidos e parentes que evitavam comer ou beber em suas casas quando sabiam que estavam portadoras da doença. Alguns relatos mencionam afastamentos definitivos, mesmo quando os envolvidos conheciam a forma de transmissão da doença e sabiam que a cura ocorreria, não havendo qualquer perigo (COSTA, 2011).

De acordo com Michel Foucault (1993), a lepra começou a desaparecer na França, Alemanha e Inglaterra no século XIV, não por motivos de assistência médica de qualidade, mas como resultado da segregação que essas pessoas sofreram durante séculos. Além disso, nessa época chegavam ao fim as Cruzadas e isso reduziu o fluxo de viajantes entre o Oriente Médio e a Europa.

Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 1993, p. 6).

O diagnóstico de lepra condenava a pessoa à morte social, uma vez que não poderia mais conviver com seus familiares e todos os contatos com outras pessoas passavam a ser restritos. Conforme Foucault (1993), esse foi um mal a assombrar a humanidade até o século XV, quando apareceram as doenças venéreas e passaram a ocupar esse lugar, deixando a hanseníase em segundo plano, principalmente por causa da descoberta das Américas e a Sífilis ter sido levada para a Europa pelos marinheiros. “Nasce uma nova lepra, que toma o lugar da primeira. Aliás, não sem dificuldade, ou mesmo conflitos, pois os próprios leproso também sentem medo” (FOUCAULT, 1993, p.7). Na passagem do século XIV para o XV houve redução no número de detecção de novos casos também em função da melhoria da infraestrutura das cidades.

Nessa mesma época houve a transformação dos *lazareto*s em hospitais, não mudando a natureza desse tipo de instituição, que continuaram sendo ocupados por classes excluídas, como os loucos (ORNELLAS, 1997). Ainda nesse contexto, a Igreja Católica continuava sua

política dúbia de caridade, pois seus cuidados muitas vezes se transformavam em punição aos doentes, afinal o isolamento, racionalmente empregado, numa prática para manter a ordem nas cidades, servia também para afastar os “ímpuros”. Sem a pandemia da lepra, essa prática higienista era feita com loucos, libertinos, prostitutas, além de criminosos. Na realidade, não havia distinção entre nenhum deles aos olhos dos opressores. Todos eram considerados proscritos e deviam ser afastados da sociedade.

A prática de isolamento de pacientes com hanseníase foi utilizada por um longo período em vários países. No Brasil, até a década de 1920, o isolamento não era compulsório, mas voluntário. Depois desse período, tornou-se a principal medida profilática. Nessa época foram criados os asilos-colônias, cujos objetivos eram abrigar e isolar os doentes sob o argumento de proteger a população sadia. A situação da saúde pública no país agravava-se com o crescimento populacional e a prática do isolamento compulsório auxiliava na resolução de alguns problemas socioeconômicos (ORNELLAS, 1997).

As críticas ao modelo adotado surgiram ao se perceber sua ineficiência. Em 1956 nasceu a Campanha Nacional Contra a Lepra que preconizava uma nova perspectiva na política sanitária do mal de Hansen. Assumia-se uma nova terapêutica no tratamento e assistência ao doente. “O emprego das sulfonas e a possibilidade de cura, de alta, e a possível reintegração dos hansenianos na sociedade; o amparo individual, a proteção coletiva e a ideia de uma saúde pública para todos” (ORNELLAS, 1997, p.81).

Com a Carta de Ottawa (1986), inaugurou-se um novo conceito na concepção de saúde pública, como o total bem-estar biopsicossocial da pessoa e não somente a ausência de doença. Com base nessa conceituação, buscou-se atender ao paciente em sua integralidade, e, a partir da ótica multifatorial para a compreensão do doente e das patologias, uma perspectiva é fundamental para a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa enferma. Entretanto, no tocante à doença crônica, a questão da “cura completa” nem sempre é possível, pois o doente terá que conviver com as alterações ocasionadas no organismo, estar sempre com cuidado e controle para a manutenção da saúde, por vezes necessita passar por processo de reabilitação ou aprender a conviver com alguma debilidade física por consequência da patologia. Essa categoria de doença impõe ao sujeito uma contínua busca pela superação do fantasma da dor e da aceitação de sua condição.

A HANSENÍASE NO BRASIL E EM RONDÔNIA

Em 1985 o Ministério da Saúde buscou medidas para adequar o programa de hanseníase nos moldes preconizados pela Organização Mundial de Saúde. Aconteceu a reestruturação dos hospitais-colônia e adotou-se a poliquimioterapia (PQT) como principal fonte de tratamento da patologia. O diagnóstico e o tratamento do mal de Hansen passaram a

ser responsabilidade de todos os outros médicos e em qualquer unidade de saúde, principalmente em unidades básicas. Mesmo assim, depois de duas décadas da implantação dessas ações, a hanseníase continua sendo tratada em unidades especializadas e há a falta de treinamento e preparo dos médicos em diagnosticar e tratar essa moléstia, criando um grande obstáculo que impede a descentralização do tratamento pela rede pública de serviços de saúde (MARCOS QUEIROZ, 1997).

Hanseníase é, portanto, um problema de saúde pública no Brasil, assim como também o é em países do continente asiático e do africano. Sua cronicidade e a capacidade de provocar deformidades incapacitantes - quando diagnosticada tardiamente ou não tratada de forma adequada - trazem consequências devastadoras para inúmeras vidas humanas. Além disso, há o imaginário popular com representações bastante negativas sobre essa doença, que carrega um forte estigma e por isso ainda segrega muitas pessoas (CLARO, 1995; MINUZZO, 2008).

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em números relativos de casos de hanseníase, cuja taxa de prevalência é inferior apenas à da Índia. Os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) confirmam o número de 4,68 doentes para cada 10.000 habitantes, no período entre 1985 a 2000. Esse mesmo documento apresenta o compromisso de diminuir esse número para um doente em cada 10.000 habitantes até o ano de 2005 - meta não alcançada

Em Rondônia, segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/BRASIL, 2009), entre os anos de 2001 e 2006 houve notificação de hanseníase em todos os municípios do Estado, fazendo com que essa unidade da federação fosse categorizada como uma região hiperendêmica e, portanto, tendo em mãos um desafio para a sua saúde pública. Ainda de acordo com essa fonte de dados, dos 52 municípios que compõem o Estado, 48 (92%) possuem ao menos uma instituição de saúde que realiza o diagnóstico, tratamento e controle de contatos. Quanto aos 8% restantes, existe ao menos uma unidade de saúde que operacionaliza o tratamento poliquimioterápico e faz a suspeição do diagnóstico, sendo o paciente encaminhado à instituição de referência regional¹.

As regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte são as que apresentam maior prevalência de casos novos. Rondônia situa-se numa localização estratégica para a propagação da doença, tendo em vista estar próxima a regiões como Mato Grosso, que é o Estado em primeiro lugar no diagnóstico de novos casos de hanseníase, e do Acre e o município de Lábrea (AM) - regiões de frequentes detecções de novos casos. Rondônia nesses dados preliminares de 2009 ocupa o terceiro lugar desses casos, sendo de 66,96/100.000 habitantes. "A região de Amazônia Legal apresenta barreiras físicas e sociais que dificultam o acesso aos

¹ Dados fornecidos pelo SINAN, setor ligado à AGEVISA (Gerência de Vigilância em Saúde), da Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia.

serviços de saúde e tem aspectos demográficos e referentes à produção social do espaço geográfico que a fazem historicamente vinculada à evolução da endemia no Brasil" (BRASIL, 2008, p. 2).

O mapeamento do mal de Hansen no Brasil corrobora o posicionamento de vários estudiosos da área no que concerne afirmar que essa patologia acomete predominantemente os pobres, "doença de pobre" como é denominada em vários estudos, considerando as regiões do país que possuem maior detecção de casos novos terem déficits significativos no que tange ao saneamento básico, condições de higiene, acesso à educação e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase permanece sendo referenciada atualmente como um problema de saúde coletiva e muitas das medidas adotadas configuraram-se como herança da lepra, sempre vista pela ótica do preconceito e seus estigmas. O tratamento da lepra de modo geral sempre priorizou a segregação, uma vez que não se conhecia sua causa. Mas essa lógica de tratamento, acentuadamente dolorosa e ineficaz, permaneceu por anos, mesmo com a descoberta de remédios que poderiam curá-la e também com a mudança de nomenclatura.

Os novos rumos tomados pela hanseníase modificaram também as medidas adotadas ao longo dos anos em relação às pessoas acometidas pelo bacilo de Hansen. A internação nos asilos-colônia não era mais compulsória, apesar de esses locais de internação permanecerem atuando por um longo período. De acordo com Marcos Queiroz (1997), os dermatologistas sanitários e alguns doentes desejavam a permanência do modelo antigo de tratamento, em razão dos benefícios que os doentes recebiam: casa, comida e salário mensal, oferecidos pelos hospitais especializados. Mesmo curada da hanseníase, a pessoa sentia dificuldade de reinserção na sociedade e, assim, permanecia nessas comunidades, mantendo a identidade de doente.

A partir de 1980, a política para desativação dos asilos ganhou força, porém o longo confinamento dos pacientes foi um dos empecilhos, pois havia resistência em voltar para sociedade, alimentada pela vergonha e o medo do que encontrariam fora dos portões de suas comunidades. Por isso, a desativação dessas instituições tem sido gradativa, tal qual tem ocorrido com os manicômios.

A construção do modelo de saúde brasileiro aconteceu num bojo de grandes transformações políticas do país, mudando o foco da atenção, voltando-se aos poucos para uma ação preventiva, setorial e focada no interesse coletivo. Entretanto, não deixa de ser um "negócio", com forte domínio do mercado que lucra com grandes volumes de medicamentos e planos de assistência, sempre se valendo de seus representantes políticos e do forte corporativismo. Conforme Santos (2006, p. 58), "A ideologia neoliberal produziu um retrocesso

histórico à origem do bem-estar social, que sai da esfera do público e passa para o âmbito do privado”.

Conforme discutido no início deste trabalho, a hanseníase é uma doença que afeta predominantemente as classes menos favorecidas. Devemos considerar que as regiões nas quais há maior número de detecções de casos da moléstia são Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país, pois é exatamente nesses lugares que encontramos os maiores déficits em saneamento básico, assim como de acesso da população à rede pública de educação e de saúde. A região amazônica, com sua vastidão continental, e os vários obstáculos quanto aos meios de transporte e comunicação favorecem que a doença se cronifique.

É evidente a real gravidade dessa doença e como um diagnóstico tardio ou um tratamento inadequado pode levar a perdas irreparáveis e vergonhosas para um país que se coloca e se nomeia como uma das maiores economias do mundo.

Mesmo passando décadas desde a descoberta de uma terapêutica eficaz e da existência de medidas profiláticas bastante conhecidas, essa patologia ainda traz uma representação de perigo, ou até de asco. Embora, tenha ocorrido a desativação dos lazaretos, o imaginário de uma moléstia que causa ojeriza permanece. Sua história dificulta a eliminação do preconceito e das crenças que permeiam a simbologia da hanseníase.

REFERÊNCIAS

BAKIRTZIEF, Z. **Águas passadas que movem moinhos**: as representações sociais da hanseníase. 1994. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), PUC, São Paulo.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Trad: Ivo Storniolo; Euclides Martins Balancin. São Paulo: PAULUS, Edição Pastoral, 1991,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em Saúde: Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil 2008**. Manual do Programa de Controle de Hanseníase. Brasília, DF, 2008. 12 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. 89 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Ottawa. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&source=hp&q=carta+de+ottawa+1986&meta=&aq=1s&oq=Carta+de+ota>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase**: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**- nascimento da prisão. Trad: Lígia M. Pondé Vassallo. 5. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1987.

COSTA, V.D. **Experiências de mulheres da Amazônia vivendo com a hanseníase**. 2011. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad: Márcia Bandeira de Mello Leite. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

MENDES, C. M. Conhecimento Científico Versus Manutenção de Crenças Estigmatizantes - Reflexões sobre o Trabalho do Psicólogo junto aos Programas de Eliminação da Hanseníase. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 2, n. 1, p.140-151, mar./ago. 2007.

MINUZZO, D. A. **O homem paciente de hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal**. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado em Política de Bem-Estar em Perspectiva: evolução, conceitos e actores) - Universidade de Évora, Portugal, 2008.

NICOLETTI, Ê. A.. Aids no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1992.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

QUEIROZ, M. deS. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

SANTOS, V. S. M.dos. **Entidades filantrópicas & políticas públicas no combate à lepra: ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**. 2006. 163 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências)- Programa de Pós-Graduação em História da Ciência e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

PARTE III

TRABALHO

DESAFIOS DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO/READAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS

Vanderléia de L. Dal Castel Schlindwein

Rita de Cássia Santa Fé

Mychel de Oliveira Silva

INTRODUÇÃO

A intensificação e precarização do trabalho, a degradação das relações de cooperação, a solidariedade e a confiança no trabalho estão relacionadas aos processos de adoecimento mental no trabalho. São alguns dos fatores que favorecem o aumento dos transtornos causados por eventos estressores no trabalho. No entanto, é necessário realizar mais investigações para se compreender plenamente suas consequências, tendo em vista que diversos fatores psicossociais no trabalho podem ter efeitos degradantes na saúde e no desempenho do trabalhador (OMS, 2010).

Os registros oficiais, no Brasil, têm revelado durante a última década a ascensão de acidentes de trabalho e doenças osteomusculares relacionados ao trabalho, e, a partir de 2007, também dos distúrbios psíquicos. A tendência de aumento dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT - e dos distúrbios psíquicos tem sido verificada em outros países ao longo do processo de mudanças institucionais que consistem na reestruturação produtiva¹ (SELIGMANN-SILVA, 2011).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho – OIT -, em 2010, 2% da população mundial por ano sofrem com algum tipo de enfermidade, seja ela física ou mental. Cerca de 160 milhões de pessoas por ano se tornam vítimas de doenças no local trabalho. Partindo desses dados, a Organização aponta que, a cada 15 s, um trabalhador

¹ A reestruturação produtiva consiste em um processo de mudanças institucionais e organizacionais nas relações de produção e de trabalho numa perspectiva global. Nesse contexto, a introdução de novas tecnologias permitiu um novo modelo de desenvolvimento, baseado na busca de maior lucratividade (BAUMGARTEN, 2011). As modificações em curso redefiniram novas relações de trabalho, buscando modelos de produção que se adaptassem às recentes exigências do mercado, que se tornou mais competitivo.

morre decorrente de doenças relacionadas à atividade laboral. No Brasil, dados da Previdência Social, coletados em 2011, apontam cerca de 711.164 registros de acidentes de trabalho (não incluindo trabalhadores autônomos e empregadas domésticas) que causam o adoecimento e afastamento de mais de 628 mil trabalhadores, seja por incapacidade temporária, permanente, levando até mesmo ao óbito.

Nessa perspectiva, a OIT destaca, no relatório de 2010, os riscos emergentes e novos modelos de prevenção no mundo do trabalho em transformação. Esse relatório enfatiza os riscos decorrentes das novas tecnologias e novos processos de trabalho que estão associados aos fatores psicossociais e estresse no trabalho. Corroborando essa ideia, Toldrá *et al.* (2010) ressaltam que, se o trabalho é gerador de doenças e sofrimento, qualquer ação que vise a sua transformação ou vise amenizar o sofrimento dos trabalhadores adoecidos ou em risco de adoecimento deve ser pensada a partir de mudanças na relação das pessoas com o seu trabalho, ou seja, com o ato de trabalhar.

Nessa dimensão, necessita-se pensar, enquanto profissionais da saúde mental, em questões inerentes à reabilitação psicossocial após o processo de adoecimento no trabalho². O objetivo deste capítulo é discutir os desafios para o processo de reabilitação/readaptação psicossocial no trabalho do servidor público federal, de modo que se sabe que a reinserção no trabalho é difícil para o trabalhador que foi afastado³ por motivos de doença e para os colegas que não sabem como recebê-lo; na maioria dos casos é preciso avaliar a necessidade ou não do remanejamento para outro setor. Fatores que podem dificultar por vezes o tratamento e perpetuam a continuidade do sofrimento psíquico vivido durante o processo de adoecimento no trabalho.

DUPLO SIGNIFICADO DO TRABALHO NOS PROCESSOS DE SAÚDE E/OU ADOECIMENTO

Dejours e Bégué (2010, p. 41) afirmam que “trabalhar não é apenas produzir, é também produzir-se a si mesmos”. A psicodinâmica do trabalho compreende que não há neutralidade do trabalho frente à identidade e à saúde mental. A relação com o trabalho pode gerar o melhor, mas, também, pode levar à desestabilização, à crise de identidade⁴ e à

² Trata-se de um conjunto de atividades que podem ser realizadas, visando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com transtornos mentais, um processo no qual se busca ajudar aqueles que apresentam limitações a restaurar o máximo possível de sua autonomia para voltar suas funções na comunidade (HIRDES; KANTORSKI, 2004).

³ O art. 3º do decreto nº 7.003, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2009, regulamenta o direito à licença para tratamento de saúde do servidor da administração federal direta, autárquica e fundacional.

⁴ Etimologicamente, o termo identidade vem da palavra latina *idem*, significando o mesmo, a mesma. Do grego, é sinônimo de identificação e reconhecimento. Já na definição em português encontramos identidade como um conjunto de caracteres que fazem reconhecer um indivíduo.

descompensação psicopatológica. Eles observam a dupla polaridade do trabalho: se por um lado o trabalho é fonte de desgaste e sofrimento, ele é também atividade criativa e meio de sublimação⁵.

O trabalho é um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados, uma vez que processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão vinculados à constituição da identidade e da subjetividade (SZNELWAR et al., 2004).

A identidade constitui a base da saúde mental e pode-se afirmar que as relações entre o trabalhador e a organização do trabalho representam a oportunidade de se constituir o equilíbrio psíquico e a saúde mental. Mas não há neutralidade do trabalho: se ele não oferecer a possibilidade de reconhecimento, só produzirá sofrimento e progressivamente impelirá o sujeito à descompensação (HELOANI, 2013).

Para a psicodinâmica do trabalho, a construção da subjetividade do sujeito se dá por conta dessa reciprocidade, sendo necessária assim a existência de uma boa relação entre o meio externo e interno durante esse processo, a fim de se gerar resultados positivos para quem executa o trabalho (identificação, produtividade e prazer, por exemplo) e, conseqüentemente, para o local de trabalho em si (aumento de lucros e agilidade no serviço).

A relação existente entre o trabalhador e seu local de trabalho deve ser constante e pode acarretar tanto aspectos positivos (como os descritos acima) quanto negativos – como a objetificação, precarização, chegando ao adoecimento mental, que leva ao afastamento do trabalho. Para Dejours (1994), o sofrimento começa quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho não permite que a energia pulsional encontre descarga na atividade laboral.

Para Arendt (2010), é necessário que haja uma troca positiva entre a subjetividade do indivíduo e o ambiente de trabalho. Caso não haja positividade em tal troca, o trabalhador passa a perder sua identidade própria e se torna um produto de lucro do meio laboral, iniciando assim o processo de objetificação do indivíduo. É descartada toda a sua subjetividade e considerado apenas quais benefícios este trará ao trabalho, negligenciando-se assim sua identidade.

Durante muito tempo acreditou-se que o adoecimento no trabalho estava apenas relacionado ao sujeito doente. O movimento da psiquiatria social na França começou a questionar o papel do trabalho na doença mental e a forma como as relações constituídas nesse ambiente podem influenciar no psiquismo do homem. Dejours (1992) evidencia que a forma como o trabalho se organiza está ligada com a saúde mental do trabalhador, de modo

⁵ A sublimação para a psicodinâmica do trabalho desempenha papel de destaque na construção da identidade. Sublimar não é apenas mobilizar a nossa subjetividade; é ainda – independentemente de nossa vontade – engajar-nos na ação para o reconhecimento social de nosso trabalho por nossos pares e pela sociedade (LACMAN; SZNELWAR, 2011).

que a relação homem-trabalho deve ser equilibrante para não se tornar provocadora de sofrimento ao indivíduo em seu campo de trabalho. Visto que o trabalho se define como aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos que lhe são confinados; ou ainda o que ele deve dar de si mesmo para fazer frente ao que não funciona quando ele segue a execução das prescrições (DEJOURS, 2012, p. 39).

Para a psicodinâmica do trabalho, a organização do trabalho é um possível desestabilizador para a saúde mental dos trabalhadores, visto que ela atua em nível do funcionamento psíquico do indivíduo. Cada sujeito tem uma forma singular de reagir diante da realidade, então a forma como o trabalho se organiza e as condições encontradas no ambiente de trabalho podem desestabilizar o sujeito, dependendo da carga emocional vivida por ele ao longo de sua vida (DEJOURS, 2010).

Com a perda do prazer no ambiente laboral e seu decorrente adoecimento, dá-se início ao processo de afastamento do trabalho. Nesse caso, o trabalhador não se sente mais apto (física ou mentalmente) para continuar a executar sua função que antes era de rotina, criando então a necessidade de ele ser inserido nos programas de reabilitação, a fim de recuperar sua autonomia, assim, o trabalhador passa a viver situações de constrangimento no grupo pelas limitações impostas pela sua condição laboral.

A situação de acidente ou adoecimento o leva a viver um sentimento de humilhação no grupo, assume internamente – como um impulso mórbido expresso no corpo, no gesto, na imaginação e na voz do humilhado. Vivencia uma imobilidade que leva a uma tensão contínua. Situação que é interpretada pelas chefias e colegas como desinteresse, falta de responsabilidade ou, até, preguiça. As reações dos trabalhadores, diante de representações negativas como essas, revelam-se de várias formas: raiva, revolta, decepção, tristeza e humilhação. A humilhação deve-se ao fato de não poderem compartilhar, com os que se mantêm em boa saúde, a mesma capacidade de reagir às exigências do meio de que falam. Sentem-se constrangidos por serem vistos como preguiçosos, como desinteressados, como quem “não quer nada” com o trabalho.

Situação que torna o processo de reabilitação/readaptação psicossocial no trabalho um desafio para ser enfrentado pelas equipes responsáveis pela realização da perícia médica e os profissionais da saúde que acompanham os trabalhadores no restabelecimento de sua saúde física/mental para estes estarem novamente aptos ao retorno ao trabalho. Sendo assim, no próximo tópico tratar-se-á das políticas governamentais institucionalizadas e dos desafios desse processo para o trabalhador.

A POLÍTICA PÚBLICA DE REABILITAÇÃO E REINserÇÃO DOS TRABALHADORES NO TRABALHO

O processo de reabilitação/readaptação é uma política pública previdenciária de responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social/INSS⁶, seu princípio é a universalidade, no entanto somente o trabalhador que contribui à Previdência Social está segurado de seus direitos legais. Entretanto, o servidor público federal não está submetido aos critérios do INSS e sim aos estabelecidos pela lei 8.112/90⁷ e suas alterações, bem como as diretrizes estabelecidas pelo Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2010). Nesses princípios, as duas diretrizes que norteiam esses documentos têm o desafio de lidar com a complexidade da incapacidade humana, em especial daquela precocemente adquirida por acidentes de trabalho e doenças profissionais.

A capacidade laborativa é descrita no Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal como a expressão utilizada para habilitar⁸ o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo, função ou emprego. Já a incapacidade laborativa é a impossibilidade de se desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, decorrente de alterações patológicas consequentes a doenças ou acidentes (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010).

Para que o indivíduo seja classificado como sujeito em reabilitação, este passa por uma série de critérios que classificarão a intensidade da sua lesão, assim como o ambiente de trabalho à sua volta. Nesse caso, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/CIF e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID-10, 10ª revisão, são de suma importância nessa análise, uma vez que a CIF avalia a funcionalidade e incapacidade relacionada ao estado de saúde física, e a CID-10 mensura os estados de saúde em si, como transtornos, lesões, entre outros.

⁶ No decreto-lei nº 7.036/1944, que tratava da reforma da lei do acidente de trabalho, o artigo 90 referia-se à "readaptação profissional", devida a todos os incapacitados para o trabalho, com o objetivo de restituir-lhes, parcial ou totalmente, a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas. Porém, foi no decreto-lei nº 60.501/1967 que o termo reabilitação profissional foi institucionalmente consolidado como resposta pública à questão da incapacidade e detalhado, abrangendo a "assistência educativa e de readaptação profissional", com vistas a proporcionar aos "beneficiários da Previdência Social, quando doentes, inválido ou de algum modo física ou mentalmente deficitários, com a amplitude que as possibilidades administrativas, técnicas e financeiras e as condições locais permitirem, os meios de reeducação ou readaptação profissional indicados para que possam trabalhar em condições normais".

⁷ O art. 230 que trata da assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família, compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS - ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda, mediante convênio ou contrato, na forma estabelecida em regulamento. Nas hipóteses previstas nessa lei em que seja exigida perícia, avaliação ou inspeção médica, na ausência de médico ou junta médica oficial, para a sua realização o órgão ou entidade celebrará, preferencialmente, convênio com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos, declaradas de utilidade pública, ou com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

⁸ Etimologicamente, a palavra *habilitare* vem do latim e significa tornar uma pessoa apta, capacitada e *re-habilitare* implica restituir uma capacidade ou reparar uma aptidão anteriormente perdida, por meio de um conjunto de procedimentos e técnicas aplicadas com a finalidade de recuperação das condições funcionais para o trabalho.

A fim de que o indivíduo lesado possa retomar às suas funções anteriores no ambiente de trabalho, aquele é encaminhado para passar por um processo de reabilitação, processo esse que inicia quando o trabalhador vai para o tratamento da doença. Nessa primeira fase, alguns fatores dificultam o tratamento, tais como a perda financeira, o distanciamento dos colegas de trabalho, o diagnóstico tardio e a falta de apoio da instituição, levando assim à continuidade do sofrimento psíquico vivido durante o processo de adoecimento no trabalho. Além disso, existe o sentimento de culpa por estar sobrecarregando outros colegas pela ausência necessária para o tratamento.

No entanto, a restituição da saúde na maioria dos agravos depende de vários fatores, entre os quais a presteza na assistência, a qualidade dos cuidados terapêuticos, o apoio familiar e social, a precocidade da intervenção, visando à reabilitação física e psicossocial, necessariamente de natureza interdisciplinar, as possibilidades de afastamento do trabalho pelo tempo necessário e o processo de retorno ao trabalho, que adquire características peculiares de acordo com a natureza da restrição do trabalhador e da postura dos colegas na instituição (MAENO; VILELA, 2010).

Assim, a saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, é um direito constitucional⁹ a ser conquistado na prática. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor – DESAP, vem implementando, através dos recursos humanos de todos os órgãos do Poder Executivo, de órgãos federais dos Estados, a Política de Atenção à Saúde do Servidor – PASS, organizada sob a forma de um Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS¹⁰, instituído pelo decreto nº 6833, de 29 de abril de 2009.

A organização desse subsistema contempla uma política calcada em três grandes eixos: promoção e vigilância à saúde, perícia e assistência, as quais estão fundamentadas na gestão com base em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, com ênfase

⁹ A Constituição da república Federativa do Brasil de 1988 contemplou o direito universal à saúde como uma conquista dos brasileiros e expressa em seu art. 196 que a saúde é “[...] um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” e, em seu artigo 200, que compete ao sistema único de saúde “[...] executar as ações de saúde do trabalhador [...]”, além de “[...] colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho [...]” (BRASIL, 2012).

¹⁰ Em Rondônia, celebrou-se, no final de 2010, o acordo de cooperação técnica do primeiro núcleo do SIASS\ Superintendência Estadual da FUNASA\ SUEST-RO, com sede em Porto Velho. Para sua criação, foram realizados acordos de cooperação entre diversos órgãos públicos federais, atualmente são 35 instituições de Rondônia que assinaram os acordos técnicos (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2011). O atendimento da Unidade SIASS da Superintendência Estadual da FUNASA em Rondônia – 1ª Unidade do SIASS\SUEST – FUNASA\RO, está atuando atualmente com uma equipe da Perícia Oficial, integrada por médicos e uma equipe multiprofissional com assistente social, psicólogos, psicopedagogo e enfermeiros, e ainda há a previsão de ações de promoção e vigilância. A primeira unidade do SIASS\RO representa o esforço de vários órgãos, por meio da cooperação técnica, de superar o distanciamento das ações à saúde e segurança do servidor público, avançando desde uma perspectiva política, para uma intervenção voltada à realidade social dessa categoria profissional, assim como o subsistema poderá contribuir na melhor visibilidade aos agravos à saúde - licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais, dados que impossibilitam a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos do Estado de Rondônia.

em equipes multidisciplinares e na avaliação dos locais de trabalho. O SIASS tem, pois, como objetivos, coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional de acordo com essa política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo então governo (Acesso em 16 de junho de 2014. <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>).

Os desafios na reabilitação/readaptação dos trabalhadores que adoecem no trabalho público são inúmeros, o SIASS de Rondônia tem buscado, desde 2010, intervir não só na elaboração e emissão de pareceres, mas na de ações de promoção e prevenção à saúde do servidor público federal. A equipe multiprofissional integrada por psicopedagoga, psicóloga, assistente social e enfermeira tem buscado estratégias diferenciais para pensar a reabilitação e readaptação dos trabalhadores que enfrentam o adoecimento em sua vida laboral, tem acompanhado os trabalhadores no retorno às instituições, realizando reuniões com o setor de gestão de pessoas para acompanhar o processo de retorno do trabalhador a suas funções laborais.

Com o intuito de promover a atenção à saúde dos servidores públicos civis federais, com vistas à atuação na democratização das relações de trabalho, criou-se a política pública de saúde para o servidor público e, em 2009, foi criado o Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com os objetivos de superar as distorções de direitos existentes entre os diversos órgãos do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec - e implementar uma política de atenção à saúde, baseada na equidade e na universalidade de garantias fundamentais (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010).

Nesse sentido, a política de saúde dos servidores públicos federais tem recebido atenção especial por parte do governo federal de maneira a legitimar as relações de trabalho, tornando-as mais justas e equânimes, com base na proporcionalidade das garantias fundamentais, conforme prevê o Estado Democrático de Direito. No próximo item discorrer-se-á sobre os desafios do processo de reabilitação/readaptação no trabalho do servidor público federal.

OS DESAFIOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO/READAPTAÇÃO PROFISSIONAL NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

O processo de reabilitação/readaptação no trabalho após adoecimento ou invalidez é complexo, requer ações coletivas das gestões de pessoas das instituições públicas, as ações que norteiam as diretrizes à implementação do PASS e representa o início de discussões que

envolvem todos os gestores das instituições públicas federais, equipes multiprofissionais do SIASS, bem como o INSS para o enfrentamento da problemática. Pois a prática da reabilitação profissional é historicamente ligada ao sistema previdenciário como resposta pública à questão da incapacidade. Por outro lado, a previdência produzia também o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidade, possibilitando o retorno ao trabalho (TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010). Nesse sentido, nos casos de restrição de atividade laboral, o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2010) orienta as ações do SIASS no processo de reabilitação/readaptação no trabalho dos servidores e recomenda a não atribuição a cargos ou funções, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro.

A reabilitação funcional é o processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com incapacidade adquirida alcance os níveis físicos e mentais funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho. Todo servidor que apresente redução de sua capacidade funcional terá direito a beneficiar-se de reabilitação necessária à recuperação da sua capacidade laborativa. Para Maeno e Vilela (2010), o processo de reabilitação do trabalhador começa quando esse vai para o tratamento da doença. Nessa primeira fase de reabilitação, o indivíduo já sofre com a falta de apoio da instituição, o abandono de alguns colegas e a perda financeira, momento esse que o expõe a situações subjetivas e difíceis de preconceito dentro do seu grupo de trabalho, evidenciando que aquele que adoece passa a ser estigmatizado pelo coletivo de trabalho, representando uma ameaça à integridade psicológica do grupo.

Considera-se que a relação dos profissionais da equipe com as chefias dos trabalhadores, a aceitação e o apoio dos colegas de trabalho, bem como da família, são fatores essenciais para o processo de reinserção no trabalho (SAMPAIO et al., 2005; WATANABE, 2004; GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003). Se o início do processo de reabilitação não contar com apoio suficiente para o trabalhador lesado, o sentimento de impotência e a sensação de que este agora é um estorvo no ambiente laboral ocorrem em maior intensidade, agravando ainda mais seu estado de saúde mental. A ofensa, a suspeita, a desqualificação da incapacidade, a violência e a injustiça interferem de forma negativa na identidade pessoal e social do trabalhador (BERNARDO, 2006).

Um dos grandes desafios no processo de reabilitação é a procura tardia pelo tratamento. Muitas vezes ocasionada pelo medo de perder o emprego ou até pela dificuldade de acesso ao tratamento adequado, conduz, em geral, ao agravamento, à cronificação e ao tratamento tardio (TOLDRÁ, 1997).

O rompimento do trabalho, decorrente do adoecimento, segundo Poersch; Ramos e Silva (2010), carrega consigo a perda de lugares agenciados pela via do trabalho, de vivências de autorreconhecimento e de reconhecimento social. Ali são ameaçados o poder aquisitivo, as

relações sociais e o convívio com os colegas da própria instituição. Para LOURENÇO e BERTANI (2010), em alguns casos a readaptação¹¹ ao trabalho é marcada pelo desligamento do trabalhador e que a falta de informações sobre a doença causa no trabalhador e nos colegas de trabalho um mal-estar quando são postos em outras funções. Mesmo quando retorna ao ambiente de trabalho, o trabalhador reabilitado traz consigo os reflexos negativos de situações anteriores que determinaram seu afastamento e consequente redução (temporária ou permanente) de sua capacidade laboral. Porém, é necessário deixar claro que o processo de reinserção (e de reabilitação) não pode ser considerado uma responsabilidade ou insuficiência do trabalhador (SIMONELLI, 2009).

Sendo assim, alguns desafios são encontrados pelos trabalhadores que se encontram em processo de reabilitação/readaptação no trabalho: a demora no encaminhamento da perícia médica para a reabilitação profissional e até mesmo o seu não encaminhamento denotam a desarticulação entre os diferentes setores (da saúde e da previdência - reabilitação profissional). Essa constatação reafirma o não cumprimento do decreto com vistas ao reingresso no mercado de trabalho, o que contribuiu para a precariedade das condições desses trabalhadores, dificultando seu retorno e os levando à exclusão (TOLDRÁ et al., 2010).

Outra dificuldade encontrada no processo de reabilitação é os processos de discriminação e estigmatização¹² do sujeito pelo seu grupo de trabalho. Por este agora possuir uma “deficiência”, algo que o inferiorize perante o grupo, o trabalhador é isolado do seu contexto social na atividade laboral, trazendo problemas ao seu processo de readaptação. Muitas vezes, ao retornar ao ambiente laboral, o trabalhador se vê como agente estigmatizante do seu próprio local de trabalho (TAKAHASHI, 2003).

A discriminação e a desqualificação tornam-se fatores de exclusão para os portadores de doenças decorrentes do trabalho, este “poderia por em risco as defesas psicológicas de repressão e negação do medo, presentes no coletivo de trabalhadores” (SELIGMANN-SILVA (2011, p. 226). Na discriminação há um processo de despersonalização do outro. Despersonalizo o outro, porque o outro denuncia minha condição humana, minha fragilidade. É necessário transformá-lo em outra coisa, diferente de mim, para que eu possa distanciar-me o suficiente para não me deparar com as similaridades. Se percebo o outro como igual a mim, posso, assim como ele, adoecer e adquirir a condição de doente mental.

As instituições públicas federais ainda tratam a saúde mental dos trabalhadores com grande preconceito e discriminação. Os trabalhadores por vezes escondem seus problemas

¹¹ De acordo com o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (2010, p.5), a readaptação é a investidura do servidor, indicada por avaliação pericial, em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental.

¹² Para Goffmann (2012), há uma discrepância entre a identidade real de uma pessoa e as expectativas sociais depositadas nela, de forma que o diferente é estigmatizado por suas características e singularidades não corresponderem ao esperado pelo meio social. Em se tratando de doença mental, estar doente no trabalho é visto como desvantagem, defeito, fraqueza.

“Com medo de serem rotulados de “loucos” por um psicólogo, por um psiquiatra ou pelos próprios colegas [...] investem tudo na sua dissimulação e no seu ocultamento [...]” (BAZZO, 1997, p. 41). O fato é que se atribui uma série de características e condições à pessoa adoecida, diferentes daquelas concepções que se têm sobre um indivíduo saudável e principalmente sobre si mesmo.

Por isso, de maneira geral, quando os trabalhadores retornam ao trabalho, são, por vezes, lotados em funções incompatíveis com o seu quadro clínico-funcional e/ou com a sua formação e qualificação, ou são simplesmente deixados à margem do processo produtivo, ou “encostados”, reforçando, às vezes, experiências de fracasso (TOLDRA et al., 2010). No caso do servidor público, o trabalhador é readaptado, se o mesmo ainda estiver com alguma limitação, seja física e/ou mental, mas, caso esteja reabilitado, pode retornar a suas atividades regulares e atender às atribuições constantes em seu Termo de Posse como o ofício 015/MPOG e este é um dos grandes desafios da reabilitação - readaptar o servidor em atividades similares com o que a legislação preconiza.

É necessário considerar que os processos de reinserção e de reabilitação não podem ser considerados uma responsabilidade ou insuficiência do trabalhador (TAKAHASHI, et al., 2010). A reabilitação profissional é uma responsabilidade do Estado, sobretudo quando o adoecimento deu-se no ambiente de trabalho, mesmo na ausência do nexo de causalidade a saúde do servidor deve ser assegurada¹³. Estas garantias estão descritas na Lei nº. 8.112/90 e suas alterações e diretrizes constam no Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sujeito do sofrimento, para a Clínica Psicodinâmica do Trabalho, equivale ao homem compassional (ALLONNES, 2008), aquele esvaziado de seu poder de agir e entregue à tutela de especialistas do cuidado - numa espécie de higienismo renovado. Segundo a hipótese dessa abordagem, o sofrimento no trabalho é causado, principalmente, pela amputação do poder de agir do sujeito, e não pela incapacidade deste último de fazer face às exigências da organização do trabalho. Essa compreensão propõe uma recuperação do sujeito da ação, percebendo o trabalho, o sofrimento e a saúde como processos inter-relacionados.

Entretanto, ainda observa-se uma dificuldade para se tratar sobre o tema da saúde mental no trabalho. O trabalhador afastado é a representação daquilo que precisa ser

¹³ Um grande avanço na questão dos adoecimentos no trabalho foi a promulgação, pela Presidência da República, da LEI Nº 11.430, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2006 que no art. 21-A. trata da perícia médica do INSS, considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida, motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento.

escondido, da fragilidade humana que não pode ser vista em público ou no ambiente que está focado na produtividade. Aquele que manifesta o sintoma traz consigo o estigma social é aquele que atrapalhará a produção dos colegas normais e saudáveis, por isso passa a ser deixado de lado para não contagiar, com sua doença, as relações no ambiente de trabalho.

Quando o trabalhador volta do seu afastamento, enfrenta diariamente conflitos no ambiente laboral, sofre humilhações e acaba sendo um fardo para os outros colegas. O processo de readaptação laboral, oferecido pela equipe multiprofissional do SIAAS/Rondônia, visa minimizar tais conflitos, de modo que o trabalhador possa voltar a exercer suas funções dentro da instituição. A dificuldade de se reconhecer a dimensão psicossocial como imprescindível nas relações de trabalho demonstra que o tema da saúde física e mental ainda é um tabu social, e essa dificuldade aumenta quando as descompensações e os processos psicopatológicos são resultantes das práticas cotidianas dos modelos de gestão do serviço público federal. Percebe-se que o projeto de reabilitação encontra dificuldades para ser executado dentro das instituições, pois em muitos casos o desejo da instituição, dos colegas é de que esse servidor não volte a integrar a equipe, sugerindo até que seja aposentado.

No âmbito das políticas públicas, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) na avaliação dos processos de trabalho, incluindo a participação do Ministério do Trabalho e Emprego, seria uma estratégia eficaz na redução dos danos e, por conseguinte, dos custos previdenciários e da saúde. Sendo assim, é necessário analisar as atividades de trabalho, compreendendo-se as adaptações dos meios físicos, seus conteúdos organizacionais e processos técnicos às pessoas, reduzindo-se a distância entre a incapacidade funcional e os objetivos da produção (SIMONELLI, 2009).

A recuperação das capacidades laborais e o retorno ao trabalho é um tema desafiador para o Estado e às instituições públicas federais, que precisam discutir, na esfera social, estratégias de enfrentamento para os processos de adoecimento no trabalho. As instituições devem estar mais envolvidas nesse processo, de modo que compreendam as situações que levam ao adoecimento do seu trabalhador. É necessário que tenham uma política para os que adoecem e, por vezes, são excluídos das relações sociais, quando recebem um diagnóstico de transtorno mental. Esse é um dos principais compromissos do SIASS, que, mesmo não tendo orçamento e autonomia administrativa, possui uma equipe multiprofissional comprometida com os direitos sociais do cidadão, especificamente do servidor público federal.

REFERÊNCIAS

ALLONNES, M. R. **L'homme compassionnel**. Paris: Seuil, 2008.

ARENDT, H. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. Rev. Téc. Adriano Correia. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BAUMGARTEN, M. Reestruturação produtiva e industrial. In: CATTANI, A.D. (Org.). Saúde do trabalhador: **Dicionário crítico** sobre trabalho e tecnologia. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 268-271.

BAZZO, E.F. Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos. **Psicol. Cienc. Prof.** [online]. Brasília, v.17, n.1, p.41-44, 1997.

BERNARDO, L. D. Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual. 2006. 65 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. -35 ed. Brasília: Câmara dos deputados. Edições Câmara, 2012.

BRASIL. LEI nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a realização do nexó técnico epidemiológico, no Art. 21-A. entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças – CID. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm. Acesso em: 17 jun de 2014.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.036 - De 10 de novembro de 1944. Dispõe sobre a lei dos acidentes de trabalho no capítulo I. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 nov. 1944. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036.htm>. Acesso em: 17 jun. 2014.

BRASIL. Lei n 8.112/90 e alterações, 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 dez. 1990. Disponível em: <https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/lei8112anotada/index.htm>. Acesso em 18 jun. 2014.

BRASIL. Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 set. 1967. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1967/5316.htm>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Decreto nº 60.501 - de 14 de março de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto nº 48.599-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 mar. de 1967. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1967/60501.htm>. Acesso em: 17 jun. 2014.

BRASIL. Decreto nº 6833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal-SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 abr. de 2009. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm. Acesso em: 17 jun. 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009. Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm. Acesso em: 17 jun. 2014.

BRASIL. Decreto nº 79.037, de 24 de dezembro de 1976b. Aprova o regulamento do seguro de acidentes do trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 1976. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1976/79037.htm>. Acesso em: 03 março 2014.

BRASIL. **Ministério da Previdência Social** – MPS, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – DATAPREV, Brasília, 2011.

BRASIL. Ofício Circular nº 015/2005/CGGP/SAA/SE/MEC. Orienta quanto a descrição dos cargos técnico-administrativos em educação. **Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão**, Brasília, DF, 8 nov. 2005. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ssi/images/documentos/oficio%20circular%20n%200152005cggpsaasemec%2028.11.2005.pdf>. Acesso em: 05 març. 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo**: sexualidade e trabalho - Vol 1. Brasília: Paralelo15. 2012.

DEJOURS, C., & BUÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer?. Brasília, DF: Paralelo 15, 2010.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., & JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

GRAVINA, M. E. R.; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, set./dez. 2003.

HELOANI, R. A organização do trabalho e a manipulação da subjetividade. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. São Leopoldo, RS. n. 416. p. 8-10, 2013.

HELOANI, R. Violência invisível. **Rev. adm. empres.** [online]. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, a. 2, n. 3, p.57-61, ago./out. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas da saúde: O caminho para a cobertura universal, 2010. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf. Acesso em: 18 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde- CIF. Lisboa, 2004. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acesso em: 17 jun. 2014.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs). Christophe Dejours: **Da psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho**. Brasília: paralelo 15/Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2011.

LOURENÇO, E.Â.DE.S.; BERTANI, I.F. Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho: desafios para a reabilitação profissional. In: **Proceedings of the 1st Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 2010, Franca, SP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n7/a20.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MAENO, M. VILELA, R. Andrade de Gouveia. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.** [online], v.35, n.121, p. 87-99, 2010.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Acordo de cooperação técnica nº. 2011, 1º Núcleo do SIASS\SUEST – FUNASA EM Rondônia. Porto Velho, 2011.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht. Acesso em: 17 jun. 2014.

POERSCH, A.L.; RAMOS, M.Z.; SILVA, R.N.DA. Reabilitação profissional: o coletivo como ferramenta de re-significação. **PSICO**. v. 41, n. 1, p. 137-143, jan./mar. 2010.

SAMPAIO, R. F. et al. Implantação de serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 28-34, 2005.

SELIGMANN – SILVA, E. **Trabalho e Desgaste Mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

SIMONELLI, A. P. Contribuições da análise da atividade e do modelo social para a inclusão no trabalho de pessoas com deficiência. 2009. 221 f. **Tese** (Doutorado em Engenharia de Produção)-Departamento de Engenharia de Produção – TTO – Trabalho, Tecnologia e Organização, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SZNELWAR, L. I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 45-57, set./dez. 2004.

TAKAHASHI, M.A.B.C. et al . Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 121, Jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 Jun. 2014.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; CANESQUI, A. M. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, set./out. 2003.

TAKAHASHI, M.; KATO, M.; LEITE, R. A. O. Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens. São Paulo, **Rev. bras. saúde ocup.** [online]. v.. 35 n. 121, p. 7-9, Jan/Jun 2010.

TOLDRÁ, R. C. et al. **Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.35, n. 121, p. 10-22, jan/jun. 2010.

TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.** [online]. São Paulo, v.35, n. 121, p. 10-22, jan/.jun. 2010.

TOLDRÁ, R. C. Lesões por Esforços Repetitivos: abordagem grupal e corporal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, Belo Horizonte: **Anais.** Belo Associação Brasileira de Terapia Ocupacional, 1997, p.145-149.

WATANABE, M. A. reabilitação é possível: um estudo de caso de uma empresa de economia mista. 2004. 206 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

A DIMENSÃO SUBJETIVA DO TRABALHAR: A ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Rosângela Dutra de Moraes

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar os fundamentos da psicodinâmica do trabalho, destacando as principais contribuições dessa teoria para uma discussão acerca da dinâmica das relações tecidas no espaço produtivo e suas repercussões sobre a constituição da subjetividade. A psicodinâmica do trabalho dedica-se ao estudo dos processos intersubjetivos desencadeados no trabalho, que comportam o sofrimento e as estratégias de medição, a mobilização subjetiva e os processos intersubjetivos, implicados no esforço para subverter o sofrimento em prazer no trabalho.

A psicodinâmica do trabalho foi fundada por Christophe Dejours (1993/2011, 2012a b), psiquiatra e psicanalista francês, que destaca a dimensão subjetiva do trabalhar e utiliza conceitos de origem psicanalítica para analisar o contexto de trabalho. O autor postula que o trabalho é central na constituição do sujeito, situando-o como mediador da realização pessoal no campo social. Trabalhar pode conduzir à saúde ou à doença, dependendo dos processos psicodinâmicos implicados no confronto do sujeito com a organização do trabalho e das relações intersubjetivas estabelecidas no espaço laboral.

Preliminarmente, é necessário definir trabalho sob o prisma dessa abordagem teórica. O ponto de partida é a constatação de que sempre existe um hiato entre o trabalho prescrito e o efetivo, fenômeno que foi evidenciado a partir dos estudos referenciados na ergonomia da atividade. Isso ocorre porque sempre acontecem imprevistos, que colocam o trabalhador diante dos limites de seu saber-fazer, ainda que exista um planejamento minucioso e que ele cumpra escrupulosamente todas as prescrições. Diante do imprevisto, o sujeito se depara com *o real do trabalho*, que se revela ao trabalhador sob a forma de revés. Nesse sentido, trabalhar vai além de cumprir as prescrições, porque elas são insuficientes.

Trabalho é definido por Dejours (2012a) como “aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos que lhe são confiados” (p. 38). O que implica empregar os recursos subjetivos (a inteligência, a sensibilidade, a experiência) para ultrapassar os revezes e alcançar as metas. Dessa forma, trabalhar consiste em se deparar com o imprevisto e com a sensação inicial de insuficiência de conhecimentos, diante da qual surge o medo do fracasso, que é vivenciado como experiência afetiva de sofrimento. Implica suportar o sofrimento do risco de fracassar e persistir na busca de solução.

Embora o sofrimento seja constituinte do trabalhar, seu destino nem sempre é lamentável. O sofrimento pode ser um ponto de partida para a ampliação da subjetividade. Quando o trabalhador consegue mobilizar seus recursos subjetivos e encontra maneiras de resolver os impasses de trabalho, subverte o sofrimento em prazer. A dinâmica do reconhecimento é fundamental para a realização pessoal e para o fortalecimento da identidade; mediante o reconhecimento, o sofrimento é dotado de sentido, diante da percepção de que todo o esforço, para ultrapassar os obstáculos e realizar o trabalho bem feito, “valeu a pena”. Assim o trabalho pode atuar como operador de saúde; o sofrimento no trabalho funciona como prova à inteligência. É a partir do trabalho que se estabelecem novos registros subjetivos que anteriormente não existiam. Nesse sentido, o trabalho é constituinte da subjetividade, visto que trabalhar também é transformar-se a si mesmo (DEJOURS, 2012a).

Por outro lado, o adoecimento pode ocorrer quando o sujeito não encontra recursos, individuais ou coletivos, para se defender do sofrimento, transformá-lo ou ressignificá-lo. A experiência, prolongada com o fracasso, conduz a uma desestabilização que fragiliza o sujeito e pode conduzir ao adoecimento (psíquico/somático). Os processos psicodinâmicos que apresentam o potencial de favorecer a saúde ou a doença estão estreitamente relacionados à dinâmica dos coletivos de trabalho, tendo na cooperação, no espaço de trocas e no reconhecimento seus elementos fundamentais. Dessa forma, o trabalho pode conduzir ao melhor ou ao pior, à saúde ou à doença, o que evidencia sua centralidade na vida humana.

Neste capítulo, inicialmente, será feita uma breve apresentação da trajetória da psicodinâmica do trabalho, com ênfase na obra de seu fundador, articulada à análise de algumas de suas construções conceituais, enfatizando a centralidade do trabalho para a constituição da subjetividade. Para clarificar os conceitos, serão mencionados exemplos de pesquisas empíricas desenvolvidas no Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho –LAPSIC, da Universidade Federal do Amazonas.

PERCURSO HISTÓRICO E CONSTRUÇÕES CONCEITUAIS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Os estudos que deram origem à psicodinâmica do trabalho surgiram na França, nos anos 1980, quando seu fundador, Christophe Dejours, ainda desenvolvia pesquisas filiadas à

psicopatologia do trabalho. Sua perspectiva teórica partiu da base psicanalítica e se constituiu como uma construção interdisciplinar, destacando-se a contribuição da ergonomia da atividade e da sociologia do trabalho. A construção teórico-metodológica do autor teve ampla divulgação a partir da obra intitulada “*Travail: usure mentale - essai de psychopathologie du travail*”, publicada na França em 1980 e no Brasil em 1987, com o título “A Loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”.

Dejours (1980/1997; 1993/2011) inicialmente se dedicou ao estudo dos aspectos subjetivos, vivenciados por operários semiqualeificados, partindo de pesquisas realizadas especialmente em indústrias automobilísticas e de processo, nas quais analisou a organização de trabalho taylorista, com vistas à identificação de doenças mentais decorrentes do trabalho. O autor identificou um conflito central entre a organização de trabalho – OT - e o funcionamento psíquico, que se constituiu no núcleo da clínica do trabalho. A OT abrange a divisão e a organização das tarefas, as prescrições e também o controle e as fiscalizações, estrutura que se contrapõe à economia do funcionamento psíquico.

Entretanto, as pesquisas mostraram que a “loucura” não é tão presente como se poderia supor face à rigidez da organização de trabalho taylorista, que coloca em confronto o desejo do sujeito com as normas e prescrições. Os trabalhadores não são passivos ante os constrangimentos organizacionais: são capazes de construir estratégias para se defender do sofrimento e escapar à loucura. As estratégias defensivas, individuais e coletivas possibilitam aos trabalhadores permanecerem no plano da “normalidade”, apesar do sofrimento, construindo um delicado equilíbrio dinâmico, instável, entre o sofrimento e as defesas contra o mesmo. Essa “normalidade” foi considerada um *enigma*, tornando-se objeto de investigação. As pesquisas mostraram que tal “normalidade” é produto de uma dinâmica em que as relações intersubjetivas ocupam um lugar central. Indicam também que as condutas e as ações dos trabalhadores são regidas por princípios específicos de uma racionalidade subjetiva (IDEM).

Dessa forma, no início da década de 1990 a psicodinâmica do trabalho se diferenciou da psicopatologia do trabalho e se estruturou como disciplina autônoma, voltada para o estudo das estratégias que os trabalhadores constroem para se manter no plano da normalidade. Segundo Dejours (1993/2011), ao romper com a psicopatologia do trabalho e construir um percurso autônomo, a psicodinâmica do trabalho abriu caminho para perspectivas mais amplas: da análise do sofrimento se estendeu à análise do prazer no trabalho; além do estudo do sujeito, passou a incluir o estudo do trabalho; avançou também na investigação da organização do trabalho, buscando compreender os detalhes da dinâmica interna, tecida nos coletivos de trabalhadores.

Ao estruturar a análise psicodinâmica do trabalhar, Dejours (1992) articulou elementos da história singular do sujeito ao espaço coletivo do trabalho. Nessa perspectiva, a curiosidade herdada da infância (epistemofilia) foi apontada como o ponto de partida para a articulação da

esfera pulsional, do desejo, à situação atual, do trabalho. A ressonância simbólica entre a situação de trabalho, que apresenta desafios, e o sofrimento psíquico do não saber resolvê-los conduz o sujeito a um engajamento no social para realizar sua curiosidade, possibilitando a descobertas de soluções para os problemas de trabalho; assim, o prazer no trabalho é situado como uma conquista.

A mobilização subjetiva, que inclui todos os recursos subjetivos (a cognição, a sensibilidade e a experiência) para se descobrir soluções para os impasses, provém da pulsão sexual infantil. No contexto do trabalho ocorre a dessexualização da pulsão, mantendo, porém, seu vigor original. O trabalho é situado, então, como mediador privilegiado e insubstituível entre o inconsciente e o campo social.

Quando não encontram possibilidades de transformar o sofrimento, os trabalhadores estruturam *estratégias defensivas* que lhes permitam resistir aos constrangimentos, escapar à doença e continuar trabalhando. As estratégias de defesa podem ser definidas como recursos construídos pelos trabalhadores, de forma individual ou coletiva, para minimizar a percepção do sofrimento no trabalho e, dessa forma, evitar as descompensações. Consistem, fundamentalmente, em uma eufemização do sofrimento, que protege o psiquismo, possibilitando aos trabalhadores se manter no plano da normalidade a fim de permanecer no espaço produtivo (DEJOURS, 2011, 2012b).

Um exemplo clássico de estratégia defensiva é a autoaceleração identificada entre operários que trabalham em linha de montagem. Dejours (1980/1997) partiu da seguinte questão: como é possível se manter, por anos seguidos, em um trabalho repetitivo, monótono, sob pressão, com medo de não conseguir acompanhar o ritmo, e não adoecer? O autor compreendeu que os operários se defendem do sofrimento, acelerando ao máximo a cadência, mantendo um ritmo frenético, a fim de provocar uma espécie de anestesia do pensamento. Essa hiperatividade permite trabalhar sem pensar; essa é a estratégia para não adoecer.

Entretanto a estratégia defensiva exige um dispêndio de energia psíquica para ser mantida. Assim, a anestesia do pensamento se estende para outros domínios da vida, inclusive fora do espaço de trabalho. Dessa forma o sujeito evita a reflexão no contexto do convívio em família, no lazer, o que significa que o trabalho alterou sua subjetividade (DEJOURS, 2012b).

Além disso, embora desempenhem papel de proteção, as estratégias defensivas apresentam uma ambiguidade: ainda que protejam da descompensação, são úteis ao sistema que inflige sofrimento aos trabalhadores. Quanto mais acelerada a cadência, maior será a produtividade, em benefício da organização. Por outro lado, essa anestesia que impede a reflexão reduz a capacidade crítica, aumenta a alienação e a vulnerabilidade às patologias da sobrecarga. Dessa forma, a autoaceleração, em última instância, prejudica os trabalhadores (IDEM).

A compreensão das estratégias defensivas se constitui como a mais importante construção conceitual da psicodinâmica do trabalho; explica como é possível se manter no plano da normalidade mesmo em situações de trabalho deletérias e abre espaço para analisar o trabalho como um campo de tensão entre sofrimento e prazer, alienação e emancipação, doença e saúde.

O TRABALHO ENTRE O SOFRIMENTO E O PRAZER

O sofrimento está sempre presente no trabalhar, vista a distância entre o prescrito e o real. A fim de ultrapassar o sofrimento, o sujeito necessita agir, o que inclui a capacidade de tolerar o sofrimento e investir em novas tentativas até encontrar ou criar uma solução. É nesse processo que o sujeito mobiliza seus recursos internos para superar as dificuldades.

A *mobilização subjetiva*, requisitada na busca da solução, abrange a esfera afetiva, a cognitiva e também o corpo. Na tentativa de preencher a distância entre o prescrito e o real, os trabalhadores constroem um saber prático, no exercício da atividade. Entra em ação um tipo de inteligência, denominada por Dejours (2011b) de inteligência prática, que tem como características ser astuciosa, visto que frequentemente se opõe ao saber conceitual; é também intuitiva, porque está enraizada no corpo, ou seja, parte de percepções sensoriais.

Assim, a inteligência do corpo por vezes está à frente da cognição. Recorrendo a um exemplo extraído de uma pesquisa realizada no Pólo industrial de Manaus, técnicos que consertam as máquinas de inserção automática explicam que é necessário *sentir* e *escutar* a máquina para realizar os ajustes (MORAES, 2010), o que confirma que é, a partir dos dados sensoriais, que o operário esboça uma solução para o problema; recorre à técnica no segundo momento, para validar a solução que teve origem na inteligência do corpo.

Quando o sujeito consegue, finalmente, criar uma solução para o impasse que lhe causava sofrimento, tem lugar a vivência de prazer, que é profundamente benéfica. Ao solucionar o problema, que por vezes parecia intransponível, o trabalhador se descobre mais hábil e mais competente do que anteriormente se julgava. Esse processo possibilita a transformação da vivência inicial de sofrimento em prazer, amplia a subjetividade e mobiliza a renovação do entusiasmo.

Dejours (2007, p. 23) situa o entusiasmo como o suplemento de alma que engrandece o sentido do trabalho, conferindo-lhe valor de ordem simbólica; também aumenta “a tolerância ao sofrimento e outorga um prazer específico que não se compara a nenhum outro e que é correlativo de um processo que Freud designa pelo termo de *kulturarbeit*, trabalho de cultura”. Na tradição religiosa, o entusiasmo é herdeiro do encantamento por Deus. Na tradição profana, estabelece um elo entre a contribuição do sujeito e a construção da civilização, conferindo-lhe o sentido de participação na construção da cultura.

Por essa razão, o entusiasmo é um constituinte importante da cooperação, pois aumenta a tolerância e a resistência ao sofrimento, que favorecem a manutenção de um coletivo de trabalho, para a qual concorrem a aceitação e a renúncia. Trabalhar junto implica ser capaz de aceitar as diferenças, tolerar as frustrações e abrir espaço para o outro. Dessa forma, o entusiasmo favorece a manutenção de um coletivo, estrutura essencial na dinâmica de transformação de sofrimento em prazer, na qual se destacam dois processos: o reconhecimento e a cooperação.

A dinâmica do reconhecimento no trabalho

O reconhecimento é um elemento fundamental para a transformação do sofrimento no trabalho, porque propicia um sentido ao sofrimento, conferindo a recompensa simbólica para o esforço, para a persistência, para a resistência ao fracasso, para a inteligência prática e para a astúcia. O reconhecimento possibilita a subversão do sofrimento em prazer, promove a realização pessoal e o fortalecimento da identidade.

A mobilização subjetiva, para oferecer sua contribuição ao aperfeiçoamento da organização de trabalho, pressupõe uma retribuição, que é o reconhecimento. A maioria das pessoas apresenta pontos de vulnerabilidade no registro identitário, herdados de suas experiências afetivas da infância; quando recebe reconhecimento por sua perícia e habilidade no trabalho, o sujeito se beneficia a partir do fortalecimento da identidade, que é considerada por Dejours (2007) como a “armadura” que protege da doença mental.

O reconhecimento pode ser proveniente dos pares, dos superiores ou dos clientes. O reconhecimento dos pares se refere à conformidade com as regras do ofício e à originalidade. Os colegas de profissão são os juízes mais severos, pois detêm o conhecimento que possibilita identificar a perícia, a originalidade e a beleza. Essa é a esfera de julgamento mais relevante para o registro identitário.

O julgamento dos superiores hierárquicos diz respeito aos aspectos da utilidade social, econômica e técnica do trabalho. Costuma ser expresso em elogios e eventualmente em bônus salariais. A outra dimensão do reconhecimento dos superiores diz respeito à gratidão pela contribuição dos trabalhadores, que remete à importância de seu trabalho para a organização de trabalho e, no sentido mais amplo, para a construção da sociedade.

Cooperação

A cooperação é fundamental para a dinâmica intersubjetiva no trabalho e se encontra estreitamente relacionada ao reconhecimento. Dejours (2011a) destaca que o reconhecimento atua sobre o coletivo, favorecendo a cooperação. Quando o sujeito recebe o reconhecimento por sua engenhosidade na solução dos problemas do trabalho, sente-se valorizado, experimenta uma renovação do seu entusiasmo e se torna mais tolerante, o que favorece a

cooperação para a organização real do trabalho. A cooperação figura como um elemento que transcende à prescrição do trabalho e não pode ser imposta pela hierarquia; antes, parte da mobilização dos sujeitos.

Segundo Dejours (2011a), a maioria de pessoas saudáveis espera e pretende contribuir na organização do trabalho e reivindica o direito à contribuição. O problema prático é como estabelecer uma organização de trabalho que não desestruture a mobilização das subjetividades, de um lado, nem dificulte a dinâmica do reconhecimento, frustrando o direito à contribuição/retribuição, de outro.

A ausência do reconhecimento no trabalho, por sua vez, traz o risco de inibir o engajamento, como relatou um operador de uma empresa do polo industrial de Manaus, que costumava colaborar com os colegas e com a empresa, trabalhando durante o horário do almoço e ajudando os colegas em outros postos de trabalho. Entretanto, relata que parou de se engajar como fazia anteriormente, porque não recebia reconhecimento por seu empenho. Explica que a falta de reconhecimento minou seu entusiasmo; como resultado, ele passou a se limitar às suas tarefas (MORAES, 2010).

A cooperação pressupõe relações intersubjetivas, fundamentadas na confiança, que favorece a visibilidade dos modos operatórios particulares e a negociação *regras de trabalho*, seguida da existência de *visibilidade* das práticas de trabalho, o que conduz à *confiança* e, como consequência, à *cooperação* (DEJOURS, 2011b).

A confiança depende mais de aspectos coletivos que individuais. Para ser reconhecido, é necessário se dar a conhecer, mostrar seus “macetes”, expor-se à crítica, correr o risco de expor os seus limites e as fragilidades de seus conhecimentos. Para que a dinâmica do reconhecimento seja viável em um coletivo de trabalho, a confiança entre os pares é imprescindível.

Além da confiança e da visibilidade dos “macetes”, é necessário que se estabeleça um espaço de discussão, para que os arranjos dos modos operatórios sejam discutidos pelo coletivo do trabalho, para aceitá-los ou rejeitá-los, funcionando como um espaço de deliberação. A existência de um espaço de discussão possibilita a construção de regras de trabalho que partem de conversas em relações informais e não são regidas pela hierarquia. A discussão é fruto da coordenação de vontades singulares, mobilizadas pelo desejo de dar sentido ao trabalho. É nesse espaço que os sujeitos buscam o fortalecimento de sua identidade no campo social por meio do reconhecimento.

No espaço laboral regido pelas novas formas de organização de trabalho, relacionado ao modo de acumulação flexível do capital, o espaço de discussão torna-se cada vez mais restrito, porque a avaliação quantitativa individualizada das performances conduz à competição e ao individualismo. Os pares se tornam concorrentes e a cooperação perde espaço para a competição; todos são incentivados a superar demais em busca de premiações; existe ainda a

ameaça de desemprego para os que ficam nos últimos lugares. Assim, destrói-se o tecido social que favorece a cooperação, a solidariedade, o companheirismo. O individualismo abre espaço para a solidão e para o adoecimento.

As novas formas de gestão e o adoecimento no trabalho

As três últimas décadas testemunharam mudanças relevantes do contexto produtivo, relacionadas ao modo de acumulação flexível do capital. Essas conduziram à intensificação do trabalho, à sobrecarga e ao individualismo, resultando na degradação das relações intersubjetivas e no esfacelamento dos coletivos, que dificultam a manutenção das estratégias defensivas, tendo como consequência maior vulnerabilidade à doença relacionada ao trabalho (DEJOURS, 2012b).

Dejours (2012c) destaca dois aspectos das novas formas de gestão que foram identificados como formas de pressão sobre os trabalhadores: a *avaliação individualizada das performances* e a *gestão da qualidade total*, que têm agravado o sofrimento e desagregado os coletivos, mostrando-se patogênicas.

O registro de suicídios em local de trabalho, por volta do ano 2000, mostrou que o sofrimento tem atingido níveis insuportáveis; fez com que o enfoque da psicodinâmica se voltasse para as rupturas com a normalidade, manifestadas nas patologias que se multiplicaram na última década em decorrência das novas formas de organização do trabalho. As novas patologias do trabalho são, antes de tudo, *patologias da solidão*, integrantes de um cenário de *desolação*, em que os coletivos estão desestruturados, restando o deserto humano no local de trabalho (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

A análise psicodinâmica da alienação, sob as lentes da clínica do trabalho, mostra que essa tem como ponto chave a *dominação*; opõe-se à manifestação do sujeito no trabalho, reduzindo sua autonomia e o espaço para a manifestação do saber-fazer. As novas formas de gestão intensificam a dominação, tendo como ponto de partida a avaliação individualizada dos desempenhos e seus ajustes com a “gestão da qualidade” (DEJOURS, 2012b).

A corrida pela primazia abre espaço para comportamentos moralmente questionáveis, pois muitas pessoas lançam mão de fraudes para garantir uma boa pontuação. Outro agravante é que a avaliação quantitativa considera apenas o resultado e não leva em conta o processo de trabalho, o que conduz a um sentimento de injustiça, trazendo risco de conduzir à desmobilização. Essa forma de avaliação conduz à desarticulação do coletivo, desestruturando os laços intersubjetivos que favoreciam a confiança e a cooperação (Idem). A pesquisa realizada no polo industrial de Manaus (MORAES, 2010) revela que diversos operadores mencionaram as avaliações, que consideram injustas, como fonte de sofrimento.

Outro aspecto importante na discussão da dinâmica das relações de trabalho é a “gestão pela qualidade”, consolidada nas normas da Série ISO 9000. Essa estabelece a

perfeição como obrigação e não como meta. Dejours (2012b) pontua que alcançar a “qualidade total” é impossível; a variabilidade e a eventual falha são parte integrante do processo de trabalho. A “gestão pela qualidade” resulta em relatórios fraudulentos, causando sofrimento nos trabalhadores que são forçados a participar de práticas das quais discordam, traindo as regras do trabalho bem feito.

No pólo industrial de Manaus a “qualidade total” é avaliada a partir de critérios fundamentados na padronização do modo operatório, o que se mostra uma impossibilidade, tendo-se em vista a distância irredutível entre o trabalho prescrito e o efetivo. Uma pesquisa realizada nos anos 1990 revelou que, em uma empresa certificada pelas normas de qualidade, somente os operários recém-contratados seguiam a prescrição, porque ainda não haviam desenvolvido seus “macetes”. Os operários mais antigos desenvolviam seus próprios arranjos, todavia precisavam mantê-los em segredo (sendo privados do reconhecimento por sua habilidade) porque eram considerados “inconformidade” em relação às normas. Havia ainda o temor de que, em caso de acidentes, os operadores fossem responsabilizados por haver modificado a operação, o que exigia a discrição quanto ao uso de “macetes” (MORAES, 1999).

Quando já não é possível discutir as adaptações e arranjos indispensáveis à realização do trabalho, Dejours (2008b) destaca que o segredo se estabelece. Não havendo espaço público para discussão e regulação da OT, cada sujeito adota um modo particular de trabalhar, o que é uma fonte de insegurança, porque o operador sabe que, para realizar seu trabalho, empregou certos “quebra-galhos” que não foram discutidos e validados pelo grupo; assim não tem certeza de que o modo operatório que empregou foi o mais adequado. Na pesquisa acerca do trabalho com automação no PIM (MORAES, 2010) um operador comentou que a incerteza quanto à adequação dos “macetes” é uma fonte de sofrimento que o acompanha quando sai do trabalho; só fica tranquilo quando, no dia seguinte, ao retornar à fábrica, certifica-se de que “deu tudo certo”.

No ambiente pautado pelo individualismo, a desconfiança e a insegurança vão se ampliando, porque cada trabalhador tem que assumir, na solidão, a insegurança e o risco de seus arranjos, sabendo que seus colegas também criaram seus próprios “macetes”, dos quais não conhece o grau de confiabilidade. Assim, a concorrência entre os trabalhadores desestrutura o coletivo, inviabiliza a regulação da OT, mina a confiança e a cooperação.

A cooperação já não é possível para regular a sobrecarga; a dinâmica do reconhecimento se torna inviável, pois o segredo impede o conhecimento e o reconhecimento do trabalho do outro. A desarticulação do coletivo traz um conjunto de perdas: o enfraquecimento das estratégias coletivas de defesa que protegiam do sofrimento; a redução da cooperação; a perda dos benefícios identitários do reconhecimento e a consequente redução da mobilização subjetiva. Assim, o sofrimento se intensifica e, não havendo recursos

para transformá-lo, torna-se patogênico. Nesse cenário proliferam as novas patologias de trabalho, que Dejours (2007) apresenta em quatro categorias:

As patologias da sobrecarga

Contrariando o discurso de que o progresso técnico e a automação reduziriam a carga de trabalho, os dados clínicos mostram sua intensificação e aumento de patologias relacionadas à sobrecarga. Dejours (2012b) menciona o rápido aumento de LER/DORT, que se tornaram um problema de saúde pública. O crescimento de registros de *karoshi*, caracterizado pela morte súbita por acidente vascular (que se tornou conhecido no Japão, nos anos 1980 por acometer operários submetidos a jornadas de trabalho superiores a 70 h), também faz vítimas entre executivos, professores, profissionais liberais e outras categorias que perderam totalmente o controle sobre a duração de sua jornada de trabalho. Entretanto, talvez seja o *Burnout*, caracterizado pelo esgotamento profissional, o desânimo e a desmobilização (originalmente identificado entre profissionais do *care*), que melhor expresse a situação de exaustão em que se encontra grande parte dos trabalhadores.

Uma pesquisa acerca de subjetividade e trabalho no PIM (MORAES; VASCONCELOS, 2011) sinalizou a presença de bursites, tendinites, dores musculares e outros sinais e sintomas de adoecimento relacionado à sobrecarga. No entanto, quando os operadores percebem os sintomas iniciais de LER/DORTs, evitam buscar atendimento médico e especialmente temem pedir licença para tratamento de saúde porque aqueles que se afastam sofrem discriminação, que parte dos próprios colegas. Essa conduta foi identificada como uma estratégia defensiva, que consiste na negação da doença relacionada ao trabalho, o que retarda o diagnóstico e a busca de ajuda, contribuindo para o agravamento do quadro. Isso ocorre porque, quando ficam afastados para tratamento de saúde, os operadores mencionaram que perdem as possibilidades de ascensão profissional e não têm garantia da manutenção de seu posto de trabalho no retorno. Assim, a sobrecarga se estabelece.

As patologias pós-traumáticas

Registra-se um considerável aumento de casos de patologias pós-traumáticas, decorrentes das agressões de que são vítimas os trabalhadores no exercício de suas atividades profissionais, tais como os assaltos, que são cada vez mais frequentes no cotidiano de categorias como caixas de bancos, de supermercados, motoristas e cobradores de ônibus e guardas de segurança patrimonial, dentre outras categorias; o quadro se agrava pela dificuldade em se prevenir novas agressões.

A pesquisa de Borges (2012), acerca da violência no trabalho de cobradoras de transporte coletivo em Manaus, evidenciou que a violência sofrida em sucessivos assaltos conduz ao adoecimento, impossibilitando a permanência nesse trabalho. Predominam os

quadros diagnosticados como estresse pós-traumático, sendo frequente a presença de comorbidades. As empresas ainda responsabilizam as cobradoras pelo assalto, quando as obriga a pagar o valor roubado, sendo essa outra forma de violência um agravante do sofrimento.

As patologias do assédio

O assédio moral no trabalho, embora seja tão antigo quanto o trabalho, segundo Dejours (2007), apresenta um novo aspecto: o aumento de doenças decorrentes do mesmo. A análise psicodinâmica mostra que as pessoas estão mais vulneráveis, vista a desestruturação dos coletivos que resulta na fragilização das estratégias coletivas de defesa e no enfraquecimento dos laços de solidariedade entre os pares, o que indica a relação entre o assédio e a patologia da solidão. O assédio moral não visa somente à vítima, mas também se destina à intimidação dos demais que, tomados pelo medo, não reagem nem mostram solidariedade à vítima. Assim, há um vínculo entre o assédio moral e as testemunhas, no consentimento pela omissão, o que causa um sofrimento ético e fragiliza todo o grupo.

Depressões e suicídios

Proliferam os quadros de depressão relacionada ao trabalho, relacionados ao temor de não alcançar as metas, à ansiedade face à rápida obsolescência dos conhecimentos, à impossibilidade de falar de seu sofrimento para os colegas, que são seus concorrentes; há ainda a angústia de participar de um sistema que inflige sofrimento aos outros.

Dejours (2012b) sinaliza que os suicídios são a expressão mais aguda da impossibilidade de sobreviver em contextos de trabalho em que as relações estão profundamente degradadas. Em 2007 testemunhou-se a primeira onda de suicídios em local de trabalho, em montadoras de automóveis, na França; naquele momento predominou a tendência de atribuir-lhes causas pessoais, sem estabelecer relação com o trabalho. Mas foi a onda de suicídios na France Telecom, em 2009, que tornou evidente a relação entre os suicídios e o trabalho. Especialmente porque esses casos da France Telecom expuseram, de forma radical, que algumas pessoas se recusam a colaborar com o sistema do qual discordam, sendo o suicídio uma mensagem dessa recusa, um último ato de resistência.

Dejours (2012b) enfatiza que o trabalho pode conduzir ao melhor ou ao pior; à revelação da subjetividade e à emancipação, ou à destruição da subjetividade, culminando com a morte, nos casos de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar não é só produzir e transformar o mundo; é transformar-se a si mesmo. Dessa forma, a psicodinâmica reafirma a centralidade do trabalho na constituição da

subjetividade. Dejours (2012b) destaca que não há fatalidade, pois o mundo do trabalho não é um sistema autônomo. Antes, é construído por pessoas, como fruto de suas opções políticas. O mundo do trabalho não precisa, necessariamente, produzir alienação; pode também atuar em favor da emancipação.

A despeito do amplo predomínio da dominação no espaço de trabalho, investir na emancipação é possível. Resistir à alienação é uma das dimensões possíveis da inteligência no trabalho. Se trabalhar significa dar de si para aperfeiçoar a organização do trabalho, a mobilização subjetiva traz em seu cerne uma dimensão transgressora, porque subverte organização prescrita.

Partindo dos postulados da psicodinâmica do trabalho, os caminhos viáveis para a transformação do sofrimento no trabalho são a valorização do coletivo, o resgate do espaço público da fala, que favorece a negociação das regras, a cooperação e o reconhecimento. Pesquisa desenvolvida com camelôs, em Manaus (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012), indicou a importância da flexibilidade nas prescrições, que favorece a autonomia e abre espaço para a manifestação da inteligência prática.

Corroborando os postulados da psicodinâmica do trabalho, pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFAM apontam para a cooperação como um dos caminhos privilegiados para se resistir à dominação e investir na busca de emancipação no trabalho (MORAES, 2014). Toda cooperação, para regular a organização prescrita de trabalho, contém uma dimensão emancipatória, pois os trabalhadores podem mudar o que foi proposto pela hierarquia.

Outra dimensão importante, apontada nas pesquisas desenvolvidas em Manaus, foi a importância do espaço da fala. Nas pesquisas que têm como método a clínica do trabalho, de base dejouriana, a coleta e a validação de dados são realizadas em reuniões coletivas, que se constituem como um espaço em que os grupos de trabalhadores encontram a possibilidade de falar da dimensão subjetiva de seu trabalho (IDEM). Ao falar, escutar os colegas e refletir, no espaço coletivo, os trabalhadores ampliam sua percepção e sua compreensão do trabalho, ampliando seu poder de agir sobre as condições que agravam o sofrimento no trabalho.

O mundo do trabalho é construído, desconstruído e reconstruído por pessoas; muitas das quais podem estar engajadas na luta entre a dominação e a emancipação. Pretende-se que a compreensão dos mecanismos subjetivos implicados no trabalhar contribua para a negociação de condições que promovam a emancipação do sujeito no trabalho.

REFERÊNCIAS

BORGES, J. C. **Trabalho, violência e sofrimento: estudo com cobradoras de transporte coletivo urbano de Manaus – Amazonas**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Amazonas. Manaus: 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. 5. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1980/1997a.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento nas organizações. In: CHANLAT, J. (Coord.) **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992.

_____. Uma nova visão do sofrimento nas organizações. In: CHANLAT, J. (Coord.) **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992b.

_____. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes, A. M.; Cruz Lima, S. C.; Facas, E. (Org). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. Brasília: Paralelo, 2007, p. 13-26.

_____. *Addendum*: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Brasília: Paralelo 15, 1993/2011a.

_____. Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração de energia com combustível nuclear. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Brasília: Paralelo 15, 2011b, p. 341-380.

_____. **Christophe Dejours**: trabalho vivo. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz / Brasília: Paralelo 15. 2012a.

_____. **La Panne: repenser le travail et changer la vie**. Entretien avec Béatrice Bouniol. Paris: Bayard. 2012b.

MORAES, R. D. Educação e Psicologia Organizacional: reflexões sobre as exigências da ISO 9000. **Amazônida**, Manaus - AM, v. 4, n. 1, p. 101-109, 1999.

_____. Mobilização subjetiva: experiências em clínica do trabalho no Amazonas. In: MENDES, A. M.; MORAES, R. D.; MERLO, A.R.C. **Trabalho & Sofrimento: práticas clínicas e políticas**. Curitiba: Juruá, 2014.

_____. **Prazer-sofrimento no trabalho com automação: estudo em empresas japonesas no Pólo Industrial de Manaus**. Manaus: EDUA, 2010.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L. **Subjetividade e trabalho com automação: estudo no Polo Industrial de Manaus**. Manaus: EDUA, 2011.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L.; CUNHA, S. C. P. Prazer no trabalho: o lugar da autonomia. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 2, Número Especial, p. 217-227, 2012.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO DOCENTE: UM BREVE ESBOÇO TEÓRICO

Simone Araújo da Silva

Luís Alberto Lourenço de Matos

Aryanne Freitas P. Vigiato

Halanderson Raymisson Pereira da Silva

Lidiane Ferreira Leite

INTRODUÇÃO

Segundo os dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social – MPS -, no ano de 2010, os transtornos mentais e comportamentais¹ ocuparam a 3ª posição entre as causas de longos afastamentos do trabalho por doença e concessão de benefícios previdenciários no Brasil. (MPS, 2011). Tais dados foram abordados na dissertação de João Silvestre Silva Júnior (2012), a qual discute o afastamento do trabalho por fatores mentais e comportamentais a partir de informações coletadas no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Tal fenômeno justifica o aumento da visibilidade dos vínculos entre o trabalho-sofrimento psíquico e pode ser identificado por meio da demanda crescente de trabalhadores de alguns setores da sociedade. Em especial, destaca-se o setor dos trabalhadores docentes em que a organização e as condições de trabalho no contexto escolar produzem impacto e implicações subjetivas para o exercício da docência (TARDIF; LESSARD, 2005).

Dessa forma, a importância de se considerar a subjetividade no trabalho faz-se necessária na medida em que proporciona uma compreensão dos problemas e das estratégias bem como dos modos construídos pelos trabalhadores para lidar com os riscos e com as relações no contexto de trabalho.

¹Considerando os critérios estabelecidos pelo Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 (CID 10).

Somada a isso, há uma tentativa de superar o enfoque que situa sua determinação reduzida ao processo produtivo, buscando romper com uma concepção que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de riscos existentes no ambiente de trabalho, desconsiderando, assim, a subjetividade do trabalhador.

Contudo, essa relevância dos aspectos subjetivos no trabalho pode ser considerada uma questão recente em saúde do trabalhador, a qual se constitui como uma política pública de saúde voltada para a compreensão, análise e intervenção nas relações entre o trabalho e o processo saúde-doença (CREPOP, 2008).

Como diretriz governamental, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005) impulsionou e tornou-se a força motriz para pesquisas e intervenções, atravessando os diversos campos do conhecimento humano, principalmente a psicologia, área que cada vez mais tem se interessado pelo estudo dos estados psicológicos, advindos do trabalho.

A crescente necessidade de uma inter-relação entre as questões objetivas e a vivência subjetiva propiciou o aumento significativo de produções científicas que se propõem a estudar e compreender os fenômenos subjetivos inerentes à saúde do trabalhador, considerando a saúde e a doença como processos dinâmicos, intimamente relacionados com os modos de desenvolvimento de produção da humanidade em dado momento histórico.

Nesse contexto, o conhecimento psicológico entra em cena como um dos subsídios para facilitar a posse dos trabalhadores de seu papel de protagonistas, de sujeitos capazes de produzirem experiências próprias. Busca-se o enfoque das experiências subjetivas do processo saúde-doença (CFP, 2006), a partir do aprofundamento das reflexões e debates acerca do estreitamento das relações existentes entre saúde mental e trabalho docente.

Desse modo, as investigações no campo da saúde mental dos trabalhadores docentes proporcionaram a possibilidade de aprofundar a compreensão das relações entre saúde mental e trabalho bem como correlacionar os aspectos psicossociais e a subjetividade do ser trabalhador docente à luz do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2011).

Nessa perspectiva, com o objetivo de caracterizar as produções científicas publicadas na forma de artigos científicos no indexador SciELO que têm na saúde mental e trabalho docente o seu objeto de estudo, foram localizados 16 resumos publicados no período de 2003 a 2012. Tais resumos foram analisados quanto aos métodos de pesquisa utilizados, às fontes teóricas de apreciação e outros aspectos relevantes, cujos resultados poderão servir como suporte para o aprimoramento teórico-metodológico de possíveis pesquisas na área.

PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Como proposta de análise adotada nessa investigação, surge, nos anos 1980, a psicopatologia do trabalho, proposta por Christophe Dejours, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, que tinha como objetivo estabelecer um nexo entre trabalho e doença mental.

As primeiras pesquisas em psicopatologia do trabalho preocupavam-se em identificar síndromes e doenças mentais, características do trabalho, ao se considerar que as vicissitudes do trabalho poderiam provocar distúrbios psicopatológicos (DEJOURS, 2011).

A psicopatologia do trabalho surgiu na França como uma disciplina vinculada à psiquiatria nos anos 1950-1960, tendo como precursor os estudos de Sivadon, que abordavam os problemas de adaptação individual no trabalho e as fragilidades do trabalhador nas mais variadas situações laborais. Veil considerava as propostas de Sivadon e acrescentou, à organização do trabalho, a dupla polaridade, isto é, de um lado, fonte de desgaste e sofrimento e, do outro, atividade criativa e meio de sublimação. Já Le Guillant defendia a união, indivisível, entre indivíduo e seu meio, inspirado no materialismo histórico-dialético (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Com a perspectiva de compreender a relação entre trabalho e saúde mental e a partir do aprofundamento dos seus estudos em cada pesquisa, Dejours se mostrou comprometido em explicitar fatos e situações que estavam sem resposta como, por exemplo, a manutenção da saúde de alguns trabalhadores mesmo estando diante de situações geradoras de sofrimento psíquico. No seu livro *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*, o autor discute vários aspectos, porém enfatiza a tentativa de compreender como a maioria dos trabalhadores, homens ou mulheres, consegue desviar ou driblar a doença mental, como resiste aos ataques contra o funcionamento psíquico oriundos das mazelas vinculadas às atividades laborais, o que faz para não enlouquecer?

Diante de tantas interrogações, Dejours, então, propõe a ampliação da disciplina psicopatologia do trabalho, passando a adotar a denominação psicodinâmica do trabalho por considerar que a primeira é ao mesmo tempo ultrapassada e atual.

Ultrapassado porque a 'psicopatologia do trabalho' é demasiadamente estreita para responder às novas questões, e somos obrigados a vislumbrar uma perspectiva mais ampla: a da psicodinâmica do trabalho. Continua atual porque o essencial de suas formulações permanece legítimo e ainda porque, sem a assimilação dessas primeiras pesquisas e sem fazer referência a elas, o trabalho científico não pode avançar (DEJOURS, 2011, p. 58).

Assim a psicodinâmica do trabalho se propõe a estudar e investigar para além da patologia, da doença mental descompensada; é tanto uma disciplina clínica quanto teórica, que se sustenta na descrição e no reconhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, esforçando-se por inscrever os resultados da pesquisa clínica, da relação com o trabalho em uma teoria do sujeito que observe a um só tempo, a psicanálise e a teoria social.

Dejours utiliza-se do arcabouço teórico da psicanálise, buscando explicações para os fenômenos a que se propõe a estudar; assim utiliza-se de alguns termos como os mecanismos de defesa, os quais, conforme Laplanche e Pontallis (1998), referem-se ao conjunto de processo defensivo, característico de determinada neurose, para expressar algo do destino pulsional: recalque, retorno sobre a própria pessoa e inversão em seu contrário.

E, Freud, no seu texto “O Mal-Estar na Civilização” (1930/1996), descreve a vida como árdua demais para o homem, que proporciona muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis, assim para suportá-la, não se podem dispensar as medidas paliativas, ou seja, os mecanismos de defesa atuando para que se possa chegar à felicidade que, para ele, no sentido mais restrito, provém da satisfação e é limitada pela própria constituição do sujeito. Desse modo, o sujeito caminha para duas direções, de um lado, em busca da ausência de sofrimento e de desprazer e, por outro, na experiência intensa de sentimentos de prazer.

Assim, a psicodinâmica do trabalho passa a ter como base de estudos a relação dialética de sofrimento-prazer no trabalho, aquilo que o sujeito já seria e o que ele se torna pelo confronto com a realidade do trabalho, sendo esse confronto oriundo dos conceitos utilizados na psicanálise. Portanto, a mobilização e a transformação do sujeito para o trabalho dependem de certos fatores do trabalho que são

[...] construídos sob a égide do papel central da sexualidade, e o papel central do trabalho no processo de realização de si mesmo. Este conflito poderia ser considerado um dos motores fundamentais para o desenvolvimento do sujeito como indivíduo e como ser social (LANCMAN; SZNELWAR, 2011, p.48).

Segundo Barros e Mendes (2003), as estratégias defensivas tanto podem ser individuais quanto coletivas, sendo estas em sua maioria. O mecanismo individual permanece sem a presença física do objeto e os coletivos dependem da presença de condições externas e se sustentam no consenso de um grupo específico.

Tais mecanismos, utilizados pelo trabalhador, buscam evitar o adoecimento e a manutenção da saúde. Algumas estratégias de enfrentamento contra o sofrimento são o conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade, entre outras. De acordo com Barros e Mendes (2003), a utilização dessas estratégias de defesa propicia proteção do sofrimento e a manutenção do equilíbrio psíquico por possibilitar o enfrentamento e a atenuação das situações causadoras do sofrimento. O trabalhador busca modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer.

Partindo dessa premissa, a abordagem da psicodinâmica do trabalho e dos impactos da organização do trabalho para o psiquismo dos trabalhadores propõe a

[...] descoberta das estratégias defensivas elaboradas pelos coletivos de trabalhadores para enfrentar os riscos presentes no seu trabalho, explicando os verdadeiros motivos dos comportamentos adotados pelos trabalhadores diante do risco, descaracterizando a visão moralista e/ou psicologizante até então dominante (LIMA, 2010, p. 64).

Nesse contexto, Dejours (2011) defende que o objeto de sua teoria reside no prazer e sofrimento no trabalho, contrapondo-se à perspectiva tradicional de doença e/ou loucura no trabalho. A saúde mental aparece aqui como “um estado compatível com a normalidade, mas que implica numa série de mecanismos de regulação”, uma vez que o sofrimento psíquico no contexto do trabalho tem se tornado um tema bastante recorrente em decorrência da atual conjuntura social.

Os aspectos psicológicos e subjetivos, relacionados ao sofrimento psíquico no trabalho, podem ser compreendidos a partir dos fenômenos característicos da modernidade, tidos como instantaneidade, velocidade etc., uma vez que tais características e seus desdobramentos parecem incidir sobre o contexto laboral, criando condições propícias à vivência de sofrimento psíquico pelo trabalhador.

Condições como desvalorização profissional, perda da estima, outrora proporcionada pela função desempenhada (MERLO; BARBARINI, 2002), domínio da vida privada, responsabilização dos trabalhadores pelo processo saúde-doença-cuidado (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2007) e maciças demandas existentes (AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007) são outros fatores que contribuem para a potencialização do sofrimento psíquico no trabalho.

Desse modo, cabe à ciência psicológica contribuir para a manutenção do bem-estar subjetivo dos trabalhadores docentes, uma vez que a docência constitui uma das chaves para a compreensão das transformações atuais da sociedade do trabalho (TARDIF; LESSARD, 2005).

A identificação das variáveis, julgadas pelo trabalhador docente como fundamentais para a vivência do exercício de sua profissão e intimamente conectadas com questões da organização do trabalho e seus estados cognitivos e emocionais, constitui-se em um dos potenciais campos de atuação do psicólogo.

O TRABALHO DOCENTE

As crescentes transformações ocorridas na construção do trabalho docente e na constituição do ser docente denotam os aspectos das mudanças sócio-político-econômicas na atualidade e as suas repercussões sobre a saúde do trabalhador docente.

Compreende-se o trabalho docente nesse estudo como uma tarefa de enorme complexidade que depende do contexto, dos objetivos determinados pela organização e dos meios de que se disponha para atingi-los. Caracteriza-se por limites imprecisos e variáveis de acordo com os indivíduos e as circunstâncias, sendo parcialmente flexível, pois tais limites quantitativos e qualitativos dependem de muitos fatores (TARDIF; LESSARD, 2005).

Outras características associadas à profissão docente podem ser descritas como: imprevisibilidade, singularidade, incerteza, novidade, dilema, conflito e instabilidade, o que

requer a construção de uma identidade docente por meio de um processo contínuo de desenvolvimento pessoal, profissional e, até mesmo, institucional (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002). Nesse sentido, a docência se apresenta como uma experiência a partir do processo de aprendizagem espontânea e das vivências que marcam o cotidiano do trabalhador docente (TARDIF; LESSARD, 2005).

As relações entre o trabalho docente e as condições sob os quais ele se desenvolve, examinando-se as possibilidades de adoecimento físico e mental, têm sido alvo de pesquisas e estudos recentes, considerando a docência como objeto de preocupação crescente nos trabalhos científicos, que buscam compreender a influência e os efeitos dessas condições sobre as dimensões sociais, psicológicas e fisiológicas do indivíduo.

O próprio contexto escolar se caracteriza como um ambiente cuja contingência pesa enormemente sobre as condições de trabalho dos professores e podem afetar profundamente o trabalho docente, sua atividade e o seu status, pois a escola pode ser considerada um condicionante do trabalho docente. A escola consiste em um ambiente de frágil legitimidade simbólica e normativa, ao se considerar que o docente não pode mais contar com autoridades e valores estabelecidos socialmente e que deve encontrar em si mesmo os recursos suscetíveis de orientação em suas atitudes (TARDIF; LESSARD, 2005).

Somadas a isso, as problemáticas nas relações professor-aluno, as situações de trabalho em alta exigência, a satisfação no desempenho da atividade docente, a autonomia no planejamento das atividades, a boa relação com os colegas de trabalho e as condições de trabalho, ambientais e organizacionais constituem elementos básicos para análise das dimensões subjetivas sobre o sentido e o significado do ser trabalhador docente.

O docente encontra-se no centro da ação e se percebe como o principal – se não o único – responsável pelo funcionamento da classe, o que remete à reflexão sobre as díades particulares da atividade docente, tais como: autonomia x responsabilidade, trabalho flexível x codificado, trabalho autônomo x controlado, trabalho contingente x delimitado; a natureza do trabalho pode propiciar a vulnerabilidade aos estados de sofrimento psíquico, tornando-se mais evidentes em um trabalho desenvolvido isoladamente (TARDIF; LESSARD, 2005).

Dessa forma, quando se aborda a questão do mal-estar docente e as suas repercussões para a saúde mental dos trabalhadores, devem-se considerar as condições psicológicas associadas às condições sociais em que a docência é exercida como propiciadoras do surgimento ou desencadeamento de um possível transtorno mental a partir do investimento subjetivo, característico e das relações com o trabalho.

Nessa perspectiva, o estudo de Hashizume (2010) surge como uma possibilidade de análise dos sentidos criados pelos docentes no que se refere ao ensino, pesquisa e extensão universitárias, relações com os alunos e pares, sofrimento e prazer causado pelo trabalho,

tempo livre e possíveis implicações desses aspectos em sua forma de lidar com o trabalho docente, o que corrobora a relevância da dimensão subjetiva discutida nesse estudo.

No exercício da docência, o sofrimento pode advir de sentimento de culpa ou a formação de uma couraça de indiferença e de racionalização diante da impotência para ajudar alguns alunos, a dita “carga mental” de trabalho em que incide a natureza das exigências objetivamente exercidas pela tarefa e as estratégias adotadas pelos atores para adaptar-se a elas. Portanto, os modos como os professores lidam com esses fenômenos e as estratégias que eles elaboram, para assumi-los ou evitá-los, podem determinar o sofrimento ou adoecimento psíquico (TARDIF; LESSARD, 2005).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório, em que foi utilizada a base de dados *online* SciELO, para investigar as produções científicas brasileiras, referentes à interface saúde mental e o trabalho docente no período de 2003 a 2012.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento da área, a pesquisa bibliográfica é tida como elemento primeiro de quaisquer pesquisas científicas e definida por Lakatos e Marconi (2006, p.25) como aquela que realiza “[...] um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”, considerando o referencial teórico e as produções científicas referentes à investigação do problema.

Durante a busca, foram considerados os títulos e os resumos dos artigos para a seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos (dos artigos que não tinham texto acessível) e os textos completos dos artigos, utilizando-se como palavras-chave os termos: Saúde Mental; Trabalho Docente; Saúde Mental e Trabalho Docente; Trabalho Docente e Saúde; Saúde Ocupacional; Saúde Mental e Trabalho; Saúde Mental do Trabalhador; Saúde Mental no Trabalho e Saúde no Trabalho.

Ressalta-se que, apesar de na proposta inicial do estudo constar apenas a pesquisa referente aos termos saúde mental e trabalho docente, observou-se durante a revisão que algumas palavras-chave, descritas nos resumos, poderiam ser incluídas a fim de ampliar o escopo das produções. Dessa forma, as áreas abordadas na análise foram diferenciadas a partir das palavras-chave dos resumos identificados na base de dados.

Em um primeiro momento, para análise quantitativa do resumo dos artigos, foram considerados os critérios elencados por WITTER (1996 apud SANTOS et al., 2003)²: temática – quantidade e distribuição por áreas - e autoria – natureza da autoria (individual ou múltipla).

² De acordo com WITTER, C. (1996). *Psicologia Escolar*: produção científica, formação e atuação (1990-1994). Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo.

Na análise qualitativa dos artigos selecionados, utilizou-se o aporte teórico-metodológico da psicodinâmica do trabalho, proposta por Dejours (1998), priorizando-se a discussão sobre os aspectos psíquicos e sociais em que a vivência da condição do trabalhador e o seu bem-estar subjetivo constituíssem as premissas básicas de análise.

Em todo o processo de análise e de compreensão dos dados, buscou-se uma ampliação do conhecimento sobre o fenômeno investigado, ou seja, acrescentar um novo saber ao já conhecido, a partir do estabelecimento de relações que possibilitassem a proposição de novas explicações e interpretações por meio do agrupamento de elementos de análise, propostos no objetivo inicial deste estudo (GIL, 1994; LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise temática inicial, foram selecionados 16 artigos referentes à interface saúde mental e trabalho docente, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos; os resumos foram distribuídos de acordo com a quantidade de autores e seus respectivos gêneros e a distribuição por áreas, conforme ilustra a Tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Frequência dos artigos que abordam a interface saúde mental e trabalho docente quanto à distribuição por áreas, autores e seus respectivos gêneros (N=16).

Área	Artigos	Autores	Trabalhos com autoria individual	Trabalhos com autoria múltipla	Autores do gênero masculino	Autores do gênero feminino
Saúde Mental	03	10	0	03	05	05
Saúde no Trabalho	01	02	0	01	0	02
Saúde Ocupacional	07	28	0	07	11	17
Trabalho Docente e Saúde	05	14	0	05	03	11
Total	16	54	0	16	19	35

Fonte: SciELO.

Como se pode constatar, a literatura disponível que aborda a interface saúde mental e trabalho docente, produzida no contexto brasileiro e divulgada no banco de dados SciELO no período de 2003 a 2012, é relativamente escassa (N=16). Os artigos são, em sua totalidade, de autoria múltipla (N= 16; 100%), sendo as mulheres (N= 35; 64,81%) as responsáveis pelo maior número de publicações se comparadas com os homens (N = 19; 35,19%).

Por sua vez, destacam-se as produções da área saúde ocupacional (N = 07; 43,75%) como predominantes, seguidas das publicações da área trabalho docente e saúde (N = 05; 31,25%), o que pode ser explicado pela concepção de saúde ocupacional, área que emergiu após a Segunda Guerra Mundial e que possui como foco primordial a análise das condições

de trabalho a partir de uma perspectiva organizacional. Esse campo de atuação relaciona-se ao âmbito empresarial e às práticas tradicionais dos psicólogos na empresa, diferindo, portanto, da proposta do exercício da psicologia na saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³, o qual considera que as relações sociais de produção têm papel determinante no processo saúde-doença e, enquanto política pública, surgiu como uma alternativa à saúde ocupacional (CREPOP, 2008).

Nesse sentido, a questão da saúde ocupacional como área predominante denota a prevalência dos estudos que apresentam ênfase maior nos aspectos do ambiente escolar e da organização do trabalho como fatores contributivos para a saúde dos trabalhadores docentes. Nesses estudos, as condições objetivas de trabalho são consideradas preponderantes para a saúde dos trabalhadores, incluindo estrutura física inadequada, exposição ao calor, violência contra o patrimônio e violência pessoal (roubos, furtos, estupros), insatisfação com os salários, rotina acelerada de trabalho, falta de equipamentos e materiais adequados (ANDRADE; CARDOSO, 2012; BATISTA *et al.*, 2010; CARLOTTO; PALAZZO, 2006; DELCOR *et al.*, 2004; JARDIM *et al.*, 2007; PORTO *et al.*, 2006; SIQUEIRA; FERREIRA, 2003).

A área trabalho docente e saúde (N = 05; 31,25%) aborda as relações entre o processo de trabalho docente e as condições sob os quais ele se desenvolve, considerando as possibilidades de adoecimento físico e mental (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009; BARROS; LOUZADA, 2007; GASPARINI *et al.*, 2005; REIS *et al.*, 2006; SOUZA; LEITE, 2011). Tais estudos centram-se no relato dos afastamentos do trabalho ou na descrição dos sintomas do adoecimento a partir dos critérios estabelecidos na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 (CID 10).

A área saúde mental (N=03; 18,75 %), embora pouco significativa em relação às demais, abrange os trabalhos que buscam compreender o adoecimento, seja de ordem orgânica e/ou psicológica, a partir do próprio sujeito em sofrimento psíquico ou das pessoas que com ele convivem rotineiramente, como seus familiares e cuidadores (ARAÚJO; CARVALHO, 2009; GASPARINI *et al.*, 2006; REIS *et al.*, 2005).

O crescente surgimento de estudos na perspectiva da saúde mental do trabalhador, considerando-se a reflexão sobre as vivências subjetivas no trabalho, deve-se, ao que tudo indica, em virtude da influência do movimento da reforma psiquiátrica⁴ e a consequente substituição progressiva de uma visão estigmatizante e reducionista do transtorno mental para uma concepção holística, a qual considera a pessoa com transtorno mental alguém com uma história de vida, permeada por desejos e uma singularidade própria, resgatando, dessa forma, sua dignidade e cidadania perante a sociedade.

³ Lei 8080/1990 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁴Lei 10.216/2001 - dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Por fim, a área saúde no trabalho (N=01; 6,25 %) se refere ao estudo de Canova; Porto (2010), o qual teve como objetivo identificar o poder preditivo dos valores organizacionais sobre o nível de estresse ocupacional entre docentes do ensino médio, utilizando a escala de estresse no trabalho e o inventário de perfis dos valores organizacionais. A pesquisa conclui que os valores organizacionais influenciam significativamente o estresse ocupacional e que a gestão da cultura organizacional pode melhorar o nível de estresse.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO DOCENTE

Partindo-se dos objetivos propostos na presente pesquisa, a seguir serão descritos e analisados os resultados obtidos à luz do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho.

As produções científicas encontradas apresentam, predominantemente, associações do exercício do trabalho docente com a identificação de transtornos/distúrbios mentais a partir de avaliações em saúde mental. Tais avaliações utilizam instrumentos padronizados (questionário, escalas e inventários) de triagem com o intuito de destacar, por sua vez, a relevância do aumento significativo do adoecimento psíquico na categoria docente (ARAÚJO; CARVALHO, 2009; BATISTA *et al.*, 2010; CANOVA; PORTO, 2010; CARLOTTO; PELAZZO, 2006; DELCOR *et al.*, 2004; GASPARIINI *et al.*, 2006; JARDIM *et al.*, 2007; PORTO *et al.*, 2006; REIS *et al.*, 2005; REIS *et al.*, 2006).

O estudo de Gasparini *et al.* (2005) apresenta o perfil dos afastamentos do trabalho por motivos de saúde de uma população de profissionais da educação ao buscar elementos na literatura disponível e contribuir para “[...] determinar o nível de desenvolvimento da área no que se refere às publicações oficiais a respeito do tema” (CAMPOS, 2004, p.53). Embora a pesquisa documental propicie um olhar sobre as condições de trabalho nas escolas, associado ao esforço dos docentes na realização de suas tarefas, o que se apresenta nessa investigação como primordial se refere à mera descrição dos sintomas e dos percentuais de transtornos psíquicos.

Esses estudos acima referidos centram-se na descrição dos sintomas enunciados pelos trabalhadores docentes por meio dos instrumentos de pesquisa, associando-os, por sua vez, aos transtornos mentais descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª ed. (DSM IV) ou na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

Durante a análise dos dados, as características de organização do trabalho docente bem como os aspectos psicossociais foram considerados relevantes para a saúde mental, tais como: dificuldades nas relações professor-aluno; situações de trabalho com alta exigência; satisfação no desempenho da atividade docente; autonomia no planejamento das atividades;

boa relação com os colegas de trabalho, condições de trabalho e organizacionais, entre outros elementos.

Contudo, os elementos descritos se referem aos aspectos psicossociais e denotam o caráter restritivo de abrangência das dimensões subjetivas sobre o sentido e o significado do ser trabalhador docente. Os estudos abordam, considerando dados predominantemente quantitativos, que a exposição a tais elementos podem ter produzido o adoecimento, uma vez que se centram sobre o caráter coletivo do adoecer na atividade docente, associado à determinada configuração do trabalho, contudo sem conclusões acerca do estabelecimento do nexos causal.

Em outra vertente de análise, alguns estudos denotam a necessidade de aprofundamento, de um olhar “qualitativo” sobre o fenômeno doravante a inserção progressiva de elementos subjetivos a partir da psicodinâmica do trabalho. (DEJOURS, 1998). Para isso, fazem-se necessárias a utilização da revisão bibliográfica como norteadora das discussões nos processos de investigação, bem como a adoção de procedimentos metodológicos em que os discursos dos trabalhadores sejam predominantes.

Nas investigações de Andrade e Cardoso (2012); Souza e Leite (2011), as revisões bibliográficas e de literatura realizadas propiciam uma resignificação dos dados anteriormente encontrados em pesquisas, mapeiam as principais formas de sofrimento no trabalho a que estão submetidos os docentes, centrando a análise a partir da psicodinâmica do trabalho em que a mediação da linguagem é essencial para se apreender o significado que os professores dão à vivência do seu trabalho.

Essas análises à luz do referencial dejouriano se propõem a compreender a dinâmica dos processos de trabalho e focalizam os conflitos surgidos no encontro entre os sujeitos de história singular e a sua situação de trabalho fixada, em grande parte, independentemente de sua vontade.

No estudo de Siqueira e Ferreira (2003), a utilização de entrevistas semiestruturadas como método mostrou-se pertinente a fim de obter os resultados da pesquisa, os quais foram analisados a partir da perspectiva do gênero do trabalho docente, uma vez que o uso de entrevistas denota uma aproximação significativa com o objeto de estudo ao proporcionar o contato com o discurso dos trabalhadores.

Assunção e Oliveira (2009), por meio de uma revisão da literatura epidemiológica e ergonômica, tecem relações entre o processo de intensificação do trabalho nas escolas e o tipo de adoecimento dos professores descrito nos estudos atuais. Esse estudo traz contribuições relevantes sobre o processo de adoecimento a partir de Dejours (1998) e dos postulados psicossociológicos de Yves Clot (2007) sobre a atividade real e prescrita, abarcando, dessa forma, elementos de análise significativos outrora não abordados.

O estudo de Barros e Louzada (2007) que visa desfazer a tríade dor-desprazer trabalho docente, vivida de forma naturalizada pelo coletivo de docentes, pretende avançar na compreensão das relações saúde-trabalho nas escolas e investigar as estratégias utilizadas por esses professores para resistirem às tentativas de desqualificação do trabalho docente. Para tal intento, utiliza-se de entrevistas, observação participante, grupos focais e questionários, considerando-se os relatos dos trabalhadores docentes como aspectos significativos ao resgatar a autonomia dos docentes com propostas de articulação possíveis a partir das estratégias de enfrentamento. Para a compreensão dos dados obtidos, emprega uma análise psicossociológica, outra perspectiva inovadora nessa área de estudos, a qual se centra sobre os movimentos de produção de subjetividades coletivas.

Nesse sentido, a investigação de artigos produzidos na área de saúde mental e trabalho docente e publicados na base SciELO, com enfoque nos aspectos psicológicos e subjetivos correlacionados com os aspectos físicos e sociais (condições e organização do trabalho), propiciou a elaboração de um panorama teórico sobre as concepções e as possibilidades de intervenção descritas na área.

A elaboração de tal panorama pode proporcionar contribuições relevantes para a compreensão das interfaces entre saúde mental e trabalho docente ao ressaltar a necessidade veemente de mais estudos sobre a experiência subjetiva dos trabalhadores a partir das vivências imediatas das situações de trabalho, das relações interpessoais, do contexto social e das noções de cidadania que norteiam as condições de produção do conhecimento prático dos trabalhadores (SATO, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados, verificou-se que os trabalhos científicos que possuem na saúde mental e trabalho docente objeto central de apreciação apresentam predominantemente análises quantitativas, corroborando as hipóteses iniciais, elaboradas na fase de pré-investigação. Tais produções buscam a classificação dos aspectos psíquicos que destoam da normalidade ao centrarem suas análises na descrição de sintomas e na caracterização de doenças.

Em contraposição, surgem, progressivamente, tentativas de investigação e compreensão do sofrimento/adoecimento psíquico no trabalho a partir de uma dimensão subjetiva, com a utilização de metodologias qualitativas de abordagem e compreensão do fenômeno.

Por ser considerada, mais do que qualquer outro ramo profissional, uma profissão causadora de tensões e de um excessivo estresse, pelas características específicas da organização, das condições e das relações de trabalho, a área da docência tem sido objeto de

preocupação crescente nos trabalhos científicos, que buscam compreender a influência e efeitos dessas condições sobre as dimensões sociais, psicológicas e fisiológicas do indivíduo. Isso explica por que os trabalhadores docentes são o alvo principal das pesquisas.

Com o intuito de caracterizar e discutir tais pesquisas, o levantamento bibliográfico sobre o tema proposto, a análise e a problematização dos dados coletados podem subsidiar possíveis atuações em saúde do trabalhador, visando à promoção do bem-estar e ampliação da qualidade de vida (CFP, 2006) por meio de discussões sobre as informações referentes ao processo saúde-doença e reflexões sobre o sofrimento/adoecimento psíquico.

Nessa perspectiva, ressaltam-se a necessidade e a importância de estudos que utilizem instrumentos que valorizam a subjetividade no trabalho, pois, ao se refletir sobre os problemas e estratégias, abordam-se os modos de lidar construídos pelos docentes bem como se propiciam modificações nas relações do trabalhador com o contexto de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

ANDRADE, P. S.; CARDOSO, T. A. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde Sociedade**, São Paulo. v. 21, n.1. p. 129-140, 2012.

ARAÚJO, T.M.; CARVALHO, F.M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educ. Soc.** Campinas, v. 30, n.107, p. 427-49, 2009.

ASSUNÇÃO A. A; OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educ. Soc.** Campinas, v. 30, n. 107, p. 349-372, 2009.

AVELLAR, L.Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. V. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, v.12, n. 3, p. 475-481, 2007.

BARROS, M. E. B.; LOUZADA, A. P. Dor-desprazer-trabalho docente: como desfazer essa tríade? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 13-34, out./dez. 2007.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Revista PSICO-USF**. Brasília, v. 8, n.1, p. 63-70. Jan/Jun 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a09.pdf>. Acesso em 17 de outubro de 2013.

BATISTA, J.B.V.; et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.13, n.3, p.502-512, 2010.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.) **Clínicas do Trabalho**. São Paulo: Atlas, p. 03-16, 2011.

BRANT, L. C; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 213-223, 2004.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social & Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. **Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. MTE, Brasília – DF, 2005.

CAMPOS, L.F.L. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**. Campinas, SP: Alínea, 2004.

CANOVA, K.R; PORTO, J.B. O impacto dos valores organizacionais no estresse ocupacional: um estudo com professores de ensino médio. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 11, n.5, p. 4-31, 2010.

CARLOTTO, M.S.; PALAZZO, L.S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.5, p. 1017-1026, 2006.

CLOT, Y. **A função Psicológica do trabalho**. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: **Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: www.pol.org.br.

CREPOP - Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública**: referências para a atuação do (a) psicólogo (a). Brasília: CFP, 2008. Disponível em: www.crepop.pol.org.br.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, C. *Addendum*: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 57 – 123.

DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 187-196, jan./fev. 2004.

FREUD, S. (1930) O mal-estar na civilização. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GASPARINI, S. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.

GASPARINI, S. M. et al. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, v. 31, p.189-99, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HASHIZUME, C.M. **Saúde e afeto na docência**: A busca incessante pela vida – estudo com professores de uma universidade pública. 2010. 162 p. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano/IPUSP, São Paulo, 2010.

JARDIM, R. et al. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2439-2461, 2007.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 3 ed, São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, M. E.A. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In. JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.) **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis, RJ.: Vozes, 2010, p. 50-81.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: Abordagens qualitativas. São Paulo: E. P. U., 1986.

MERLO, A. R. C.; BARBARINI, N. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. **Psicologia & Sociedade**, v. 14, n.1, p. 103-122, 2002.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA (MPS), DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social: 2010**. Brasília: MPS/DATAPREV. 2011. 19v. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aepps-2010-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2010/>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: **Classificação Internacional de Doenças**. 1. Ed. São Paulo: EDUSP, 1994.

PIMENTA, S.G; ANASTASIOU, L.G.C. (Coord). Educação, identidade e profissão docente. In PIMENTA, S.G; ANASTASIOU, L.G.C. (Coord). **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, p. 93-136, 2002. (Coleção Docência em Formação).

PORTO, L.A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 818-826, 2006.

REIS, E.J.F.B. et al. Trabalho e Distúrbios Psíquicos em Professores da Rede Municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 21, p. 1480-90, 2005.

REIS, E.J.F.B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educ Soc.**, v. 27, n. 94, p. 229-53, 2006.

SANTOS, A. A. A. et al. I Congresso Nacional de 'Psicologia-Ciência e Profissão': o que tem sido feito na Psicologia Educacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 7, n. 2, p. 135-144, 2003.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 489-495, 1996.

SILVA JÚNIOR, J.S. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados**: Um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. 2012. 127 p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/USP, São Paulo.

SIQUEIRA, M. J. T.; FERREIRA, E. S. Saúde das professoras das séries iniciais; o que o gênero tem a ver com isso? **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 3, p. 76-83, 2003.

SOUZA, A.N.; LEITE, M.P. Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 117, p. 1105-1121, out.-dez. 2011.

TARDIF, M.; LESSARD, C. **O trabalho docente**: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. Petrópolis: Vozes, 2005.

PARADOXOS DO TRABALHO: AFASTAMENTOS POR TRANSTORNOS MENTAIS NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS FEDERAIS DE RONDÔNIA

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

Cristiane Brum Marques de Mattos

INTRODUÇÃO

A temática sobre saúde mental e trabalho vem ganhando espaço como fator preocupante em todas as esferas do governo. Nos âmbitos municipal, estadual e federal, as taxas de absenteísmo representam não apenas impacto nos cofres públicos como também repercussão no cotidiano laboral e pessoal desses servidores.

Os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho representam um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 30% dos trabalhadores adoecem de transtornos mentais de menor gravidade e de 5% a 10% por transtornos mentais graves. De acordo com dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), no Brasil, os transtornos mentais estão na terceira posição das causas de concessão de benefícios previdenciários como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) é um campo novo de produção de conhecimento, que se constitui na tentativa de se compreender as relações entre as condições de vida e de trabalho e o surgimento, a frequência ou a gravidade dos transtornos mentais. De acordo com Nardi (1997), o campo SMRT movimenta-se na perspectiva da interdisciplinaridade, abrindo espaço para outros campos do saber. Dessa forma, diversas áreas congruentes constituem um olhar multidisciplinar do fenômeno, abrangendo áreas como medicina, psicologia, epidemiologia, saúde pública, administração, ciências sociais, etc.

Contudo, o estabelecimento da relação entre trabalho e adoecimento psíquico pelos profissionais é ainda um assunto polêmico. Segundo Codo, Sampaio e Hiltomi (1993), o trabalho é o modo de ser do homem e, como tal, permeia todos os níveis de sua atividade, seus afetos, sua consciência, o que permite que os sintomas se escondam em todos os lugares. Nesse sentido, o desafio é como demonstrar, ou melhor, como comprovar essa relação entre organização do trabalho e o adoecimento psíquico do trabalhador, já que, segundo Codo (2004, p.14), “quem garante que o chute no cachorro ao retornar para casa não se deve a razões de ordem profissional”.

Os entraves, limites e dificuldades de reconhecimento na relação trabalho/adoecimento se devem às características do fenômeno, sua multicausalidade e invisibilidade. Primeiramente, trata-se de afecções da ordem mental e não corporal, de ordem do imaterial, do não palpável, não visível, “não é possível quantificar a vivência, que é em primeiro lugar qualitativa” (DEJOURS, ABDOUCHELY & JAYET, 2010, p. 22).

O adoecimento psíquico se configura em uma experiência subjetiva; aspectos geradores de sofrimento para uma pessoa podem não o ser para outra, submetidas às mesmas condições de trabalho. Esse caráter relativo do adoecimento dificulta a compreensão de como trabalhadores, submetidos às mesmas condições laborais, padecem de transtornos mentais e outros parecem ser imunes a tais infortúnios ou mesmo às diferentes formas de adoecimentos presentes em um mesmo ambiente de trabalho.

O tema dos adoecimentos no trabalho na esfera pública é foco deste estudo, já que a problemática dos transtornos mentais tem sido pouco investigada. Realidade que deve ser analisada com outro fenômeno dos últimos anos: a introdução de novas ferramentas de gestão nas instituições públicas, originárias do setor privado das multinacionais, como pretexto à modernização (GAULEJAC, 2011). Sobre isso, Dejours (2010) afirma que a introdução de novas ferramentas de trabalho, que tem como base a avaliação individual do desempenho e a exigência de qualidade total, vem gerando doenças mentais ligadas ao trabalho.

Nesse sentido, o capítulo tem o objetivo de dar visibilidade à problemática dos afastamentos do trabalho por transtornos mentais entre os servidores públicos federais de Rondônia, de forma que possa contribuir nos debates acerca dos fatores que contribuem com a saúde ou levam à doença entre os trabalhadores, no processo de prazer e sofrimento no trabalho, nas políticas públicas de prevenção, promoção e na reabilitação desses trabalhadores no Estado.

PROCESSO METODOLÓGICO

Com base no arcabouço teórico da abordagem da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), a pesquisa buscou, através de fontes documentais, dados quantitativos das

licenças do trabalho por motivos de saúde, registrados no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal/SIASS¹, com informações quantitativas dos transtornos mentais e comportamentais entre os servidores públicos federais do Estado de Rondônia, no período de janeiro a dezembro de 2011.

A pesquisa desenvolveu-se a partir da investigação e da sistematização das informações contidas nos protocolos dos pedidos de afastamentos por transtornos mentais, enquadradas no grupo F (transtornos mentais e comportamentais) da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, de 25 órgãos públicos federais que faziam parte do termo de cooperação técnica com o SIASS. As variáveis analisadas foram: gênero, cidade, motivos de afastamento, instituição, idade, cargo, diagnóstico\CID e tempo concedido de licença por doença e as prorrogações da licença.

Para a tabulação e cruzamento das informações, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2007. Salienta-se que os inúmeros campos vazios, encontrados nos processos e protocolos do SIASS dos pedidos de licença saúde dos servidores públicos do Estado, impossibilitaram utilizar outro programa estatístico. Situação que merece ser debatida pelos órgãos responsáveis no preenchimento desses documentos.

Para fins de análise, decidiu-se apresentar os resultados sem se identificar as 25 instituições públicas federais do Estado. Para isso, as instituições foram agrupadas em seis áreas, distribuídas por similaridade e finalidade. Sendo assim, as áreas foram reagrupadas e descritas abaixo.

O grupo da educação abrangeu duas instituições; a área da segurança pública ficou com quatro instituições; o grupo da saúde e proteção social integrou três instituições públicas; a engenharia, agricultura e pecuária representaram seis instâncias públicas; recursos florestais e engenharia florestal somaram quatro instituições; e as jurídicas administrativas foram seis. Esse agrupamento facilitou a compreensão não apenas de algumas variáveis de cada instituição como também permitiu melhor visibilidade de outros indicadores, como motivo da licença, CID e dias de afastamento.

A PROBLEMÁTICA DOS AFASTAMENTOS DO TRABALHO POR TRANSTORNO MENTAL (TM) NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL DE RONDÔNIA

Na Tabela 1, observa-se o percentual dos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais das 25 instituições públicas federais de Rondônia. Entre elas, as que mais

¹ O acordo de cooperação técnica do primeiro núcleo do SIASS/ Superintendência Estadual da FUNASA\ SUEST-RO, foi celebrado no final de 2010 entre 25 órgãos federais no Estado de Rondônia, com sede em Porto Velho. Sua ação principal é dar assistência à saúde, desde ações de prevenção, detecção precoce e tratamento de doenças e, ainda, reabilitação da saúde do servidor, como realizar a perícia oficial, integrando ações médicas e odontológicas com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais, e ações de promoção, prevenção e acompanhamento da saúde (decreto n^o. 6.833, de 29 de Abril de 2009).

apresentam afastamentos do grupo F da CID10 foram os servidores das instituições que fazem parte da área de saúde e proteção social, com 19%; em seguida, aparecem as áreas das florestais e engenharia ambiental, com 9%. O grupo das jurídicas administrativas e da segurança pública apresentou 6% de afastamentos por afecções mentais; já as áreas de engenharia, agricultura e pecuária representaram 4% dos afastamentos; e, por último, a área da educação apresentou 3% do total das licenças.

A faixa etária dos trabalhadores afastados de suas atividades foi diferente entre os sexos. No universo feminino, a faixa etária ficou entre 27 anos e 56 anos de idade, já o sexo masculino entre 38 aos 57 anos de idade. Observa-se que a idade do pedido de licença difere para ambos os sexos, os homens afastam-se por afecções mentais dez anos mais tarde que as mulheres.

Tabela 1. Número de licenças de saúde, classificadas na CID10 do grupo F dos transtornos mentais (comportamentais) de 25 instituições públicas federais de Rondônia, agrupadas por áreas, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Grupos de instituições por áreas	Número de licença saúde	Número de sujeitos afastados por TM	Número de sujeitos afastados por TM, incluindo prorrogações	Perceptual (%) dos TM com prorrogações
Saúde e Proteção Social	867	58	168	19
Recursos Florestais e Engenharia Ambiental	183	12	17	9
Jurídicas Administrativas	589	22	33	6
Segurança Pública	611	24	35	6
Engenharia, Agricultura e Pecuária	194	8	8	4
Educação	635	17	18	3
Total	3.079	141	279	-

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados obtidos no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor/ SIASS.

Observou-se, na Tabela 1, que o perfil geral dos afastamentos entre sujeitos que pediram licença por TM, incluindo as prorrogações, era do universo feminino. Elas apresentaram um percentual maior de afecções mentais que os homens. Dos 279 trabalhadores (as) que passaram, em 2011, na perícia médica do SIASS, 203 eram do sexo feminino, representando 73% do total e as licenças concedidas aos sujeitos do gênero masculino correspondeu a um total de 76 casos, o que representa 27% do total.

Ao se analisar a predominância dos afastamentos do gênero por área (Figura 1), observa-se alteração na incidência dos transtornos mentais por sexo. Na educação, os afastamentos por sexo diferem: nessa área as trabalhadoras do sexo feminino representam 15% e os trabalhadores do sexo masculino, 25%. Para o grupo da engenharia, agricultura e pecuária, o sexo masculino representa 10% e o feminino, 8% do total. Já na segurança pública, o sexo masculino representa 25% do total e o feminino, 8% do total. No grupo da saúde e proteção social, os TM do sexo feminino apresentaram 43% do total em relação ao gênero masculino, com 25%. Nas jurídicas e administrativas, o feminino teve 21% de afastamentos em relação ao universo masculino, com 7%. E, por último, o grupo que compreende recursos florestais e engenharia ambiental apresentou, para o sexo feminino, um percentual de 10% e, para o sexo masculino, um percentual de 8% entre as afecções mentais.

Em algumas áreas como a engenharia, agricultura e pecuária, segurança pública, tem-se o predomínio de homens na instituição; no entanto, estudos futuros específicos poderão dar mais informações qualitativas sobre as especificidades da atividade dos servidores públicos federais de Rondônia.

Figura 1. Frequência dos afastamentos por transtorno mental por gênero das 25 instituições públicas federais de Rondônia, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Nos diagnósticos emitidos pela perícia médica do SIASS, de acordo com o gênero (Figura 2), indivíduos do sexo feminino apresentam os seguintes motivos para pedido de licença saúde de acordo com o CID-10: em 74%, estão os episódios depressivos (F32); em 23% dos afastamentos estão os transtornos depressivos recorrentes (F33) e os outros transtornos ansiosos e do pânico (F41); com 22%, aparecem as reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação (F43); em seguida, em 7%, encontram-se os transtornos fóbico-ansiosos (F40); 6% delas apresentaram os transtornos afetivos bipolares (F31); em 3%, ficaram os outros transtornos mentais pela lesão, disfunção cerebral e doença física (F06); em

2%, estão os transtornos psicológicos e de comportamento, associados ao desenvolvimento e à orientação sexual (F66); e, em menor percentual, 1%, aparecem as hipomanias (F30) e a esquizofrenia/depressão pós-esquizofrênica (F20).

As licenças para tratamento da saúde entre os homens foram motivadas, em 43% do total, por episódios depressivos (F32); em 38% dos afastamentos, observaram-se os transtornos depressivos recorrentes (F33); em 25%, estão as reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação (F43); já em 20% aparecem os outros transtornos ansiosos e do pânico (F41); em 7% dos diagnósticos encontram-se os transtornos afetivos bipolares (F31); em 5% identificaram-se os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de álcool (F10); em 3%, estão os transtornos somatoformes (F45); e, em 2%, estão os transtornos psicológicos e de comportamento, associados ao desenvolvimento e à orientação sexual (F66).

Nos afastamentos entre os trabalhadores de Rondônia do setor público, observam-se diferenças de gênero nos diagnósticos de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool e transtornos de personalidade.

FIGURA 2. Frequência dos afastamentos dos TM por Gênero e código do grupo V da CID-10 nas 25 instituições públicas federais de Rondônia, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Na pesquisa realizada na área de captação, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ANDRADE, WALTERS, GENTIL & LAURENTI, 2002), foram avaliados 1.464 indivíduos, uma amostra representativa da população geral domiciliada com idade igual ou superior a 18 anos. Nesse estudo, as mulheres apresentaram maior frequência de transtornos afetivos (com exceção de

episódios psicóticos de exaltação maníaca e distímia), transtornos ansiosos (exceto transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada e fobia social), transtornos dissociativos (trances e perdas de consciência) e transtornos alimentares. Os homens apresentaram maiores taxas de uso nocivo ou dependência de drogas, incluindo tabaco e álcool. Excluindo-se a dependência de tabaco, o risco de se sofrer um transtorno mental durante a vida foi 1,5 vezes maior para as mulheres que para os homens.

Lennon (1995), em estudos conduzidos em comunidades, justifica que as mulheres têm apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas que homens. Uma explicação para isso estaria na sobrecarga de trabalho da mulher com outras jornadas de trabalho como atividade doméstica e cuidados com os filhos. No estudo de Araujo, Pinho e Almeida (2005), eles descrevem a prevalência de transtornos mentais e comportamentais entre mulheres e exploram os fatores relacionados às características sociodemográficas e aspectos do trabalho doméstico, potencialmente associados aos transtornos mentais. Observaram que a mulher, mesmo após sua inserção no mercado de trabalho, permanece a principal responsável por planejar e executar as atividades domésticas, sem receber ajuda substancial dos companheiros e filhos, sendo o auxílio nas tarefas, quando disponível, proveniente de outra mulher. Os estudos sugerem que aspectos relacionados ao trabalho doméstico podem estar associados a repercussões negativas à saúde mental das mulheres.

CONTRADIÇÕES DA PERÍCIA MÉDICA NA CONCESSÃO DA LICENÇA PARA TRATAMENTO A SAÚDE

O estudo constatou que a perícia médica do SIASS não mantém os mesmos parâmetros para as concessões de dias de licenças para os mesmos CIDs (Tabela 2). Em alguns casos, as concessões diferenciam-se por servidor, como um, dois, três a cinco dias de afastamento para casos de transtornos mentais. Se se considerar que os pedidos são de ordem mental, atestar apenas um, dois ou três dias de repouso não resolverá o problema e só abrirá possibilidade para que esse servidor volte à perícia. Há laudos em que os dias de afastamento podem variar muito de um dia até dois anos de licença. Questiona-se como um trabalhador poderá recuperar-se de algum transtorno mental, relacionado ao trabalho, em apenas um ou dois dias.

As discrepâncias nas concessões de dias de afastamento foram evidenciadas em muitos protocolos (Tabela 2). Um exemplo disso foi o caso do grupo das jurídicas administrativas que, em um caso, a CID-10 F41.0 - transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica) - foram atribuídos 15 dias; em outro afastamento, foram atribuídos quatro vezes mais, ou seja, 60 dias pelo mesmo CID "F". Outro caso semelhante ocorreu no

grupo que compreende a educação: os dias de afastamentos para a depressão (F32) somaram 146 dias e os afastamentos que compreendem os transtornos afetivos (F31) totalizaram 230 dias de afastamento, ou seja, os servidores que se afastaram por depressão obtiveram menos dias, mesmo se considerando a classificação associada (F32/K 29 e F32/I10 - episódios depressivos, gastrite e hipertensão).

Tabela 2. Média de dias de afastamento e código da CID-10 dos transtornos mentais que motivaram licença saúde nas 25 instituições agrupadas por áreas, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Instituições por áreas	Afastamentos por CIDs											
	F 32		F 33		F 40		F 41		F 43		F 10	
	Média Dias	Nº CID	Média Dias	Nº CID	Média Dias	Nº CID	Média Dias	Nº CID	Média Dias	Nº CID	Média Dias	Nº CID
Educação	27	5	2	1	5	1	10	3	12	4	1	1
Saúde e Proteção Social	17	47	14	12	5	3	22	9	22	8	72	3
Jurídicas Administrativas	21	10	17	10	15	1	16	7	15	8	5	1
Segurança Pública	40	13	22	4	-	-	21	7	16	5	-	-
Recursos Florestais e Engenharia Ambiental	6	3	-	-	-	-	37	3	96	7	240	1
Engenharia, Agricultura e Pecuária	28	6	113	1	-	-	24	1	73	3	240	1
Total	139	84	168	27	25	5	130	30	234	35	558	8

Fonte: Elaborada pela autora, a partir dos dados obtidos no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor/ SIASS.

Contraditoriamente, os diagnósticos mais recorrentes nas 25 instituições foram os sintomas depressivos (F32) e, também, os que apresentaram menor número de dias de afastamento. Uma hipótese é a de que os episódios depressivos podem ser considerados por médicos e peritos afecções menores, portanto, passíveis de um menor tempo de restabelecimento, o que, na prática, não se confirma, pois se verifica a frequente prorrogação de afastamentos por F32 (figura 2). A questão é complexa e requer que se busquem outras explicações para as diferenças de concessão de dias para os mesmos CIDs do grupo F, já que é a mesma equipe que avalia o pedido de licença.

Uma discussão pressuposta é de que o entendimento que se tem ainda do psicológico é carregado de moral e preconceito. Sobre isso, Sato (2003) enfatiza que o entendimento

comum sobre o que é psicológico é o de que é sinônimo de fingimento e, nesse caso, quando se diz que uma doença é psicológica, é sinônimo de fingimento e insinua-se que o trabalhador é fraco, frágil; esse entendimento tem forte cunho moral. Situação que ainda hoje dificulta um diagnóstico preciso e um tratamento adequado ao trabalhador que tem de enfrentar, de forma individualizada, os estigmas que envolvem o psicológico na nossa cultura.

Há, no caráter psicológico, uma forte conotação duvidosa que suscita muitas controvérsias dentro das instituições públicas. O clima de desconfiança e preconceito é ativado como mecanismo de defesa no coletivo para proteger-se do mal-estar provocado pelo adoecimento de algum integrante do grupo. Afastar-se do trabalho ainda corresponde à “*ideologia da vergonha*” (DEJOURS, 1992, p. 33) de parar de trabalhar.

OS AFASTAMENTOS POR TM E A RELAÇÃO COM A GESTÃO PÚBLICA

Os afastamentos no trabalho por transtornos mentais no Estado devem ser mais bem problematizados, visto que cada instituição deve trazer ao debate temas como presenteísmo/absenteísmo no trabalho. Sobre isso, Codo (2004, p. 14) afirma que “[...] o trabalho também enlouquece”. Fundamenta sua afirmação na compreensão de que as psicopatologias que ocorrem com mais frequência em determinado cargo, função ou tarefa devem ser levadas em consideração, visto que as características presentes nestas atividades podem estar associadas ao risco maior de ocorrência desta ou daquela psicopatologia. Para ele, a explicação para os distúrbios psicológicos não estaria somente inscritas nos fatos da história de vida de cada um na infância, visto que, nos seus estudos epidemiológicos, evidenciaram-se percentuais significativos de algumas psicopatologias em determinada categoria de trabalho. Codo (2004, p. 14) afirma que encontrar “[...] 30% de depressão em pessoas que exercem determinada função, [...]” não significa “[...] imaginar que este contingente perdeu papai e mamãe quando era criancinha [...]”.

As investigações no campo da saúde mental e trabalho trazem inúmeras evidências desse problema, revelando que as doenças do trabalho estão acarretando uma espécie de psicopatologização do sofrimento, provocada pelas novas ferramentas de gestão do trabalho bem como pelas más condições de trabalho, situação que revela um mal-estar profundo, resultante do processo de transformação das organizações em “[...] sistemas paradoxais” (GAULEJAC, 2011, p.85).

As modalidades de gestão que atualmente estão sendo introduzidas no mundo do trabalho levam à produção de exigências paradoxais, ou seja, conflitantes, que engendram um sistema complexo e contraditório. A nova gestão organizacional considera o indivíduo como um recurso e não como um sujeito. O discurso gerencial, pautado em paradigmas objetivistas, funcionais e utilitaristas, exige do trabalhador a instrumentalização de suas ações, situação

que coloca o trabalhador diante de um paradoxo no trabalho: sujeitar-se às normas e imposições ou aceitar passivamente a instrumentalização de suas ações. Para Gaulejac (2011), esse sistema paradoxal organizacional impõe uma contradição: ou o sujeito resiste ou pode ser estigmatizado diante dos colegas; uma saída estaria no adoecimento.

As evidências entre o adoecimento e os modelos de gestão organizacional são estabelecidas por vários autores aqui apresentados; no entanto, a área da perícia médica tem dificuldade de estabelecer parâmetros subjetivos para compreender a saúde física e mental como dois elementos entrelaçados e interdependentes; entretanto, o estudo mostra que ainda há dificuldade de se reconhecerem o sofrimento psíquico decorrente do trabalho ou as doenças do trabalho como fator que impossibilita sujeitos de trabalhar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados sobre as 25 instituições públicas federais de Rondônia devem ser aprofundados qualitativamente, visto que cada órgão público tem suas especificidades no modelo de gestão organizacional, realidade que repercute de diferentes formas para os trabalhadores, nos movimentos de resistência às mudanças, na expressão de prazer e sofrimento no trabalho, nos modos de ser e posicionar-se diante das injunções conflitantes da organização.

Realidade que a perícia médica e os profissionais da equipe multiprofissional do SIASS/RO, assim como os setores dos recursos humanos das instituições públicas federais do Estado, devem investigar. É preciso pensar nas formas de adoecimento e sua relação com o modelo de gestão sendo implantados atualmente, nos seus paradoxos nas formas de resistência dos trabalhadores, e em questões que pudessem auxiliar as instituições a criar estratégias organizacionais que viessem a intervir nos postos de trabalho que mais adoecem, minimizando, assim, o impacto das exigências no trabalho.

Sendo assim, o SIASS, ao avaliar os pedidos de afastamento do trabalho, tem de estabelecer parâmetros para o entendimento da relação entre trabalho e adoecimento. Pautado pelos autores da área de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho/SMRT, compreende-se que as alterações de saúde mental se dão a partir de uma gama de aspectos, desde fatores pontuais como a exposição a agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho (JACQUES, 2007), visto que as teorias divergem sobre o papel do trabalho no processo de adoecimento mental, considerando-o ou determinante ou fator desencadeante, a partir de uma estrutura pré-existente, mas concordam que os transtornos mentais têm uma etiologia multicausal em que conjuntos de diversos fatores interagem de modo complexo.

Nesse sentido, uma possibilidade de futuros aprofundamentos seria investigar as transformações progressivas das organizações públicas federais do Estado de Rondônia, submetidas às pressões de lógicas gerenciais, destinadas a melhorar a produtividade e o desempenho dos trabalhadores. Essa situação pode levar trabalhadores a encontrar resistências para desvencilhar-se desses sistemas conflitantes, e não pode ser negligenciada, visto que as patologias mentais são mensagens de sofrimento que conduzem ao isolamento, ao desespero, à depressão e ao adoecimento.

REFERÊNCIAS

- WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra, 1946.
- ANDRADE, L., WALTERS, E.E., GENTIL, V. & LAURENTI, R. Prevalence of CID-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002.
- BRASIL. Decreto nº. 6.833, de 29 de abril de 2009. Brasília, DF: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, 30 abr. 2009. Seção 1, p. 4.
- CODO, W., SAMPAIO, J. & HITOMI, A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- CODO, W. **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis: Vozes, 2004.
- DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C., Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas. 2011. p. 119-145.
- JACQUES. M.da. G.C. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 112-119. 2007.
- LENNON, M.C. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. **Epidemiologic Reviews**, v. 17, 120-127. 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- NARDI, H. **Saúde do trabalhador**. In: CATTANI, A. (Org.), Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 219-224.
- SATO, L. Subjetividade, saúde mental e LER. In R.C. Ruiz et al. **Um mundo sem LER é possível**. p. 62-78. Uruguai: UTA, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10** - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, Porto Alegre: Artmed, 1993.

GAULEJAC, Vde. A NGP: a nova gestão do paradoxal. In P.F. Bendassolli & L.A.P. Soboll (orgs.), **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011, p.84-98.

DEJOURS, C. **Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal** [Versão eletrônica]. CES – Centro de Nacional de Estudos Sindicais e do Trabalho, 2010.

CODO, W. Psicopatologia do Trabalho. In: CODO, W. (org.). **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p.11-22.

ARAUJO, T. M., Pinho, PdeS.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

JACQUES, M.da.G. C. **O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho**: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*. v. 19, n. 1, p. 112-119, 2007.

VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM PRONTO-SOCORRO PÚBLICO DA AMAZÔNIA

Taís Poncio Pacheco

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein

INTRODUÇÃO

Pensar a saúde dos trabalhadores não é necessariamente voltar o olhar para a doença, mas, principalmente, entender os processos de trabalho presentes nas instituições e sua relação com o sofrimento. Porém, o trabalho não é somente lugar de sofrimento, também tem o potencial para a construção de uma identidade e de expressão da subjetividade do trabalhador. O ambiente de trabalho pode ser um lugar de expressão da inteligência e da criatividade, sendo, assim, produtor de prazer ou saúde.

Glina e Rocha (2010) compreendem o sofrimento como inerente a esse processo de confronto identitário e não será necessariamente patológico. Pelo contrário, dependendo das condições com que o trabalhador tem de superá-lo, poderá ser fator de crescimento e desenvolvimento psíquicos. Identidade compreendida como uma espécie de armadura psíquica – um processo de unificação que constrói o sentimento de estabilidade, continuidade e integração de si no interior de uma história simultaneamente singular e social – que protege a saúde mental do indivíduo no interior das instituições.

Ter saúde mental não pressupõe a ausência de sofrimento no trabalho, e sim que o trabalhador possui condições para transformar a situação adversa, essa relação é dinâmica e está sempre em movimento (DEJOURS, 1992; 2011a). Saúde compreendida aqui como um processo, que perdura ao longo da vida e que está relacionado às possibilidades que o sujeito tem para agir no mundo, isto é, as possibilidades que cada um tem para construir, no seu meio social e nos coletivos onde vive, a sua vida, uma boa vida (GLINA; ROCHA, 2010, p. 196). Em situações em que o sujeito não pode contribuir com sua experiência e saber-fazer ou não

consegue realizar seu trabalho conforme seus princípios e crenças, o indivíduo está impedido de transformar o sofrimento em ações significativas que o levem ao prazer.

A partir dessa discussão, verifica-se, então, a importância dos estudos que possibilitem desvendar a produção subjetiva das diferentes organizações de trabalho, bem como compreender as estratégias psicossociais que os trabalhadores utilizam para se organizar nessa luta contra o sofrimento e pela busca de saúde mental no trabalho.

Nessa perspectiva, o capítulo apresenta as vivências no trabalho de uma equipe de enfermagem de um hospital da rede pública de saúde do Estado de Rondônia, aqui nomeado de PSRN. Buscou-se compreender como é o trabalho real de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro público da região norte do Estado brasileiro, a partir do pressuposto de que existe uma distância entre o que se deveria fazer, de acordo com as normas, e o que realmente se faz na atividade concreta.

MÉTODOLOGIA

Este artigo é um recorte da pesquisa realizada no Programa de Pós-graduação em psicologia, da Universidade Federal de Rondônia e, portanto, não é possível nesse espaço apresentar a totalidade do estudo. Realizou-se a escolha em se utilizar alguns dados referentes à terceira etapa do estudo.

A coleta de dados foi pensada em três etapas, visando à organização do estudo. A primeira etapa consistiu no levantamento quantitativo de servidores da enfermagem que solicitaram licença médica no período de janeiro a dezembro de 2011. A segunda etapa referiu-se à observação participante que direcionou o olhar da pesquisadora sobre o ambiente de estudo. A terceira etapa compilou as entrevistas com os gestores e com os enfermeiros da instituição, bem como a realização do grupo focal com os técnicos de enfermagem.

Para entrada na instituição, o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Rondônia. Assim como foi solicitada a autorização do diretor para entrada no hospital e todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foram informados sobre o objetivo da pesquisa e se dispuseram, de forma voluntária, a participar do estudo.

Participantes e local do estudo

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o PSRN é caracterizado como uma Unidade de Média Complexidade, com o fluxo de clientela atendida por demanda espontânea e referenciada. Possui 127 leitos cadastrados, sendo dez leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta, 95 leitos de clínica geral e 32 leitos de cirurgia geral.

Visando a um maior entendimento do modelo de gestão dos processos de trabalho, foi realizada entrevista individual semiestruturada com os gestores: diretor-geral e gerente de enfermagem. Com os trabalhadores de enfermagem de nível superior também foram realizadas entrevistas individuais, no quantitativo total de sete entrevistas com profissionais que atuam em quatro setores diferentes. Considerou-se a entrevista a forma mais viável de se ouvir esses profissionais pela dificuldade em formar um grupo focal com os trabalhadores de cada plantão, pois a escala de serviço inclui somente um enfermeiro por setor e a sua retirada do serviço pode ocasionar algumas dificuldades na execução do trabalho.

De modo concomitante ao momento das entrevistas individuais, foram realizados os encontros com os técnicos de enfermagem por meio da técnica do grupo focal. Considera-se que a análise, a partir da narrativa do trabalhador, avança no aprofundamento sobre as formas como este contextualiza e resignifica o seu processo de subjetivação do trabalho (CAMPOS; DAVID, 2011).

Assim, foram realizadas seis tentativas de execução dos grupos focais, porém em três momentos não foi possível atingir a quantidade mínima de sujeitos esperados para cumprir as exigências da técnica. Portanto, aconteceram três grupos, com cinco participantes em cada, e duas entrevistas com os técnicos de enfermagem, sendo uma individual e outra, em dupla.

Neste capítulo, serão expostos apenas os dados observados na categoria atividade de trabalho, da distância entre o que se deveria fazer, de acordo com as normas, e o que realmente se faz na atividade concreta de trabalho.

DISCUSSÃO: O RECONHECIMENTO DO TRABALHO NA SAÚDE

O trabalho é entendido como uma atividade relacionada à busca pela sobrevivência, mas, também, está conectado ao convívio do ser humano em sociedade. Segundo Campos (2009, p. 13), o trabalho “foi também se transformando no principal dispositivo para a co-produção de si mesmo e da cultura”. Trata-se de uma atividade imprescindível para o ser humano inserir-se na sociedade e também poder transformá-la.

Dessa forma, entende-se o trabalho como atividade formativa do ser humano e essa ação tem consequências sobre o trabalhador, tanto de forma positiva como negativa. O ser humano não chega pronto ao mercado de trabalho, vai se desenvolvendo à medida que exerce sua atividade. Esse desenvolvimento também envolve fatores psíquicos que se relacionam com a saúde do trabalhador. Em vista disso, a atenção ao trabalhador tem sido um campo de estudos em ascensão e uma demanda crescente nos ambientes de trabalho.

Especificamente sobre os trabalhadores diretos da área da saúde, verifica-se que a atividade está envolvida por diferentes variáveis, absolutamente relacionadas com as condições de vida dos trabalhadores. O ato de cuidar de pessoas doentes e lidar

cotidianamente com a dor e a morte constitui uma carga psíquica alta. Além da carga referente ao ato do cuidado, existem ainda as péssimas condições dos ambientes de trabalho aos quais estão submetidos os servidores de hospitais públicos. Nesse caso, os cuidadores precisam desenvolver estratégias defensivas como forma de proteção ao sofrimento e o adoecimento.

Visando entender melhor a atividade na área da saúde, utilizou-se neste artigo a definição de trabalho, proposta por Dejours (2011b, p. 366): “Trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho”. Dejours desenvolveu a teoria da psicodinâmica do trabalho, mudando o foco de estudos da patologia para a dinâmica prazer/sofrimento existente no trabalho.

A psicodinâmica do trabalho compreende que o caminho entre o trabalho prescrito e o trabalho real deve ser descoberto pelo sujeito e, nessa rota, é necessário o engajamento do corpo e da subjetividade (DEJOURS, 2012). Trabalho prescrito são as normas ditadas pela organização, enquanto o trabalho real é aquilo que o trabalhador de fato executa, ao tentar cumprir as normas, sendo que sempre existe uma lacuna entre o prescrito e o real. Assim, o trabalhador deve colocar de si na atividade, visando preencher essa lacuna, e isso também retorna para ele de alguma forma, pelo reconhecimento, que promove prazer, ou, na sua falta, o sofrimento, podendo até causar adoecimentos.

Essa atividade nunca é pura execução, pois o sujeito sempre deverá incluir algo de si além do que está previsto pelas normas da organização do trabalho, e é justamente essa inclusão que diferencia o trabalho como uma atividade humana já que o integra à sociedade. Dessa forma, o trabalho mostra-se como essencial para a vida, é uma ação que está diretamente relacionada com a conexão homem/natureza/semelhante, pois uma atividade só se transforma em trabalho, quando se converte em produto para o outro, esse outro entendido como qualquer outra pessoa (CODO, 2010).

O “trabalho vivo” é essa dimensão do trabalhar, relacionada com o engajamento subjetivo na atividade. Isso se dá pela formação de habilidades individuais e/ou competências coletivas que são criadas pelos próprios trabalhadores para dar conta da distância entre o que é prescrito (a tarefa) pela organização do trabalho e o que efetivamente é realizado (a atividade) (DEJOURS, 2012).

O espaço de trabalho é construído de forma participativa pelos atores que estão em cena, tendo em consideração que toda atividade pressupõe regras anteriores, mas também permanentes negociações e debates de normas para sua realização. É necessário que o trabalhador possa gerir as variabilidades que o meio apresenta. Todos que trabalham seguindo as normas coletivas imprimem sua marca subjetiva na medida em que vão atuando (SANTOS-FILHO, 2011).

Dessa forma, a atividade de trabalho está sempre em transformação e exige a coordenação de todas as inteligências individuais, envolvidas no processo, visto que o trabalho não é realizado apenas por uma pessoa, mas envolve um coletivo de trabalhadores e cada um contribui à sua maneira e todos, juntos, estabelecem as regras do trabalho. Assim, trabalhar é também viver junto e necessita de uma renúncia de alguns aspectos individuais em prol da coletividade (DEJOURS, 2012).

Por isso o trabalho é complexo, pois envolve questões subjetivas, coletivas e sociais e todo o entrelaçamento possível dessas partes. A cooperação com a organização do trabalho supõe a renúncia de aspectos da própria subjetividade e isso por si só já é um fator de sofrimento. Alguns trabalhadores podem também se recusar a cooperar, o que intensifica o sofrimento, pois causa conflitos do indivíduo consigo mesmo e com o grupo de trabalho. A renúncia da cooperação pode levar ao individualismo, o que coloca em xeque o próprio coletivo, assim como a organização do trabalho.

Para que haja essa cooperação dos trabalhadores, ou seja, para que renunciem a aspectos de sua própria subjetividade em prol da produção, é necessária a existência de uma retribuição. Segundo Dejours (2012), esse retorno não é apenas o salário, que seria a retribuição material, mas toma a forma do reconhecimento, que é uma retribuição simbólica ou moral.

O reconhecimento não é direcionado à pessoa, mas sim ao trabalho realizado e deve ser entendido em dois sentidos. O primeiro diz respeito à constatação da contribuição do trabalhador na organização do trabalho, ou seja, reconhecer as falhas na prescrição da tarefa e a contribuição indispensável do trabalhador para a execução da atividade. O segundo sentido é a gratidão por essa contribuição dos trabalhadores (DEJOURS, 2011c).

Assim, “[...] quando o jogo do reconhecimento torna-se possível, o sofrimento ganha um sentido em relação à conquista da identidade, podendo ser convertido em prazer, modificado para o que viria a ser o centro de gravidade da saúde mental [...]” (DEJOURS, 2011b, p. 376). A saúde para o autor não significa a ausência de sofrimento, mas sim a compreensão do trabalhador de que o esforço pode ser convertido em prazer por meio do reconhecimento pelo seu trabalho.

A outra possibilidade é que o trabalho seja apenas causa de sofrimento, e, conforme Dejours (2011d, p. 383), existem três fontes principais de sofrimento no trabalho: 1. O entrave ao exercício da inteligência criadora; 2. A recusa generalizada da utilização necessária dessa inteligência; 3. O não reconhecimento dos esforços e do custo para os trabalhadores do exercício dessa inteligência.

A forma proposta por Dejours (2012) como saída da esfera do sofrimento é a sublimação, porém nem sempre é possível ao indivíduo se utilizar desse método. Assim, quando a sublimação não é possível, os trabalhadores buscam amenizar o sofrimento por

meio das estratégias de defesa, tanto individuais como coletivas, para conseguirem lidar com os efeitos constrangedores do trabalho nessa luta pela emancipação. Porém, as estratégias de defesa nem sempre são eficazes e podem servir apenas para mascarar o sofrimento.

RESULTADOS: ATIVIDADE DE TRABALHO: DISTÂNCIA ENTRE O PRESCRITO E O REAL

Um ponto muito descrito nas falas foi em relação às condições de trabalho no hospital. Os trabalhadores queixaram-se sobre a falta de espaço físico adequado para a assistência de todos os pacientes. Além das dificuldades relacionadas com o ambiente físico, os profissionais referem-se às faltas que acontecem no hospital. No Quadro 1 os trabalhadores descrevem as situações vivenciadas no trabalho do hospital, os recursos materiais de que precisam para realizar os procedimentos básicos de sua atividade e que, nem sempre, estão disponíveis na execução das atividades.

Quadro 1 - Descrição dos materiais que faltam no PSRN e consequências dessas faltas na atividade de trabalho.

Faltas de materiais:	Consequências na atividade:
Medicamentos, soro, pomada, luva, lençol, cadeira de rodas, cadeira de banho, água potável, aparelho de pressão, ambulância, equipamentos quebrados, macas enferrujadas	<p>Eu acho ruim, porque eu sei que de uma hora para outra pode piorar muito um curativo, um curativo que hoje está bonito amanhã amanhece necrosado. Faltam-me principalmente as coberturas, pomadas e outros tipos de cobertura e eu sei que se eu tivesse o material eu salvaria uma perna, mas como eu não tenho eu sei que a pessoa vai perder a perna e aquilo choca né. Cara é uma coisa tão simples, alguém poderia ir lá e correr atrás do material para a gente. (Ingride)</p> <p>[...] falta de material, né, então, você chega ao plantão, às vezes você não tem luva pra trabalhar. Então, hoje, por exemplo, no plantão, a gente deu o banho, assim, realizou o banho dos pacientes mais ou menos, por que a gente não tinha compressa suficiente e nem lençol né. Então são coisas básicas, e até as mais complexas como, por exemplo, ventiladores mecânicos. Quando eu trabalhava na sala de emergência, por exemplo, era muito comum a gente ficar fazendo a ventilação manual com “ambu” pela falta de ventilador mecânico. (Nelson)</p>

Fonte: Produção da autora a partir das entrevistas e grupos focais, realizados no PSRN em 2012.

Parece algo improvável de acontecer num hospital, mas é a realidade de trabalho da equipe de enfermagem do PSRN. Todos os profissionais ouvidos relataram essa angústia de não possuírem os instrumentais adequados para executarem o cuidado aos pacientes. Sobre isso, Mauro *et al* (2010) enfatizam que os recursos insuficientes para realizar o trabalho são considerados um risco ergonômico para os trabalhadores. Observa-se que essas situações

vivenciadas acarretam muitas dificuldades na assistência ao paciente e no cumprimento de suas atividades (quadro 1).

Barros *et al* (2007, p. 198) afirmam que a falta de aparelhos básicos para o cuidado ao paciente “interfere no desenvolvimento da atividade, produzindo sentimentos de desvalorização no trabalhador, que se sente responsabilizado e culpado pela qualidade do serviço prestado”. Esse sentimento pode ser percebido nas falas expostas (Quadro 1) como, por exemplo, Ingrid se dizendo chocada por saber que poderia salvar a perna de um paciente e tal ação não é possível pela falta de medicamentos adequados.

Dejours (2011b, p. 371) afirma que a “má qualidade do trabalho remete o sujeito a uma experiência de práticas profissionais sem sentido, a uma vivência de absurdos”. Bianca, enfermeira do PSRN, relatou que em um momento de sua atividade se percebeu pegando uma caixa de papelão para um paciente deitar-se, pois não havia outra possibilidade de acomodá-lo além do chão do hospital.

Dejours (2012) afirma que a qualidade do trabalho é uma condição para a saúde mental e a identidade singular dos agentes. Observa-se que os próprios trabalhadores questionam a sua atividade por se verem obrigados a realizar o cuidado de maneira totalmente contrária ao que pressupõem as normas técnicas da profissão.

A atividade de trabalho no PSRN passa por esse drama de tentar cumprir as normas, mas sem as condições ideais para tanto. Dejours (2012) afirma que existe um espaço intermediário entre a vivência do real e o encontro de uma solução para a execução da atividade, e essa lacuna é de sofrimento, mas somente com a resistência ao sofrimento é possível chegar a alguma solução.

Por meio das falas, percebe-se que, para conseguir garantir a assistência necessária aos pacientes do PSRN, os trabalhadores têm que quebrar algumas regras e protocolos. Os profissionais se veem frente à necessidade de tomar decisões que envolvem a vida do paciente e, diante dos riscos eminentes de morte, têm de tomar decisões, situação que os coloca ante um sentimento imobilizador, principalmente porque são conhecedores das suas consequências.

Dejours (2012, p. 2) afirma que “é impossível atingir a qualidade caso se respeite à risca as prescrições”. A enfermeira Bianca cita exemplo de como lida com sua equipe de trabalho quanto a essa questão do cumprimento de normas:

[...] a minha equipe mesmo é uma galera bem tranquila que a gente já tem um pouco mais de intimidade né, eu brinco com elas "gente eu vou dar chocolate, mas faz o relatório de enfermagem hoje bem bonitinho", aí trazem tipo "paciente recusou soro", "paciente recusou medicação" e eu "gente isso não é relatório", e não fazem, não adianta, se for cobrar isso vai gerar um clima ruim e não vão fazer, não adianta. Outra coisa, desprezar a diurese dos pacientes que estão com sonda, um ou outro fazem assim, e, se eu for fiscalizar ao pé da letra, isso vai gerar algum estresse, e eu não tenho tempo também para isso. [...] Eu vejo, acho que não compensa criar briga contra isso, mas todo mundo sabe das suas obrigações. Já outra coisa que eu não deixo passar é a questão do dreno, quando o paciente está com um dreno de tórax, às vezes

tem que fazer a rotina de dreno duas vezes por dia, então, às vezes, o técnico me enrola, some, tal, eu vou lá e pergunto "e aí trocou", "não", "acha o fulano aonde ele está e peça para ele trocar", por que isso já pode gerar prejuízo para o paciente né. [...] são coisas assim que a gente vê as prioridades daquilo que a gente pode fazer vista grossa e aquilo que não (E. Bianca).

A enfermeira expõe a necessidade de fazer vista grossa para algumas falhas no cumprimento das normas justamente pelas condições de trabalho no PSRN. A partir de Dejours (2012), entende-se também que esse fazer “vista grossa” acaba por se tornar uma regra de trabalho que possibilita o viver junto da equipe.

Tal situação pode ser também interpretada como uma estratégia de defesa da profissional frente às dificuldades nos relacionamentos com a equipe e, também, pelas condições de trabalho do hospital. As estratégias de defesa são uma recusa na percepção do que faz sofrer. Para Dejours (2011e, p. 479), “elas têm por princípio o estreitamento, a anestesia da capacidade de pensar com vistas a salvaguardar o equilíbrio psíquico, e o equilíbrio da vida física também”.

O “fazer vista grossa” acaba se tornando uma regra informal do trabalho, estabelecida pela própria profissional, visando garantir que ela consiga executar sua atividade de forma a não “gerar prejuízo para o paciente” e, ainda, manter um bom clima entre sua equipe. Porém, observa-se que, de fato, existe um prejuízo para o paciente, porém, se o profissional tiver que pensar muito sobre isso, corre o risco de paralisar e não conseguir mais executar sua atividade. Assim, esse ajuste das regras é entendido como uma estratégia de defesa, pois garante o equilíbrio psíquico por meio da anestesia do pensar.

Esses reajustamentos necessários entre o que deveria ser feito e o que realmente é executado é uma parcela do trabalho que cabe aos operadores. É necessário o uso da criatividade para a realização da atividade, mas, quando essa distância é negada, então ocorre um sofrimento, pois essa distância é sentida como um fracasso. Assim, observa-se que essa situação acaba por influenciar também na saúde dos trabalhadores, como mostra o relato abaixo:

[...] com o desenvolvimento do serviço você tenta resolver os problemas que aparecem durante o plantão, você não consegue entender, e aí você já entra num conflito com a instituição, com o serviço também por que não te oferece uma estrutura adequada para você trabalhar, entendeu. Então isso é muito complicado, poxa como é que eu vou passar uma sonda vesical, que é um procedimento estéril, se eu não tenho uma luva estéril para eu trabalhar, entendeu, isso é complicado e aí vou ter que contaminar meu procedimento entendeu, e aí o paciente como é que ele vai a responder a isso, como é que ele vai reagir, o organismo dele, o bem estar dele, isso é preocupante (Nelson).

Percebe-se na fala que essa situação é desagradável para os trabalhadores. Em sua fala, Nelson expõe a existência de conflitos no ambiente de trabalho, principalmente em relação à instituição que não lhe oferta os instrumentais necessários e o faz vivenciar um sofrimento na hora da execução da atividade. Sobre isso, Dejours (2012, p. 3) afirma que o real do trabalho só pode ser conhecido pelo sujeito por meio do fracasso que provoca a

manifestação de sentimentos de “impotência, ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção ou de desamparo”.

A atividade real dos profissionais de enfermagem no PSRN passa pela necessidade de salvar vidas ou garantir minimamente uma assistência adequada aos pacientes. Há necessidade de se tomar decisões, de agir nas diversas situações que surgem em um hospital. A enfermeira Bianca fala sobre o drama entre ter que realizar uma atividade considerada errada tecnicamente, mas que acontece pela falta de instrumentos e ferramentas de trabalho:

Não raras vezes você vê o soro pregado na parede. É certo? Não é, muitas vezes tem uma galera que se recusa, “não tem suporte não vou fazer”. Eu tenho direito de cobrar que está errado? Não tá. Muitos pegam, “ah não, eu não tenho coragem de deixar o paciente”, aí é o lado humano que fala mais alto. Tudo que a gente se recusa a fazer, tudo que a gente cobra, de certa forma culmina com o pobre do paciente que não tem nada a ver com o fato (Bianca).

Os imprevistos na execução das atividades são frequentes, como demonstram as falas abaixo:

[...] a gente sempre tem que fazer uma gambiarrazinha para dar certo, para atender melhor o paciente (Amanda).
 [...] a gente sempre dá um jeitinho para o que tem e para o que não tem. A gente tem que dar um jeito de melhorar, querendo ou não. Não tem mais condição, não tem isso, não tem aquilo, mas a gente sempre dá um jeito, a famosa gambiarra que a gente consegue fazer (Vitória).
 [...] um material pode virar outra coisa, a gente transforma, improvisa o material em outra coisa e utiliza do mesmo jeito e vai passando o tempo, os pacientes vão saindo, uns não resistem mas não é por falta de assistência da gente, às vezes é por falta de material, de outras coisas mas a gente faz o que pode (Paula).
 [...] acho que depois do estresse a palavra chave do hospital de modo geral é imprevisto [...] (Bianca).

Verifica-se que é necessária astúcia dos trabalhadores para conseguirem atingir os objetivos da tarefa. Dejours (2011c, p. 323) em suas pesquisas verificou que a fraude, ou no caso aqui citado, os imprevistos são “procedimentos que permitem alcançar um objetivo, afastando-se da regra, sem, contudo trair os princípios”. Esse imprevisto aparece não como escolha dos trabalhadores, mas sim pela necessidade de ter que realizar o trabalho.

Dejours (2011c) afirma que a fraude é uma forma de regulação coletiva do trabalho e que, eventualmente, acaba por substituir a organização prescrita. Nessa direção os trabalhadores constroem um estilo de trabalhar, característico de cada equipe. Pelas falas expostas, percebe-se que o estilo da equipe do PSRN é de sempre improvisar em relação aos instrumentais, visando garantir prestação dos cuidados ao paciente.

Dejours (2012) afirma que enfrentar o que ainda não está dado pela organização (prescrita) do trabalho diz respeito à mobilização da inteligência criativa. Isso é o fator positivo do trabalho, porém, essa criação também surge ligada a um sacrifício dos trabalhadores para conseguirem executar sua atividade:

Por que o certo é a gente fazer da maneira, as técnicas do jeito que a gente aprende, mas devido à necessidade você tem que criar, o paciente tem que ser assistido e o procedimento tem que ser realizado. Então você tem que criar e isso aí você perde tempo atrás de material, uma conexão que não tem centro, você tem que ir atrás de uma outra coisa, entendeu, e, você perde tempo e, às vezes, também o paciente perde com isso, por que não está sendo feito da maneira que deveria ser, mas a gente tem que fazer, o paciente precisa (Regina).

O mesmo autor sustenta que trabalhar é também viver junto e, para isso, é necessário que os trabalhadores cheguem a alguns acordos referentes às maneiras de execução da atividade. Porém essa mobilização dos trabalhadores necessita de uma retribuição da organização do trabalho para evitar a desmobilização do coletivo e o aumento do grau de sofrimento (DEJOURS, 2012).

Na situação exposta, observa-se um intenso grau de sofrimento e, em alguns momentos, os profissionais compararam trabalhar nessas condições com o cenário de uma guerra:

[...] a gente fala que a gente trabalha em regime de guerra né, a gente faz o que pode na verdade (Nelson).

Eu me sinto uma guerreira trabalhando no PSRN, porque é um desafio a cada dia. Aqui você nunca sabe o que vai acontecer, você entra no PSRN, tipo assim, preparada para tudo, tudo mesmo, porque tudo pode acontecer nesse PSRN (Daiana).

É como se a gente fosse a linha de frente, leva logo as rajadas [...] (Ingride).

É eu disse: eu preciso me preparar psicologicamente pra voltar, eu falo assim, um campo de, uma concentração de guerra né. Porque aqui o PSRN, tanto lá na frente como quando você entra, até chegar aqui dentro é isso aí, é paciente no corredor, em cima de um colchão no chão mesmo (Regina).

Alcântara (2005), em sua tese de doutorado sobre o gerenciamento do cuidado em situações de guerra, afirma que, no cenário de guerra, os espaços não são adequados, as enfermarias são improvisadas e a equipe de enfermagem deve estar preparada para atuar de imediato, quando solicitada. Sobre a atuação da enfermagem nessa situação, a autora afirma que “fatores como observação rigorosa, criatividade e decisão serão sua bússola para cuidar: terá que ser ágil na observação do todo e das partes e quando agir não poderá contar com instrumentos de uso diário e comuns na enfermagem hospitalar [...]” (ALCANTARA, 2005, p. 99).

A partir do estudo de Alcântara (2005) e das falas dos participantes da pesquisa, percebe-se que o cenário do PSRN realmente é bem próximo do da enfermagem em uma situação de guerra. Ao fazer uma comparação entre a atuação do enfermeiro hospitalar e o enfermeiro em cenário de guerra, a autora afirma que o profissional no hospital “[...] com certeza tem mais segurança, recursos e não precisa ultrapassar os limites de suas atribuições” (ALCANTARA, 2005, p. 149). Observa-se que essa expectativa em relação ao trabalho no hospital não é contemplada no PSRN onde os profissionais cotidianamente ultrapassam os limites de suas atribuições para conseguirem prestar assistência aos pacientes sem as condições adequadas.

Na atuação em um cenário de guerra não existem protocolos formais de cuidado e o profissional já está ciente de que deverá lidar com situações nas quais deve decidir como a assistência será realizada (ALCANTARA, 2005). Porém, os pacientes do PSRN não vêm de uma guerra e, apesar disso, os trabalhadores do hospital trabalham em um ambiente degradante, sem condições físicas e materiais adequados e correndo riscos eminentes de adoecimentos.

De modo geral, verifica-se a necessidade de se valorizar esse empenho dos trabalhadores em cumprir com a assistência sem disporem das condições mínimas para tanto. Pitta (1999) afirma a importância de se valorizar, inclusive, as “tecnologias informais e domésticas no desempenho das atividades” tendo em vista a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

O reconhecimento é de suma importância, mas também é necessária a mudança desse cenário para se evitar a banalização do mal. Para Dejours (2006, p. 76), a banalidade do mal “diz respeito à maioria dos que se tornam zelosos colaboradores de um sistema que funciona mediante a organização regulada, acordada e deliberada da mentira e da injustiça”. Considera-se que a realidade vivenciada no PSRN, também, pode ser considerada uma situação de banalização das condições de trabalho pelas representações políticas da saúde no Estado de Rondônia, para com os trabalhadores e usuários daquele local.

Assim, a realização dos imprevistos já é esperada em qualquer situação de trabalho, visto que sempre existe a distância entre o que está prescrito e a atividade a ser executada. Porém, para Dejours (2012), esse espaço é de sofrimento e somente por meio da utilização da inteligência criadora ou *métis* é possível resistir a esse sofrimento e chegar a uma solução para a situação. No entanto, o uso dessa inteligência é, também, a realização de um sacrifício para os trabalhadores, e, se esse sacrifício não for reconhecido, isso pode gerar adoecimento nos trabalhadores.

Tal situação é recorrente no PSRN, pois foi percebida em vários momentos a queixa dos profissionais em relação à falta de reconhecimento do trabalho realizado. Para Dejours (2012), o reconhecimento está diretamente relacionado à saúde mental pois significa a conquista da identidade pelo trabalho e diz respeito à realização de si mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os depoimentos da equipe de enfermagem do PSRN são, ao mesmo tempo, reflexivos e propositivos, de modo que representam os dilemas dos trabalhadores na realidade desse hospital público do Estado de Rondônia. O primeiro ponto que chama a atenção é relacionado às condições de trabalho a que são submetidos os trabalhadores. Em muitas falas repete-se a falta de itens essenciais para a execução das atividades da assistência. Alguns depoimentos

são verdadeiras denúncias sobre as condições inadequadas do local, tanto para os pacientes como para os trabalhadores da instituição.

Constatam-se várias queixas de sofrimento em razão das condições de trabalho. Os trabalhadores relatam sentirem-se impotentes para executarem o serviço com a qualidade esperada pela falta de materiais. Os trabalhadores comparam a vivência no PSRN a um cenário de guerra e se colocam como se estivessem na linha de frente da batalha. A partir dessa analogia, pode-se perceber o sofrimento dessas pessoas, pois uma guerra é uma situação de luta pela sobrevivência, na qual a dor está presente de forma constante.

Observa-se, então, que a organização do trabalho no PSRN é complexa. Ainda que existam algumas regras a serem cumpridas, os trabalhadores relatam ter de quebrá-las diariamente, pois se relacionam a uma situação ideal, muito distante da realidade do hospital. Considera-se que tal situação leva ao entrave do exercício da inteligência criadora, pois os trabalhadores estão limitados pela falta de condições de exercer suas atividades pertinentes à enfermagem.

O entrave da inteligência criadora é uma fonte de sofrimento no trabalho, principalmente quando não existe o reconhecimento pelas atividades executadas pelos trabalhadores. Os profissionais queixaram-se da falta de reconhecimento no trabalho, tanto por parte dos gestores como da população atendida. São trabalhadores que cotidianamente se sacrificam pelo hospital e não recebem a devida retribuição, o que é potencialmente causador de adoecimentos.

Na dinâmica entre prazer e sofrimento no trabalho, os trabalhadores devem ser incluídos nas decisões referentes a sua atividade, pois isso implica o reconhecimento de seus esforços para a boa qualidade do trabalho. No entendimento ampliado de gestão, compreende-se que os trabalhadores também realizam a gestão de sua atividade ainda que com um poder desigual em relação aos detentores dos cargos de chefia e direção.

Assim, verificou-se a necessidade de se realizar ações voltadas à promoção de saúde mental dos trabalhadores como a instituição de espaços de escuta e inclusão dos profissionais nas decisões da gestão. Compreende-se que os profissionais detêm o saber sobre a sua atividade e devem ser incluídos nos processos de tomadas de decisão. Os próprios participantes da pesquisa citaram a necessidade de serem ouvidos sobre a organização do trabalho no PSRN e sugeriram propostas para melhoria das condições de trabalho no hospital.

O “SUS que dá certo” é produzido por erros e acertos na tentativa de transformar as práticas existentes. Assim, verifica-se a necessidade de se ampliar as pesquisas que tenham como foco os trabalhadores da saúde e, principalmente, compreender as estratégias utilizadas para lidarem com as situações de sofrimento que vivenciam em seus locais de atuação.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L. M. **A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra**. Tese (doutorado) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

BARROS, M. E. B. et al. A experiência do programa de formação em saúde e trabalho em um hospital público com serviço de urgência. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí – RS: Editora Unijuí, 2007. p. 185-202.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs.) **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí-RS: Unijuí, 2009, p. 11-15.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 363-368, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a08.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2013.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. **Saúde mental e trabalho: leituras**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 173-190.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. amp. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A resistência. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2011e. p. 473-492.

_____. A saúde mental entre impulsos individuais e requisitos coletivos (sublimação e trabalho). In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011a, p. 409-430.

_____. Alienação e clínica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2011c. p. 255-339.

_____. Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração da energia com combustível nuclear. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011b, p. 341-379.

_____. Inteligência prática e sabedoria: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2011d. p. 381-407.

_____. Trabalho vivo. Tomo II. Trabalho e emancipação. Brasília: Paralelo 15, 2012.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. Saúde mental no trabalho: da teoria a prática. In: UCHIDA, S.; LACMAN, S.S; SZNELWAR, L.dal. **Contribuições da psicodinâmica do trabalho para o desenvolvimento de Ações Transformadoras no Processo Laboral em Saúde Mental**. São Paulo: Roca, 2010, pg. 191-209.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14. n. 2, p. 13-18, jan-mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05.pdf>. Acesso em 22 jul. 2013.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS-FILHO, S. B. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. **Rev. Tempus - Actas de Saúde Coletiva** - O Trabalho em Saúde, Brasília, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/987/923>. Acesso em 24 jan. 2013.

SOBRE OS AUTORES

Andréa Vieira Zanella

Professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina e bolsista em produtividade do CNPq. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, mestrado e doutorado em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Realizou estudos pós-doutorais na Università Degli Studi di Roma La Sapienza e estudos complementares na UFRGS. Foi coeditora da Revista Psicologia & Sociedade entre 2008 e 2011 e integrou a Direção Nacional da ABRAPSO (gestões 2010-2011 e 2012-2013). Desenvolve projetos de pesquisa e extensão na área de Psicologia Social com os seguintes temas: relações estéticas, éticas e processos de criação; psicologia social e arte; educação estética. Têm publicações na forma de livros, capítulos de livros e artigos, vários destes disponíveis on-line. Desenvolve atualmente atividades junto à CAPES na condição de coordenadora adjunta da Câmara II – Sociais e Humanidades, Área Interdisciplinar.

Aryanne Pereira de Freitas

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (2003). Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia em Saúde e Processos Psicossociais. Especialista em Psicologia do Trânsito, pelo Conselho Federal de Psicologia e Professora na FIMCA - Faculdades Integradas Aparício Carvalho.

Ana Lígia Oliveira de Freitas

Graduada em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia.

Carlos Alberto Pegolo da Gama

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP 1990), mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP 2001) e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (UNICAMP 2011). É professor

Adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Planejamento e Gestão, com ênfase na Avaliação de Serviços Públicos de Saúde. Trabalha com temas ligados a: Instituições de saúde, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e equipamentos ligados à Reforma Psiquiátrica.

Cristiane Brum Marques de Mattos

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. Bacharel em Psicologia pela URI (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões), possui Especialização em Psicologia Clínica - Formação em Terapia de Casal e Família pelo CEFI (Centro de Estudos da Família e do Indivíduo), ainda, Pós Graduação em Gestão de Pessoas pela Uniron. Tem experiência em acompanhamento e coordenação de grupos, sólida prática em processos psicoterapêuticos.

Denise Alves Guimarães

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2010). Professora Adjunta da Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro-Oeste em Divinópolis. Mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - UFMG (2004). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1993). Principais áreas de atuação: Psicologia Social e Saúde Coletiva. Projetos na área de Envelhecimento e HIV/aids; Educação em Saúde; Sexualidade e Prevenção de DST/Aids. Líder do Grupo de Pesquisa Educação em Saúde e pesquisadora no Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação de Novas Tecnologias em Saúde.

Denise Teodoro Sampaio

Possui graduação em Fisioterapia pela União das Faculdades Claretianas de Batatais (UNICLAR) (1998), especialização em Ortopedia e Traumatologia nas Patologias e Cirurgias do Joelho pela União das Faculdades Claretianas de Batatais (UNICLAR) (1999), especialização em Fisioterapia Manual e Cinesioterapia pela Faculdade São Lucas (FSL) (2009) e mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR) (2012). Atualmente é professora das disciplinas de Fisioterapia Manipulativa, Cinesiologia e Biomecânica I, Cinesioterapia e Supervisora de Estágio de Ortopedia, Traumatologia e Reumatologia do curso de fisioterapia da Faculdade São Lucas. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia Ortopédica, atuando principalmente nos seguintes temas: Postura Corporal, Terapia Manual, Reabilitação Ortopédica, Reumatológica e Traumatológica.

Fernando Henrique Melo Silva

Graduado em psicologia na Universidade Federal de Rondônia. Durante a graduação estagiou nas áreas de psicopedagogia e terapia cognitivo-comportamental. Cumpriu estágio extra-

curricular no Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, no qual realizava entrevistas psicológicas supervisionadas por psicólogos da instituição com adolescentes que cometeram atos infracionais. Possui breve experiência em pesquisa ligada à Psicologia referente ao uso de crack. Foi pesquisador bolsista de iniciação científica do Programa PIBIC/CNPq, no projeto intitulado "Avaliação do perfil sócio-demográfico, sintomas de ansiedade e indicativos de depressão em usuários de crack em tratamento nas principais cidades do Estado de Rondônia". Participou do Programa PET-SAÚDE, no projeto "Droga!... Barato que sai caro!" e é membro voluntário do Centro Regional de Referência para Crack e Outras Drogas (CRR/SENAD/UNIR).

Fabício Ricardo Lopes

Acadêmico do curso de Psicologia (2010) pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Durante dois anos foi bolsista de iniciação científica realizando pesquisas fundamentadas na psicologia escolar crítica, investigando políticas públicas educacionais na rede estadual de ensino de Porto Velho (RO). Integrante do Grupo Amazônico de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Educação (GAEPPE). Atua na área de Psicologia Escolar, com ênfase nos seguintes temas: políticas públicas educacionais, melhoria da qualidade do ensino, anos iniciais, rendimento escolar.

Fátima Aparecida de Souza Maia Queiroga

Graduada em Psicologia pela Fundação Educacional de Bauru-SP e doutora em Psicologia pela Universidad de La Habana (revalidado pela Universidade Federal do Pará). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. Coordena o Laboratório de Psicologia Experimental (desde 1992). Foi coordenadora do Núcleo de Rondônia da ABEP (Associação Brasileira de Ensino de Psicologia). Responsável pela elaboração do projeto e pela implantação do Laboratório de Psicologia Experimental (1992) e membro da comissão de implantação da clínica de Psicologia/SPA/UNIR.

Fernanda Lima Fonseca

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2015). Atualmente é da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Psicologia.

Francielle Xavier Dias

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2010). Especialista em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (2012). Atualmente é mestranda do Programa de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP - USP). Pesquisadora no Observatório de Violência e Práticas Exemplares, da Universidade de São Paulo. Atuou como psicóloga

clínica nos serviços de atenção primária e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS III).

Graciele Mariane de Oliveira Castoldi

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia, estágio em psicologia da saúde e psicopedagogia.

Halanderson Raymisson da Silva Pereira

Possui graduação em psicologia pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (2011), possui especialização em Psicologia Jurídica pela Faculdade Católica de Rondônia - FCR (2012), Mestre em Psicologia pela UNIR na linha de saúde e processos psicossociais (2014). Professor do curso de Psicologia na FIMCA - Faculdades Integradas Aparício Carvalho; psicólogo no Centro de Referência Especializado de Assistência Social, atuando no Serviço de Acolhimento Institucional (SAIN). Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: psicologia do desenvolvimento humano, psicologia jurídica, psicanálise e políticas públicas de assistência social.

Iracema Neno Cecilio Tada

Graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1985). Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano no Contexto Sócio Cultural pela Universidade de Brasília (1994). Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente é Professora Associada do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha de Psicologia Escolar e Processos Educativos da Universidade Federal de Rondônia desenvolvendo pesquisas sobre: formação e atuação do psicólogo escolar; medicalização da Educação; políticas públicas em Educação; processos de ensino e de aprendizagem; inclusão escolar; educação especial. É líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Centro de Pesquisa em Formação da Pessoa/CEPEFOP, cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa/CNPq. É associada da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – ABRAPEE. Foi coordenadora da ABRAPEEE – Representação Rondônia. É membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade Rondônia e Acre. É membro do GT Psicologia e Políticas Educacionais da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia – ANPEPP.

João Gabriel Neves de Sousa

Graduando do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), iniciante em Teatro, Música e Vídeo, tendo realizado experiências nessas áreas. Orienta sua formação para processos de comunicação e relacionamento.

José Carlos Barboza da Silva

Possui graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia do Recife (1988), especialização pela Fundação Universidade Federal de Rondônia (1996) e mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal de Rondônia com doutorado em Educação Escolar pela UNESP/Araraquara (2010). Tem experiência nas áreas de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: Psicanálise, Psicopatologia e Técnicas Psicoterápicas; de Educação, com ênfase em Formação Profissional, Políticas Públicas Educacionais e Currículo. Atuou como psicólogo em hospital psiquiátrico e consultório particular, além de atualmente supervisionar estágio curricular em Saúde Mental no Departamento de Psicologia da UNIR/RO. É conferencista nas áreas de Psicologia e Educação. Foi membro Permanente do Comitê de Ética na Pesquisa do Núcleo de Saúde da UNIR/RO e membro e Presidente de Banca de comissões julgadoras em concursos públicos para Professor em Psicologia. Autor do livro: As Políticas Educacionais e a Formação do Profissional da Psicologia: suas implicações para a atuação profissional. Professor colaborador do Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI), na Linha de Saúde e Processos Psicossociais do Departamento de Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR/RO).

José Juliano Cedaro

Psicólogo. Professor da graduação e do mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Realiza pesquisas e executa projetos de extensão universitária na área da Psicologia da Saúde. Graduação (UNIR: 1989-1993), Mestrado (USP: 1997-2000), Doutorado (USP: 2001-2005), Pós-doutorado (USP: 2011- 2012).

Leandro César da Silva

Acadêmico do curso de medicina da Universidade Federal de São João del Rei. Os temas de interesse e atuação em pesquisa e extensão são: DST/aids, Infectologia, Genética Médica, Geriatria e Gerontologia. Possui iniciação científica em Epidemiologia Molecular do Vírus da Dengue e atualmente pesquisa sobre o Envelhecimento e HIV sob o ponto de vista Psicossocial. Participou do PET Saúde-VS Dengue e participa do PET Sexualidade: Educação em Saúde, Prevenção das DST e Aids. Foi presidente e fundador da Liga Acadêmica de Infectologia da UFSJ(LAI-UFSJ).

Lidiane Ferreira Leite

Mestranda do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia -UNIR, na linha de pesquisa Psicologia Escolar e Processos Educativos. Graduada em psicologia pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (2011).

Luís Alberto Lourenço de Matos

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1985), mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2000) e doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2005). É professor associado da Universidade Federal de Rondônia, atuando na graduação e no mestrado em Psicologia. Pesquisador do Centro de Pesquisa em Formação da Pessoa (CEPEFOPE) da Universidade Federal de Rondônia. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Escolar, atuando principalmente nos seguintes temas: ensino superior e trabalho docente e Psicologia da Saúde: estresse, enfrentamento e HIV/aids.

Luiz Carlos Avelino da Silva

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1985), mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (1993) e doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é professor da Universidade Federal de Uberlândia. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em clínica e saúde mental, trabalhando principalmente com os seguintes temas: saúde mental, psicopatologia, exclusão social e subjetividade.

Lorraine Soares Rodrigues

Psicóloga, graduada na Universidade Federal de Rondônia. Com estágio curricular em psicopedagogia e psicoterapia de orientação analítica e estágio extra-curricular no Tribunal de Justiça no Núcleo psicossocial Maria da Penha e na Defensoria Pública do Estado de Rondônia no núcleo psicossocial Maria da Penha.

Maria Mendonça de Andrade

Pedagoga, graduada pela Universidade Federal de Rondônia (2003). Pós-graduada pela Universidade Federal de Rondônia em Metodologia do Ensino Superior (2007). Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Rondônia (2014). Professora do Quadro Secretaria do Estado de Rondônia-SEDUC (2004).

Marli Lúcia Tonatto Zibetti

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1988), mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2000), doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2005) e Pós-Doutorado pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (2014). É professora associada da Universidade Federal de Rondônia, na graduação e no Mestrado em Psicologia. Membro do GT Psicologia e Políticas Educacionais da ANPEPP. Pesquisadora e líder do Grupo Amazônico de estudos e pesquisas

em Psicologia e Educação (GAEPPE). Tem experiência em pesquisas no campo da Educação e da Psicologia Escolar investigando principalmente os processos de escolarização, políticas públicas e formação de Professores.

Mychel de Oliveira Silva

Graduando do quarto período de Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), com ênfase em Psicologia do Trabalho e Saúde Mental do Trabalhador. É membro do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Trabalho na Amazônia (CEPEST).

Oswaldo Norbim Prado Cunha

Mestre em Comunicação Social (UFMG). Especialista em Imagens e Culturas Midiáticas (UFMG). Graduado em Publicidade e Propaganda (PUC Minas). Graduando em Medicina (UFSJ), campus CCO.

Pedro Vasconcelos Corrêa

Mestre em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. Pesquisador do Centro de Pesquisa em Formação da Pessoa.

Rita de Cássia Santa Fé Borges Duarte

Possui Graduação em Psicologia pela Universidade da Amazônia (1998) e Formação em Psicologia em 2000 pela Universidade da Amazônia. Atualmente faz parte do quadro funcional do IFRO - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RONDÔNIA. Atualmente atuando como Psicóloga do SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Tendo experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Organizacional e do Trabalho, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde do Trabalhador, SUS, controle social, avaliação psicológica, humanização, clínica do trabalho.

Rosângela Dutra de Moraes

Professora da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas/UFAM, nível Adjunto IV. Atuando na graduação e no mestrado em psicologia, na área de Psicologia do Trabalho e Organizacional, com ênfase na teoria psicodinâmica do trabalho. Coordenadora do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFAM. Pós- Doutorado no CNAM – Paris. Doutorado em Ciências (NAEA/UFPA), com doutorado "sandwich" na Faculdade de Psicologia da Universidade Autônoma de Madrid, Espanha. Mestrado em Educação (UFAM);. Especialista em Psicologia (UFPA) Clínica e Psicóloga (UFPA). Membro da Associação Nacional de Pesquisa Pós-Graduação em Psicologia.

Simone Araújo da Silva

Graduada em Psicologia (2011) e Mestrado em Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (2014). Atualmente, é psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) em Porto Velho, RO. Atua e desenvolve pesquisas nas áreas de Psicologia Clínica de orientação psicanalítica e Saúde Mental.

Taís Poncio Pacheco

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. Possui especialização em Saúde Pública pela Faculdade São Lucas em Porto Velho/Rondônia. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Atualmente é Psicóloga da Universidade Federal de Rondônia.

Vânia Damasceno Costa

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (2009). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia, na linha de Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais. Experiência na área de Psicologia Hospitalar. Durante a formação em Psicologia, participação como estagiária do Tribunal de Justiça de Rondônia por dois anos (2007-2009); Participação no projeto de extensão da universidade intitulado: Projeto Calama-Ribeirinhos do Rio Madeira. Estágio na Policlínica da capital, atuação junto ao Programa de Saúde da Família.

Vanderléia de L. Dal Castel Schlindwein

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, em 2007. Professora, adjunto III do Programa de Pós-Graduação e Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia/ UNIR. Coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Trabalho na Amazônia (CEPEST). Atua principalmente na área de Psicologia do Trabalho, com ênfase em Saúde do Trabalhador e Saúde Mental e Trabalho. Desenvolve estudos e pesquisas sobre temas relacionados ao prazer e sofrimento no trabalho, entre os servidores públicos federais de Rondônia.