



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

**ESCUA CLÍNICA DO TRABALHO E (RE)SIGNIFICAÇÃO
DO SOFRIMENTO DE PROFESSORAS READAPTADAS**

Graziele Alves Amaral

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Magnólia Mendes

Brasília

2018

GRAZIELE ALVES AMARAL

**ESCUITA CLÍNICA DO TRABALHO E (RE)SIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO DE
PROFESSORAS READAPTADAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da
Universidade de Brasília como requisito à obtenção
do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Magnólia Mendes

**Brasília
2018**

Tese defendida em 05 de abril de 2018, avaliada pela banca examinadora constituída por:

Profa. Dra. Ana Magnólia Mendes
Presidente da Banca Examinadora
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Johnny Javier Orejuela Gómez
Membro Externo
Facultad de Psicología - Universidad EAFIT de Medellín

Profa. Dra. Lêda Gonçalves de Freitas
Membro Externo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Católica de Brasília

Prof. Dr. Fernando de Oliveira Vieira
Membro Externo
Departamento de Administração – Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Ana Lúcia Galinkin
Membro
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Ao meu amor, Érico, que me mostra a cada dia
o verdadeiro significado da palavra
companheirismo.

Agradecimentos

Ao meu grande amor e companheiro, Érico, que foi o meu porto seguro e encorajador ao longo de todo esse processo de doutoramento. Só você conhece todos os obstáculos e desafios que enfrentei e o significado de cada um deles para mim, para você e para nós. Tudo o que você fez por mim e pelas nossas pequenas ficará marcado para sempre em nossos corações.

Às minhas amadas filhas Letícia e Isabela, que fizeram valer à pena cada um dos 60.000 quilômetros percorridos ao longo desses três anos: ver o sorriso de vocês a cada retorno diluía todo cansaço. Quando crescerem vão entender o significado disso; hoje, basta que sintam que fiz tudo isso por amor.

Agradeço imensamente à minha orientadora Ana Magnólia Mendes, que fez da nossa convivência um grande aprendizado para mim. Além da sua grandiosidade como professora, orientadora e pesquisadora, admiro também sua generosidade. E sou muito grata por ter podido conviver e aprender com você... sigamos nessa parceria.

Aos meus pais, que nunca pouparam esforços para oferecer aos filhos o maior legado: o estudo. Obrigada pelo exemplo de vida, de dedicação e de trabalho. Com vocês, aprendi valores que me guiam e me fortalecem.

À minha irmã, Letícia, pela amizade, pelo apoio e admiração, por ser sempre ouvido tão atento e pela doçura de suas palavras nos momentos mais difíceis. Ao meu irmão, Mateus, que esteve perto de mim nos momentos iniciais dessa caminhada, pelas palavras de força e encorajamento.

Às minhas queridas avós, Emília e Maria, de quem eu tive que me despedir ao longo dessa caminhada do doutorado. A tristeza da despedida não apaga a alegria de ter convivido com pessoas tão generosas e sábias como vocês. Sei que, de onde estiverem, estão torcendo por mim, como sempre fizeram.

À querida amiga Fernanda Duarte. Ter conhecido e convivido com uma pessoa tão incrível como você foi muito especial. As águas de coco durante os intervalos das aulas, as orientações quando eu estava desorientada, as risadas, as brincadeiras... enfim, ficarão na memória tantos momentos agradáveis que faziam a caminhada parecer mais fácil.

Agradeço também à amizade da Victoria Gómez, companheira e ouvinte com quem pude dividir muitas angústias e também conquistas ao longo dessa caminhada. Às minhas queridas amigas Marcela Moraes, Giuliana Macêdo, Ana Flávia Sales e Lívia Sayuri: saber que posso sempre contar com você é uma dádiva.

À parceria com as estagiárias Evelyn Cavalcanti e Juliana Caldas, que estiveram comigo na escuta da clínica do trabalho com as professoras. Muito mais que estagiárias, vocês me ajudaram nos momentos de dúvidas e inseguranças nessa difícil tarefa de escutar o sofrimento do outro. Estejam certas de que aprendi muito com vocês.

Aos queridos colegas da Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB, que me ensinaram, no real do trabalho, o verdadeiro sentido do que é um coletivo. Laene Gama, Murylo Galvão, Katsumi Takaki, Giuliane Pimentel, Arij Chabrawi, Luciane Araújo, Thomaz Augusto e Kevin Freitas... estar com vocês foi engrandecedor e muito prazeroso.

Agradeço também aos queridos colegas que me inspiraram a fazer parte desse grupo: Emílio Facas e Liliam Ghizoni; ver o entusiasmo de vocês ao falarem das pesquisas que realizavam com a Ana Magnólia e com o LPCT me impulsionou a buscar esse caminho.

Aos professores que aceitaram participar dessa Banca Examinadora, Prof. Johnny Orejuela, Profa. Lêda Golçalves, Prof. Fernando Vieira e profa. Ana Lúcia Galinkin, por dedicarem tempo à leitura do meu trabalho. Aos professores Johnny e Lêda, também agradeço às valiosas contribuições que deram na minha qualificação, que foram guias importantes para seguir na construção dessa tese.

Ao Sindicato dos Professores do Distrito Federal (Sinpro/DF), que me abriu as portas para a realização dessa pesquisa. E à querida Thiele Castro, que possibilitou essa interlocução com o sindicato e com as professoras que fizeram parte dessa pesquisa.

Ao profissionalismo e à escuta atenta da minha psicanalista Daniela Boianovsky. Estando comigo na caminhada rumo ao inconsciente, pude encontrar em mim forças que nem eu sabia que eu tinha.

E por fim, um agradecimento especial às professoras readaptadas que fizeram parte da clínica do trabalho que deu origem a essa tese. É com muito respeito e admiração que me refiro a vocês, trabalhadoras que dividiram conosco seu sofrimento, em busca de uma escuta que pudesse aliviá-lo. Acompanhar o processo de vocês foi, com certeza, um dos aprendizados mais ricos da minha vida. Muito obrigada!

Não sei
Cora Coralina

Não sei...
se a vida é curta
ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.

RESUMO:

A presente pesquisa tem como objeto a significação do sofrimento por meio da análise da mobilização subjetiva de professores readaptados, com base no referencial teórico e metodológico da Psicodinâmica do Trabalho. Os estudos em clínica do trabalho, realizados desde a década de 1990 no Brasil, têm focado a mobilização subjetiva ou a (re)significação do sofrimento com trabalhadores em situação de “normalidade” e não em adoecimento afastados do trabalho. Define-se mobilização subjetiva como um processo intersubjetivo que se caracteriza pelo engajamento da subjetividade do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, passando pela dinâmica contribuição-retribuição simbólica e pela cooperação. Por meio de uma operação simbólica que leva ao resgate do sentido do trabalho, a mobilização subjetiva possibilita a transformação do sofrimento e, assim, a vivência de prazer no trabalho. A readaptação profissional é um dispositivo do poder público que se destina a servidores que adoeceram e cujo adoecimento levou a limitações laborais. O processo de readaptação envolve o afastamento do trabalho e a reinserção laboral, por meio do qual os trabalhadores são realocados em cargos com atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação física ou psíquica que tenham sofrido. A escuta clínica do sofrimento é usada na clínica do trabalho. Ao privilegiar a fala num espaço de escuta, coloca a palavra em ação e abre uma possibilidade de repensar as dimensões visíveis e invisíveis da organização do trabalho e dos laços sociais construídos na relação dos sujeitos com o real do trabalho. Nessa pesquisa, os dispositivos utilizados foram: análise da demanda, transferência e interpretação. Isto posto, partiu-se da tese de que a aplicação dos dispositivos da escuta clínica do sofrimento no trabalho poderia produzir efeitos nos modos de mobilização subjetiva em um grupo de professores readaptados. Como objetivo da pesquisa, pretendeu-se analisar os modos de significação do sofrimento por meio da análise dos efeitos dos dispositivos de escuta clínica do sofrimento no trabalho sobre a mobilização subjetiva de professores readaptados. Foi utilizado o método da clínica do trabalho. Os participantes dessa pesquisa foram professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal, que participavam da clínica do trabalho oferecida pelo Sindicato dos Professores (SinPro/DF). Foram realizadas 22 sessões das quais participaram de duas a sete professoras. As sessões foram conduzidas por duas clínicas-pesquisadoras, com duração média de uma hora e meia cada. As supervisões clínicas semanais aconteceram com o coletivo de pesquisadores, composto pelas duas clínicas-pesquisadoras, a supervisora e alunos do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho/UnB. Ao longo do processo clínico, foram utilizados quatro instrumentos: a gravação em áudio das sessões, o memorial e o diário de campo e o registro da supervisão. Os dados compostos por sessões transcritas, memoriais, diários de campo e registros das supervisões foram analisados seguindo a técnica Análise Clínica do Trabalho em suas três etapas: Análise dos Dispositivos Clínicos, Análise da Psicodinâmica do Trabalho e Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho. A partir da clínica do trabalho realizada, pôde-se observar um reposicionamento subjetivo dos sujeitos, que passaram a se sentir mais fortalecidas para lidar com o sofrimento do adoecimento e da readaptação, já que a clínica permitiu que se desapegassem das ilusões missionárias sobre seu trabalho e construíssem uma narrativa mais autônoma. Mas a mobilização subjetiva, como um processo de resgate do sentido e do prazer no trabalho, não foi possível de ser alcançada na clínica. Esse resultado não se deve ao uso inadequado dos dispositivos clínicos, mas ao fato de o trabalho na readaptação se constituir em um trabalho morto, inclusive no sentido de contribuir para o isolamento e a exclusão dessas profissionais, levando ao desmoronamento dos laços sociais e à impossibilidade de uma mobilização coletiva potente o suficiente para mudar as questões estruturais desse não-trabalho a que estão submetidas. Apesar de defender a impossibilidade de mobilização subjetiva em um trabalho morto, a grande contribuição da clínica do trabalho realizada foi no sentido de demonstrar a potência política da clínica do trabalho a partir de novos destinos que as professoras adoecidas puderam dar ao sofrimento.

Palavras-chave: mobilização subjetiva, significação do sofrimento, readaptação profissional, clínica do trabalho, psicodinâmica do trabalho.

RESUMEN:

El presente estudio tiene como objetivo la significación del sufrimiento por medio del análisis de la movilización subjetiva de profesores reubicados a partir del marco teórico y metodológico de la Psicodinámica del Trabajo. Los estudios en clínica del trabajo realizados desde la década de 1990 en Brasil han enfocado la movilización subjetiva o la (re)significación del sufrimiento con trabajadores en situaciones de “normalidad” y no en licencias por enfermedades del trabajo. La movilización subjetiva se define como un proceso intersubjetivo que se caracteriza por el compromiso de la subjetividad del trabajador y por el espacio público de discusión sobre el trabajo, pasando por la dinámica contribución-retribución simbólica y la cooperación. Por medio de una operación simbólica que lleva al rescate del sentido del trabajo, la movilización subjetiva posibilita la transformación del sufrimiento y así, la vivencia de placer en el trabajo. La reubicación profesional es un dispositivo del poder público que se destina a funcionarios que enfermaron y cuya enfermedad llevó a limitaciones laborales. El proceso de reubicación envuelve licencias de trabajo y la reinserción laboral, por medio del cual los trabajadores son reubicados en cargos con atribuciones y responsabilidades compatibles con la limitación física o psíquica que tengan sufrido. El escucha clínica del sufrimiento es usado en la clínica del trabajo. Al privilegiar el habla en un espacio de escucha, coloca la palabra en acción y abre posibilidades de repensar las dimensiones visibles e invisibles de la organización del trabajo y de los lazos sociales construidos en la relación de los sujetos con lo real del trabajo. En esta investigación, los dispositivos usados fueron: análisis de la demanda, transferencia e interpretación. A partir de lo expuesto, se defiende la tesis de que la aplicación de los dispositivos de escucha clínica del sufrimiento en el trabajo produce efectos en los modos de movilización subjetiva en un grupo de profesores reubicados. El objetivo de la investigación fue analizar los modos de significación de sufrimiento, por medio del análisis de los efectos de los dispositivos de escucha clínica del sufrimiento en el trabajo sobre la movilización subjetiva de los profesores reubicados. Fue utilizado el método de la clínica del trabajo. Los participantes de la investigación fueron profesores reubicados de la red pública de enseñanza del Distrito Federal, que participaban de la clínica del trabajo ofrecida por el Sindicato de los Profesores (SinPro/DF). Fueron realizadas 22 sesiones, en las cuales participaron de dos a siete profesoras. Las sesiones fueron conducidas por dos clínicas-investigadoras, con duración de una hora y media cada. Las supervisiones clínicas sucedieron con el colectivo de investigadores, compuesto por las dos clínicas-investigadores, la supervisora y alumnos del Laboratorio de Psicodinámica y Clínica del Trabajo/UnB. Durante el proceso clínico, fueron utilizados cuatro instrumentos: grabación, memorial, diario de campo y registro de las supervisiones. Los datos, compuestos por sesiones transcritas, memoriales, diarios de campo y registros de las supervisiones, fueron analizados siguiendo la técnica Análisis Clínica del Trabajo en sus tres etapas: Análisis de los Dispositivos Clínicos, Análisis de la Psicodinámica del Trabajo y Análisis de la Movilización del Colectivo del Trabajo. A partir de la clínica del trabajo realizada, se pudo observar un reposicionamiento subjetivo de los sujetos, que pasaron a sentirse más fortalecidos para lidiar con el sufrimiento de la enfermedad y la readaptación, ya que la clínica permitió que se desapeguen de las ilusiones misionarias sobre su trabajo y construyan una narrativa más autónoma. Sin embargo, la movilización subjetiva como un proceso de rescate del sentido y placer en el trabajo, no fue posible de ser alcanzada en la clínica. Ese resultado no se debe al uso inadecuado de los dispositivos clínicos, y si al hecho de que el

trabajo en la reubicación se constituye como un trabajo muerto, inclusive en el sentido de contribuir para la exclusión de esas profesionales. De esa forma, lleva al desmoronamiento de los lazos sociales y a la imposibilidad de una movilización colectiva potente lo suficiente para cambiar las cuestiones estructurales de ese no-trabajo a las que están sometidas. A pesar de defender la imposibilidad de la movilización subjetiva en un trabajo muerto, la grande contribución de la clínica del trabajo realizada fue en el sentido de demostrar la potencia política de la clínica del trabajo a partir de nuevos destinos que las profesoras pudieron dar al sufrimiento.

Palabras Clave: movilización subjetiva, significación del sufrimiento, reubicación profesional, clínica del trabajo, psicodinámica del trabajo.

ABSTRACT:

This research studies the meaning of suffering through the analysis of the subjective mobilization of readapted teachers, based on the theoretical and methodological reference of the Work Psychodynamics. The studies in clinic of work conducted since the 1990s in Brazil have focused the subjective mobilization or the (re)signification of suffering with workers in a situation of "normality" and not in illness away from work. Subjective mobilization is defined as an intersubjective process characterized by the engagement of worker subjectivity and the public space of discussions about work, further the dynamic symbolic contribution-retribution and cooperation. Through a symbolic operation that leads to the rescue of the signification of work, subjective mobilization enables the transformation of suffering and, thus, the experience of pleasure at work. Professional readaptation is a device of the public power that is destined to servers that became ill and which illness led to labor limitations. The process of readaptation involves the withdrawal of work and the reintegration to work by the readaptation, whereby workers are relocated to positions with compatible attributions and responsibilities with the physical or psychological limitation they have suffered. The clinical listening of the suffering is used in the clinic of work. By privileging speaking in a listening space, it puts the word into action and opens up the possibility to rethink the visible and invisible dimensions of work organization and the social bonds built in the relationship of the subjects with the real work. In this research, the devices used were: analysis of the demand, transfer and interpretation. This is based on the thesis that the application of the devices of clinical listening of suffering at work could produce effects on the modes of subjective mobilization in a group of teachers who have been readapted. The objective of this research was to analyze the modes of signification of the suffering through the analysis of the effects of the devices in clinical listening of the suffering at work on the subjective mobilization of readapted teachers. The clinic of work method was used. The participants of this research were readapted teachers from the public school system of the Federal District, who participated of the clinic of work offered by the Teachers' Syndicate (SinPro / DF). Twenty-two sessions were held in which two to seven teachers have participated. The sessions were conducted by two clinics-researchers, with an average duration of one and a half hour each. The weekly clinical supervisions have taken place with a group of researchers, composed of the two clinics-researchers, the supervisor and students of the Laboratory of Psychodynamics and Clinic of Work/UnB. Along the clinical process, four instruments were used: the audio recordings, the memorial, the field diary and the supervision notes. The data composed of transcribed sessions, memorials, field diaries and supervision notes, which were analyzed following the Work's Clinical Analysis technique in its three steps: Analysis of

Clinical Devices, Analysis of the Work Psychodynamics and Analysis of the Mobilization of the Collective of Work. From the clinic of work realized, it was possible to observe a subjective repositioning of the subjects, who felt to be more strengthened to deal with the suffering of illness and readaptation, since the clinic allowed them to detach of the missionary illusions about their work and to construct a more autonomous narrative. But the subjective mobilization, as a process of recovery of signification and pleasure at work, could not be achieved in the clinic. This result is not due to the inadequate use of clinical devices, but to the fact that work on readaptation constitutes a dead work, even in the sense of contributing to the isolation and exclusion of these professionals, leading to the collapse of social ties and the impossibility of a collective mobilization powerful enough to change the structural issues of this non-work to which they are subjected. In spite of defending the impossibility of subjective mobilization in a dead work, the great contribution of the clinic of the work accomplished was in the sense of demonstrating the political power of the clinic of work from the new destinations that the sick teachers could give to the suffering.

Keywords: subjective mobilization, signification of suffering, professional readaptation, clinic of work, psychodynamics of work.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 ADOECIMENTO E READAPTAÇÃO NA DOCÊNCIA | 20 |
| 1.1 O processo de readaptação profissional | 21 |
| 1.2 Breve panorama dos estudos sobre readaptação profissional | 22 |
| 1.3 A readaptação profissional como uma promessa que não se cumpre..... | 29 |
| 2 TRABALHO E SOFRIMENTO: contribuições da Psicodinâmica do Trabalho..... | 33 |
| 2.1 Trabalho, prazer e sofrimento | 33 |
| 2.2 Mobilização Subjetiva | 37 |
| 2.3 Práticas em Clínica do Trabalho | 46 |
| 3 DISPOSITIVOS CLÍNICOS DE ESCUTA DO SOFRIMENTO NO TRABALHO ... | 58 |
| 3.1 Análise da demanda | 62 |
| 3.2 A transferência | 63 |
| 3.3 A interpretação | 65 |
| 4 MÉTODO | 68 |
| 4.1 Participantes | 69 |
| 4.2 Procedimentos | 70 |
| 4.3 Instrumentos | 73 |
| 4.4 Técnica de Análise dos Dados | 74 |
| 4.4.1 <i>O real do trabalho de Análise Clínica do Trabalho.....</i> | <i>75</i> |
| 5 ANÁLISE CLÍNICA DO TRABALHO | 82 |
| 5.1 Módulo Descritivo do Trabalho Vivo | 82 |
| 5.2 Módulo Interpretativo da Clínica do Trabalho | 99 |
| 5.3 Módulo Analítico da Clínica do Trabalho | 121 |
| 6 O TRABALHO VIVO DAS PROFESSORAS: do trabalho docente ao trabalho morto da readaptação..... | 132 |
| 6.1 O trabalho docente..... | 132 |
| 6.2 O processo de adoecimento..... | 137 |
| 6.3 O “trabalho” na readaptação | 142 |
| 6.3.1 <i>O sofrimento na readaptação.....</i> | <i>146</i> |

| | |
|---|------------|
| 6.3.1.1 <i>Elementos de ordem institucional</i> | 146 |
| 6.3.1.2 <i>Elementos relativos aos relacionamentos socioprofissionais</i> | 148 |
| 6.3.1.3 <i>A perda da identidade profissional</i> | 150 |
| 6.4 Estratégias defensivas contra o sofrimento | 154 |
| 6.5 O trabalho morto da readaptação | 157 |
| 7 ESCUTA CLÍNICA DO SOFRIMENTO DE PROFESSORAS READAPTADAS ... | 162 |
| 7.1 Análise da Demanda | 162 |
| 7.2 Transferência | 171 |
| 7.3 Interpretação | 180 |
| 7.4 O uso dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento | 184 |
| 8 MODOS DE SIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO DAS PROFESSORAS READAPTADAS | 188 |
| 8.1 A mobilização do coletivo de pesquisa | 188 |
| 8.2 A mobilização do coletivo de trabalho | 195 |
| 8.3 A mobilização do coletivo: mobilização subjetiva? | 206 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 213 |
| REFERÊNCIAS | 220 |
| ANEXO – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 234 |

INTRODUÇÃO

Os novos modelos de produção, sob a égide da qualidade total e da competitividade global, impõem aos trabalhadores a gestão pelo medo. E cada vez mais sós, os trabalhadores se veem num contexto de banalização do mal e da violência, em que se produz um perfil de sofrimento e de adoecimento completamente novo no mundo do trabalho. Não é incomum observar o assédio moral e a violência psicológica como práticas de gestão (Merlo, 2014). A acumulação flexível trouxe consigo a exacerbação da racionalidade e o desejo de controlar e objetivar ao máximo o trabalho e outras esferas da vida humana, o que tem gerado, como consequência, patologias sociais com sintomas como violência, solidão, assédio moral, culto ao narcisismo, hiperaceleração, sobrecarga e depressão (Mendes, 2008).

Mas, se por um lado, o trabalho pode ter efeito patogênico, com sérios acometimentos à saúde física e psíquica do trabalhador, por outro lado, ele também é central na construção da identidade do sujeito, em seu processo de realização pessoal, tendo potencial de ser gerador de saúde. Para a Psicodinâmica do Trabalho (PdT), a centralidade do trabalho para a saúde revela que ele não é neutro, pois pode contribuir para a saúde ou para o adoecimento (Dejours, 2011a). É nessa perspectiva que se insere a clínica psicodinâmica do trabalho; como uma clínica da ação, é capaz de promover autonomia, criação e negociação entre os trabalhadores, por meio da construção de estratégias saudáveis para mediar o sofrimento, ressignificá-lo e transformá-lo em vivência de prazer (Mendes & Araújo, 2012).

A PdT analisa a relação da organização do trabalho e as vivências subjetivas do sujeito trabalhador, dentre elas o prazer, o sofrimento, o processo saúde-adoecimento e os mecanismos de mediação do sofrimento. Tem a pesquisa como prática de intervenção, pois está fundamentada nos espaços de palavra coletivos, visando a uma perlaboração coletiva das vivências no trabalho de modo a modificar a relação subjetiva dos sujeitos com seu trabalho (Bendassoli & Soboll, 2011).

A clínica psicodinâmica do trabalho, preconizada por Christophe Dejours, no início dos anos 1980, na França, com a denominação de clínica do trabalho e da ação, tem tido expressiva evolução no cenário de pesquisas brasileiras desde a publicação de sua obra *A loucura do Trabalho*. O objeto da clínica psicodinâmica do trabalho é a relação entre o trabalhar e o trabalhador, sendo este um eixo central na constituição do sujeito (Mendes & Araújo, 2012). As autoras apontam como foco de análise dessa clínica, a organização do trabalho em suas dimensões visíveis e invisíveis, que incluem as prescrições, as relações intersubjetivas, questões políticas, éticas, cognitivas e afetivas. Para a realização dessa clínica, é fundamental conhecer

a organização do trabalho e as estratégias construídas pelos trabalhadores no enfrentamento com o real do trabalho, o que dará acesso às vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

Mendes, Araújo e Merlo (2011) ressaltam que, diferentemente de perspectivas que visam adaptar o sujeito a uma realidade imposta, a clínica psicodinâmica do trabalho possibilita a transformação de processos de trabalho nocivos à saúde psíquica. Para isso, nessa abordagem, o profissional atua na escuta coletiva/individual no lugar onde a linguagem falhou, ou seja, ele se torna meio para nomear o sofrimento do qual não se falava. Auxilia o trabalhador a tornar visível o invisível, a descobrir o oculto e o desconhecido sobre suas relações com o contexto de trabalho. Nomear o encoberto pode mover o coletivo de sujeitos a buscar soluções que possibilitem transformações nos espaços de trabalho (Mendes, Araújo & Merlo, 2011).

Destacam-se os seguintes pressupostos da clínica psicodinâmica do trabalho: o trabalho como elemento central na estruturação do sujeito, podendo levar à emancipação e/ou à servidão; organização do trabalho como foco de análise e, a partir daí, a compreensão da forma como são produzidos os processos de subjetivação, as patologias e a saúde na relação do sujeito com a organização do trabalho; estratégias de ação utilizadas pelos trabalhadores em sua confrontação com o real; análise da construção das subjetividades nos contextos de trabalho; a palavra do trabalhador e a escuta do pesquisador como meio de desvelar essa subjetividade (Mendes, Araújo & Merlo, 2011). Em um contexto de crescente prevalência de patologias que acometem os trabalhadores, em decorrência da impossibilidade do trabalho assumir um sentido de prazer, torna-se imperativo que ações sejam viabilizadas no sentido de construção de caminhos para a vivência de prazer no trabalho (Mendes & Araújo, 2007), como a proposta da clínica psicodinâmica do trabalho.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho inclui: “os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e reagir a diferentes situações, é o poder de sentir, de pensar, de inventar” (Dejours, 2012, p. 24). Não se refere somente à relação salarial ou empregatícia, mas ao engajamento da subjetividade do trabalhador para enfrentar uma atividade que lhe impõe constrangimentos materiais e sociais.

O trabalho implica sempre um confronto com o real, que poderá gerar um sofrimento patogênico quando esse confronto se torna intransponível, sem possibilidades de negociações ou mudanças. Ao contrário, quando existe possibilidade de deslocar os constrangimentos e limites do real pela mobilização da inteligência, tem-se a vivência de prazer. De qualquer forma, prazer e sofrimento nunca estão postos definitivamente, tendo o prazer e a saúde que serem sempre conquistados (Dejours, 2011c).

Uma das formas de se conquistar prazer no trabalho é por meio da mobilização subjetiva, entendida como um processo intersubjetivo que se caracteriza pelo engajamento da subjetividade do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, passando pela dinâmica contribuição-retribuição simbólica (que pressupõe o reconhecimento do fazer do trabalhador) e pela cooperação. É, pois, o processo pelo qual o sujeito pode sentir, pensar, criar e inventar no trabalho, possibilitando a transformação do sofrimento por meio de uma operação simbólica de resgate do sentido do trabalho (Mendes & Duarte, 2013a, p.259). A mobilização subjetiva é composta por quatro dimensões indissociáveis: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento. Essa mobilização emerge quando os trabalhadores agem no sentido de subverter os efeitos prejudiciais da organização do trabalho, negociando, pressionando e se apropriando das regras de um coletivo de trabalho ou rejeitando-as. É, portanto, uma mobilização política, em que o sujeito se insere em uma dinâmica de troca para o alcance de seus objetivos e os do coletivo de trabalho. (Mendes & Duarte, 2013b).

Os estudos em clínica psicodinâmica do trabalho realizados desde a década de 1990 no Brasil têm abordado a mobilização subjetiva ou a (re)significação do sofrimento com trabalhadores em situação de “normalidade” e não em adoecimento ou afastamentos do trabalho, como as pesquisas de Alves (2014); Feitoza e Moraes (2015); Ferreira (2013); Gama, Mendes, Araújo, Galvão e Vieira (2016); Ghizoni (2013a); Gomes, Cruz Lima e Mendes (2011); Cruz Lima (2011ab); Medeiros (2012); Moraes (2014); Moraes, Garcia, Carvalho e Moura (2015); e Silva e Mendes (2012). Portanto, há uma lacuna na literatura no sentido da utilização do método da clínica do trabalho para analisar o processo de mobilização subjetiva ou outras formas de significação do sofrimento entre trabalhadores adoecidos, como é o caso dos professores readaptados. Em um levantamento realizado por Duarte (2014), das 39 pesquisas encontradas que realizaram estudo com o referencial teórico e metodológico da clínica do trabalho, apenas sete foram com trabalhadores adoecidos. Ainda assim, não se referiam especificamente à vivência de mobilização subjetiva.

Considerando esse cenário científico, a presente pesquisa pretende analisar a mobilização subjetiva entre professores readaptados a partir do uso dos dispositivos da escuta clínica do sofrimento no trabalho. Nessa direção, é original desse projeto incluir novas referências no que diz respeito ao atendimento de demandas de coletivos de trabalho em situação de adoecimento, diferentemente do que vem sendo estudado na literatura da psicodinâmica do trabalho nacional e internacionalmente.

A relevância desse estudo se sustenta na possibilidade de fortalecer a construção do método da clínica do trabalho com trabalhadores adoecidos através da utilização dos

dispositivos clínicos propostos por Mendes (2014). Além disso, pretende-se avançar na problematização do conceito de mobilização subjetiva, principalmente em contextos de trabalhadores adoecidos. Também podem ser previstos impactos sociais no sentido de contribuir para a definição de políticas públicas para a melhoria das condições de saúde e de trabalho de professores readaptados, subsidiando pautas de reivindicação da categoria.

Professores readaptados são aqueles que, em função de um processo de adoecimento ou de acidente que gerou afastamento do trabalho, encontram-se incapacitados para realizar a função que exerciam antes, devendo ser realocados para cargo com atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação física ou psíquica que tenham sofrido, verificada em inspeção médica. Quando se trata de um adoecimento ou acidente por motivos relacionados ao trabalho, é preciso pensar na sua relação não apenas com os fatores individuais, mas, numa perspectiva mais ampla, com questões de ordem social e econômica, em que se observam os impactos da ideologia neoliberal no contexto escolar. Entretanto, o que se observa é a individualização do adoecimento no sentido de culpabilização do trabalhador. Entre os fatores que se configuram como as maiores causas de afastamento de professores do trabalho e, conseqüentemente, de readaptação, estão os transtornos psíquicos, as doenças vocais e as doenças do sistema osteomuscular (Duarte & Mendes, 2013; Medeiros, 2010; Medeiros, Barreto & Assunção, 2006).

No Distrito Federal (DF), de 2012 a 2014, houve um aumento do percentual de professores readaptados por ano na Educação Básica do DF. Segundo dados fornecidos pela Gerência de Acompanhamento de Servidores em Situação Funcional Específica pertencente à Secretaria de Estado de Educação do DF, em 2012, ocorreram 272 novas readaptações, o que correspondia a 1,4% do total de professores. Em 2013, foram mais 550 readaptações, correspondendo a 2,0% do total de docentes. E em 2014, esse percentual subiu para 2,3%, com 551 readaptações. Em 2015, com a unificação das Perícias Médicas do Governo do DF, a Subsecretaria de Saúde deixou de repassar esses números para a Secretaria de Educação. Com essa mudança no governo, ainda houve prejuízos para os professores readaptados no que se refere à extinção da gerência de readaptação profissional existente até então, o que contrasta com o aumento no número de readaptações. Segundo Ricardo, Barreto, Campos e Castro, (2014), em 2014, o número total de professores readaptados no DF chegava a cerca de 3.500. Embora o número de adoecimentos e afastamentos do trabalho entre professores venha aumentando nos últimos anos, não se observa a ampliação na mesma proporção de políticas públicas que se atentem para a melhoria da qualidade das condições objetivas de trabalho desses profissionais (Antunes, 2014).

Na pesquisa de Duarte (2014), foi realizada a clínica psicodinâmica do trabalho - denominada de clínica das patologias -, com professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal. A demanda do grupo se pautou na ressignificação do adoecimento e suas consequências, pois as professoras readaptadas se sentiam perdidas, fragilizadas e sem forças para buscar o próprio caminho e se reconhecerem como sujeitos. Era comum o sentimento de desvalorização profissional pela situação de readaptação, que começava pela falta de significado e de continuidade das tarefas que lhes foram designadas, passando pela perda de autonomia comparada à situação de quando eram professoras na sala de aula, até a dificuldade de os gestores aceitarem e respeitarem as limitações dessas profissionais e a falta de compreensão dos próprios colegas. Eram vítimas de ofensas e preconceitos no ambiente de trabalho, não encontravam espaço onde podiam se expressar, não se sentiam reconhecidas pelas funções que passaram a desempenhar e sentiam-se desapropriadas física e intelectualmente. A partir do trabalho com a clínica das patologias, houve reconhecimento e legitimação das dificuldades que enfrentavam e passaram a se sentir mais fortalecidas com o apoio que receberam e que puderam dar umas às outras.

Nessa direção, utilizando o método da clínica do trabalho, pretende-se, com essa pesquisa, analisar a mobilização subjetiva de professores adoecidos e readaptados a partir de sua participação na clínica. O dispositivo de escuta clínica do sofrimento é usado na clínica do trabalho. Ao privilegiar a fala num espaço de escuta, coloca-se a palavra em ação e abre uma possibilidade de repensar as dimensões visíveis e invisíveis da organização do trabalho e dos laços sociais, construídos na relação dos sujeitos com o real do trabalho. Neste projeto, os dispositivos são definidos com base em Mendes (2014), que propõe a consolidação de eixos estruturantes da clínica psicodinâmica do trabalho, quais sejam: os dispositivos para a escuta clínica (que abrangem a análise da demanda, a transferência e a interpretação); a formação do clínico (que envolve a qualificação teórica, a prática da escuta e o próprio processo de análise) e a supervisão clínica.

Isso posto, delinea-se como pergunta de pesquisa: como o uso dos dispositivos da escuta clínica do sofrimento no trabalho pode potencializar a mobilização subjetiva em um grupo de professores readaptados? Tem-se como objetivo geral: analisar os modos de significação do sofrimento de professores readaptados por meio da análise dos efeitos do uso dos dispositivos de escuta clínica do sofrimento no trabalho sobre a mobilização subjetiva.

Definem-se como objetivos específicos:

- compreender como se deu a análise da demanda do grupo de professores readaptados ao longo do processo de escuta clínica do sofrimento no trabalho;

- identificar o manejo da transferência por parte dos clínicos-pesquisadores e seus impactos no processo de mobilização subjetiva dos professores;
- analisar as interpretações realizadas ao longo da clínica e como repercutiram no grupo;
- identificar os dispositivos da escuta clínica que contribuíram para a mobilização subjetiva dos professores readaptados;
- analisar outros possíveis modos de significação do sofrimento a partir do uso dos dispositivos de escuta.

Desse modo, parte-se da tese de que o uso dos dispositivos da escuta clínica do sofrimento no trabalho produziria efeitos nos modos de mobilização subjetiva em um grupo de professores readaptados de diferentes organizações do trabalho. Nesse estudo, o conceito dejouriano de mobilização subjetiva será problematizado e repensado a partir dos dados produzidos no coletivo de readaptados, podendo ser introduzidos novos referentes em relação a possíveis formas de significação do sofrimento para além da mobilização subjetiva.

Utilizou-se o método da clínica do trabalho, que propõe a interligação entre pesquisa e intervenção. Foram realizadas 22 sessões semanais entre os meses de agosto de 2015 a abril de 2016. O número de participantes por sessão variou de dois a sete, sendo todas professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal, que foram convidadas a participar da pesquisa a partir do contato com o Sindicato dos Professores (SinPro/DF). As sessões ocorreram na sede do sindicato. A pesquisa seguiu a proposta de Mendes (2014) e foram adotados os dispositivos clínicos desse modelo: análise da demanda, transferência e interpretação.

Para a elucidação do presente desenho de investigação, inicia-se com uma breve revisão de literatura abordando temas pertinentes ao objeto dessa pesquisa. No primeiro capítulo, serão apresentadas questões relativas ao adoecimento e à readaptação na docência, a partir de uma revisão dos estudos científicos existentes sobre readaptação e de uma problematização sobre como estão sendo conduzidos esses processos de retorno ao trabalho após o adoecimento. No segundo capítulo de revisão teórica, iniciaremos abordando a relação entre trabalho, prazer e sofrimento, o que fornecerá as bases para apresentarmos, em seguida, a conceituação e os principais elementos da mobilização subjetiva. Ainda nesse capítulo, serão apresentadas práticas em clínica psicodinâmica do trabalho descritas na literatura e seus principais efeitos sobre o coletivo de trabalho. No terceiro capítulo, pretende-se abordar os dispositivos clínicos e, mais especificamente, os dispositivos da escuta clínica do sofrimento no trabalho, seus

pressupostos e procedimentos. Posteriormente, no capítulo quatro, o método será descrito, demonstrando os aspectos envolvidos na coleta e na análise dos dados. A partir da análise clínica do trabalho, o capítulo cinco será destinado à apresentação dos resultados. Os capítulos seguintes referem-se à discussão e análise dos resultados. O capítulo seis discutirá a questão do trabalho “vivo” das professoras readaptadas, abordando, desde o trabalho docente até a mortificação do trabalho na readaptação, passando pelo sofrimento e pelo processo de adoecimento. No sétimo capítulo, será discutido o uso de cada um dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento a partir da descrição e análise de todo o percurso da clínica do trabalho realizada. Por fim, o capítulo oito abordará os modos de significação do sofrimento do coletivo de trabalho a partir da clínica com as professoras readaptadas, passando pela análise da mobilização do coletivo de pesquisa.

1 ADOECIMENTO E READAPTAÇÃO NA DOCÊNCIA

A readaptação profissional ou funcional é um dispositivo do poder público que se destina a servidores que adoeceram e cujo adoecimento levou a limitações que os impedem de exercer a atividade laboral. Desse modo, o processo de readaptação tem como motivos problemas físicos e/ou psíquicos de saúde do trabalhador que, em um primeiro momento, geram afastamento do trabalho e que, posteriormente, tem-se a possibilidade de reinserção laboral através do processo de readaptação. O crescimento do número de adoecimentos e afastamentos laborais, que são a causa da readaptação, reflete os impactos da reestruturação do capitalismo para o trabalhador. Mas ainda são escassos os estudos científicos que tratam da readaptação. Entre a promulgação de uma lei, que dispõe sobre um direito do trabalhador e a efetivação desse direito a favor da sua saúde, existe um longo caminho que precisa ser analisado, ou seja, a forma como têm sido conduzidos os processos de readaptação profissional e os efeitos disso para os trabalhadores adoecidos precisam ser considerados e cuidadosamente analisados.

Desse modo, na presente seção, propõe-se a analisar a produção científica brasileira que aborda o tema da readaptação profissional. Para isso, foram realizadas buscas de trabalhos empíricos e teóricos, sem delimitação de tempo, nas seguintes bases eletrônicas de dados: Scielo, PePSIC e Domínio Público, utilizando-se os seguintes unitermos: readaptação profissional, readaptação funcional e readaptação. Além disso, foram utilizados, como referências, estudos sobre readaptação profissional citados nas produções encontradas nessa primeira busca. Portanto, através da análise de pesquisas empíricas e estudos teóricos, pretende-se apresentar um mapeamento sobre os estudos de readaptação profissional no cenário científico brasileiro.

Nessa busca, foram encontradas oito dissertações de mestrado e oito artigos, sendo dois deles referentes a pesquisas realizadas nas dissertações. Desse modo, totalizam 14 trabalhos encontrados, um número que pode ser considerado reduzido dada a relevância de um tema referente à saúde mental no trabalho. Mostra, assim, o descompasso entre a dimensão do problema do adoecimento no trabalho e a escassa quantidade de publicações sobre o processo de readaptação. Em relação às áreas em que foram produzidos esses trabalhos, quatro foram publicados na área de Saúde Pública, três na área de Educação, dois na Enfermagem e ainda aparece um trabalho em cada uma das seguintes áreas: Medicina; Psicologia; Engenharia de Produção; Ciência da Informação; Semiótica, Tecnologia da Informação e Educação. A partir desse levantamento, podem ser observadas a interdisciplinaridade do tema e ainda a necessidade de maior aprofundamento, dada a dispersão com que está sendo estudado.

A partir da análise dessas publicações, será apresentada uma breve introdução sobre o processo de readaptação profissional e, em seguida, um panorama sobre o que está sendo estudado sobre readaptação profissional no Brasil, com os principais achados das pesquisas científicas. Por fim, será proposta uma discussão sobre a readaptação profissional como uma promessa que não se cumpre.

1.1 O processo de readaptação profissional

A Lei Federal 8.112 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, na Seção VII, artigo 24, define que “readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica”. E ainda destaca no parágrafo segundo que “a readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga” (Lei n. 8.112, 1990).

Trata-se de um processo longo que o servidor público precisa percorrer para cumprir os procedimentos burocráticos até que possa ser recolocado em outra atividade. Inicia-se com a avaliação do servidor pelos médicos da perícia para levantar a existência de patologia(s), cujo resultado pode levá-lo ao licenciamento. O médico pode prorrogar o prazo da licença pelo tempo que avaliar como necessário, desde que não ultrapasse 24 meses. Alcançado esse prazo, o servidor submete-se a uma junta médica que procederá à perícia para determinar se ele deve retornar ao trabalho normalmente, permanecer licenciado, retornar ao trabalho readaptado ou ser aposentado por invalidez. No caso de retorno ao trabalho como readaptado, em seu prontuário devem estar descritas as limitações do servidor para determinadas atividades. O processo de readaptação é reavaliado periodicamente, e o mais comum é a renovação (Nunes, 2000).

A legislação sobre a readaptação, destinada a servidores públicos, não determina a requalificação profissional nem o acompanhamento do trabalhador readaptado, apenas a sua realocação (Fantini, Silveira & La Rocca, 2010). No âmbito das organizações privadas, existe o direito à reabilitação profissional, garantida pela Previdência Social. Por se tratar de um processo com particularidades e especificidades que o diferenciam da readaptação profissional, não será tema do presente capítulo.

1.2 Breve panorama dos estudos sobre readaptação profissional

Sobre os estudos tratados nessa revisão teórica, dentre as oito dissertações publicadas, seis tratam da readaptação funcional de professores, uma refere-se à categoria profissional de serventes e merendeiras de escola pública e uma a profissionais de uma equipe de enfermagem. Dentre os oito artigos, cinco trabalham o processo de readaptação entre professores, um abrange professores e técnicos administrativos de uma universidade pública e dois artigos referem-se à readaptação de profissionais de enfermagem. Chama a atenção o fato de a grande maioria dos estudos sobre readaptação referir-se à categoria docente. Essa constatação vai ao encontro do fato de que, na literatura científica, é possível encontrar um número significativo de estudos que mostram o aumento do índice de adoecimento laboral nessa categoria profissional. Duarte e Mendes (2013) referem-se aos professores da rede pública de educação como uma categoria adoecida, que sofrem com a falta de reconhecimento e com as precárias condições de trabalho, inseridos num cotidiano de violência social. Nessa direção, Antunes (2014) aponta que o crescimento das readaptações no ensino público é muito mais complexo do que a simples constatação de adoecimentos e afastamentos laborais, pois reflete os impactos da reestruturação do capitalismo no sistema educacional e, conseqüentemente, nas condições e relações de trabalho docente.

Nesse contexto, serão apresentados os principais achados das pesquisas brasileiras sobre readaptação. Eles serão descritos em ordem cronológica para que se possa desenhar uma ideia da evolução desses estudos ao longo do tempo. Cabe ressaltar que, dentre os oito artigos encontrados, dois referem-se a pesquisas realizadas e descritas nas dissertações; nesses casos, os achados do artigo e da respectiva dissertação serão tratados em conjunto.

Considerando que a lei federal, que dispõe sobre a readaptação data de 1990, o primeiro estudo publicado sobre esse processo aconteceu em 2000, quando os problemas e contradições desse processo já eram evidentes. Nunes (2000), analisando a (re)construção de sentido no trabalho por parte de merendeiras e serventes em situação de readaptação em escolas públicas do Rio de Janeiro, afirma que, geralmente, a readaptação não resolve o problema das trabalhadoras com comprometimento de saúde, já que não é possível tratar um problema coletivo/epidemiológico com medidas individualizadas. Ao contrário da readaptação de professores, que ocorre na grande maioria dos casos, na realocação para outras funções diferentes da sala de aula, no caso das merendeiras e serventes, elas são readaptadas na mesma função, evitando-se, apenas a realização de algumas atividades consideradas mais pesadas. A

autora aponta para um grande paradoxo o fato de a readaptação ocorrer na mesma função que gerou o adoecimento.

Em um estudo transversal descritivo de caráter quantitativo, Medeiros, Barreto e Assunção (2006) procuraram conhecer o perfil de professores afastados da docência por disfonia em Belo Horizonte entre 1996 e 2004. Destacaram que as funções mais frequentes exercidas pelos professores readaptados eram as de auxiliar de secretaria e auxiliar de biblioteca, tarefas para as quais não possuíam qualificação profissional, sendo, portanto, geradoras de conflitos. A disfonia foi apontada como a primeira causa de readaptação entre professores do município, seguida de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e dos transtornos mentais e comportamentais.

A dissertação de Gerlin (2006) procurou discutir o trabalho pedagógico desenvolvido por professores readaptados de escolas públicas do Espírito Santo como forma de produção de saúde dentro da escola, fato que parece não ter se confirmado. Em seus achados, a partir do relato de professoras readaptadas que trabalhavam na biblioteca, destacou-se o sentimento de desvalorização do trabalho realizado em função de não serem consideradas professoras. Ao mesmo tempo em que o trabalho atribuído a elas na biblioteca, na maioria das vezes, desqualificava seu histórico profissional, elas relatavam a sensação de que precisavam travar batalhas cotidianas na escola para assegurarem seu espaço profissional. Sendo assim, o estado de readaptação era vivido como castigo, uma vivência difícil no sentido de deixar de ser professora. Outro complicador refere-se à perda de direitos, entendida por algumas instâncias como justa pelo fato de essas professoras terem saído da regência. Esse fato era vivido como um processo que gerava ainda mais desgaste para essas professoras, já fragilizadas pelo adoecimento e pelo sentimento de exclusão. A autora conclui apontando a readaptação profissional como um dos indicadores do processo de precarização do trabalho nas escolas públicas e ressalta o descaso dos órgãos governamentais sobre a situação desses profissionais.

Esses achados vão ao encontro dos resultados da dissertação de Pezzuol (2008), que estudou a situação dos professores readaptados em escolas públicas do Estado de São Paulo. A autora aponta que a forma como o processo de readaptação tem sido realizado gera novos fatores de sofrimento, pela exclusão e angústia sentidas por quem passa por esse processo. A pesquisa pôde elucidar a falta de uma proposta coerente de integração e reabilitação dos professores readaptados como educadores, já que a maioria desses professores exerce funções distantes de sua formação. Essas tarefas lhes são designadas mais para suprir a falta de funcionários do que para o verdadeiro sentido de uma reabilitação, por não se tratarem de atividades que aproveitam suas capacidades no sentido do que ainda poderiam contribuir com

o sistema educacional. Isso desencadeia, por parte dos readaptados, sentimento de inutilidade e diminuição do seu desempenho e da autoestima, uma verdadeira ruptura em sua identidade profissional. Para a autora, “esse professor deveria ter o reconhecimento e o incentivo para continuar se capacitando, para assumir novos cargos, no sistema educacional, pois esse profissional continua na ativa” (Pezzuol, 2008, p. 176).

Seguindo a perspectiva de procurar compreender como professores vivenciam a experiência da readaptação, o estudo de Medeiros (2010), com docentes da rede pública do Distrito Federal, também corrobora com a concepção de que a readaptação deveria se configurar como uma possibilidade de continuidade de atuação desse profissional. Mas o que se observa é que a forma como tem sido conduzida tem gerado ameaça à sua identidade. A autora ressalta que, embora tenha havido avanços em termos de legislação, percebe-se dificuldade de inserção dos princípios de uma verdadeira readaptação ou reabilitação no cotidiano escolar e denuncia: “uma norma é somente uma norma se não promover alteração na realidade a qual se destina” (Medeiros, 2010, p. 71). A indefinição de um lócus específico de atuação do professor readaptado, por exemplo, acaba por deixá-lo à mercê da sazonalidade daquele contexto escolar e da gestão da escola. Os relatos dos readaptados sobre a forma desrespeitosa e desumana com que são tratados pela junta médica, responsável por avaliar o adoecimento, é outro fator que mostra os desajustes do processo de readaptação em relação ao seu propósito de promoção de saúde. Invisíveis, mal vistos, taxados como improdutivos e mentirosos (por serem julgados de estarem forjando o adoecimento), os readaptados procuram formas de reagir ou de sobreviver nesse contexto hostil. Alguns, na busca por reconhecimento, acabam se sobrecarregando e não respeitando os limites de sua doença para mostrarem seu valor. Para outros, a falta de reconhecimento, de respeito e de perspectivas de ainda poderem ser úteis ao processo educativo, acaba gerando desânimo e acomodação diante da limitação imposta pela doença. A autora destaca a necessidade de políticas públicas que considerem os diferentes aspectos do processo de readaptação, desde o tratamento recebido dos peritos até a mobilização de toda a categoria no sentido de formação e informação sobre esse processo, evitando interpretações e conduções errôneas nos aspectos burocráticos e relacionais envolvidos.

Bastos, Faustino, Almeida e Romão (2010) estudaram o sentido do trabalho em bibliotecas para professores readaptados por meio da análise de discurso de uma rede virtual. Os autores apontam um jogo tenso de sentidos do trabalho do readaptado na biblioteca, pois, ao mesmo tempo que ele se apresenta como possibilidade de transformação do trabalho, já que a biblioteca é tida como um local de encantamentos e descobertas proporcionados pela leitura,

esse trabalho é vivenciado por outros como um local de calvário e sofrimento, onde a readaptação é penosa.

Batista, Juliani e Ayres (2010) e Batista (2008) realizaram um estudo para identificar as causas que desencadeiam o afastamento para tratamento de saúde e compreender a vivência dos sujeitos nos processos de readaptação funcional em uma instituição hospitalar pública do interior paulista. Na mesma direção dos estudos anteriormente mencionados, destacam o sentimento de incompetência e de culpa do trabalhador adoecido. Ressaltam ainda a falta de conhecimento dos trâmites legais do processo de readaptação por parte da equipe responsável como um outro dificultador para o trabalhador readaptado. E com isso, a situação vivenciada, com pouca clareza e transparência para o trabalhador e para sua chefia, “desencadeia na equipe julgamentos e opiniões carregadas de preconceitos e atitudes não solidárias para com o colega doente, culpabilizando esse membro da equipe pelo seu adoecimento e, inclusive havendo desconfiança de tal limitação e diagnóstico” (Batista, 2008, p. 135). Cacciari, Haddad, Vannuchi e Dalmas (2013) também estudaram profissionais de enfermagem readaptados para verificar seu estado de saúde a partir de dois questionários.

O estudo de Fantini, Silveira e La Rocca (2010) sobre o perfil de trabalhadores assistidos pelo Grupo de Readaptação Profissional, de uma universidade, apontou que mais da metade dos afastamentos por motivos de saúde na instituição foi por transtornos mentais e comportamentais (50,7%) e 19,2% por distúrbios osteomusculares. Os autores concluíram que, depois do processo de readaptação, a duração dos afastamentos diminuiu, mas não houve redução no número de afastamentos, apontando como falha no processo de readaptação o fato de a legislação não determinar a requalificação profissional e nem o acompanhamento do trabalhador readaptado.

Com o objetivo de analisar, sob o ângulo dos próprios trabalhadores, os sentidos da readaptação na vida dos professores de uma universidade pública, Arbex, Souza e Mendonça (2013) partiram do princípio de que a readaptação não pode ser reduzida apenas aos distúrbios clínicos que causaram o adoecimento, pois constitui um processo complexo, que compromete a vida das pessoas. Assim, defendem que a reinserção no trabalho pela readaptação possui importante significado para o trabalhador, pois seu afastamento por motivo de saúde gera uma nova condição de trabalho e de vida, levando-o a vivenciar relações singulares no próprio ambiente de trabalho, além de sentimentos de perda, frustração e fracasso. Os autores percebem sentidos diferentes atribuídos à readaptação, abrangendo desde o aspecto da ameaça e da ruptura até o sentido de resistência e reinvenção. De qualquer forma, os readaptados sofrem discriminação, são tratados com desconfiança e sentem culpa. Destacam-se, ainda, a não

consideração pela dimensão coletiva do adoecimento e a desumanidade com que são tratados nos serviços de saúde da perícia e a burocratização excessiva do processo. Diante desse quadro, os autores defendem a adaptação do trabalho ao homem e não o contrário.

Vieira (2013) buscou analisar as dificuldades enfrentadas por professores da rede pública de Belo Horizonte em seu processo de readaptação funcional e compreender os elementos relacionados ao êxito ou ao fracasso desse processo. De maneira semelhante aos estudos já citados, destacou como um dos problemas da readaptação o impedimento dos readaptados de poderem exercer funções compatíveis com suas capacidades e com a preservação de sua saúde. A autora relaciona quatro fatores de fracasso na readaptação funcional: i) visão negativa e preconceituosa de gestores e pares acerca dos professores em readaptação funcional; ii) negação dos limites necessários à atividade profissional desses professores; iii) isolamento dos professores do coletivo profissional docente; iv) atribuição de tarefas que subempregam as capacidades dos trabalhadores readaptados. Tendo ouvido, em sua pesquisa, diversos atores que compõem o contexto de readaptação funcional (médicos peritos e profissionais da equipe de saúde ocupacional, diretores e coordenadores de escola, professores não readaptados e readaptados), a autora conclui que é preciso ampliar a compreensão sobre a realidade vivida por trabalhadores readaptados. Desse modo, seria possível uma abordagem mais adequada dessa situação.

Duarte (2014), comparando dois processos de intervenção, a partir da clínica psicodinâmica do trabalho (um com professores não adoecidos e outro com professores readaptados), pôde descrever a vivência do processo de readaptação por parte de professores da rede pública de ensino do Distrito Federal. Além das observações congruentes com as das pesquisas acima relacionadas, a autora destaca que a forma como se tem conduzido o processo de readaptação, ao invés de proporcionar uma chance para o professor adoecido se reestabelecer no trabalho, tem se tornado mais uma fonte de sofrimento. Esse sofrimento é advindo das relações do sujeito com as novas tarefas e de sua relação com os colegas e chefias, fonte de desvalorização, preconceito e exclusão (Duarte, 2014; Duarte & Mendes, 2013). Este estudo, além de evidenciar as vivências de professores readaptados, trouxe um avanço aos estudos sobre readaptação no sentido de propor uma intervenção: um espaço de escuta qualificada do sofrimento. A partir da escuta da clínica do trabalho com essas trabalhadoras, houve reconhecimento e legitimação das dificuldades que enfrentavam e passaram a se sentir mais fortalecidas com o apoio que receberam e que puderam dar umas às outras (Duarte, 2014).

Antunes (2014) procurou problematizar as causas sociais dos afastamentos e readaptações de professores da rede pública de São Bernardo do Campo/SP. Entende que o

adoecimento pode ser visto como forma de resistência do professor à estrutura do aparelho escolar mas, ao mesmo tempo, aponta que o arcabouço legal da readaptação não fornece uma nova chance ao profissional adoecido de reintegração social e profissional. Destaca a autculpabilização, a autodepreciação, a solidão e a discriminação como vivências comuns aos professores readaptados e que impactam questões identitárias desses sujeitos.

Em um estudo recente sobre o retorno ao trabalho de professores do ensino fundamental, após afastamento por transtornos mentais, Macaia e Fischer (2015) concluíram que o processo de retorno ao trabalho, de modo geral, não teve a intenção de prevenir doenças ou novos afastamentos nem de promover a saúde.

Pelo panorama apresentado dos estudos sobre readaptação profissional, dois aspectos chamam a atenção. O primeiro diz respeito ao fato de a grande maioria dos estudos tratar da readaptação de professores apontando, assim, para a incidência crescente de adoecimento nessa categoria profissional. Pensar no adoecimento de uma categoria profissional requer uma análise do contexto em que esse fenômeno está ocorrendo e dos aspectos históricos e culturais que o envolvem. Carlotto (2002) aponta que a origem do termo professor remonta aos primórdios do surgimento dessa função no século XVI, quando as escolas ainda estavam sob a tutela da Igreja e necessitavam de pessoas que pudessem instrumentalizar o povo para a leitura das escrituras sagradas. Assim, “professor” era aquele que professava a fé e a fidelidade dos princípios da instituição e se doava sacerdotalmente aos alunos.

Do doutrinamento religioso, a profissão docente passou para o doutrinamento ideológico para formar hábitos e comportamentos mais adequados à necessidade da indústria no século XIX (Carlotto, 2002). A partir daí, é possível compreender as crescentes exigências feitas ao professor, não só em termos de qualificação e conhecimento, mas também em relação à necessidade de desempenhar vários papéis na função de educar, remetendo ao aspecto missionário e sacerdotal da origem da profissão. Acrescente-se a isso a intensificação do trabalho docente a partir da introdução dos princípios neoliberais no sistema educacional, tanto privado quanto público.

Ainda nesse contexto histórico, há que se considerar que diferentes culturas irão “produzir” uma forma particular de ser docente. A título de exemplo, uma pesquisa realizada por Brito et al. (2014) sobre as questões de saúde, gênero e reconhecimento, comparando professores do Brasil e da França, apontou convergências e diferenças nas perspectivas dos trabalhadores desses países. Entre as convergências, foi apontada a importância do reconhecimento pelos alunos e do trabalho em equipe para a preservação da saúde desses profissionais. Mas os fatores de mal-estar docente tiveram causas diferentes. No Brasil, eles

advêm, principalmente, da desvalorização da profissão e da precariedade das condições de trabalho, com destaque para o excessivo número de alunos por turma e a necessidade de complementação salarial com assunção de mais de um vínculo de trabalho. Na França, o mal-estar está mais associado às dúvidas dos professores sobre a utilidade social do trabalho docente diante das reformas do governo no que se referem ao acesso massivo à escolaridade sem a contrapartida de fornecer condições adequadas para executá-las. Um outro elemento a ser considerado nesse estudo refere-se ao fato de ser comum entre professores dos dois países a grande mobilização no desenvolvimento das atividades de ensino. Este forte engajamento no trabalho pode estar relacionado com uma idealização missionária, contida na origem da profissão. Estudos mostram a vivência de prazer no trabalho associada à identidade de ser professor pelo significado social da docência e pela dimensão afetiva existente na relação educativa (Moraes, 2005; Neves & Seligmann-Silva, 2006). Por outro lado, há que se destacar a armadilha nessa relação sem limites com as demandas do trabalho: o trabalhador, nesse caso, o professor, pode se envolver cada vez mais com o trabalho na busca por reconhecimento, que dificilmente acontece; então, em busca de mais reconhecimento, mais demandas vão sendo aceitas (Freitas, 2013), podendo ser mais uma fonte de adoecimento no trabalho.

O segundo aspecto destacado da análise dos estudos sobre readaptação diz respeito ao fato de a maioria dos estudos convergir para análises do sentido da readaptação para trabalhadores readaptados, da avaliação do processo de readaptação e do perfil dos trabalhadores readaptados de determinada categoria profissional. Como é um tema recente, que começou a ser estudado nos anos 2.000, é compreensível que a produção científica se volte para estudos de natureza descritiva e exploratória sobre o fenômeno. A necessidade de descrever e compreender o problema da readaptação também pode ser visto pelo fato de 10 dos 14 trabalhos terem sido produzidos pela perspectiva de pesquisas qualitativas e ainda houve uma pesquisa de natureza quali-quanti.

Mas há que se considerar que, uma vez que o problema e suas nuances estão descritos, o momento se torna propício para investigações que se proponham a algum tipo de intervenção no sentido de transformar ou trazer contribuições para os atores sociais que estão em situação de readaptação. O estudo de Duarte (2014) foi o único que descreveu uma intervenção com professoras readaptadas a partir da clínica psicodinâmica do trabalho, possibilitando a ressignificação do sofrimento por parte dessas trabalhadoras e um empoderamento desses sujeitos, que se reengajaram no autocuidado e na luta pela sua saúde. Considerando a importância desse posicionamento por parte dos trabalhadores, e da criação de políticas públicas que visem de fato a saúde no trabalho, uma agenda de pesquisas que vislumbre

intervenções para melhorar o quadro descrito nos processos de readaptação profissional se faz necessária.

1.3 A readaptação profissional como uma promessa que não se cumpre

Como visto, o afastamento do trabalho por motivo de saúde gera para o trabalhador uma nova condição laboral, social e simbólica (Arbex, Souza & Mendonça, 2013). E no caso do professor readaptado, essa condição o afasta das atividades de sala de aula, trazendo a necessidade de ressignificar sua identidade profissional de professor. Segundo Medeiros (2010), a readaptação funcional do professor, que deveria representar uma possibilidade de continuidade de atuação profissional, pode acabar por se constituir em uma ameaça à sua identidade profissional. Arbex, Souza e Mendonça (2013) criticam a condução da readaptação numa perspectiva adaptativa no trabalho, sem proporcionar a transformação da organização do trabalho que gerou o adoecimento, e alertam sobre a necessidade de compreender o sentido do afastamento do trabalho e os efeitos desse processo de ruptura sofrido pelo trabalhador, pois a saúde e a doença não se reduzem a uma experiência orgânica e biológica para os sujeitos.

Além da condição de readaptação implicar a necessidade de ressignificação profissional, existe um estigma negativo em relação aos professores readaptados, que sofrem com o preconceito, a desvalorização e a desconfiança por parte de seus colegas de trabalho e de seus gestores. Como agravamento a essa situação, ainda é comum que as novas atividades que lhes são impostas se configurem como tarefas fragmentadas, sem sentido e que não proporcionam realização profissional. Acrescenta-se a isso a forma desumanizada e desrespeitosa com que os readaptados são tratados pela equipe de saúde nas perícias médicas.

Haro (1998¹, citado por Nunes, 2000) aponta que o objetivo institucional da readaptação profissional encontra amparo técnico na tradição da medicina do trabalho na perspectiva funcionalista de adaptação do indivíduo ao meio, nesse caso, ao trabalho. Desse modo, focaliza-se no exame donexo causal da doença com os riscos do trabalho para que se possa identificar o residual laborativo do trabalhador visando o seu retorno ao trabalho. O problema aqui é que o ambiente laboral é considerado de modo estático e imutável, ao qual o trabalhador pode ou

¹ Haro, U. I. D. (1998). *Reabilitação profissional: o limiar entre a inclusão e a exclusão: uma reflexão sobre o modelo convencional de reabilitação profissional*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

não se readaptar. Ou seja, desconsidera-se a organização do trabalho que gerou o adoecimento ou o acidente e, conseqüentemente, a incapacidade.

Sobre essa característica do modo de vida contemporâneo de individualizar questões que são de ordem social, Bauman (1998) aponta que não há mais uma forma coletiva de lidar com os riscos da vida em sociedade, tendo sido essa tarefa privatizada. Ou seja, os riscos e contradições continuam a ser produzidos socialmente, mas o dever de enfrentá-los agora é individualizado. Nesse sentido, os dispositivos de previdência, tido antes como um exercício dos direitos do cidadão, hoje se transformaram no estigma dos incapazes. No campo do trabalho, por exemplo, aqueles que adoeceram ou se acidentaram em função das atividades laborais, ao invés de serem vistos como cidadãos com direitos, são considerados um estorvo para a sociedade e para o Estado. Bauman (2001) ainda ressalta a sensação de impotência advinda dessa individualização e os obstáculos à emancipação advindos das dificuldades de traduzir os problemas privados em questões públicas. E assim, vivenciam-se medos, ansiedades e angústias da vida contemporânea na solidão, sentimentos que não se condensam numa causa comum, sem que se possa vislumbrar a origem social da infelicidade.

Dejours (2013) problematiza essa individualização no mundo do trabalho trazendo à tona as conseqüências do desmoronamento dos coletivos de trabalho. Quando se pensa no contexto das novas formas de gestão do trabalho, em que imperam a avaliação individual de desempenho e os preceitos da qualidade total, observa-se o incentivo à competição entre os trabalhadores. Nesse cenário de desconfiança e medo, a solidariedade desaparece e a deslealdade torna-se banal, abrindo espaço para patologias da violência (contra si e contra os outros) como o assédio e o suicídio no trabalho (Dejours, 2013).

Do ponto de vista da psicodinâmica do trabalho, culpabilizar o trabalhador pelo seu adoecimento, atribuindo-lhe características como fraqueza e fragilidade ou até mesmo acusando-o de exagero ou dissimulação em relação aos seus sintomas pode ser visto como uma estratégia coletiva de defesa construída pelos trabalhadores. Isso porque o adoecimento e o afastamento de um ou mais trabalhadores explicitam o caráter patogênico de determinada situação de trabalho, realidade que os trabalhadores procuram negar construindo estratégias de defesa individuais ou coletivas para se protegerem dos constrangimentos impostos pela organização do trabalho (Lancman, Barros, Manna & Azevedo, 2016).

Ainda vale destacar o caráter protetivo dessas estratégias de defesa no sentido de serem uma tentativa de os trabalhadores manterem, mesmo que precariamente, sua saúde mental e continuarem trabalhando. Por outro lado, na medida em que elas impedem os trabalhadores de verem as adversidades da organização do trabalho, podem funcionar como um anestésico que

mascara a fonte do problema. Sendo assim, desmobilizam os trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho. E no caso de trabalhadores adoecidos e afastados, as defesas do grupo ainda podem ser fonte de forte resistência em relação à sua aceitação quando do seu retorno ao trabalho, já que seu adoecimento evidencia para seus pares que todos estão vulneráveis a adoecerem (Lancman et al., 2016).

Nunes (2000) é categórica ao afirmar que, se a dimensão da readaptação é coletiva (social), não cabe a readaptação como um processo que atua numa perspectiva individualizante. E ainda acrescenta:

O que nós consideramos mais importante do que qualquer discussão sobre a readaptação é o fato de que ela não deveria ser necessária, mesmo que funcionasse, ou seja, o trabalho não deveria estar produzindo tantos adoecimentos, tantos(as) readaptados(as). Essa é a face mais indesejável do trabalho, prevalecendo e favorecendo o aparecimento de patologias, que por sua vez geram a necessidade de afastamentos dos(as) trabalhadores(as) de suas funções (Nunes, 2000, p. 126).

Outro problema levantado pela autora é que o processo de readaptação também ignora o estado do trabalhador em termos de seus temores e suas esperanças em relação ao trabalho. O que importa é o residual laborativo, ou seja, o que o trabalhador ainda consegue realizar, o que muitas vezes é determinado sem a participação ou a consideração do próprio trabalhador. A desconsideração pelo protagonista na situação de readaptação, o trabalhador adoecido, é retratada não só pela forma desumanizada e desrespeitosa como são tratados pela equipe de “saúde do trabalhador”, como também por sua ausência no processo que vai definir seu futuro. Ao longo da definição do processo de readaptação dos professores, as decisões são tomadas unilateralmente pelos peritos e repassadas aos gestores escolares, sem esclarecimentos ou sensibilização sobre a adequada recepção do readaptado e sua condução no contexto laboral. O readaptado é simplesmente informado de suas limitações e, ao retornar ao trabalho, precisa travar uma longa batalha para que possa exercer funções compatíveis com as suas reais condições e para ser aceito e respeitado naquele ambiente.

Desse modo, há que se considerar que a readaptação, como um direito do servidor público adoecido de continuar trabalhando dentro de suas condições físicas e psíquicas, não é observada nas práticas dos processos de readaptação. O que era para ser uma chance de recomeço, na grande maioria das vezes, passa a ser mais uma fonte de sofrimento podendo, conseqüentemente, gerar novos adoecimentos ou agravar o(s) já existente(s). A readaptação seria, então, uma promessa que não se cumpre. E além de não alcançar seu propósito, contribui

para que os problemas de saúde do trabalhador continuem se propagando, gerando, não só prejuízo aos gastos públicos, mas, principalmente, sendo fonte de sofrimento.

Nesse contexto, é preciso considerar que o processo de readaptação não finaliza com o retorno do trabalhador afastado às funções laborais do trabalho. Acompanhar esse retorno tratando-o como uma questão coletiva é de fundamental importância para que ele não se torne um processo de exclusão ao invés de reinserção (Lancman et al., 2016). Tratar a dimensão coletiva da readaptação inclui considerar não só as situações de trabalho e o conteúdo das tarefas, mas também as questões do sujeito trabalhador e o seu coletivo. Os autores ressaltam que o retorno ao trabalho não se restringe à redefinição e realocação de tarefas; trata-se de um processo que passa pela reconstrução identitária do trabalhador adoecido e ainda inclui a reconstrução de relações de confiança e do coletivo de trabalho.

2 TRABALHO E SOFRIMENTO: contribuições da Psicodinâmica do Trabalho

O objetivo desse capítulo é apresentar os principais conceitos da Psicodinâmica do Trabalho que permeiam a construção teórica sobre mobilização subjetiva. Para isso, na primeira parte iremos tratar da definição do trabalho e de sua relação com o prazer e o sofrimento. Em seguida, iremos apresentar e conceituar cada um dos elementos da mobilização subjetiva. Por fim, faremos uma breve exposição sobre as práticas em clínica do trabalho para podermos mostrar como se encontra o estado da arte dos estudos sobre mobilização subjetiva em clínica do trabalho.

2.1 Trabalho, prazer e sofrimento

Para a PdT, trabalho é definido como “a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (Dejours, 2011a, p. 78). Dejours (2012) ressalta que trabalhar é preencher o vazio, sempre existente, entre o trabalho prescrito e o trabalho real, percorrendo um caminho que precisa ser criado e inventado pelo sujeito trabalhador, que exige, portanto, acrescentar algo de si na realização da tarefa. Assim, é uma atividade humana, pois o trabalho é mobilizado justamente onde a ordem técnica/tecnológica é insuficiente. O trabalho é criação do novo, exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da engenhosidade, através da mobilização da inteligência prática (Dejours, 2011a).

Essa experiência com o real do trabalho se apresenta ao sujeito como uma experiência de fracasso, gerando sentimentos de impotência, raiva, angústia; trata-se de uma experiência afetiva (Dejours, 2012). O sofrimento e a busca subjetiva para agir sobre o mundo encontrando meios de superação da resistência do real é um ponto de partida para o movimento de conquista do mundo e da ampliação da subjetividade. Nesse sentido, tem-se também que: “trabalhar não é apenas produzir, mas ainda transformar-se a si próprio e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade de provar-se a si mesma, de realizar-se” (Dejours, 2012, p. 34).

O trabalhar, não sendo redutível a uma atividade produtiva objetiva, inclui uma ação que possibilita o engajamento da subjetividade e, assim, é uma possibilidade para o sujeito constituir-se e transformar a si mesmo; ou seja, o trabalho é fundamental na construção da saúde e da vida (Ferreira, 2011a). Contestando a definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, Dejours (2007) afirma

que a saúde não é um estado; nessa perspectiva, a saúde não existe, pois todos são, via de regra, portadores de doenças crônicas. A saúde seria, então, um ideal desejável, um ponto de referência ou um ponto de partida que orientaria ações individuais no sentido de tentar conquistá-la. Mas o que se conquista é uma normalidade no sentido de um compromisso que passa por um julgamento de aceitabilidade. De qualquer forma, trata-se de uma conquista, a normalidade não está dada.

O trabalho implica também a relação com o outro, pois, na maioria das vezes, trabalha-se para alguém e com alguém. Essa implicação do trabalho com um coletivo tem como eixo central a questão da cooperação (Dejours, 2013). Mas, assim como na atividade, a cooperação também inclui uma discrepância entre o prescrito e o real, ou seja, entre a organização do trabalho concebida (nesse caso, chamada de coordenação) e a organização do trabalho como acontece efetivamente (cooperação). A coordenação prescreve a divisão de tarefas, a hierarquia, as responsabilidades e limitações de cada função. Já a cooperação é o lugar do exercício do poder e implica um reajustamento consensual do trabalho prescrito a partir da criação e deliberação de regras práticas. Assim, o trabalho convoca não só a mobilização da inteligência do corpo, mas também da inteligência que se apresenta como sabedoria, no sentido moral e político (Dejours, 2013).

Sendo o trabalho também uma relação social, “trabalhar é engajar sua subjetividade em um mundo hierarquizado, ordenado e repleto de constrangimentos, ainda perpassado pela luta de dominação” (Dejours, 2012, p. 36). Já que trabalhar implica experimentar a resistência do mundo social, existem caminhos diferentes nos saber-fazer encontrados pelas inteligências singulares, que devem ser coordenados para corrigir os riscos de conflitos e de contradição entre essas diferentes inteligências. Gernet e Dejours (2011) ressaltam que trabalhar não é apenas produzir, mas também viver junto, introduzindo a ideia de trabalho coletivo, já que envolve um conjunto de relações entre o sujeito e aquelas pessoas com e para quem ele trabalha. Neste caso, é preciso elaborar e tornar estáveis regras práticas de trabalho que precisam ser aceitas por todos, o que demonstra que o trabalho não possui somente uma perspectiva técnica, mas também uma dimensão social.

Nessa dimensão, é necessário pontuar que o trabalhador, ao oferecer sua contribuição à organização, com todos os riscos e renúncias necessárias, espera uma retribuição - simbólica ou moral -, que acontece através do reconhecimento do outro. Esse reconhecimento não diz respeito à pessoa, mas ao seu trabalho, ou seja, é focado no fazer. Apenas em um segundo momento o sujeito pode, eventualmente, levar esse julgamento do registro do fazer para o registro do ser, no sentido de sua realização. Assim, por meio do reconhecimento, o sofrimento

no trabalho pode ser transformado em prazer, ao imprimir um sentido subjetivo ao trabalho (Dejours, 2012).

É justamente porque o trabalho pode oferecer gratificações essenciais no registro da identidade que se pode obter a mobilização subjetiva, a inteligência e o zelo dos que trabalham. [...] É ainda por causa deste reconhecimento sobre o fazer que se pode respeitar e manter relações de convívio com as pessoas pelas quais não se tem empatia, até se sente alguma aversão (Dejours, 2012, p. 40-41).

Ressalta-se a importância do trabalho na questão da identidade e da realização de si mesmo e, conseqüentemente, na construção da saúde mental, pois a identidade não pode ser construída, exclusivamente, no espaço privado. A esfera do amor, sozinha, não é suficiente. (Dejours, 2011c). O ser humano tem duas vias principais de construção de sua identidade: através do campo erótico e do amor e através do campo social; neste último, o trabalho participa de maneira fundamental. Para isso, é necessário o reconhecimento pelo outro de uma descoberta exitosa da experiência do sujeito com o real do trabalho (Gernet & Dejours, 2011). Dejours (2011b, p. 307) ressalta: “sem o reconhecimento, não pode haver nem prazer, nem reapropriação em relação à alienação. Sem reconhecimento só há sofrimento patogênico e estratégias defensivas, sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização”.

A validação do trabalho pelo reconhecimento dos outros é importante para a construção do sentido do trabalho, permitindo a transformação do sofrimento em prazer. Sem o reconhecimento, aparece a dúvida quanto à relação com o real, podendo levar à desestabilização da identidade. “Para a psicodinâmica do trabalho, a identidade é a ‘armadura da saúde mental’, ela não está jamais definitivamente estabilizada e permanece incerta, incompleta” (Gernet & Dejours, 2011, p. 66). Sendo assim, os sujeitos necessitam constantemente da confirmação do olhar do outro. E é em função do reconhecimento que o trabalho se torna para o sujeito uma possibilidade de se transformar, muito mais que produzir bens ou serviços. Em outras palavras, o trabalho implica a aplicação de uma técnica instrumentalizada por um lado, e por outro, implica a transformação do sujeito. A possibilidade de prazer pelo trabalho se dá a partir do ganho obtido no registro da construção da identidade e da realização de si mesmo, ou seja, não é a atividade em si que produz identidade, mas o reconhecimento conferido pelo olhar do outro (Dejours, 2011b).

Para Dejours (2011c), o investimento dos sujeitos no trabalho é espontâneo. Os trabalhadores procuram realizar da melhor forma possível sua tarefa e atingir o máximo de precisão na consecução dos objetivos organizacionais desde que os objetivos sejam satisfatórios. O indivíduo busca, com isso, dar sua contribuição singular no trabalho e ser

reconhecido e retribuído simbolicamente por isso, ou seja, “atrás da mobilização subjetiva, há a busca de identidade” (Dejours, 2011e, p. 402). Atitudes de preguiça, de desinvestimento no trabalho, de negligência e desmobilização não são naturais, mas sim resultado de uma organização do trabalho que faz do trabalho uma atividade precária e sem sentido. Quando se observa uma postura de indiferença entre os trabalhadores, é em decorrência de situações frustrantes que os fizeram perder a esperança de que sua contribuição representasse algo, tivesse utilidade ou fosse reconhecida. Isso acontece num processo demorado em que, face a várias tentativas frustradas do indivíduo, em se apegar a esperanças de abertura para a utilização de sua iniciativa e inteligência, ele resigna-se e desengaja-se (Dejours, 2011c).

Desse modo, uma questão que leva à vivência de sofrimento no trabalho refere-se à rigidez na organização do trabalho. Conforme aponta Dejours (1992, p. 52): “O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada. . . A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento”. Quanto mais rígida a organização do trabalho e mais acentuada a divisão do trabalho, menor o conteúdo significativo do trabalho e, portanto, maior o sofrimento do trabalhador.

Dejours e Abdoucheli (2009) diferenciam dois tipos de sofrimento relativos à organização do trabalho: o criativo e o patogênico. O sofrimento patogênico acontece quando não há mais nenhuma margem de liberdade que o sujeito possa explorar para transformar ou aperfeiçoar a organização do trabalho, ou seja, quando as pressões são rígidas, fixas, incontornáveis, levando o trabalhador à repetição e gerando-lhe desgaste, frustração e sentimento de impotência. Segundo os autores, essa situação levaria o indivíduo a manifestar uma descompensação mental ou psicossomática. Para lidar com o sofrimento patogênico, os trabalhadores constroem, individual e coletivamente, estratégias defensivas para manter a saúde, mesmo que precariamente, e evitar o adoecimento, garantindo, também, sua produtividade.

Já o sofrimento criativo acontece quando o trabalho pode ser transformado em criatividade. Esse tipo de sofrimento possibilita a transformação, contribuindo, então, para a resistência do sujeito à desestabilização. Nesse caso, o trabalho funciona como um mediador para a saúde. Por isso, para transformar um trabalho gerador de sofrimento patogênico em um trabalho prazeroso, em que há sofrimento criativo, é necessário que a organização do trabalho propicie maior liberdade ao trabalhador para que ele possa adequar seu modo operatório ao da organização, usar sua inteligência prática e engajar-se no coletivo, buscando identificar ações capazes de promover vivências de prazer (Mendes, 2007a).

Uma organização do trabalho em que a atividade realizada é estranha aos trabalhadores entra em confronto com a vida mental destes, trazendo repercussões na esfera das motivações e dos desejos; nenhuma adaptação do trabalho à personalidade é possível. Ao contrário, uma organização que permita uma certa adaptação espontânea do trabalho ao homem possibilita a tentativa de um compromisso entre os desejos e a realidade, numa luta do sujeito contra a indignidade e a desqualificação (Dejours, 1992).

Uma outra questão importante é a articulação entre a eficiência do trabalho (quantidade e qualidade de produtos e serviços) e a realização de si mesmo por parte dos trabalhadores. Se a curto prazo esses objetivos parecem sempre antagônicos, a longo prazo existe possibilidade de negociações, de compromissos, de deliberação coletiva, de avaliação de resultados, mesmo que as contradições ainda não cessem (Dejours, 2011c).

De modo resumido, trabalhar envolve a experiência de fracasso com o real. De um lado, essa experiência pode trazer oportunidade de ganho subjetivo para o sujeito trabalhador, na medida em que uma organização do trabalho flexível permitir que ele possa mobilizar-se e ressignificar o sofrimento e ser retribuído simbolicamente por isso. Por outro lado, a rigidez na organização do trabalho pode levar ao sofrimento patogênico. Portanto, o trabalho envolve muito mais que o processo de produção; depende de questões do mundo objetivo, do mundo social e também da esfera subjetiva.

2.2 Mobilização Subjetiva

Diante do sofrimento no trabalho, os sujeitos podem fazer uso de estratégias defensivas para minimizar os efeitos deletérios da organização do trabalho e manterem, ainda que precariamente, a saúde mental. Ainda assim, as estratégias defensivas não levam à vivência de prazer no trabalho. Outra forma de enfrentamento do sofrimento no trabalho é o uso de estratégias de mobilização subjetiva. As defesas têm um papel de proteção e de adaptação, mas isso não é condição para mobilização subjetiva no trabalho. A mobilização subjetiva, sendo um meio para lidar com o sofrimento, diferencia-se das estratégias defensivas individuais ou coletivas, uma vez que implica a ressignificação do sofrimento, ao contrário das defesas que o negam ou o minimizam (Mendes, 2007a).

O processo de mobilização subjetiva é central para a psicodinâmica do trabalho, pois faz parte do próprio conceito de trabalho. Considera-se que, diante dos desafios e exigências, impostos pela organização do trabalho que lhe demandam investimentos físico e sociopsíquico, o sujeito lança mão de sua subjetividade, de sua inteligência prática e do coletivo de trabalho

para transformar o sofrimento advindo do contato com o real do trabalho. Esse movimento seria a mobilização subjetiva, um processo que se caracteriza pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussão sobre o trabalho para que possam ser ressignificadas as situações geradoras de sofrimento (Mendes, 2007a).

A mobilização subjetiva pode ser definida como um processo intersubjetivo de resgate do sentido do trabalho que se caracteriza pelo engajamento da subjetividade do trabalhador e pelo espaço de discussão sobre o trabalho, passando pela dinâmica contribuição-retribuição simbólica (reconhecimento no trabalho). Permite, portanto, a transformação do sofrimento e é composta por quatro dimensões que são indissociáveis: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento (Mendes & Duarte, 2013b).

Trata-se de um processo que depende do coletivo de trabalho. Mendes e Duarte (2013b) constata que a construção do coletivo de trabalho relaciona-se com a reafirmação da identidade do trabalhador, já que é por meio desse coletivo que se tem o reconhecimento pelo trabalho realizado em conformidade com as regras e pela marca pessoal deixada pelo trabalhador na realização de sua tarefa. No primeiro caso, o julgamento é sobre o fazer, e dá acesso à aparência, que é o reconhecimento pelas qualidades que o trabalhador tem em comum com os outros. No segundo tipo de julgamento, acessa-se a identidade do trabalhador, destacando sua originalidade e seu estilo pessoal que o distingue dos outros.

A inteligência prática ajuda o trabalhador a resistir ao trabalho prescrito; é o que o trabalhador acrescenta de si (sua capacidade de sentir, de criar) para transcender o que está prescrito e desenvolver um saber fazer particular que dê conta do trabalho real (Mendes & Duarte, 2013a). A inteligência prática normalmente ultrapassa a consciência e o conhecimento que o sujeito tem de si mesmo e do mundo; é uma experiência enraizada no corpo e depende de condições psicoafetivas (Ferreira, 2011a). É uma inteligência intuitiva, astuciosa, engenhosa, inventiva, mobilizada diante de imprevistos e, desse modo, muitas vezes é inominável e difícil de ser ensinada / reproduzida. Por isso, ela precisa do espaço de discussão coletivo para ser minimamente acessada, compartilhada e reconhecida. Tem raiz no corpo, no conhecimento da tarefa, na habilidade e intuição dos trabalhadores para fazer frente ao real do trabalho. É uma inteligência que busca atender aos objetivos da produção, criando procedimentos que são, muitas vezes, mais eficazes do que os prescritos pela organização do trabalho (Mendes, 2007b).

Vasconcelos (2013) aponta as raízes epistemológicas da inteligência prática remetendo à psicologia histórica e à antropologia histórica, com a utilização do termo grego *métis*, compreendido como astúcia no emprego da experiência para a criação de algo novo. Segundo Dejourn (2011c), para dar conta do hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o

trabalhador faz uso de sua inteligência prática, um saber que não pode ser ensinado pelos especialistas, pois essa inteligência é produzida no exercício do trabalho; nesse sentido, é o trabalho que produz a inteligência e não o contrário. O sofrimento advém justamente quando se bloqueia a possibilidade do exercício da inteligência criadora ou quando não são reconhecidos os esforços dos trabalhadores na construção e exercício dessa inteligência. Ao contrário, sua utilização e reconhecimento levam ao prazer no trabalho.

Essa inteligência é fundamentalmente enraizada no corpo, pois necessita da percepção para que ela seja acionada na resolução de um problema. Sendo assim, o engajamento do corpo é responsável pelos resultados obtidos pelo uso da inteligência prática, mesmo em atividades intelectuais, pois o engajamento do corpo não exclui o pensamento racional. Ou seja, ele está presente em todas as atividades de trabalho. Outra característica da inteligência prática é conceder maior importância aos resultados da ação do que ao caminho percorrido para alcançá-la; daí o sentido de que a inteligência precede o saber, o que prevalece é a astúcia, a engenhosidade. Outra questão que a caracteriza é seu poder criador, pois implica sempre um dado a ser desenvolvido, sendo necessário transgredir regras prescritas que não conseguiram prever/resolver tal situação (Dejours, 2011d).

Considera-se que a inteligência prática é amplamente difundida entre os seres humanos, ou seja, todos têm potencial para acessá-la, desde que disponham de boas condições de saúde. Como a inteligência é alimentada pelo corpo, o estado do corpo é uma variável importante dessa inteligência. Desse modo, problemas relacionados à saúde e ao bem-estar podem limitar a emergência dessa inteligência prática. Por outro lado, um corpo em bom estado de saúde estará sempre pronto a acessar a inteligência prática se assim a situação lhe solicitar, o que lhe confere um caráter pulsional. Existe uma espontaneidade, uma vontade irresistível na inteligência prática e quando há situações de trabalho em que o potencial de criatividade é subempregado, o trabalhador sofre, o que pode levá-lo ao adoecimento (Dejours, 2011d).

Desse modo, a primeira condição para que a inteligência prática seja mobilizada é a existência de uma certa flexibilidade na prescrição da tarefa. Em termos dos requisitos individuais, ela depende de condições psicoafetivas do exercício da ressonância simbólica, que vai articular a história singular do sujeito com o mundo atual e público do trabalho (Vasconcelos, 2013).

A inteligência prática pode transformar o sofrimento em prazer. Mas para que essa inteligência seja conhecida, compartilhada e reconhecida por um coletivo de trabalhadores, precisa passar por uma validação social que é viabilizada no espaço público da fala. Ele é construído pelos trabalhadores e pode ser caracterizado por ser um espaço no qual as opiniões,

eventualmente contraditórias, podem ser livremente formuladas e publicamente declaradas, e no qual há abertura para expressão coletiva do sofrimento. Nele são compartilhadas e acolhidas opiniões baseadas em diferentes crenças, desejos, valores, posições ideológicas, escolhas éticas, experiência técnica e estratégias de mediação e de resistência. Há relação de equidade entre aquele que fala e aquele que escuta, bem como abertura para a autoexpressão e a autenticidade (Mendes, 2007b).

Para que nesse espaço possa haver essa livre expressão do sofrimento, o compartilhamento e a busca de caminhos alternativos de transformação da realidade do trabalho, é preciso que ele seja consolidado por meio de relações de confiança, cooperação e construção de regras de trabalho. É em função da confiança que os trabalhadores podem tornar visíveis suas formas de realizar o trabalho e suas transgressões, possibilitando que os outros possam prever as regularidades em sua conduta. E essas relações de confiança acontecem a partir da cooperação (Vasconcelos, 2013).

A cooperação é fruto da convergência das contribuições dos trabalhadores para construir um produto, serviço ou ideia em comum. Ela articula as habilidades específicas de cada trabalhador e integra as diferenças para possibilitar a minimização de erros e a maximização de resultados. Para haver cooperação, é preciso haver discussões, criação de acordos e regras de trabalho, participação nas decisões, confiança, deliberações e arbitragens com o objetivo de gerir a organização do trabalho (Mendes & Duarte, 2013a). A cooperação necessita de confiança e de solidariedade, portanto, ela não pode ser prescrita; trata-se de uma construção do coletivo do trabalho. É dessas relações de interdependência da cooperação que o desempenho do coletivo alcança resultados superiores à soma dos desempenhos individuais (Mendes, 2007b). Difere-se do conceito marxista de cooperação que seria uma forma de os trabalhadores, coletivamente, produzirem mais e em menos tempo do que produziriam individualmente. Para a PdT, o sentido da cooperação se liga à vontade das pessoas trabalharem juntas e superarem coletivamente as contradições inerentes ao trabalho real. Difere-se, portanto, de estratégias de gestão que prescrevem alternativas coletivas que nem sempre são de interesse dos trabalhadores e tampouco podem gerar espaços de confiança e de mobilização subjetiva (Ghizoni, 2013b).

A cooperação na PdT passa por um processo que vai desde a discussão sobre a forma como os colegas de trabalho respeitam as regras de trabalho prescritas até a visibilidade das práticas no trabalho real num espaço de construção da confiança. E a confiança é uma luta constante, pois ela se baseia em questões afetivas, mas principalmente éticas, assentando-se na visibilidade dos ajustes singulares para fazer frente às contradições das prescrições do trabalho

(Ghizoni, 2013b). A cooperação pressupõe a valorização e o reconhecimento da marca pessoal e do esforço de cada um no trabalho coletivo, favorecendo a identidade psicológica e social dos trabalhadores (Mendes, 2007b).

O reconhecimento pode ser entendido como retribuição moral e simbólica advinda da contribuição dada pelo sujeito à organização do trabalho por meio do engajamento de sua subjetividade e da inteligência no trabalho (Cruz Lima, 2013). Essa retribuição se apresenta como reconhecimento no sentido de constatação da contribuição individual à organização do trabalho ou como gratidão por sua contribuição. Tais julgamentos tratam do fazer e não da pessoa do trabalhador e podem acontecer sob duas formas: julgamento de utilidade e julgamento de beleza.

O julgamento de utilidade técnica, social ou econômica é proferido pela hierarquia, pelas chefias, subordinados ou, algumas vezes, até por clientes. O julgamento de beleza refere-se à qualidade do trabalho, que expressa tanto a conformidade com as regras quanto a sua originalidade, e é proferido por colegas de profissão (os pares), pois é preciso conhecer para reconhecer. É por meio deste último que a invenção de novas formas de fazer, que fogem aos procedimentos padronizados, podem ser integradas no registro das técnicas aceitas e até, tornarem-se institucionalizadas. A validação do trabalho pelo reconhecimento contribui para a construção do sentido do trabalho, pois permite dar ao sofrimento uma significação social. Assim, o não reconhecimento pode gerar no sujeito dúvida quanto à relação mantida com o real por intermédio do trabalho, desestabilizando a identidade e desencadeando patologias relacionadas ao trabalho (Gernet & Dejours, 2011).

A mobilização subjetiva é o processo através do qual o sujeito busca dar sentido ao que ele faz no trabalho, deixando sua marca. Por isso, essa mobilização está sujeita à dinâmica do reconhecimento e se baseia numa relação contribuição-retribuição, por meio da qual o sujeito espera que a organização do trabalho possibilite que ele contribua para o aperfeiçoamento da organização, ao mesmo tempo em que possa engrandecer sua subjetividade. Esse reconhecimento possibilita transformar o sofrimento em prazer (Mendes & Duarte, 2013a).

A partir da descrição de todos esses elementos constitutivos da mobilização subjetiva, pode-se compreender como ela faz parte da concepção de trabalho para a psicodinâmica do trabalho, pois é o que define o trabalhar: esse investimento do corpo, do afeto e da cognição que emerge diante das exigências e dos constrangimentos da organização do trabalho e do hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Sendo assim, a mobilização subjetiva caracteriza-se por ser:

o modo de o trabalhador se engajar no trabalho, empregar e expandir sua subjetividade, fazer uso de sua inteligência prática e do coletivo de trabalho, viabilizada pela dinâmica do reconhecimento, para transformar o sofrimento em prazer e, assim, manter-se na luta pela sua saúde mental no trabalho (Mendes & Duarte, 2013a, p. 261-262).

A inteligência do corpo no trabalhar, mobilizada através do engajamento da subjetividade, na confrontação com o real do trabalho, faz emergir novos registros de sensibilidade que não pertenciam ao sujeito antes dessa sua experiência do real e de sua perseverança frente à resistência do real e ao sofrimento decorrente. Para Dejours (2012, p. 84), “o acréscimo do corpo subjetivo pelo exercício do trabalho é efetivamente a fonte de prazer que, desta forma, não seria acessível não fosse a mediação do trabalho”. Desse modo, ressalta-se esse potencial que o trabalho oferece à subjetividade, pois a apropriação do mundo através do trabalho pode trazer uma amplificação à subjetividade.

Para Mendes e Duarte (2013a), por trás da mobilização subjetiva, há a busca de identidade, não só no sentido de o sujeito querer realizar o trabalho, mas também de querer dar vida ao trabalho, deixando sua marca pessoal. É por isso que a mobilização subjetiva está sujeita à dinâmica do reconhecimento, pois ela mobiliza não apenas uma compulsão para o trabalho, mas o desejo de obter benefícios em termos de um sentido para si do trabalho que realiza, como uma retribuição de seu engajamento e de sua contribuição. Além disso, em nome do engajamento da subjetividade, que envolve a mobilização subjetiva, o sujeito espera poder contribuir para o aperfeiçoamento da organização do trabalho e para o seu próprio aperfeiçoamento, por meio do engrandecimento de sua subjetividade. A mobilização subjetiva pode ser entendida como um processo que permite o sujeito (se) criar e (se) inventar, sendo um modo de o trabalhador transformar o sofrimento em prazer e, assim, manter-se na luta pela sua saúde mental no trabalho (Mendes & Duarte, 2013a).

Desse modo, é possível compreender a concepção de Dejours (2011a) sobre a manifestação espontânea da mobilização subjetiva. Diante do trabalho, a maioria das pessoas saudáveis, espontaneamente, já mobiliza sua inteligência e sua personalidade. Mas por outro lado, essa manifestação espontânea da mobilização subjetiva não deixa de ser extremamente frágil, já que ela depende da dinâmica contribuição-retribuição. Ou seja, se o sujeito é considerado um simples executante condenado à obediência e à passividade, a tendência é que se desmobilize. Freitas (2006) problematiza essa questão apontando a mobilização subjetiva como uma estratégia de resistência que não tem encontrado espaço nas organizações atuais.

Mendes (2016) traz à tona uma discussão sobre a forma como o discurso nas organizações tem capturado a subjetividade dos sujeitos, ao prometê-los o lugar inexistente da

plenitude. Interpelados por esse discurso que lhes remete à onipotência e, portanto, afasta-lhes do desamparo existencial, tornam-se prontos a atenderem as exigências que lhes são colocadas incessantemente. O que se observa nesse movimento é que o trabalho tem produzido subjetividades dessubjetivadas, sujeitos assujeitados, pois nesses modelos de gestão o afeto está impedido, o que faz com que o sujeito não se engaje na sua mobilização e entre em um processo de servidão voluntária, atendendo à demanda deste grande Outro. Desse modo, o sujeito, para se apartar da angústia e do vazio existencial, liga-se nessas narrativas liberais de completude, acreditando que ele está no comando das suas escolhas, mas, na verdade, trata-se de uma promessa que, no fundo, forja um sujeito de desejos. É nesse ponto que a autora aponta o processo de desumanização das novas formas de organização do trabalho, no sentido de produzir sujeitos dessubjetivados, num contexto em que não há espaço para o desejo, para a mobilização subjetiva ou para a realização de sentido no trabalho. O trabalho tem produzido uma repetição onde não há espaço para a criação, o que há é uma repetição sem elaboração, sem afeto e sem sentido (Mendes, 2016).

Ferreira (2011b) traz um outro elemento importante para a compreensão da mobilização subjetiva: a ressonância simbólica. Para o autor, a ressonância simbólica amplifica a mobilização subjetiva e é potencializada quando o trabalho resulta de uma escolha do sujeito, possibilitando a satisfação dos desejos inconscientes. Isso porque o trabalho que resulta da escolha do sujeito possibilita condições mais favoráveis à ressonância simbólica e, conseqüentemente, ao prazer no trabalho, pela possibilidade diferenciada de engajamento para a criação e a transformação do sujeito.

Dejours e Abdoucheli (2009) destacam que a ressonância simbólica articula o teatro privado da história singular do sujeito e o teatro público do trabalho. E pela intermediação do trabalho, o sujeito se engaja em relações sociais para onde são transferidas as questões herdadas de seu passado e de sua história singular (Dejours, 1996). Ou seja, para que a curiosidade fundamental do sujeito seja acessada no encontro com o real do trabalho, é preciso que essa tarefa tenha sentido para o sujeito, considerando sua história singular. Dejours (1996) ainda acrescenta que existem três condições necessárias para o estabelecimento da ressonância simbólica. A primeira seria a escolha da profissão, ainda que não seja garantia de ressonância simbólica, pois entre a profissão e a função, muitas vezes, existem diferenças que se traduzem em condições desfavoráveis de trabalho. A segunda condição seria a possibilidade de assumir a concepção do trabalho, pois essa atividade de experimentação ocuparia a atividade de experimentação do teatro infantil. A terceira condição passa pelo caráter coletivo do trabalho, pois supõe o julgamento do outro.

Quando existem condições favoráveis à ressonância simbólica, o trabalho pode ser fonte de satisfação sublimatória, possibilitando ao sujeito fazer uso de sua inteligência criadora e ser reconhecido por isso. Por outro lado, existem situações de trabalho antissublimatórias em que o contexto dificulta ou até paralisa a aptidão do sujeito interpretar, agir e criar, constituindo-se em deletérias do ponto de vista da saúde mental no trabalho (Dejours & Abdoucheli, 2009). Quando há ressonância simbólica entre a história do sujeito e a atividade realizada, há realização do trabalhador pelo sentido que esse trabalho lhe traz. Isso contribui para que ele queira compartilhar sua experiência com seus pares e ainda se engajar na busca por soluções e modificações na organização do trabalho, possibilitando que ocorra mobilização subjetiva (Medeiros, 2012).

Ferreira (2011b) lembra que as vivências de prazer no trabalho referem-se aos processos psíquicos mobilizados na articulação entre o inconsciente e o trabalhar que convergem com o desejo do sujeito. As exigências se realizam pela gratificação pulsional por meio da sublimação e são reforçadas pela produção de sentido do trabalho. Desse nodo, “o processo sublimatório é fundamental porque possibilita estabelecer a continuidade com o desejo. Ao contrário de outros processos defensivos, a sublimação assegura a saída pulsional para o sofrimento. Não faz desmoronar a estrutura e o funcionamento psíquico e somático” (Ferreira, 2011b, p. 137-138).

Dejours (2011f) analisa o conceito de sublimação da teoria freudiana a partir das questões do trabalho e ressalta que o custo psíquico do bloqueio da sublimação pode ser danoso para a saúde. A luta pela emancipação estaria diretamente relacionada com a luta incessante pela saúde mental, sendo o conceito de sublimação um esboço de análise dos fundamentos da emancipação. Para compreender essas relações, Dejours (2011f, p. 13) retoma o conceito de sexualidade, apontando que ela representaria “o estrangeiro no interior do Eu, a frustração ou a não realização da satisfação sexual e uma exigência de trabalho que é exigência de desenvolvimento”. Esse desenvolvimento é propiciado pelo trabalho vivo, que permite a formação de habilidades individuais e de competências coletivas. Essas habilidades e competências dependem, primeiramente, da mobilização da inteligência prática, na busca de qualidade da produção, ou seja, diz respeito a uma dimensão ordinária da sublimação já que em qualquer tipo de trabalho há a exigência de qualidade. O trabalho ainda implica um conjunto de relações que formarão competências coletivas por meio da cooperação. Para que a cooperação aconteça é necessário um espaço de deliberação onde se formam acordos e regras de trabalho por meio da atividade deontica. Nesse sentido, a mobilização dessas inteligências estaria relacionada aos dois elementos da sublimação, quais sejam: deslocamento da pulsão em relação ao objeto e em relação ao seu objetivo: “este investimento pulsional na engenhosidade e na

sabedoria prática, esta mudança de objeto e de objetivo da pulsão, passam pela renúncia à satisfação sexual” (Dejours, 2011f, p. 424).

Nesse ponto, Dejours (2011f) aponta que o processo de sublimação se relaciona a outro elemento da mobilização subjetiva: o reconhecimento. Isso porque existe a expectativa de uma recompensa para reparar esta renúncia, que é o reconhecimento. Em troca de sua contribuição pela mobilização da inteligência prática e de sua renúncia, o sujeito trabalhador espera uma retribuição sob a forma de reconhecimento. É aqui que se insere a noção de atividade socialmente valorizada da sublimação, que vem a partir do julgamento de utilidade e do julgamento de beleza sobre o trabalho bem feito. Há que se ressaltar ainda que o reconhecimento contribui para a consolidação da identidade e da subjetividade, que são os fundamentos da saúde mental.

Dejours (2011f) sinaliza sobre os riscos para a saúde mental dos trabalhadores das situações de trabalho antissublimatórias, nas quais os sujeitos, quando escapam da descompensação psicopatológica, o fazem lançando mão de outras defesas que não a sublimação, especialmente defesas em que imperam a repressão pulsional. Considerando a sublimação como uma defesa, já que se trata de um novo destino à pulsão, é possível diferenciá-la de todas as outras formas de defesas, pois ela é a única que não se realiza em detrimento do Eu, ao contrário, está a seu favor. Acontece que os novos mecanismos de gestão das organizações de trabalho, pautados na avaliação individualizada do desempenho e nos preceitos da qualidade total, desestruturam os fundamentos coletivos da sublimação ao promoverem o individualismo, destruírem a confiança e a lealdade e paralisarem a dinâmica do reconhecimento (Dejours, 2011f).

A psicodinâmica do trabalho, sendo antes de tudo definida como uma clínica por promover um espaço de fala e de escuta do sofrimento no trabalho, seria um caminho para mudança no sentido da conquista da saúde e do prazer no trabalho. Ao possibilitar ao sujeito pensar sobre o trabalho, tendo a fala e a escuta qualificada como propulsores, esse espaço se revela como uma possibilidade de acessar a experiência no mundo, de tomada de consciência, de reapropriação do sentido do trabalho e de ação coletiva na reorganização do trabalho. Assim, permite romper a dominação simbólica em que se encontra muitos trabalhadores, que assumem o discurso da gestão e perdem contato com sua própria experiência (Moraes, 2015). Nesse sentido, Mendes e Araújo (2012) se referem à clínica do trabalho como promotora da autonomia, da criação e da negociação, em que há espaço para a construção de estratégias saudáveis para mediar o sofrimento e ressignificá-lo, transformando-o em vivência de prazer.

Tomando a mobilização subjetiva como um processo que depende da relação entre a subjetividade do trabalhador, o saber fazer e o coletivo de trabalho, compreende-se como esse movimento de reapropriação, envolvendo a dinâmica coletiva, emerge quando os trabalhadores agem no sentido de subverter os efeitos prejudiciais da organização do trabalho (Mendes, 2007a; Mendes & Duarte, 2013b). Esse processo viabiliza a dinâmica do reconhecimento, possibilitando que o trabalhador se sinta aceito e livre para se expressar em sua individualidade nas situações de trabalho, podendo, portanto, usufruir do trabalho como espaço para se constituir e não só para sobreviver (Mendes & Duarte, 2013b). Esse processo vai ao encontro dos objetivos da clínica do trabalho como um espaço de reapropriação do sentido do trabalho.

2.3 Práticas em Clínica do Trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho, preconizada por Christophe Dejours e difundida no Brasil, a partir de 1987, com o livro *A loucura do Trabalho*, trouxe muitas respostas ao campo da saúde mental e trabalho, preenchendo lacunas sobre a relação da organização do trabalho com a saúde psíquica dos trabalhadores. Essa abordagem se inspirava na psicanálise, na ergonomia francesa e na sociologia do trabalho para compreender essa relação (Merlo & Mendes, 2009). Os autores ressaltam que a saúde mental, para a PdT, encontra-se entre a patologia e a normalidade, pois depende das formas como os sujeitos reagem frente aos sofrimentos impostos pela organização do trabalho. Sendo assim, o sofrimento é visto como um modo de evitar a patologia, ou seja, o trabalhador sofre e, ao mesmo tempo, procura não sofrer diante dos fracassos do real do trabalho.

No Brasil, o percurso da produção brasileira em PdT acompanha o desenvolvimento dessa teoria desde os seus primórdios e tem feito pesquisadores da área se depararem com peculiaridades culturais e do contexto de trabalho diferentes da realidade francesa, onde a teoria foi desenvolvida. Analisando as produções brasileiras no campo da PdT, no período de 1996 (ano da primeira publicação brasileira na área) até 2009, Merlo e Mendes (2009) constataram que as mais variadas temáticas foram estudadas com base no referencial da PdT, mostrando como havia lacunas a serem preenchidas no campo da saúde mental no trabalho. Há que se demarcar que, dentre os 79 trabalhos encontrados neste período, duas diferentes perspectivas sobre o uso da psicodinâmica do trabalho foram observadas: o uso da psicodinâmica do trabalho como referencial teórico e como referencial teórico-metodológico.

Sendo a psicodinâmica do trabalho uma teoria crítica do trabalho e uma clínica, os estudos realizados na perspectiva teórico-metodológica preconizam o processo de mobilização

subjetiva dos trabalhadores que, por meio da intervenção, têm a chance de reorganizar o sistema de mediações diante do sofrimento. Mesmo que não tenham seguido à risca todos os passos do método original proposto por Dejours, foram encontrados cinco trabalhos que mantiveram fiéis a esses pressupostos. Na perspectiva da utilização da psicodinâmica do trabalho como referencial teórico, categoria em que se encontrara a maioria dos estudos, houve tentativas de compreender as realidades do trabalho e seu impacto na saúde do trabalhador, buscando superar os limites de outras abordagens (Merlo & Mendes, 2009). Os autores ressaltam que, qualquer que seja a utilização da psicodinâmica do trabalho, o olhar clínico é imprescindível para que o pesquisador consiga apreender seu objeto, qual seja, as relações do sujeito com a organização do trabalho. E ainda acrescentam que, além de produzir novos conhecimentos através de suas investigações, o método revela-se um instrumento de intervenção, prevenção e transformação dos processos de trabalhos nocivos à saúde.

Desde o levantamento de Merlo e Mendes (2009), muitos avanços continuam a ser observados e pesquisas desenvolvidas no campo da psicodinâmica do trabalho no Brasil. Em um levantamento bibliográfico realizado por Duarte (2014), a respeito de pesquisas publicadas com enfoque na utilização do método, 39 estudos caracterizados como práticas em psicodinâmica do trabalho foram encontrados. Destes, 32 foram realizados com profissionais em situação de “normalidade” e sete com trabalhadores em situação de psicopatologia do trabalho ou de vivência de violência no trabalho. Dentre os 32 na situação de normalidade, 19 utilizaram o método dejouriano de pesquisa, fazendo poucas referências aos benefícios do estudo para os participantes. Nove pesquisas se referiam a adaptações do método original e quatro utilizaram a proposta de Mendes e Araújo (2012), enfatizando o método como clínica do trabalho e relatando as mudanças dos sujeitos em sua relação com o trabalho a partir da participação na pesquisa (Duarte, 2014). Dentre os estudos com trabalhadores em situação de patologia e/ou violência relacionadas ao trabalho, apenas um utilizou o método proposto por Mendes e Araújo (2012) e os outros fizeram adaptações do método dejouriano, estando em todos eles presente a preocupação com os benefícios trazidos aos sujeitos participantes pela pesquisa (Duarte, 2014).

Em pesquisa realizada por Ghizoni, Mendes e Corgozinho (2013) sobre o método empregado nos estudos em psicodinâmica do trabalho no Brasil, foram encontrados 18 que fizeram a replicação do método original da psicodinâmica do trabalho e 19 que realizaram adaptações. Neste estudo, foram observadas algumas diferenças em relação ao método inicialmente proposto por Dejours (1992). A primeira diz respeito à questão da demanda: em sua origem, o método propõe que a demanda deva vir exclusivamente dos trabalhadores, mas a

maioria das pesquisas realizadas no Brasil parte de demandas provocadas pelos pesquisadores ou vindas de entidades sindicais. Além disso, enquanto a maioria das pesquisas brasileiras é realizada mediante aprovação por comitês de ética e pesquisa, a PdT Francesa não expõe essa necessidade. Em relação ao número de sessões, há muitas variações, mas em comum entre as pesquisas brasileiras está o fato de serem gravadas, transcritas e trabalhadas através de um diário de campo (Ghizoni, Mendes & Corgozinho, 2013). Em relação à metodologia dejouriana, há pouco detalhamento sobre a condução do método da clínica do trabalho. Duarte (2014) aponta que o foco da maioria dos estudos está na descrição dos resultados, sem apresentação clara dos bastidores que permitiram o desvelamento dos sentidos apresentados.

O desenvolvimento da psicodinâmica do trabalho no Brasil e a ampliação dos grupos estudados trouxeram a necessidade de avanços em relação à proposição metodológica inicial de Dejours (1992). Assim, Mendes e Araújo (2012) propuseram uma contextualização do método no sentido de contemplar algumas especificidades do cenário brasileiro, com uma ampliação e sistematização do método, incluindo elementos de uma das bases originais da psicodinâmica do trabalho: a psicanálise. Ghizoni e Mendes (2014) destacam a falta de linearidade na aplicação do método e limitações das interpretações, dos dispositivos clínicos usados e seus efeitos sobre a mobilização subjetiva dos coletivos de trabalho, detectando a necessidade de um aprofundamento da escuta clínica da psicanálise. Desse modo, o pesquisador clínico da metodologia dejouriana desliza para uma posição de clínico-pesquisador na proposta de Mendes e Araújo (2012), em que pesquisa e ação se tornam indissociáveis do processo de escuta. Essa escuta está interligada com o pensar e o sentir tanto dos trabalhadores quanto dos pesquisadores, ou seja, há uma relação entre a subjetividade do clínico e a mobilização subjetiva do coletivo (Ghizoni & Mendes, 2014). Nessa nova proposta, destacam-se a interpretação e o papel da subjetividade do clínico no sentido de deixar-se afetar pelo sofrimento do outro como elementos essenciais para que aconteça a mobilização subjetiva do coletivo.

A proposta de Mendes e Araújo (2012) trouxe o detalhamento dos dispositivos clínicos e do registro dos dados, já que no método dejouriano, os procedimentos não são explicitamente descritos de forma que se possa articular teoria e prática (Ghizoni & Mendes, 2014). Os dispositivos clínicos essenciais para a PdT que foram descritos por Dejours são: demanda; elaboração e perlaboração; interpretação; e supervisão. Na proposta de Mendes e Araújo (2012), são descritos os seguintes dispositivos clínicos: análise da demanda; elaboração e perlaboração; construção de laços afetivos; interpretação; formação do clínico; e supervisão (Ghizoni, Mendes & Corgozinho, 2013). Ghizoni e Mendes (2014, p. 17) apontam: “o diferencial está, sobretudo, na transferência, que se concretiza com a construção dos laços afetivos, no perfil e

na formação do clínico e na supervisão sistematizada, semanal e imprescindível à Clínica”. As autoras apontam a discrepância entre o caráter e a função do método original que, apesar de eminentemente clínico, não privilegia as dimensões técnicas da escuta.

Em 2014, Mendes redefiniu esses dispositivos, de modo a privilegiar a escuta do sofrimento, e uma função mais ampla para a formação do clínico e a supervisão, que passaram a ser considerados eixos estruturantes do método. A partir dessa reformulação, o método em clínica psicodinâmica do trabalho proposto por Mendes (2014) passa a se sustentar em três eixos estruturadores: i) os dispositivos para a escuta clínica do sofrimento, que compreendem a análise da demanda, a transferência e a interpretação; ii) a formação do clínico, que abrange a qualificação teórica, a prática de escuta e o processo de análise pessoal; iii) a supervisão clínica.

A perspectiva brasileira, ao realizar a escuta clínica do sofrimento, também propõe que haja flexibilidade quanto a alguns aspectos, como a constituição dos grupos: aceita-se a formação de grupos homogêneos ou heterogêneos quanto à organização do trabalho a que estão submetidos, a presença ou não das chefias e a realização de atendimentos individuais ou em grupos. Além disso, os grupos de trabalhadores podem ser advindos de entidades sindicais, de ambulatórios de saúde do trabalhador ou de laboratórios de pesquisa, hospitais ou clínicas-escolas vinculados a universidades, pois o foco é a utilização dos dispositivos propostos para uma escuta clínica do trabalho (Ghizoni, Mendes & Corgozinho, 2013).

Para fins dessa tese, analisamos as pesquisas brasileiras que abordaram os efeitos das intervenções a partir do uso do método da clínica psicodinâmica do trabalho. Com esse levantamento, objetivou-se verificar o que os estudos clínicos em psicodinâmica do trabalho têm apontado sobre a mobilização subjetiva. De princípio, podemos dizer que se observa grande predominância de estudos com trabalhadores em situação de “normalidade”, conforme já havia sido constatado por Duarte (2014). Esse fato é coerente com a trajetória dessa abordagem teórico-metodológica que se inicia nos anos de 1980/90 na França, quando Christophe Dejours se desloca da corrente da Psicopatologia do Trabalho para criar a Psicodinâmica do Trabalho. Esse movimento se deu em função da dificuldade de descrever um quadro das patologias mentais do trabalho por meio das pesquisas que vinham sendo realizadas pela psicopatologia do trabalho, desde os anos 1950. Dejours (1999) destaca que, exceto as descrições da neurose das telefonistas e da neurose dos mecanógrafos, realizadas por Le Guillant, as doenças mentais no trabalho pareciam inapreensíveis, não sendo possível encontrar doenças profissionais caracterizadas.

A partir daí, o objeto de estudo passa a ser a “normalidade enigmática”, deslocando a preocupação para o questionamento sobre como os trabalhadores, em sua maioria, conseguiram não sucumbir ao adoecimento, apesar das exigências e dos constrangimentos do trabalho. Portanto, Dejours se afasta das patologias ligadas ao trabalho para tentar compreender a relação do sujeito com o trabalho, a partir de uma perspectiva teórico-metodológica em que pesquisa e ação são indissociáveis:

A psicodinâmica o trabalho não trabalha no campo da patologia do trabalho, da doença. Seu problema é o da saúde e da normalidade, é analisar como funcionam as defesas graças às quais os homens e mulheres podem lutar contra os efeitos patogênicos dos riscos do trabalho (Dejours, 1999, p. 8).

Trata-se de uma abordagem de cunho mais preventivo, que reúne trabalhadores que formulam uma demanda para a clínica do trabalho. No caso de trabalhadores adoecidos e que foram afastados do trabalho, a formulação de uma demanda grupal é um processo difícil de acontecer, até mesmo em função da exclusão a que estão submetidos. Soma-se a isso a fragilização em que se encontram e a culpa que carregam por seu adoecimento por não poder atribuí-lo a questões ligadas ao trabalho. Solidão, exclusão e culpa somam-se à dor do adoecimento e dificultam a formulação de uma demanda por parte de um grupo de pessoas adoecidas. Por outro lado, se pensarmos na clínica do trabalho como potencializadora de mobilização subjetiva e, portanto, de resgate do sentido do trabalho, ela pode ser muito proveitosa por parte desses trabalhadores que sofreram perdas no trabalho em função do adoecimento e que buscam encontrar nele um novo sentido.

Dentre as pesquisas sobre mobilização subjetiva ou ressignificação do sofrimento a partir da clínica do trabalho, foram encontrados: 02 teses, 04 dissertações e 11 artigos científicos e capítulos de livros. As buscas foram realizadas nas bases de dados do Scielo, do Pepsic, do Portal de Periódicos Capes, utilizando os unitermos: mobilização subjetiva, ressignificação do sofrimento e clínica do trabalho. Também foram feitas buscas em livros organizados por pesquisadores que fazem parte do Grupo de Trabalho em Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Nessas buscas, foram filtradas as pesquisas que realizaram intervenções pautadas no método da clínica psicodinâmica do trabalho e que relatavam os efeitos da clínica realizada para os trabalhadores participantes. Embora a mobilização subjetiva nem sempre seja explicitada como efeitos da clínica do trabalho, sabemos que quando se trata de mudanças no grupo, referindo-se à cooperação, ao espaço de fala na ressignificação do sofrimento, ao reconhecimento entre os pares ou ao uso da inteligência prática na subversão do sofrimento em prazer, está se falando

de mobilização subjetiva. Portanto, a busca foi ampliada no sentido de abranger diferentes formas de mostrar os efeitos da clínica do trabalho. Começaremos por apresentar os resultados das clínicas do trabalho que foram realizadas com trabalhadores ainda não adoecidos. Serão apresentados em ordem cronológica do ano de publicação, partindo dos estudos mais recentes aos mais antigos.

A clínica do trabalho, descrita por Gama et al. (2016), realizada com profissionais de uma Unidade de Tratamento Intensivo em um hospital escola, teve como objetivo a escuta do sofrimento dessa equipe multidisciplinar. Foram realizadas 13 sessões, durante as quais o coletivo de trabalhadores ressignificou o sofrimento vivido no trabalho, alcançando a mobilização subjetiva, e passou a defender um espaço de discussão, que permitisse a circularização da fala. Houve amadurecimento no grupo de trabalhadores no sentido de assumirem responsabilidade para resolverem coletivamente os problemas e de entenderem que regras e normas poderiam ser criadas pelo grupo, o que exige participação de todos.

Moraes, Garcia, Carvalho e Moura (2015) relataram o processo de busca da subversão do sofrimento em prazer no trabalho em três pesquisas realizadas no Tribunal de Justiça do Amazonas. Cada uma das clínicas, com suas particularidades, auxiliou o processo de busca da saúde por parte dos servidores, ainda que as mudanças na organização do trabalho e até mesmo o processo de mobilização subjetiva não pudessem ser observadas em todas elas. O espaço da fala contribuiu para ampliar a compreensão do servidor em relação ao seu trabalho e para desenvolver a empatia entre os pares.

Feitoza e Moraes (2015) descreveram a subversão do sofrimento em prazer em uma clínica do trabalho com socioeducadores em um centro para adolescentes em Manaus. A clínica teve como objetivo compreender a dimensão subjetiva desses profissionais por meio de um espaço de fala, de escuta e de reflexão. Foram nove sessões com cinco trabalhadores, que saíram da posição defensiva para refletirem e agirem sobre a organização do trabalho. Conseguiram, inclusive, mobilizar outros socioeducadores que não faziam parte da pesquisa para as reivindicações que passaram a fazer, impulsionados por práticas que favoreceram a cooperação no coletivo.

A dissertação de Alves (2014) teve como objetivo investigar e potencializar a mobilização subjetiva para o prazer-sofrimento no trabalho de taquígrafos parlamentares, colaborando para a prevenção do adoecimento, por meio da realização da Clínica da Cooperação. Foram realizadas 11 sessões com sete taquígrafos não adoecidos no momento da clínica. O autor aponta que a pesquisa, além de ter favorecido a compreensão do trabalho dos taquígrafos, contribuiu para a construção de um espaço de discussão e cooperação na

instituição, colaborando para a prevenção do adoecimento no trabalho, tendo sido, portanto, oportunidade de fomentar a mobilização subjetiva dos participantes.

Moraes (2014) buscou identificar manifestações de mobilização subjetiva que levaram a modificações na organização do trabalho, em pesquisas com três grupos diferentes: uma com servidores administrativos de uma instituição de ensino técnico, outra com professores que atendiam adolescentes em medida de internação, e ainda com socioeducadores de uma instituição que abrigava adolescentes em medida de internação judicial. Nessas clínicas, houve o fortalecimento dos laços entre os pares, a potencialização da cooperação e a acolhida das novas ideias que se referiam a mudanças na organização do trabalho. Os grupos se fortaleceram enquanto coletivo em busca do enfrentamento e da transformação do que os fazia sofrer no trabalho. A partir dessas experiências, a autora ainda conclui que a clínica, como processo, potencializa a mobilização subjetiva.

Outro estudo em que a potencialização da mobilização subjetiva levou os trabalhadores a se reinventarem no seu fazer, apesar do sofrimento, foi a dissertação de Ferreira (2013). Esta teve como objetivo analisar a psicodinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia, do centro ambulatorial de um hospital universitário, por meio da clínica do trabalho. Foram realizados nove encontros com nove profissionais não adoecidos, cuja demanda era relativa a problemas de relacionamento na equipe. Além da descrição da psicodinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia, observou-se que a realização da clínica estabeleceu um espaço propício para a visibilidade do saber-fazer no trabalho e para nomear e socializar o sofrimento, o que favoreceu, em certa medida, o fortalecimento do coletivo.

A tese de Ghizoni (2013a) pretendeu analisar os dispositivos da prática Clínica Psicodinâmica da Cooperação com um grupo de catadores de material reciclável. Foram realizadas 12 sessões, das quais participaram 16 trabalhadores. A partir da escuta do sofrimento dos catadores, houve uma transição de uma gestão individual do grupo para uma gestão coletiva que, embora ainda em processo de aprendizado e estruturação, conseguiu alcançar seu objetivo de constituir uma cooperativa. A mobilização subjetiva, que aconteceu no percurso da clínica, continuou reverberando no coletivo de catadores. Além disso, destacou-se a importância da clínica como potencial político de organização coletiva.

A dissertação de Medeiros (2012) utilizou a clínica da cooperação com pilotos de uma Unidade Aérea do Detran. Foram 12 participantes, não adoecidos, que participaram de 10 sessões. A partir da clínica, foi possível descrever a psicodinâmica do trabalho desses pilotos e a constituição de um espaço de discussão para falarem sobre seu trabalho. Também foi possível

descrever as estratégias de mobilização subjetiva que esses trabalhadores já utilizavam em seu dia-a-dia profissional.

A prática em clínica do trabalho, apresentada por Silva e Mendes (2012), como estratégia de promoção da saúde, foi realizada com 11 servidores de uma agência reguladora. Essa experiência possibilitou acessar alguns aspectos da mobilização subjetiva do grupo, como melhorias em relação à cooperação e ao reconhecimento entre os pares.

Também a tese de Cruz Lima (2011b), com o objetivo de analisar a psicodinâmica do trabalho do cuidador social de um abrigo de crianças e adolescentes, em Macaé, utilizou a clínica do trabalho dejouriana com a realização de seis encontros com dois grupos de cuidadores. A clínica, além de ter permitido descrever com detalhes as nuances desse trabalho complexo e pouco valorizado socialmente, fortaleceu o coletivo, deu visibilidade ao saber-fazer no trabalho e possibilitou nomear e socializar o sofrimento desses cuidadores.

A experiência em clínica do trabalho com profissionais da área de Treinamento e Desenvolvimento de uma organização pública, relatada por Gomes, Cruz Lima e Mendes (2011) também teve como objetivo ir além da investigação. Favoreceu um espaço coletivo de discussão que propiciou uma análise crítica da atividade realizada por esses servidores e a busca do sentido e de novos rumos para o coletivo de trabalho. Foram realizadas cinco sessões com sete servidores, em que a circulação da palavra, no espaço de discussão coletivo sobre o trabalho, favoreceu o engajamento da subjetividade, contribuindo para a transformação das estratégias defensivas em mobilização subjetiva e o sofrimento em prazer. O grupo trouxe à tona o que estava encoberto pelas defesas. Apesar de as autoras destacarem a potência da clínica em fazer a palavra circular e em transformar a fala em ato, apontam que nem sempre o ato se transforma em ação sobre a realidade de trabalho.

Cruz Lima (2011a) realizou uma intervenção em Psicodinâmica do Trabalho com um grupo de servidores de uma organização do Poder Judiciário. Foram realizados 5 encontros com 5 servidores, que favoreceram maior compreensão da vivência desses agentes, na unidade, e a mobilização para a ação, evidenciada a partir das propostas elaboradas de mudança para o setor. Houve fértil discussão sobre as dificuldades do grupo no setor e empenho de todos em buscar soluções internas.

Apresentaremos, a seguir, os resultados relatados sobre as clínicas do trabalho, realizadas com trabalhadores já adoecidos. Vale destacar que, nesses estudos, a definição sobre o processo de adoecimento é uma condição preexistente à clínica do trabalho, ou seja, os sujeitos de pesquisa foram trabalhadores cujo adoecimento, diagnosticado em inspeção médica, já havia, inclusive, gerado afastamento das atividades laborais.

Duarte (2014) comparou dois processos de intervenção a partir da clínica psicodinâmica do trabalho: um com professores não adoecidos e outro com professores readaptados. Em relação aos professores adoecidos/readaptados, foi possível descrever a vivência do sofrimento advindo das relações desses sujeitos com as novas tarefas e com os colegas e chefias, fonte de desvalorização, preconceito e exclusão. A partir da escuta da clínica do trabalho com essas trabalhadoras, houve reconhecimento e legitimação das dificuldades que enfrentavam e passaram a se sentir mais fortalecidas com o apoio que receberam e que puderam dar umas às outras. Foi possível a ressignificação do sofrimento e um empoderamento desses sujeitos, que se reengajaram no autocuidado e na luta pela sua saúde.

Mendes e Araújo (2012) descreveram os resultados preliminares de uma clínica das patologias, realizada com professores adoecidos e afastados do trabalho por meio de uma intervenção solicitada pelo Sindicato de Professores do Distrito Federal (SinPro/DF). Nesse processo foi identificado um movimento de mobilização subjetiva no sentido de um desejo de ação dos participantes de investirem em tentativas até encontrar soluções para tolerar o sofrimento. Nesse sentido, relatou-se a perspectiva de implementação de ações que visem à eliminação e/ou minimização das condições de trabalho desfavoráveis por meio de ajustes na rotina diária e de um fortalecimento político da categoria, via ações sindicais. As autoras ainda descreveram a clínica do trabalho realizada com bancários com diagnóstico de LER/DORT que possibilitou, por meio do espaço de discussão, uma forma de recuperação do viver junto, mobilizando o grupo para a luta infundável pela saúde. Proporcionou, então, mudanças na forma de os trabalhadores sentirem o próprio adoecimento e de perceberem o sofrimento do outro, por terem se tornado mais conscientes dos mecanismos de dominação presentes na organização do trabalho e, ao mesmo tempo, com mais capacidade de se sensibilizarem com os outros.

Martins (2011) e Martins e Mendes (2012) abordaram casos de pacientes portadoras de patologias relacionadas ao trabalho atendidas no Programa Multiprofissional de Atenção à Saúde do Trabalhador, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que participaram de um grupo de clínica do trabalho. A partir da participação no grupo, houve ressignificação do sofrimento e mudança de posicionamento desses sujeitos. Essas práticas pretenderam contribuir para o fortalecimento da mobilização subjetiva para o enfrentamento das vivências de sofrimento e dos transtornos psíquicos, decorrentes do adoecimento e da perda da capacidade laborativa. Também foi possível observar a construção, por parte dos trabalhadores adoecidos, de modos de resistência frente à dominação dos processos de gestão da organização do trabalho, aos quais estavam submetidos (Martins e Mendes, 2012). Martins (2011) ressalta que o espaço de reflexão sobre as vivências de sofrimento relacionadas ao

trabalho possibilitou que as mulheres se mobilizassem subjetivamente na compreensão de seu processo de adoecimento e de sua angústia. Construindo um saber sobre si próprias e, mediante o resgate de suas memórias, foi possível um reposicionamento da mobilização subjetiva em direção à saúde.

Santos-Júnior, Mendes e Araújo (2009) relataram uma experiência, em clínica do trabalho com bancários adoecidos por LER/DORT, na qual foram realizadas 10 sessões com 13 trabalhadores aposentados por invalidez e afastados do trabalho. Essa experiência possibilitou a ressignificação do processo de adoecimento por um espaço de discussão em que as vivências de prazer-sofrimento e os modos de mediação foram compartilhados, permitindo aos trabalhadores enfrentarem a alienação social e superarem a angústia por meio do emprego da inteligência e da intuição às situações adversas da vida.

Para além do fato de a maioria das pesquisas que utilizaram a clínica do trabalho serem com trabalhadores em situação de “normalidade”, alguns outros aspectos podem ser observados a partir do estudo de pesquisas que abordam a mobilização subjetiva. Em primeiro lugar, chama a atenção o fato de, resguardadas algumas exceções, a maioria desses estudos não apontar os dispositivos clínicos utilizados no processo de escuta que contribuíram para que os trabalhadores se mobilizassem subjetivamente rumo a ações mais saudáveis no trabalho. Ao que tudo indica, há uma lacuna na literatura no sentido do estabelecimento da articulação entre a clínica do trabalho e o favorecimento de mobilização subjetiva para os trabalhadores sujeitos de pesquisa. A compreensão do processo, na maioria das vezes, encontra-se comprometida. Isso pode ser atribuído ao fato de ainda se estar apegado à origem da clínica do trabalho, em que o foco é a escuta clínica da pesquisa que visa entender e interpretar (Mendes, 2015). Segundo definição de Dejours (2012, p. 23):

A psicodinâmica do trabalho é antes de tudo uma disciplina clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental. É, em seguida, uma disciplina teórica que se esforça 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.

Dessa definição, apreende-se que se trata de uma pesquisa clínica que procura descrever e conhecer a relação sujeito/trabalho, utilizando para isso, a psicanálise e a teoria social. Mendes (2015) aponta a necessidade de dar um outro foco na forma de escutar o sofrimento no trabalho, indo além da pesquisa. Para isso, além da sistematização do método de pesquisa clínico dejouriano, propõe o desenvolvimento de dispositivos vinculados a uma prática clínica, que seriam os dispositivos da clínica psicanalítica. Se na proposta dejouriana a psicanálise é uma das bases teóricas sobre a qual devem ser inscritos os resultados da pesquisa, na nova proposta,

sugere-se o uso da clínica como pesquisa, utilizando a psicanálise para a intervenção. Nessa perspectiva, foca-se primeiramente o fazer clínico, de modo que ele possa possibilitar que o sujeito se aproprie do seu sofrimento e dê um novo sentido a ele, produzindo efeitos em seu posicionamento subjetivo.

Um outro elemento importante que pode ser destacado dos estudos sobre a relação entre clínica do trabalho e mobilização subjetiva, refere-se à dificuldade de se apreender de forma consistente o que está sendo considerado como mobilização subjetiva. Muitas vezes o conceito é tratado de forma genérica ou focado em alguns de seus elementos constitutivos. Apesar de se tratar de um conceito central para a psicodinâmica do trabalho, a mobilização subjetiva não teve um destaque especial na obra dejouriana. É possível apreender as dimensões que a compõem ao longo de todo o percurso teórico da psicodinâmica do trabalho sem, contudo, uma apropriação teórica sobre mobilização subjetiva. Trata-se de um conceito que ainda se apresenta de forma ampla e que merece maiores investimentos no sentido de torná-lo mais consistente e, principalmente, de mostrar como a prática da clínica do trabalho pode contribuir para sua emergência entre os sujeitos trabalhadores.

Para isso, volta-se à questão anterior de defendermos a necessidade de aprimorar os dispositivos clínicos necessários a uma escuta clínica do sofrimento no trabalho, no sentido de produzir efeitos no posicionamento subjetivo e político dos sujeitos, na produção de um saber sobre si, sobre o trabalho e sobre o adoecimento. Esse seria o sujeito da mobilização subjetiva e, nesse sentido, esse seria um conceito que articula o psiquismo e o social.

Se pensarmos que para a psicodinâmica do trabalho a mobilização subjetiva coincide com o que envolve o trabalhar, já que ela emerge diante das exigências e constrangimentos da organização do trabalho (Mendes & Duarte, 2013a), podemos dizer que o sofrimento é inerente à mobilização subjetiva. Dito em outras palavras, trabalhar é passar pelo sofrimento inerente ao encontro com o real. Portanto, não podemos dizer que diante do sofrimento haveria duas saídas - de uma lado, a mobilização subjetiva e, de outro, as defesas e patologias - porque o sofrimento seria inerente à mobilização subjetiva. Esse sofrimento originário do conflito entre o desejo do trabalhador e a organização do trabalho demanda investimentos corporal, cognitivo e afetivo por parte do sujeito. Daí emerge o modo de o trabalhador se engajar no trabalho e expandir sua subjetividade, por meio do uso de sua inteligência prática e da mobilização do coletivo do trabalho, viabilizada pela dinâmica do reconhecimento (Mendes & Duarte, 2013a). É a partir desse processo que se pode falar do surgimento do sujeito, ou seja, sem mobilização subjetiva, temos um trabalhador como simples executor, não como sujeito apropriado de seu desejo.

Diante desse percurso, observa-se uma agenda de pesquisa a ser construída no sentido de articular os aspectos individuais, sociais e políticos envolvidos na mobilização subjetiva. Além disso, destaca-se a relevância de investir em clínicas-pesquisas que possam subsidiar a sistematização de um método em clínica do trabalho que possibilite acessar essa mobilização.

3 DISPOSITIVOS CLÍNICOS DE ESCUTA DO SOFRIMENTO NO TRABALHO

O dispositivo de escuta clínica do sofrimento é usado, na clínica do trabalho, conforme a concepção em Psicodinâmica do Trabalho de que a pesquisa é ação e a palavra é ato. Assim, ao privilegiar a fala, num espaço de escuta, coloca-se a palavra em ação e abre-se uma possibilidade de repensar as dimensões visíveis e invisíveis da organização do trabalho e dos laços sociais construídos na relação dos sujeitos com o real do trabalho.

Dejours (2012, p. 23) define a psicodinâmica do trabalho como uma disciplina primeiramente clínica, que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental. É também uma disciplina teórica que procura inscrever os resultados da pesquisa clínica da relação com o trabalho em uma teoria do sujeito, observando a psicanálise e a teoria social. Os dois sentidos de trabalho presentes na teoria freudiana - o trabalho *Arbeit* como aquele condizente com uma atividade, um serviço ou obra e o trabalho *Poiesis* relativo à atividade psíquica – interessam à Psicodinâmica para compreender a essência do trabalho. Para essa abordagem, fazer implica pensar, engajar-se com o corpo e com o afeto, deixando-se afetar pelo real, transformando-o e transformando a si mesmo. Trabalhar seria então essa mobilização afetiva diante do real do trabalho (Mendes & Araújo, 2012). E a clínica psicodinâmica tem como desafio desvelar ao sujeito a sua atividade psíquica envolvida no trabalhar.

Mendes e Araújo (2012, p. 48) enfatizam que a base da pesquisa em clínica Psicodinâmica do Trabalho é a escuta - baseada nos pressupostos da escuta psicanalítica - que precisa ser qualificada para se diferenciar de outros métodos, como entrevistas coletivas ou grupo focal.

A escuta do sofrimento decorrente das relações de trabalho requer do clínico escutar o não dito, o oculto, o silenciado, buscando, junto com o coletivo, desvelar a cortina e construir novas estratégias para ressignificar o sofrimento, atribuindo um novo sentido ao trabalho e, como consequência, abrindo espaço para as ações sobre a organização do trabalho (Mendes & Araújo, 2012, p. 39).

Mendes (2015) reforça que as experiências com a clínica do trabalho, realizadas com diferentes categorias profissionais, pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília, levaram os pesquisadores a perceberem a necessidade de dar um enfoque diferente na forma de escutar o sofrimento desses trabalhadores, um foco que fosse para além da pesquisa. Para produzir efeitos no posicionamento subjetivo dos sujeitos participantes da clínica, é necessário um deslizamento da função do clínico do trabalho do lugar de pesquisador-clínico para o de clínico-pesquisador. Isso significa ir além de uma escuta

clínica da pesquisa que visa entender e interpretar, para uma posição de intervenção direta no coletivo de trabalhadores para reconstruir a trajetória dos sintomas. Com isso, aproxima-se cada vez mais da clínica psicanalítica para construir uma proposta para a prática em clínica do trabalho. Proposta esta que não se resume à aplicação da técnica psicanalítica ao trabalho, uma vez que não se utiliza a associação livre, mas que se apropria de dispositivos da psicanálise e articula dimensões teóricas dessa abordagem para que se possa realizar a escuta do sofrimento do trabalhador (Mendes, 2015).

Para que se tenha acesso a esse sofrimento, a autora afirma que é preciso compreender a posição subjetiva do sujeito, quais sintomas e defesas foram construídos frente ao real do trabalho e qual a função do sintoma na vida do sujeito. Desse modo, é necessário identificar a relação entre defesa, sofrimento e trabalho para a compreensão desse quadro nosológico psicopatológico. A partir daí é que o sujeito, como protagonista na sua relação com o trabalho, pode caminhar para a transformação desse sofrimento no sentido de dar-lhe um novo destino. A autora ainda reforça que não é simples para os sujeitos desapegarem do sintoma e das queixas, pois há que assumir sua condição humana mais básica de abandono e dependência para adotar uma postura mais autônoma e de alteridade que possibilitará dar um novo destino ao sintoma (Mendes, 2015). Nessa reconstrução da trajetória dos sintomas, a autora ressalta o deslocamento do sujeito em três eixos: da aceleração e fadiga para a vitalidade; da exigência e necessidade para o desejo; da impotência e onipotência para a potência.

Nessa perspectiva, Mendes (2014) propõe uma reorganização dos dispositivos clínicos do método proposto por Mendes e Araújo (2012) de modo a privilegiar a escuta analítica do sofrimento e a função da formação do clínico e da supervisão. Passa-se a ter como eixos do método da clínica psicodinâmica do trabalho: os dispositivos para a escuta analítica (compreendendo a análise da demanda, a transferência e a interpretação); a formação do clínico (que envolve a qualificação teórica, a prática da escuta e o próprio processo de análise) e a supervisão clínica. Devidamente trabalhados esses três eixos, a clínica psicodinâmica do trabalho pode contribuir com a produção de mudanças na posição subjetiva e política dos trabalhadores. Essa clínica, “por meio do espaço de escuta analítica do sofrimento no trabalho busca intervir no discurso, dando condições de ressignificar vivências, dar novos sentidos e refletir em um nível diferente de consciência” (Mendes, 2014, p.77). Nesse processo da clínica do trabalho, o desafio é auxiliar na elaboração dos sofrimentos invisíveis dos trabalhadores para que, ao se defrontarem com o real, possam se colocar como sujeitos na busca por processos de mudanças de suas relações sociais (Mendes, 2014).

Para isso, o clínico do trabalho precisa ocupar um “lugar vazio”, possibilitando, assim, que o sujeito acesse uma parte de sua própria verdade, inscrevendo-se de maneira diferente no laço social (Périleux & Mendes, 2015). Ele precisa se desvencilhar do lugar do suposto saber, não assumindo a pretensão de curar ou de dar uma solução. Desse modo, é possível estar aberto para ouvir o inesperado. Dassoler e Palma (2012) também reforçam que esse lugar do clínico legitima a falta como possibilidade de haver o exercício do desejo, sendo essa uma postura que contrapõe à demanda de completude que lhe é endereçada por parte do sujeito. Nesse sentido, os autores resgatam a ética relativa ao desejo trabalhada por Lacan, sendo o desejo pensado aqui como motor da existência e promotor da possibilidade de vida. Essa ética relaciona-se a uma interrogação, de modo a vincular a ação ao desejo que a sustenta, possibilitando alguma satisfação e uma circulação no laço social. Desse modo, a proposta da clínica não seria no sentido de completar ou eliminar a falta, mas de produzir algo a partir dela (Dassoler & Palma, 2012).

Privilegiando a fala, a clínica do trabalho propicia um espaço de escuta e, ao mesmo tempo, um espaço para pensar. Colocar a palavra em ação apresenta-se como uma oportunidade para o sujeito repensar o trabalho em suas dimensões visíveis e invisíveis, os laços construídos na sua relação com o real e, assim, podendo questionar a organização do trabalho. A ação, nesse caso, não diz respeito aos pressupostos da eficiência, mas sim ao trabalho psíquico de elaboração e de perlaboração nos atos da linguagem (Mendes & Araújo, 2012).

Para o clínico do trabalho, é fundamental a posição de escutar o testemunho do sujeito, de nomear os eventos traumáticos vivenciados no trabalho, desbanalizar as violências e a opressão que o trabalho produz e que passam por fatos ordinários, denunciando, assim, o que não pode passar por normal. A psicodinâmica do trabalho, como pesquisa e ação clínica, tem um compromisso com as transformações da organização do trabalho, possibilitando pensar na eficiência da fala quando, por meio do processo de elaboração-perlaboração, pode se passar do espaço de discussão para o espaço de deliberação (Mendes & Araújo, 2012).

Para Périleux e Mendes (2015), o dispositivo clínico opera pela palavra como um revelador do evento sintomático, sendo preciso possibilitar que o sintoma possa dizer-se. Périleux (2016, p. 46) ressalta o poder regenerativo e transformador da palavra e, por outro lado, aponta “o quanto a palavra é maltratada na vida do trabalho”. Para o autor, o trabalho clínico seria aquele em que ocorre um encontro, no sentido da possibilidade de que um diálogo ocorra e que a palavra possa manifestar-se em sua potência de revelação e de transformação. É nesse ponto que se insere o conceito de dispositivo, como “uma certa maneira de dispor os

lugares necessários para o trabalho terapêutico” (Périleux, 2016, p. 47), dentro do qual o encontro com os pacientes aconteça num quadro clínico que possibilite a emergência da palavra.

A palavra no trabalho é um meio privilegiado de acesso ao saber da experiência, pois, pela palavra, revela-se o que não sabemos ainda sobre nós mesmos e sobre o nosso trabalho. Sendo o trabalho um encontro com o real, o saber da experiência construído nesse encontro muitas vezes carece de palavras que possam descrevê-la, por se tratar de uma experiência que passa pelo corpo e pelo afeto. Daí o poder revelador da palavra, pois, conforme Périleux (2016), é a palavra que possibilita o surgimento da vida. O diálogo e a deliberação no ambiente de trabalho possibilitam, então, a revelação de si aos outros e a si mesmo, em que aparecem, ao mesmo tempo, divergências de opinião no coletivo de trabalho. Quando devidamente trabalhadas essas divergências, emerge a possibilidade de transformações nos modos de fazer e na organização do trabalho. Mas esse poder da palavra só pode ser exercido em um ambiente e com dispositivos que permitem seu desdobramento (Périleux, 2016).

Jorge (2010), ao falar da criação de dispositivos clínicos no atendimento a adolescentes, em um território marcado pela violência das periferias urbanas, destaca a função desses dispositivos no sentido de possibilitar ao sujeito encontrar seu próprio desejo. Isso se torna possível na medida em que esse sujeito pode falar, colocar palavras, nomeando conflitos, expressando dificuldades e desejos, "é sentir a dor da perda e deparar-se com o desamparo. É também encontrar o seu talento, viver o encontro criativo com o outro, é a possibilidade da arte, do conhecimento, da subsistência econômica e da construção de um projeto de vida” (Jorge, 2010, p. 104-105).

Sendo o dispositivo clínico um arranjo entre componentes, uma maneira de dispor lugares para que a palavra circule e que um dizer seja possível, Périleux (2016) ressalta a necessidade de uma “folga” nos lugares do clínico e do paciente. Nesse sentido, pode-se compreender o que o autor coloca como desafios de um dispositivo clínico. Primeiro, seria instaurar uma função de acolhida e de hospitalidade, tanto no sentido de receber quanto de oferecer acolhida, já que se expor ao outro como alguém que nos afeta inclui expor-se à sua palavra com seus poderes surpreendentes e inesperados. Outro desafio seria justamente o de não evitar essa exposição ao outro, permitindo tanto ao paciente, quanto ao clínico, que se surpreendam com seu dizer.

Nessa perspectiva, Périleux (2016) aponta, como responsabilidades do clínico, dar hospitalidade ao sofrimento e trabalhar a demanda, além de confiar na palavra e ativar sua potência de subversão, sendo disponível ao encontro. No que se refere à clínica do trabalho, há que diferenciá-la da cura analítica, principalmente em função de não se utilizar da associação

livre. Mas o autor afirma que os efeitos terapêuticos dessa clínica ocorrem dentro de um quadro em que os aspectos da transferência são levados em consideração.

Mendes e Araújo (2012), ao tratarem dos saberes e afetos que estão vinculados ao fazer no trabalho, defendem que a fala sobre o sofrimento permite essa associação. O sofrimento aqui é tratado como potência viva para resistir ao real e mobilizar o sujeito diante desse inesperado, sendo central no processo de criação e de construção. O sofrimento seria o afeto que vai mobilizar ou paralisar o sujeito diante do real e apropriar-se desse afeto é fundamental para suportar e ressignificar esse sofrimento (Mendes, 2014). Em relação a esse confronto com o sofrimento, que significa um encontro com o desejo e suas implicações, a autora esclarece:

Quando isso é possível, o sofrimento pode ser um mobilizador de prazer ao permitir o acesso ao desejo de transformar o modo de resistir ao real de maneira a obter gratificação. Ao contrário, quando pode ocorrer uma espécie de ‘repressão’ do afeto, provocando uma paralisação que leva o sujeito a caminhos talvez mais patológicos, que também podem ser marcados pelo prazer de se manter apegado a esse sofrimento (Mendes, 2014, p. 69-70).

Para acessar esse sofrimento por meio da escuta da clínica do trabalho, Mendes (2014) defende a implicação subjetiva do clínico no coletivo de pesquisa e no coletivo de supervisão, deslizando assim, do papel de pesquisador-clínico para o papel de clínico-pesquisador. E para isso, Mendes (2014) ressalta que alguns dispositivos na condução da clínica precisam ser observados: a análise da demanda, a transferência e a interpretação, que serão tratados a seguir.

3.1 Análise da demanda

Sobre a demanda, a partir da qual se inicia a clínica do trabalho, Mendes e Araújo (2012) ressaltam que esse modelo de pesquisa requer uma demanda que venha do grupo ou uma demanda que seja validada como significativa pelos trabalhadores que formarão o coletivo do trabalho. Isso porque ela exige que pesquisadores e trabalhadores assumam os riscos que são inerentes ao processo: de se colocar em xeque a gestão coletiva da organização do trabalho e das relações sociais. Mendes (2014) aponta que qualquer contexto no qual exista uma demanda de escuta do sofrimento relacionado ao trabalho pode ser endereçada à clínica do trabalho. Mas essa demanda inicial precisa ser aprofundada para que, num primeiro momento, diferencie-se a demanda institucional da demanda do coletivo de trabalhadores.

Tendo influências do conceito de demanda da Ergonomia e da Psicanálise, a análise da demanda para a clínica PdT seria a definição do problema a partir da negociação com os

trabalhadores envolvidos, equivalendo à solicitação, ao pedido de ajuda. Não existe possibilidade de solução urgente e esse tipo de pesquisa não é assistencialista, pois consiste em instrumentalizar os trabalhadores a serem protagonistas no seu ambiente profissional (Mendes & Araújo, 2012).

Tomando como base o conceito de demanda da psicanálise, pode-se dizer que ela traz um desejo, que é inconsciente e que não trata de algo a ser realizado, mas de uma falta nunca realizada. Sendo assim, uma demanda nunca será satisfeita, podendo ainda ser compreendido que, quanto mais uma demanda se desenvolve, mais vazio se experimenta, pois o desejo se constitui na falta (Mendes & Araújo, 2012; Mendes, 2014). Desse modo, a análise da demanda deve ser realizada articulada ao sintoma, à queixa e à necessidade, dimensões mais visíveis no discurso dos sujeitos (Mendes, 2014). É papel do clínico dar visibilidade à demanda, até mesmo antes de iniciar o processo clínico, sendo necessário, inclusive, traduzi-la como algo que nunca será satisfeito, mas que é fruto de um processo de negociação e estabelecimento de compromissos entre trabalhadores e clínicos-pesquisadores (Mendes & Araújo, 2012).

Isso supõe que o clínico explicita os riscos da fala e da escuta no sentido de que elas nem sempre conduzem a respostas, nem ao encontro do que se esperava, ou seja, o encontro com o inesperado pode levar à desestabilização das pessoas envolvidas na clínica ou das defesas e adaptações construídas pelos sujeitos (Mendes, 2014). A condução da clínica pressupõe, então, análise do desejo (da falta) junto aos que a solicitaram para que o espaço de discussão seja construído no sentido de mudanças da situação vivida e da significação dos sintomas (Mendes & Araújo, 2012).

Resumindo, em relação à análise da demanda, sugere-se o seu aprofundamento e a discussão das dimensões que envolvem a queixa, o sintoma e o desejo ao longo da prática clínica. Ainda há que se considerar os limites do desejo, que trazem a falta em sua constituição, que precisam ser esclarecidos e apropriados pelo coletivo de trabalhadores e de clínicos.

3.2 A transferência

Sobre a transferência, Mendes (2014) afirma que ela acontece quando os participantes admitem o que se passa com eles, diferenciando-se de uma postura onipotente ou de sedução. O clínico precisa acolher esse fato como algo suportável, nomeando o afeto de modo a introduzir palavras que falam desse sentimento. Esse dispositivo propicia a circulação do afeto e é a base da confiança para que os sujeitos queiram falar e compreender o que está se passando com eles. Devidamente acolhida e discutida a situação, abre-se a possibilidade de se sair dos

impasses repetitivos e de surgirem novas relações entre os acontecimentos. O clínico, ao nomear o afeto, possibilita que o sujeito encontre, na palavra, um lugar para reconhecer sua identidade. O clínico é, portanto, um elo na cadeia da escuta, possibilitando a reumanização do sofrimento diante da desumanização vivida pelos sujeitos e abrindo a chance para a construção de novos sentidos no coletivo de trabalhadores (Mendes, 2014).

Mendes e Araújo (2012) trabalham as questões relativas à transferência no dispositivo que chamavam de construção de laços. Na reorganização da metodologia proposta por Mendes (2014), que privilegia a escuta analítica do sofrimento associada aos pressupostos teóricos dos estudos freudianos, a transferência ganha um destaque diferenciado.

Meirelles (2012) aponta a transferência como um fenômeno que acontece em todas as relações sociais e que seu manejo foi concebido na teoria freudiana para indicar como agir com a transferência que se manifesta no início do tratamento analítico. E ainda acrescenta que “no laço psicanalítico ela se distingue por ser a própria matéria de que se deve tratar, e o que fornece a condição de sua operação” (Meirelles, 2012, p. 124).

Para Freud (1912a/1996), é perfeitamente normal e compreensível que a catexia libidinal do sujeito insatisfeito dirija-se para a figura do clínico. Essa transferência inicial aparece como repetição de clichês estereotípicos advindos da forma como cada indivíduo conseguiu conduzir-se na vida erótica a partir das disposições inatas e das influências sofridas durante seus primeiros anos de vida. E na medida em que esse tratamento visa tornar acessível à consciência a libido “retirada em seu esconderijo” (Freud, 1912a/1996, p. 114), entram em ação as resistências, como forma de manter o estado das coisas. E é assim que Freud mostra que a transferência aparece, desde o início do tratamento, como uma forte resistência. Por isso, de um lado, os fenômenos da transferência “prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos e esquecidos do paciente” (Freud, 1912a/1996, p. 119). De outro, manejá-los representa a maior dificuldade para o psicanalista.

Desse modo, Freud (1913/1996) recomenda que o analista deve começar a comunicar ao paciente sobre o significado oculto das ideias que lhe ocorrem somente após o estabelecimento de uma transferência eficaz entre eles. E acrescenta:

Permanece sendo o primeiro objetivo do tratamento ligar o paciente a ele e à pessoa do médico. Para assegurar isto, nada precisa ser feito, exceto conceder-lhe tempo. Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vêm à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente, por si próprio fará essa ligação e vinculará o médico a uma das imagos das pessoas por quem estava acostumado a ser tratado com afeição (Freud, 1913/1996, p. 154).

Sobre a forma de manifestação da transferência inicial como repetição em ato, Freud (Freud, 1914/1996, p. 165) aponta: “o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”. E ao longo do tratamento, essa compulsão à repetição vai acontecer, já que essa é sua maneira de recordar e é preciso ter claro que a transferência é um fragmento dessa repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido. E é por isso que “o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência” (Freud, 1914/1996, p.169).

3.3 A interpretação

Já que o sofrimento está sempre mediado pela mobilização subjetiva ou pelas defesas, ele precisa ser acessado através do dispositivo da interpretação. Nesse processo, o clínico busca interpretar as defesas coletivas sem fazer disso um ato de violência, sendo necessária prudência ao desnudar o sofrimento e desmontar estratégias defensivas (Mendes & Araújo, 2012). O dispositivo da interpretação é importante para manter a discussão no grupo e desmontar os sistemas defensivos que estão bloqueando o acesso ao sofrimento. É uma forma de trazer o invisível e o não dito para a discussão. Desse modo, a observação não deve ser direcionada à objetividade do sofrimento ou de uma realidade que o causa, mas à verdade de uma relação entre os sujeitos com o coletivo de trabalho (Mendes, 2014).

Fazer com que o material inconsciente seja compreendido e possibilitar que se revivam e se elaborem, no momento presente, os afetos que causam sofrimento seria a base da proposta freudiana, o que aconteceria por meio da interpretação. A tradução de signos ininteligíveis, rememorados durante a clínica psicanalítica, possibilitada pela interpretação, leva à produção de sentidos sobre os sintomas. É a interpretação que desvenda a realidade da fala oculta em uma verdade subjetiva, sendo esse um movimento difícil já que inclui ter que lidar com as resistências do sistema psíquico (Grippi, 2012).

Mendes (2014) afirma que a interpretação do clínico do trabalho deve contribuir para o surgimento de novos temas e para o desejo dos sujeitos de continuarem falando. Isso porque, uma interpretação “correta” mantém a discussão, e o contrário acaba por esfriá-la e acentuar as resistências. Uma interpretação ideal seria aquela que desmonta um sistema defensivo e, simultaneamente, autoriza a reconstrução de outro (Dejours, 1992).

No caso da clínica do trabalho, a restituição realizada a cada sessão, a partir do memorial construído sobre a sessão anterior, possibilita interpretações que podem levar a deliberações. Como o memorial é discutido com os participantes, há espaço para acrescentar, discordar e até sugerir ações para resolução de conflitos surgidos no grupo. E na medida em que os participantes se manifestam, o clínico-pesquisador pode explorar o conteúdo para que as defesas possam ser trabalhadas (Mendes, 2014).

Uma questão importante a ser observada é que, como se trata de uma clínica do trabalho e não do sujeito, não se delibera com base em queixas e sintomas individuais; é preciso haver apropriação coletiva do grupo sobre as questões trazidas pelos sujeitos. Mendes (2014) afirma que para haver deliberações no grupo, é preciso haver elaboração e perlaboração. Esses dois processos eram tidos como dispositivos na metodologia proposta por Mendes e Araújo (2012) e, na reorganização de Mendes (2014), passaram a ser considerados como consequência das interpretações.

Elaboração e perlaboração ocorrem quando é propiciada a reintegração, pelo sujeito, da sua história no trabalho, de modo que o trabalhador consiga ultrapassar o relembrar para reescrever uma história. Ou seja, falar e rememorar os acontecimentos ligados ao seu mal-estar possibilitam a comunicação com o vivido e abre-se a possibilidade de reconstruir um significado ao que até então estava paralisado em lembranças com manifestações sintomáticas (Mendes & Araújo, 2012; Mendes, 2014). Para que esse processo ocorra, o clínico do trabalho precisa ser um agente externo de equilíbrio, aquele que cuida para que a palavra circule, possibilitando a expressão sintomática. Para isso “diferentemente da Psicanálise, em que o clínico está no lugar do sujeito do suposto saber, o clínico do trabalho precisa transferir essa ideação para os membros do grupo, para que entendam que o poder de mudar está no coletivo” (Mendes & Araújo, 2012, p. 48).

Para que esses dispositivos sejam adequadamente manejados na clínica do trabalho, ainda é necessário que se observem os outros dois eixos desse método: a formação do clínico e a supervisão clínica. A formação do clínico - que envolve a qualificação teórica, a prática da escuta e o próprio processo de análise - apresenta-se como parte indissociável da condução clínica, já que sua subjetividade é uma das dimensões do método. Nesse sentido, a formação do clínico ultrapassa questões técnicas e éticas, pois inclui a dimensão do afeto: “é preciso ser capaz de se afetar pela fala do outro, colocar-se à disposição do outro, deixar-se surpreender, duvidar, angustiar-se com o inesperado, suportar o incontrolável” (Mendes & Araújo, 2012, p. 51). É, pois, o real do trabalho do clínico-pesquisador exigindo dele condições profissionais e institucionais para sua mobilização subjetiva.

A supervisão clínica propicia articulação entre teoria e prática e é uma forma de o clínico experimentar-se a si mesmo. O acesso à sua subjetividade é um modo de o clínico acessar a subjetividade do outro (Mendes, 2014). O supervisor ajuda a clarear o que acontece no espaço da clínica e possibilita que novas formas de se compreender as falas possam vir à tona. Estimula-se assim modos plurais de interpretação e, conseqüentemente, novas formas de se viver as situações do trabalho. Sobre a importância da supervisão clínica no processo da clínica do trabalho, a autora ainda acrescenta: “o confluir de práticas, saberes, forças diversas elaborando uma nova visão de realidade somente é possível porque existiu um olhar, o do supervisor, que reordenou inicialmente na supervisão esse conjunto pulsional para além do que poderia ser prescrito” (Mendes, 2014, p. 75).

4 MÉTODO

A presente pesquisa clínica foi realizada com base no referencial teórico e metodológico da Psicodinâmica do Trabalho, que enfoca o mundo subjetivo do sujeito construído com base em suas experiências concretas no trabalho, que são expressas pela palavra. A PdT parte do princípio de que a relação do sujeito com a organização do trabalho está em constante movimento. Não sendo uma relação rígida, busca-se um equilíbrio que também é dinâmico. Os pesquisadores, assim, são chamados a intervir sobre a situação de trabalho (Dejours, 2011a).

O autor ressalta que não se trata de uma metodologia de observação ou recolhimento de dados, pois parte da ideia de que os dados não estão postos, os fatos devem ser extraídos da discussão, onde serão construídos e validados, num exercício de interpretação. Ou seja, a questão seria recolher dados que o pesquisador não poderia observar diretamente - pois muitas questões da organização do trabalho que geram sofrimento são ocultadas pelas estratégias defensivas - em indivíduos que nem sempre têm consciência da existência desses dados. Para isso, recorre-se à palavra dos trabalhadores, sendo ela um meio de perlaboração, pois o fato de falar com alguém exige que se pense sobre o que se fala, pensar na experiência vivida subjetivamente (Dejours, 2011a).

Como dito anteriormente, para qualificar a clínica PdT, Mendes (2014) definiu como eixos estruturantes do método: i) os dispositivos para a escuta clínica do sofrimento, que compreendem a análise da demanda, a transferência e a interpretação; ii) a formação do clínico, que abrange a qualificação teórica, a prática de escuta e o processo de análise pessoal; iii) a supervisão clínica.

A clínica do trabalho é realizada em sessões coletivas com os trabalhadores e ocorre em três etapas: a pré-pesquisa (quando se inicia a análise da demanda), a pesquisa (momento das discussões coletivas sobre a organização do trabalho e a vivência intersubjetiva dos trabalhadores) e a validação dos resultados (Mendes & Araújo, 2012). As autoras reforçam que, dentre as condições para se fazer a clínica PdT, a organização da pesquisa é uma etapa importante para o bom andamento de todo o processo. Ela passa por uma análise documental e observações do trabalho a ser analisado, além de definição, juntamente com os trabalhadores participantes da clínica, do local e dias/horários em que a clínica será realizada. Recomenda-se também que se discuta com o coletivo de pesquisa a partir desses dados o planejamento da condução das sessões. O número de sessões pode variar na medida em que a demanda vai sendo esclarecida.

Uma outra condição para a realização da clínica é a construção e análise da demanda. Essa etapa requer encontros formais e informais, reuniões, palestras de sensibilização, observações, para a aproximação com o coletivo de pesquisa. No início da clínica, apresenta-se a proposta de trabalho, fala-se sobre as observações feitas até o momento e salienta-se o tema da pesquisa: relações entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico. Para o bom andamento do trabalho, o contrato com o grupo deve envolver questões relativas à ética, ao sigilo das exposições, ao respeito pela forma de expressão de cada participante, além da impossibilidade de respostas urgentes (Mendes & Araújo, 2012).

As autoras apontam que a constituição do espaço da fala e da escuta é que possibilitará a observação clínica e a interpretação, que por sua vez, possibilitará que os trabalhadores formulem ideias que antes não estavam organizadas de forma consciente e nítida. E a partir daí, espera-se que esse coletivo faça a passagem do espaço de discussão para as deliberações (Mendes & Araújo, 2012).

Ao final de cada sessão, elabora-se o memorial, que deverá ser lido na sessão seguinte. Ele deve ser organizado por eixos temáticos, estruturado com base nas falas dos participantes e pode conter interpretações. A restituição e a deliberação são os passos seguintes, quando, no início da sessão, o tema da sessão anterior é retomado; faz-se a leitura e/ou discussão do memorial e daí, o grupo pode acrescentar, discordar ou até sugerir ações para conflitos que apareceram no grupo (Mendes & Araújo, 2012).

Outro elemento importante para a clínica PdT é o diário de campo, onde se registram “todos os eventos verbais e fatos ocorridos no coletivo de pesquisa, a relação entre os pesquisadores e seus sentimentos em relação ao colega, à sessão e ao grupo de trabalhadores” (Mendes & Araújo, 2012, p. 59). Tudo isso é trabalhado na supervisão, momento em que os pesquisadores se preparam tecnicamente e afetivamente para trabalhar com a subjetividade do outro.

A presente pesquisa seguiu as etapas descritas pela proposta de Mendes e Araújo (2012) e adotou os dispositivos clínicos descritos por Mendes (2014).

4.1 Participantes

O grupo de participantes dessa pesquisa é constituído de onze professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal, convidadas a participarem da clínica do trabalho por intermédio do Sindicato dos Professores do Distrito Federal (SinPro/DF). As professoras readaptadas que participavam da clínica das patologias realizadas pela psicóloga do SinPro/DF

foram convidadas a participarem de uma nova clínica que estava se constituindo para fins desta pesquisa, conduzida agora pela psicóloga responsável pela pesquisa e pela estagiária de psicologia do SinPro/DF. Outros professores readaptados do Distrito Federal que aguardavam atendimento do sindicato, na fila de espera, também foram convidados a participarem dessa clínica.

Formou-se, assim, o coletivo de trabalhadores, constituído, à princípio, por onze professoras readaptadas. Dessas pessoas, apenas três eram novatas no grupo; as outras seis já participavam da clínica do trabalho, com professores readaptados, conduzida pela psicóloga do SinPro/DF há, pelo menos, seis meses. Dentre todas as participantes, duas professoras (uma delas, novata) só compareceram em uma sessão e outra, em apenas duas sessões, podendo ser consideradas como participantes mais assíduas dessa clínica oito professoras, no total. O número de participantes por sessão variou de dois a sete.

4.2 Procedimentos

A pré-pesquisa foi realizada por meio de uma reunião com a psicóloga do SinPro/DF, na qual foram levantadas informações sobre a realidade dos professores da rede pública de ensino do Distrito Federal e sobre o processo de readaptação. Como se trata de uma profissional que, além de realizar os atendimentos clínicos com esses professores, atuava no contexto sindical, a psicóloga dispunha tanto de informações mais técnicas e burocráticas sobre o trabalho desses docentes, como de dados sobre a vivência desses sujeitos com seu trabalho. Além disso, foi ela quem realizou o contato inicial com as professoras do grupo de readaptadas, informando sobre essa nova proposta da clínica do trabalho de modo a verificar o interesse delas em participar dessa nova configuração do espaço de escuta. Ela ainda participou do primeiro encontro entre as professoras que compuseram esse coletivo de trabalhadores, e as novas clínicas-pesquisadoras, como forma de favorecer essa transição no grupo. Esse processo fez parte da etapa relativa à pré-pesquisa.

Foram realizadas 22 sessões entre os meses de agosto de 2015 a abril de 2016 com duração média de uma hora e meia, nas dependências do SinPro/DF, constituindo-se assim, o espaço de escuta da clínica do trabalho. Como o sindicato oferece um serviço de escuta clínica no trabalho, existe, em sua sede, uma sala destinada a esse tipo de atendimento. A sala garante privacidade e é confortável, sendo equipada com ar condicionado e poltronas dispostas em círculo. O SinPro/DF disponibilizou essa sala para que fosse realizada a clínica referente a essa pesquisa.

Aconteceram 16 sessões semanais no ano de 2015, entre os meses de agosto e dezembro. Em função do período de férias escolares e do período de recesso dos atendimentos realizados pelo SinPro/DF, houve um intervalo na nossa clínica, previamente combinado e acordado com as professoras. Em março de 2016, as sessões foram retomadas, quando foram realizados mais seis encontros, dos quais participou um grupo fixo de quatro professoras (Quadro 1).

O período compreendido entre a 9ª e a 13ª sessões (entre os meses de outubro e novembro de 2015) coincidiu com uma grande mobilização da categoria dos professores do magistério público do Distrito Federal, que culminou com uma greve que durou um mês. Foi um momento em que o grupo esteve esvaziado, contando com a presença de duas a três participantes por sessão, sendo que, na maioria das vezes, as professoras que estavam presentes em uma semana não participavam do encontro na semana seguinte. Durante esses encontros, não houve leitura de memorial.

As dezesseis sessões realizadas em 2015 foram conduzidas pela psicóloga responsável por essa pesquisa e pela estagiária do SinPro/DF, que estava iniciando suas atividades no sindicato. Desse modo, ambas as clínicas-pesquisadoras eram pessoas desconhecidas pelo coletivo de professoras. A partir da 17ª sessão, em função da necessidade de mudança de dia em que ocorreriam as sessões a partir do ano de 2016, a estagiária do SinPro/DF não pôde participar dessa clínica. Nesse momento, outra estagiária do curso de Psicologia da UnB, componente do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, passou a compor a dupla de clínico-pesquisadores.

Quadro 1 – Identificação das sessões da clínica do trabalho com professoras readaptadas

| | Dia e Horário | Participantes | Observações |
|----------|------------------------------|---|--|
| 1 | 06/08/2015 10:30 às 12:00 | - Seis professoras - As duas clínicas-pesquisadoras e a psicóloga do SinPro. | - A sessão começou com a condução da psicóloga do SinPro/DF, que depois passou a condução para a clínica-pesquisadora responsável por essa pesquisa. |
| 2 | 13/08/2015 10:00 às 11:30 | - Sete professoras - Duas clínicas-pesquisadoras. | |
| 3 | 20/08/2015 10:15 às 11:45 | - Cinco professoras - Duas clínicas-pesquisadoras. | |
| 4 | 27/08/2015 10:30 às 11:30 | - Seis professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | - Antes da sessão, as professoras fizeram uma comemoração surpresa pelo dia do psicólogo. |
| 5 | 03/09/2015 10:10 às 11:40 | - Seis professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 6 | 10/09/2015 10:20 às 11:50 | - Quatro professoras - Apenas a clínica-pesquisadora | - Ausência da estagiária por problemas de saúde. - 1ª sessão gravada, o que ocorreu com o consentimento de todas. |
| 7 | 17/09/2015 10:00 às 11:30 | - Cinco professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |

| | Dia e Horário | Participantes | Observações |
|-----------|------------------------------|---|--|
| 8 | 01/10/2015 10:00 às 11:30 | - Cinco professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 9 | 07/10/2015 10:00 às 11:30 | - Quatro professoras - Apenas a clínica-pesquisadora | A estagiária não pôde estar presente em função da mudança de data da sessão, já que o dia anteriormente previsto coincidiu com uma assembleia geral dos professores do DF. Esse momento da clínica do trabalho coincidiu com o início de uma série de atos da categoria docente do DF que culminou com uma greve que durou 30 dias. |
| 10 | 26/10/2015 10:15 às 11:30 | - Duas professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | Em função do movimento reivindicativo, a sessão que estava marcada para dia 15/10 não aconteceu; houve uma série de atos do movimento e assim, somente uma professora compareceu. No dia 22/10 não houve grupo, pois as clínicas-pesquisadoras estavam no Congresso Brasileiro de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho. |
| 11 | 05/11/2015 10:15 às 11:30 | - Três professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 12 | 12/11/2015 10:15 às 11:30 | - Duas professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 13 | 19/11/2015 10:15 às 11:30 | - Três professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 14 | 26/11/2015 10:15 às 11:45 | - Cinco professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | Nesse momento, a greve da categoria havia se encerrado. |
| 15 | 03/12/2015 10:25 às 11:45 | - Quatro professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 16 | 10/12/2015 11:00 às 11:45 | - Seis professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | Para esse dia, o SinPro havia marcado uma confraternização de fim de ano com todos os grupos de clínicas do trabalho. Isso não atrapalharia a realização da sessão, mas houve grande atraso para o início da confraternização e discursos demorados, só sendo possível começar a sessão com uma hora de atraso. |
| 17 | 08/03/2016 10:15 às 11:40 | - Quatro professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | Em função do recesso de fim de ano, das férias escolares e do período em que o SinPro suspende os atendimentos, houve um intervalo de 3 meses nessa clínica. Conforme acordado no último encontro, as professoras que decidiram pela continuidade na participação na clínica entraram em contato com a secretária do sindicato confirmando a presença. Já havia sido combinado um novo dia da semana em que ocorreriam as sessões. Com isso, o grupo contaria com a participação de uma nova estagiária. |
| 18 | 15/03/2016 10:10 às 11:35 | - Quatro professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 19 | 22/03/2016 10:15 às 11:40 | - Quatro professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 20 | 29/03/2016 10:15 às 11:40 | - Quatro professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 21 | 05/04/2016 10:15 às 11:40 | - Três professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |
| 22 | 12/04/2016 10:00 às 11:30 | - Três professoras - Duas clínicas-pesquisadoras | |

Fonte: elaborado pela autora com base nos registros referentes à clínica do trabalho realizado com as professoras readaptadas.

Foi constituído um coletivo de pesquisadores, composto pelas duas clínicas-pesquisadoras, a supervisora e alunos que participavam do projeto “Práticas em Clínica do Trabalho no Caep/UnB” e do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho/UnB. Nesse espaço de coletivo de pesquisadores ocorreram as supervisões clínicas semanais.

Mediante a autorização dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a partir do sexto encontro, as sessões foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para que pudessem ser analisadas. As sessões que antecederam à gravação foram registradas pela estagiária e redigidas por ela e pela pesquisadora, após cada sessão, para que fosse possível o registro do maior número de informações possível. O motivo de não terem sido gravadas as cinco primeiras sessões diz respeito à necessidade de construção de laços de confiança no grupo: entre as professoras e as novas clínicas-pesquisadoras e entre as professoras entre si, já que havia três novatas.

A cada semana, após a realização da sessão com as professoras, as clínicas pesquisadoras conversavam sobre como se sentiram durante o encontro e sobre os acontecimentos que mais lhes chamaram a atenção. Em seguida, cada uma redigia seu diário de campo próprio e a clínica pesquisadora ainda redigia um esboço do memorial que seria lido na sessão seguinte. Esse material era levado para o coletivo de supervisão clínica, momento que se iniciava com a leitura dos diários de campo. A supervisora fazia suas considerações e abria para que o grupo também pudesse se manifestar. No momento das supervisões clínicas, as transferências eram sinalizadas e trabalhadas, de modo a instrumentalizar as clínicas-pesquisadoras para a condução da clínica.

Devidamente trabalhadas as questões trazidas pelas clínicas pesquisadoras e aquelas levantadas na supervisão, o memorial era finalizado, agora com as considerações da supervisão. Desse modo, a versão preliminar do memorial construído pela pesquisadora passava por ajustes ao longo da supervisão até que se chegasse a uma versão final, que pudesse ajudar o grupo nas elaborações.

4.3 Instrumentos

O instrumento do diário de campo era construído por cada uma das clínicas pesquisadoras ao final de cada sessão, quando eram registrados eventos verbais e não verbais, observados ao longo da sessão, além de sentimentos em relação à clínica, aos participantes e à própria colega de trabalho. O diário de campo de cada uma era lido nas supervisões semanais,

a partir do qual, o coletivo de pesquisadores fazia suas observações e elaborações sobre o andamento da clínica.

Além do diário, outro instrumento utilizado foi o memorial, construído após cada sessão, com base nas falas das participantes. O memorial procurava resgatar os eventos que ocorreram na sessão anterior, muitas vezes acrescidos de interpretações. Cada sessão era iniciada com a leitura/discussão do memorial da sessão anterior, deixando aberta a possibilidade de o grupo discordar da forma como a sessão anterior havia sido retratada.

Um terceiro instrumento utilizado foi a transcrição das sessões, as quais foram realizadas por uma empresa especializada nesse tipo de serviço para que se pudesse agilizar o trabalho, de forma que cada sessão pudesse estar transcrita antes da supervisão correspondente. Assim, ao longo das sessões da clínica, foram utilizados os três instrumentos sugeridos na proposta metodológica de Mendes e Araújo (2012): a gravação e/ou o registro da sessão, o memorial e o diário de campo. Além desses instrumentos, a pesquisadora ainda realizou o registro das observações e sugestões das supervisões clínicas, tendo sido este um meio de ajudar no processo de elaboração da própria clínica-pesquisadora.

4.4 Técnica de Análise dos Dados

Os dados compostos por transcrição das sessões, memoriais, diários de campo e registro das supervisões constituem o material de pesquisa. Esses dados foram analisados pela técnica de Análise Clínica do Trabalho (ACT) conforme preconizado por Mendes e Araújo (2012) e Mendes (2014). A ACT foi criada para organizar o material coletado nas sessões coletivas e é constituída por três etapas, quais sejam: Análise dos Dispositivos Clínicos (ADC), Análise da Psicodinâmica do Trabalho (APDT) e Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho (AMCT). Na primeira etapa (ADC), são discutidos e analisados os resultados referentes à: análise da demanda; transferência e interpretação, seguindo a reformulação dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento no trabalho proposta por Mendes (2014). Na etapa II (APDT), os dados são discutidos e analisados com base em três eixos. O Eixo I diz respeito à organização do trabalho prescrito e o real do trabalho, contemplando os seguintes temas: tipos de tarefas; divisão do trabalho; normas e regras; tempos e ritmos; exigências técnicas; relações com pares, chefias e clientes; estilo de gestão; responsabilidades e riscos. O Eixo II diz respeito à mobilização subjetiva e contempla os seguintes temas: sofrimento criativo; inteligência prática; espaço de discussão; cooperação; reconhecimento. O Eixo III refere-se ao sofrimento, às defesas e às patologias e inclui os temas: sofrimento patológico; estratégias de defesas

individuais; estratégias de defesas coletivas; tipos de patologias; danos físicos e psicossociais. Na terceira etapa (AMCT), são analisadas as dimensões que colaboraram ou não com a mobilização do coletivo, relacionando os dispositivos utilizados na condução da prática clínica com os resultados encontrados na APT, ou seja, essa é uma etapa que depende de como foram conduzidas as duas primeiras. Nesse momento, “o pesquisador-clínico analisa e interpreta os efeitos da prática clínica sobre o coletivo de pesquisa, suas limitações e perspectivas” (Mendes & Araújo, 2012, p. 64).

4.4.1 O real do trabalho de Análise Clínica do Trabalho

Antes que se procedesse a análise dos dados, o material de pesquisa foi cuidadosamente organizado de forma a se obter uma sequência lógica de todo processo clínico. Dessa forma, a cada sessão, foram dispostos na seguinte ordem: o memorial; o registro da sessão; o diário de campo e o registro da supervisão. O material de todas as 22 sessões realizadas, disposto dessa maneira, produziu um arquivo (no Microsoft Word) de mais de 300 páginas que foi impresso de forma a deixar um espaço de três centímetros de margem de cada lado, onde foram registrados os temas emergentes dos dados na etapa de análise.

Na medida em que os dados desta pesquisa começaram a ser analisados, alguns ajustes foram sendo realizados para dar conta do que emergia desse trabalho. A primeira adaptação foi a introdução de uma etapa preliminar de análise, que se convencionou denominar de Análise Inicial, configurando-se como uma primeira tomada de contato com os dados da clínica do trabalho. Essa etapa teve início recorrendo-se à escuta do áudio juntamente com a leitura de sua respectiva transcrição. Dando prosseguimento, o diário de campo de cada sessão e as anotações da supervisão realizadas pela clínica-pesquisadora passaram por uma cuidadosa leitura, assim como o memorial produzido. Desse modo, a Análise Inicial foi resultado de uma leitura de todo material de pesquisa em uma postura, por parte da pesquisadora, que corresponde à leitura flutuante proposta por Bardin (2011). Segundo a autora, no momento da leitura flutuante, o pesquisador entra em contato com o material a ser analisado deixando-se invadir por impressões e orientações.

Para que essa primeira leitura fosse processada, foi elaborado, pela presente pesquisadora, um quadro com a exposição sintética dos principais eventos de cada sessão, divididos em sete partes: participantes; memorial; temas; afeto; diário de campo; observações; supervisão (Quadro 2). Assim, após a leitura do material de cada sessão, seguia-se o preenchimento do quadro com a síntese do processo da clínica do trabalho, de forma a organizar as impressões e informações que haviam ficado ressaltadas para a clínica-pesquisadora. É

importante frisar que, nesse momento da Análise Inicial, o foco se deu mais em uma descrição sintética do que na direção de uma busca interpretativa ou analítica dos dados.

Quadro 2: Análise Inicial - Síntese do Processo da Clínica do Trabalho

| Sessão de nº ____ . Data de realização: __/__/__ Horário: das __: __ às __: __ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| Participantes: | Memorial | Temas | Afeto | Diário de Campo | Observações | Supervisão |
| Iniciais das professoras presentes na sessão: Clínicas-pesquisadoras presentes na sessão | Principais pontos trazidos pelo memorial e reações surgidas pela sua leitura no grupo | Principais temas que apareceram na sessão | Observações sobre como o grupo se mobilizou afetivamente durante a sessão | Principais questões trazidas pelo diário de campo da clínica-pesquisadora | Registros de eventos que ocorreram fora do escopo da sessão | Principais orientações técnicas e observações clínicas trabalhadas no coletivo de supervisão |

Fonte: elaborado pela autora.

A elaboração dessa síntese forneceu uma dimensão geral do processo da clínica do trabalho, sendo cada uma de suas partes constituintes importantes em diferentes momentos da análise, conforme explicitado a seguir:

1. Participantes: teve o objetivo de fornecer dados sobre a dinâmica referente à presença / ausência das participantes das sessões. Além disso, foi registrada a presença da(s) clínica(s) pesquisadora(s) e posteriormente analisado o impacto dessa dinâmica para o processo clínica. Isso porque houve a participação de duas estagiárias diferentes ao longo do andamento da clínica; também houve duas sessões em que somente a clínica pesquisadora autora dessa tese esteve presente.
2. Memorial: as principais colocações contidas no memorial foram aqui resumidas de modo a explicitar as interpretações sugeridas e a forma como o grupo reagia ao que era trazido por ele.
3. Temas: nesse momento, procurou-se registrar os temas que foram aparecendo ao longo de cada uma das sessões, informações importantes na análise da dinâmica das repetições, defesas e elaborações ao longo da clínica.
4. Afeto: houve a tentativa de procurar identificar por onde circulou o afeto de cada sessão, como forma de procurar explicitar o material consciente e inconsciente que estava emergindo e como o grupo se mobilizava afetivamente em relação a eles.
5. Diário de campo: as principais informações contidas nos diários de campos foram resumidas para procurar compreender como as clínicas-pesquisadoras estavam sendo afetadas pelo grupo e como lidavam com isso.

6. Observações: situações que ocorreram fora do escopo da sessão foram registradas para que se pudessem analisar possíveis impactos desses elementos na dinâmica da clínica.
7. Supervisão: o registro das questões trabalhadas nas supervisões foi assinalado para que se pudesse compreender como foram trabalhadas as transferências trazidas pelas clínicas-pesquisadoras e como a supervisão as instrumentalizava na condução da clínica.

Após a leitura flutuante da Análise Inicial, seguiu-se uma segunda leitura do material de pesquisa, dessa vez, mais aprofundada e com o objetivo de proceder a análise propriamente dita. Por meio da leitura minuciosa do material, pretendeu-se identificar os temas emergentes de cada um dos tópicos constitutivos da primeira e da segunda etapas da ACT. Essa atividade foi realizada sessão por sessão, e os temas emergentes foram anotados nas margens laterais do material impresso. Em seguida, esses temas eram transportados para uma tabela de modo a organizá-los em cada um dos tópicos constitutivos das etapas 1 e 2 da ACT (Quadro 3).

Quadro 3: Análise Clínica do Trabalho - síntese dos temas da 1ª e da 2ª etapas

| Análise da Clínica do Trabalho (ACT) | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|---|---|
| Sessão nº “x” | | | | | |
| 1ª Etapa | | 2ª Etapa | | | |
| Análise dos Dispositivos Clínicos | | Análise do Trabalho Vivo | | Análise dos Destinos do Sofrimento | |
| Dispositivos Clínicos | Temas que foram analisados | Análise PdT | Temas que foram analisados | Destinos | Temas que foram analisados |
| Transferência | - Das clínicas-pesquisadoras para as professoras | Trabalho das professoras | Tipos de tarefas, divisão do trabalho, normas e regras, tempo e ritmos, responsabilidades e riscos, exigências técnicas, estilos de gestão, relacionamento com pares, chefias e alunos. | Sofrimento Defesas e Patologias | - Adoecimentos que levaram à readaptação ou reaparecimento de novos sintomas. |
| | - Das professoras para as clínicas-pesquisadoras | | | | - Sofrimento referente ao trabalho docente |
| | - Entre as professoras | | | | - Sofrimento referente à readaptação |
| | - Entre as duas clínicas-pesquisadoras | | | | - Sofrimento fora do trabalho |
| | - Entre o coletivo de supervisão | | | | - Defesas contra o sofrimento |
| Análise da Demanda | Demandas explícitas e implícitas das professoras e das clínicas-pesquisadoras | | | Mobilização Subjetiva | - Registros dos destinos políticos do sofrimento. |
| Interpretação | Interpretações realizadas e seus efeitos imediatos | | | | |
| Defesas no grupo | - Registro das defesas utilizadas pelo grupo no decorrer da sessão clínica | | | | |

Fonte: elaborado pela autora

A etapa 1 refere-se à análise dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento descritos por Mendes (2014): análise da demanda, transferência e interpretação, já detalhados no capítulo 3 dessa tese. É importante destacar que, ao transpor para o quadro os temas referentes a cada uma dessas categorias, tomou-se o cuidado de registrar aspectos processuais referentes ao uso dos dispositivos clínicos de escuta. Assim, informações importantes acerca do que procedia o uso dos dispositivos clínicos eram registradas. Sobre o dispositivo da transferência, vale ressaltar que foram registrados todos os processos transferenciais presentes no contexto da clínica, quais sejam: das professoras para as clínicas-pesquisadoras, das clínicas-pesquisadoras para as professoras e entre as duas clínicas-pesquisadoras. Alguns processos transferenciais presentes no coletivo de supervisão também foram registrados. Além disso, optou-se por deixar registradas as defesas que o coletivo de professoras utilizava no decorrer da sessão clínica, de modo a obter uma visão processual da clínica.

Ao se proceder a análise da psicodinâmica do trabalho (etapa 2 da ACT), algumas questões do real da clínica se interpuseram ao trabalho de pesquisa. Primeiro, não parecia possível analisar profundamente a psicodinâmica do trabalho da regência docente das professoras atendidas pela clínica. Suas narrativas estiveram muito mais voltadas para a resignificação do sofrimento relativo ao adoecimento e à readaptação do que para uma compreensão da organização do trabalho que contribuiu para o seu adoecimento. Aos poucos, a clínica-pesquisadora foi percebendo que o rearranjo dos processos defensivos utilizados pelas professoras fazia muito mais sentido para elas do que a implementação de mudanças na organização do trabalho. A doença já estava instalada e o trabalho em sala de aula já não era mais possível. Além disso, a estrutura da Secretaria de Educação e de toda Direção Escolar não favorecia a realização de um trabalho significativo na readaptação. Assim, era preciso criar novas formas de se relacionar com esse novo trabalho, com os colegas de escola e com a estrutura educacional a partir das limitações impostas pelo adoecimento. Desse modo, não fazia sentido debruçarmos sobre a análise da organização do trabalho anterior ao adoecimento.

Foi a partir daí que a decisão da equipe de pesquisa foi por ampliar a perspectiva de análise da etapa de Análise da Psicodinâmica do Trabalho da ACT. Mendes e Araújo (2012) ressaltam o caráter flexível dessa etapa de análise, destacando que outros temas ou outros eixos, além dos já prescritos, podem emergir da análise ou estar ausentes. Essas variações vão depender do grupo submetido à pesquisa, das intervenções e até mesmo das demandas do grupo. Dessa forma, “é possível recortar esses eixos de análise em função dos objetivos do estudo enfatizando aqueles que mais se aproximam destes” (Mendes & Araújo, 2012, p. 64). No caso dessa pesquisa, a decisão foi por analisar o eixo I (organização do trabalho prescrito e o real do

trabalho) de maneira mais fluida, ou seja, seria uma análise do trabalho vivo. Os eixos II e III foram analisados em um único eixo de modo que fosse possível vislumbrar os destinos do sofrimento. Assim, nessa etapa foram analisados dois eixos que denominamos de “Trabalho Vivo” e os “Destinos do Sofrimento”, considerando que essa nova concepção daria mais dinamismo ao que os sujeitos traziam sobre seu trabalho.

No que se refere ao “Trabalho Vivo”, foram analisados todos os elementos que se referiam ao trabalho das professoras, tanto o que realizavam antes da readaptação, quanto ao realizado na readaptação. Nesse eixo, a organização do trabalho prescrito e o real do trabalho das professoras foram registrados a partir do que aparecia em termos de divisão do trabalho, dos tipos de tarefas, das normas e regras, das exigências técnicas, das relações com pares, chefias e alunos, das responsabilidades e riscos e do estilo de gestão. Mesmo tendo esses referenciais como base, não se prendeu à análise de cada um desses itens, tendo sido registrado aquilo que as professoras iam trazendo sobre sua atividade laboral, seja sobre o que realizavam enquanto professoras regentes, seja o que realizavam na condição de professoras readaptadas. Quando essa diferença era demarcada por elas, o registro também seguia essa demarcação: trabalho antes da readaptação *versus* trabalho na readaptação. Quando não era feita essa diferenciação, considerava-se apenas como trabalho na docência.

No eixo dos “Destinos do Sofrimento”, foi analisado o que corresponderia à mobilização subjetiva (eixo II da etapa 2 da ACT) e ao sofrimento, às defesas e às patologias (eixo III da etapa 2 da ACT). Neste último eixo, foram considerados os elementos que se referiam aos destinos mais sintomáticos do sofrimento, destacando: situações de sofrimento (na docência, na readaptação ou até fora do trabalho), patologias (seja as que geraram a readaptação, seja em relação ao aparecimento de novos sintomas/adoecimentos ou agravamento dos já existentes) e defesas (utilizadas contra o sofrimento no trabalho). No outro eixo foram contemplados os destinos mais políticos do sofrimento, situações que apontam para uma possível mobilização subjetiva. Ou seja, sofrimento, defesas e patologias e mobilização subjetiva / destinos políticos foram analisados como possíveis saídas para o sofrimento ao longo do processo clínico.

A partir da análise dos dispositivos clínicos, do trabalho vivo e dos destinos do sofrimento e da estruturação dessas análises a partir do preenchimento do Quadro 2 com os temas emergentes da clínica, obteve-se uma base que, juntamente com a descrição sintética da análise inicial, auxiliou o processo de análise global de cada sessão. Essa sistematização da análise do material emergente da clínica do trabalho forneceu referências que, posteriormente, respaldaram a análise processual da clínica. Assim, a cada sessão, tinha-se um material de

aproximadamente três páginas condensado em duas tabelas, que precisava ser trabalhado. Deu-se, então, a terceira fase de análise dos dados.

Para a análise da mobilização do coletivo (etapa 3 da ACT), foi preciso fazer uma imersão, primeiramente, sobre o trabalho vivo da clínica. Na análise do trabalho da própria clínica, considerou-se tanto os aspectos prescritos da organização do trabalho clínico quanto os aspectos do real do trabalho. Sendo assim, o uso dos dispositivos clínicos e as questões trabalhadas nas supervisões foram tratadas nesse escopo de análise, trazendo à tona os aspectos explícitos e implícitos da condução clínica. O trabalho do clínico-pesquisador envolve a mobilização de sua subjetividade e, no espaço de supervisão clínica, ele tem a oportunidade de se preparar técnica e afetivamente para o exercício da escuta. A supervisão faz parte do trabalho do clínico-pesquisador, assim como sua formação clínica, aspectos considerados estruturantes no exercício da clínica psicodinâmica do trabalho. Assim, a partir do trabalho de síntese e de interpretação dos dados de cada sessão, realizados a partir da Análise Inicial e das duas primeiras etapas da ACT, a clínica-pesquisadora realizava algumas elaborações sobre os aspectos relevantes da supervisão clínica e de sua formação que estavam presentes naquele momento da clínica. Portanto, em um primeiro momento, preocupou-se em se obter o registro do trabalho da clínica, que incluía a supervisão e a formação clínicas.

A análise da mobilização do coletivo de trabalho foi realizada de modo a vislumbrar a relação entre o trabalho vivo da clínica e seus efeitos sobre o coletivo de trabalhadores. Nessa etapa, a análise foi realizada a partir dos dados que se tinham compilados em cada sessão, tanto os referentes à análise inicial quanto os da análise propriamente dita, além dos registros do trabalho da clínica. Realizou-se uma leitura analítica sobre como o uso dos dispositivos clínicos, a supervisão e os aspectos da formação da clínica-pesquisadora que influenciaram o grupo e/ou cada professora em termos dos destinos do sofrimento. A mobilização do coletivo de trabalho abarca o que foi mobilizado no grupo como um todo, ou seja, o que esse coletivo deu conta de realizar em termos de mudanças nos aspectos adoecedores no contexto de trabalho. Além disso, inclui a forma como o coletivo da clínica mobilizou cada sujeito. Isso porque, já que a clínica com adoecidos reúne pessoas que não trabalham na mesma organização/instituição, pode acontecer alguma mobilização que não abranja o coletivo de trabalhadores, mas sim, alguns sujeitos individualmente. E essa mobilização do sujeito seria fruto do trabalho de constituição de um espaço coletivo de fala e de escuta.

Deu-se, então, a fase de redação dos resultados, a partir da descrição de três módulos que se convencionou denominá-los de: Módulo Descritivo do Trabalho Vivo, Módulo Interpretativo da Clínica do Trabalho e Módulo Analítico da Clínica do Trabalho. O Módulo

Descritivo do Trabalho Vivo é composto pela descrição dos dados presentes na análise inicial e pelos dados da análise do trabalho vivo e dos destinos do sofrimento (etapa 2 da ACT). O Módulo Interpretativo da Clínica é composto pela descrição dos elementos constitutivos da análise dos dispositivos clínicos (etapa 1 da ACT). E no Módulo Analítico da Clínica do Trabalho são descritos os resultados da análise da mobilização do coletivo de trabalho (etapa 3 da ACT). Assim, os dados puderam ser descritos de modo a apresentar primeiro uma parte mais descritiva, composta pelos elementos que compõe o trabalho e os destinos que as professoras estavam dando ao sofrimento. Em um segundo momento, foram apresentados os dados sobre o uso dos dispositivos clínicos, que já demandaram um processo de interpretação. Por fim, foi possível apresentar os resultados de uma etapa mais aprofundada de análise, fruto de um trabalho analítico sobre os dados, já que a Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho requereu uma articulação entre o uso dos dispositivos e seus efeitos sobre os destinos do sofrimento. A redação dos resultados, assim configurada, compõe o capítulo 5 dessa tese.

5 ANÁLISE CLÍNICA DO TRABALHO

Esse capítulo apresenta os resultados da clínica do trabalho realizada com professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal. Conforme descrito no capítulo anterior, os resultados são decorrentes da Análise Clínica do Trabalho, que analisou: a psicodinâmica do trabalho – composta pelo trabalho real das professoras e os destinos do sofrimento (mobilização subjetiva, sofrimento, defesas e patologias); os dispositivos clínicos utilizados nas sessões; e a mobilização do coletivo de trabalho. Assim, a redação dos resultados apresentará os dados de cada uma dessas fases da ACT da seguinte forma: a análise da psicodinâmica do trabalho será apresentada no Módulo Descritivo do Trabalho Vivo; a análise dos dispositivos clínicos será apresentada no Módulo Interpretativo da Clínica; e os resultados da análise da mobilização do coletivo de trabalho serão apresentados no Módulo Analítico da Clínica.

5.1 Módulo Descritivo do Trabalho Vivo

No momento em que aconteceu o adoecimento que gerou, posteriormente, a readaptação, a maioria das professoras do grupo atuavam na regência de classe. Apenas uma professora estava atuando fora da sala de aula, como coordenadora de uma biblioteca regional. Neste caso, houve relato de excesso de atividades e de responsabilidades na função que exercia, além do caráter burocrático dessa função, sendo estes fatores relatados como responsáveis por seu processo de adoecimento. As outras eram professoras regentes nas mais diversas áreas: Português, Matemática, Ciências, Artes, Educação Física, Ensino Especial, Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos (EJA).

No que se refere aos riscos inerentes à atividade docente, duas professoras relataram episódios de violência que vivenciaram no ambiente escolar envolvendo alunos adolescentes em conflito com a lei. Uma dessas professoras teve um revólver apontado para sua cabeça. Ambas relataram o início dos processos de adoecimentos ligados a esses episódios. No que se refere ao ritmo das atividades, três professoras relataram excesso de trabalho no momento do adoecimento, uma delas chegando a trabalhar 60 horas semanais. Sobre as condições físicas de trabalho, uma professora associou o seu acidente de trabalho às más condições físicas da escola. Ainda houve relatos sobre a percepção de adoecimento da categoria docente de forma mais ampla como decorrente do sucateamento da educação. As professoras também trouxeram

críticas em relação ao contexto de trabalho, referindo-se ao autoritarismo de muitos gestores escolares, à falta de condições adequadas de trabalho e ao excesso de alunos em sala de aula.

Dos tipos de patologias relatadas como causas do afastamento do trabalho e, posteriormente, da readaptação, a depressão foi a que mais acometeu as professoras do grupo (seis casos), tendo sido causa única em três casos e em outros três aparecendo concomitante com outros distúrbios. A fibromialgia foi relatada por duas professoras. As outras formas de adoecimento foram relatadas por apenas uma pessoa: síndrome do pânico, transtorno bipolar, psicose, bursite, tendinite, lesões no joelho, escorregamento de vértebra e calo nas cordas vocais. Houve relato de um processo de adoecimento que foi evoluindo de faringite, laringite e dificuldade para dormir, até chegar à diabetes, hipertensão e à depressão. Ainda foram narrados o aparecimento de novos adoecimentos depois do processo de readaptação, como tumor no braço, problema na coluna, acidente vascular cerebral (AVC) e síndrome do pânico, estes dois últimos relatados como problemas causados pelo trabalho: *“Eu tive um AVC ano passado, por causa de problema de serviço”*.

As limitações que a doença impunha, principalmente no que se refere ao impedimento de voltar a atuar em sala de aula, eram sentidas com pesar pelas professoras. Algumas ainda relataram culpa por não conseguirem trabalhar como antes. Ter clareza das limitações que a doença lhes impunha foi ressaltada como uma experiência impactante. As crises de dor, os retrocessos dos sintomas e as instabilidades dos diferentes tipos de adoecimento eram vivências constantes na vida de muitas professoras do grupo, o que gerava instabilidade emocional e tensão constantes. Falavam também das consequências disso para seus relacionamentos pessoais e profissionais e, ainda dos problemas com a autoimagem – demonstrados pelo incômodo em olharem-se no espelho ou em fotos. A doença – que trazia as vivências de vazio, solidão, insegurança e medo –, chegou a ser mencionada como um inimigo a ser vencido. Lamentavam o caráter incurável dos adoecimentos.

Sobre as questões psíquicas relacionadas ao adoecimento, as professoras ainda compartilharam o sentimento de que, durante as crises, tinham a sensação de não se reconhecer, no sentido de parecer que a doença psíquica havia tomado conta delas. Por isso, a doença mental gerava-lhes medo da perda de controle. Também compartilharam o sofrimento de terem enfrentado a doença de forma solitária, sem apoio de familiares ou de amigos.

Para descrever a vivência com relação à doença, algumas metáforas foram utilizadas ao longo do processo clínico. Uma professora referiu-se à psicose como uma pedra no sapato: *“eu descobri o que é uma psicose pra mim [...]: é uma pedra no sapato, ela fica o tempo todo te incomodando. Enquanto você não tirar ela, não alivia [...] um exemplo prático que eu encontrei*

para falar da minha psicose”. Outra professora referiu-se à sua doença, descrevendo-a como *“um monstrinho que vai te perseguindo e te pega aqui”* e se transforma em *“um bichinho de estimação que você cuida com muito carinho, porque aquilo já te acompanha e meio que já faz parte de você”*. Vale ressaltar que essas metáforas apareceram mais no final do processo clínico, quando algumas elaborações começaram a surgir no grupo de professoras.

O trabalho executado pelas professoras após o processo de readaptação foi o que ganhou mais destaque nos depoimentos das participantes da clínica. Três professoras estavam atuando na biblioteca no momento da participação dessa pesquisa, duas estavam na coordenação do laboratório de informática, duas atuavam como apoio administrativo da direção e uma na mecanografia. A primeira questão ressaltada foi em relação à falta de prescrição das atividades para as quais o professor readaptado é realocado e a falta de uma legislação que garanta seus direitos nessa condição. Isso lhes gerava muitos problemas, como desvios de função, subutilização de suas capacidades e o exercício de atividades incompatíveis com suas limitações físicas. Além disso, a falta de informações sobre seus direitos e deveres gerava medo e insegurança, incluindo o temor da perda de direitos. E ainda houve relatos sobre a perda de direitos decorrentes do processo de readaptação. Ressalta-se a perda do direito ao recebimento do benefício da “regência de classe” por parte de uma professora, situação que, em sua avaliação, foi consequência de ações de pessoas do seu contexto de trabalho que tinham intenção de prejudicá-la. Em função disso, passou por sérias dificuldades financeiras e situações humilhantes por necessitar da ajuda de outras pessoas, o que gerou uma piora do seu quadro patológico com o aparecimento de novas doenças.

Neste contexto, uma professora relatou sua luta para conseguir incluir seu projeto como professora readaptada no Plano Político-Pedagógico (PPP) da escola como forma de garantir a realização de atividades técnico-pedagógicas e não cair no ostracismo. Ao que tudo indica, esse era um movimento muito comum no grupo de professoras deste coletivo, visto que tais professoras precisavam estar em estado de alerta constante em relação às atividades que lhes eram designadas para que fossem respeitadas suas limitações e, ao mesmo tempo, consideradas suas potencialidades. Ainda houve relatos que envolviam as distorções sobre o trabalho da coordenação do laboratório de informática: por falta de prescrições, os professores regentes aproveitavam para descansar enquanto deixavam os alunos na sala de informática, gerando desconforto por parte dos readaptados que lá trabalham e que têm, como restrição, o trabalho em ambientes com muitas pessoas. Também por falta de prescrições ou de uma legislação que de fato garanta os direitos dos readaptados, foi trazida uma situação de realocação de uma

professora do grupo por parte da direção da sua escola para atividades que a colocaram no ostracismo, como retaliação por ela ter contestado algumas de suas decisões.

Sobre o trabalho na readaptação, era recorrente nos relatos, o sofrimento advindo dos sentimentos de exclusão, rejeição, fracasso e inutilidade, da perda do espaço profissional, da subutilização das capacidades profissionais – que desconsiderava as potencialidades ainda presentes –, e da falta da relação com os alunos. Tudo isso gerava a vivência de perda de identidade profissional às professoras readaptadas, que tinham que lidar com lutos como: desilusões por sonhos que não puderam se concretizar; falta de espaço para atuação profissional (*“eu perdi tudo que eu conquistei”*); invisibilidade do trabalho que passaram a realizar; necessidade de desapego quanto a valores importantes que nutriam enquanto educadoras. Desse modo, sentiam-se alijadas do processo de educação, por não serem mais consideradas como professoras, sendo possível perceber a necessidade de se sentirem úteis e valorizadas em um trabalho que nem sempre é reconhecido: *“eu vou fazer melhor do outro jeito, para mostrar que eu tenho capacidade, apesar que eu não sei se eles enxergam, mas não interessa, o importante é que eu estava fazendo”*.

Todo esse sofrimento era agravado pela sensação de impotência ao terem de lidar com as limitações impostas pela doença e pelo luto de não poderem mais voltar para a sala de aula. Assim, eram recorrentes relatos sobre sentimentos de desilusão, frustração e desânimo decorrentes do adoecimento e da readaptação. Sofrendo com o sentimento de perda da identidade profissional, se viam julgadas por alguns colegas de trabalho como “pessoas de sorte”, que agora não precisavam mais estar em sala de aula. Julgamento bastante distante da experiência de autorrejeição relatada por uma professora quando do início do seu processo de readaptação: *“Quando a gente é readaptado, eu não queria ser readaptada, eu me rejeitei, me senti um fracasso”*; *“eu fiquei muito tempo com problema de saúde, de aceitação [...] eu brigava até com Deus. Quando uma pessoa morria [eu pensava], eu estou tão doente, por que não fui eu? Eu devia ir, eu não estou servindo para nada”*.

O significado do trabalho do professor foi narrado como ligado à função de ajudar os alunos em suas deficiências e crescer junto com eles. Desse modo, sentir-se útil para o aluno seria uma forma de reconhecimento do seu trabalho, assim como ver o sucesso futuro na vida profissional de ex-alunos, mas o trabalho na readaptação trazia dúvidas sobre sua importância na vida do aluno. Nessa perspectiva, a mudança na forma como as pessoas passam a ver quem adoeceu também foi impactante: esqueciam quem foi e o que já fez; e se antes do adoecimento eram vistas como pessoas resolutivas, depois não eram mais reconhecidas assim. Muitas vezes,

o professor readaptado é alvo de fofocas entre os colegas e de julgamentos pejorativos: “*chegou mais um doente [...] mais um para não fazer nada*”.

Ainda sofriam com o fato de se sentirem inúteis a ponto de ter aparecido, em um relato, a sensação de ser inexistente. Tudo isso gerava problemas de identidade profissional e também de identificação. Algumas relataram que não se identificavam com os professores regentes e nem com outros readaptados. Muitas vezes, mesmo com os esforços por se sentirem aceitas nos grupos do trabalho, ainda assim sentiam rejeição. Essas dificuldades com a identidade profissional levavam à incertezas quanto ao caminho a seguir (o que fazer agora) e também à dúvidas quanto ao desempenho de outros papéis sociais. Nas narrativas, chegaram a dizer que se sentiam inúteis não só como profissionais, mas também como mães.

Dessa maneira, também sentiam incertezas sobre como seriam vistas/julgadas e medo de perder o controle e de ter recaídas da doença, pois sentiam mal-estar pelo estigma de “*coitadinhas e frágeis*” que muitas vezes recaía sobre elas após seu adoecimento. Na narrativa delas, ainda foi possível perceber a sensação de violência do processo de readaptação, tanto no que se refere à falta de cuidado com que o processo era gerido (por parte da Secretaria de Educação, dos gestores escolares e da equipe médica perita), como em relação à forma desrespeitosa com que eram tratadas por muitos colegas de trabalho. Consequência disso, demonstravam sentir mágoa com a Secretaria de Educação que, na visão de uma das professoras, deveria ter cuidado de quem adoeceu no trabalho. Além disso, era comum o tratamento desrespeitoso que recebiam por parte de médicos e peritos dos serviços de saúde.

Houve relatos que retratavam relações de apoio, cooperação e de compreensão entre os profissionais na escola. Mas ganharam destaque as relações profissionais hostis, desagregadoras, desrespeitosas, em que predominavam a desconfiança e a disputa. Outros elementos perturbadores do clima nas relações profissionais era a presença de intriga, traição e falta de ética, além de autoritarismo por parte de pessoas em cargos de gestão e desmobilização do coletivo de trabalhadores. Sentiam que o ambiente violento e adoecedor da escola poderia desencadear novos adoecimentos. Esse contexto levou a situações de assédio moral das quais duas professoras do grupo foram vítimas. Em um dos casos, além de ter envolvido a violência física, tal fato foi vivido com grande violência psicológica por uma professora que relatou: “[*O agressor falava*] ‘*você é um lixo, você não vale nada, você não faz nada aqui nessa escola!*’ [...] *eu lembro desse dia até hoje*”. Essa professora vítima do assédio, ainda destacou a solidão com a qual teve que viver essa situação: sem apoio dos colegas, que foram coniventes com a violência, ela não teve coragem de denunciar o assediador. Questões ligadas ao poder e ao

autoritarismo dos gestores, ou de pessoas que deles se aproximavam para a obtenção de favoritismos, foram apontadas como facilitadores de casos assédio.

Pelos relatos, após a readaptação, parece ter se intensificado as dificuldades vividas nas relações profissionais, em que passaram a predominar o desrespeito, a desconfiança, a inveja e a competição. Sentiam-se desqualificadas e rejeitadas por parte de colegas, que se incomodavam com os readaptados que realizavam um bom trabalho. Além disso, parecia haver a tentativa de alguns de quererem mantê-las na condição de adoecidas para não incomodarem, ou seja, havia a tentativa de calarem quem adoeceu. Também era nítida a divisão existente nas escolas entre os professores readaptados e os professores regentes. Tal ambiente de trabalho era sentido, na maioria das vezes, como violento e adoecedor.

Relatavam o peso de carregarem o estigma de “*picaretas*” ou de “*preguiçosas*”. Ainda falaram de julgamentos pejorativos que recebiam quando eram vistas felizes ou com boa aparência, como se estivessem fingindo uma doença como desculpa para não trabalharem. A essa desconfiança de colegas de trabalho sobre o diagnóstico que levou à readaptação, somava-se a pressão para que voltassem à sala de aula, o que lhes trazia sofrimento, pois fazia com que se deparassem com uma limitação ainda dolorosa: a de não conseguir atuar nesse contexto. Diante desses sofrimentos, se defendiam tentando se mostrar úteis e se diferenciar dos “*acomodados*” ou “*descompromissados*”.

Também foi trazido à tona o temor da aposentadoria por invalidez, pelas perdas de direitos e de rendimentos que essa situação traria. Como consequência desse temor, continuar trabalhando e, muitas vezes, ultrapassando os limites da doença, acabava sendo a alternativa escolhida. Ainda relataram desconforto e culpa pelas constantes faltas ao trabalho por motivos de doença, pois muitas vezes isso as deixava na dependência de favores de outras pessoas.

Assim, era possível perceber o contraste entre as perdas e limitações, de um lado e a vontade de fazer, de outro. As atividades que passaram a realizar depois da readaptação eram desanimadoras, o que lhes traziam sofrimento por não se reconhecerem em seu desânimo. Era muito presente a vontade de estarem sempre envolvidas com funções pedagógicas, o que dificilmente acontece no trabalho da readaptação. Essa vontade gerava expectativas altas em relação ao seu papel profissional, o que contrapunha às funções mais técnicas que acabavam sendo atribuídas ao professor readaptado.

Também relataram vergonha pelo adoecimento e até culpa pela readaptação (readaptação como “*castigo*” por sentir que já não conseguia fazer muita coisa). Diante desse contexto, preponderavam os sentimentos de decepção, desânimo e frustração no discurso das professoras: “*a gente vai se decepcionando, vai desanimando [...] cada dia que passa eu estou*

chegando em casa mais desanimada, assim, eu não sei, estou me sentindo perdida, porque não é mais nada daquilo que eu vivi ou que talvez eu tenha sonhado". A falta de sentido das atividades que passaram a realizar como readaptadas era constantemente relatada como fonte de sofrimento: *"A sensação que eu tenho é de estar enchendo linguiça, assim, enxugando gelo, como dizem, você está fazendo aquilo, mas você sabe que não vai dar em nada, não vai dar em nada"*. E ainda assim, relataram que são consideradas por seus colegas de trabalho como professores que têm muitas regalias.

Vale ressaltar que, mesmo no espaço da clínica do trabalho, também apareceram menções a problemas familiares que potencializaram o sofrimento das participantes do grupo. A perda ou doença de entes queridos (como pai, mãe ou cônjuge), drogadição e/ou encarceramento de filhos e todas as consequências dessas situações, no âmbito familiar e profissional, foram trazidas no sentido de se tratar de mais um luto a ser superado. Além disso, a doença responsável pela readaptação foi agravada por essas situações.

Como forma de defesa em relação a esses sofrimentos, foi possível observar, com muita frequência, a tentativa de se diferenciar dos colegas considerados *"acomodados"* e a necessidade de mostrar a utilidade do trabalho que realizavam (*"eu faço mil e uma coisas"*), chegando a demonstrar excesso de comprometimento com o trabalho, às vezes ultrapassando os limites da própria doença podendo, assim, ser considerada uma defesa onipotente. Na tentativa de se diferenciarem dos oportunistas e dos não comprometidos, fizeram alusão à metáfora da *"luz que incomoda quem está no escuro"*, em que se consideravam a luz, por serem profissionais que *"fazem a diferença"*, e apegavam-se à autoimagem de comprometimento, profissionalismo e utilidade. Chegaram a adotar o discurso do tipo *"só não faz quem não quer"* como forma de se diferenciarem do estigma da preguiça ligado aos readaptados.

Outra defesa que passaram a utilizar no contexto de trabalho após a readaptação foi o isolamento, como é possível observar nas falas de duas professoras: *"queria ter atitude, saber me colocar, mas às vezes eu me tranco, prefiro me isolar"*; *"eu estava num processo de exclusão, de isolamento e de me calar"*.

Nesse contexto, a negação também foi uma estratégia defensiva muito presente nos relatos das professoras, como pode se notar nas seguintes falas: *"Eu não aceito ser chamada de professora readaptada"*, ao que outra professora respondeu: *"Ser chamada de professora readaptada eu aceito, não aceito é ser chamada só de readaptada"*. Ou ainda: *"eu não tenho essa crise existencial não"*; *"engraçado, eu não sinto nada [...] essa ferida que todo mundo fala eu não sinto"*; *"pode o mundo cair que eu estou lá na minha, quietinha, como se nada tivesse acontecido"*. Chegaram a explicitar a negação do sofrimento, mostrando que

pareciam não querer que suas defesas fossem confrontadas: “*Eu prefiro deixar a ferida quieta lá, porque cada vez que você mexe, ela dói.[...] eu estou mostrando uma embalagem para que ninguém perceba mais o conteúdo*”; “*Eu vou viver o hoje... um dia de cada vez*”.

Ainda foi recorrente o uso da racionalização como forma de defesa contra o sofrimento. Era observada em situações em que usavam explicações plausíveis do ponto de vista racional, para minimizarem o impacto da limitação de atuação em sala de aula. As perdas advindas da readaptação colocaram-nas em contato com sua onipotência, ao que elas tentavam se defender negando o sofrimento e fugindo da possibilidade de aprofundar nesse ponto ou tentando tomar o controle do grupo. Assim, cabe mencionar que, a partir da oitava sessão, algumas defesas começaram a ser utilizadas no grupo. Portanto, além das defesas que elas já traziam como forma de enfrentar o adoecimento e a readaptação, começaram a surgir defesas no grupo. Essas defesas serão tratadas no módulo interpretativo da clínica do trabalho de modo que seja possível analisá-las sob a perspectiva do processo clínico.

Ainda houve narrativas que denotavam a desistência (“*cansei de lutar*”) e o não envolvimento. Outros tipos de fuga relatados foram: mudança de escola após o adoecimento para evitar comparações sobre como eram antes e depois do adoecimento; e o uso esporádico de álcool (em situações específicas, como saídas com as amigas), às vezes como substituto dos medicamentos. Outras estratégias de defesa contra o sofrimento foram a fé religiosa e a utilização de técnicas de autoajuda. Também usaram a crítica a professores regentes que, mesmo estando em sala de aula, “*são inúteis*”, como forma de se diferenciarem deles. Além disso, houve situações em que colocaram colegas que a haviam agredido (em casos de assédio moral ou de discussões no ambiente de trabalho), no lugar de pessoas doentes e frágeis. Nesse sentido, parecia haver a necessidade de se diferenciarem dos “*doentes*” que não se tratavam. Também quiseram mostrar situações em que foram gentis como forma de contrapor atitudes rudes das quais foram vítimas.

A busca de apoio no sindicato também foi uma forma de lidar com a situação da readaptação. Nos relatos, ressaltavam que se sentiam mais fortes por frequentarem o ambiente do sindicato, já que a clínica do trabalho acontecia lá. Além disso, esse apoio se fazia importante nos momentos em que precisavam buscar informações sobre seus direitos e deveres. Muitas vezes, a relação que estabeleciam com o sindicato tinha um caráter assistencialista, no sentido de buscarem assistência jurídica sobre seus direitos ou de se apoiarem na instituição para se sentirem protegidas.

Algumas defesas não foram muito recorrentes nas falas das professoras, mas vale a pena serem mencionadas. Em uma das sessões, uma defesa muito ressaltada foi a medicação e a

automedicação. Por parte de uma participante, mais que a negação, foi possível observar a defesa de se desligar de tudo o que a faz sofrer, um processo de fuga. Uma estratégia defensiva narrada por outra professora foi a de encontrar na sala dos professores (regentes) um espaço confortável para expressar suas emoções (tristeza, choro), como se aquele espaço trouxesse um conforto por lhe remeter a sua época de regência. Ainda foi relatada a necessidade de fazer vínculos profissionais (mesmo que superficiais) e a tentativa de se sentirem incluídas. Diante do sofrimento advindo da vivência de perda da identidade profissional, nota-se, por um lado, a tentativa de uma professora se incluir como professora na escola e não como readaptada, o que poderia ser visto como uma alternativa mais saudável de lidar com a exclusão da readaptação, pois contrastava com a atitude de muitos que permaneciam no isolamento nessa circunstância. Por outro lado, outra professora referiu-se à vontade de ser reconhecida com suas limitações e, para isso, confeccionou uma espécie de documento de identidade que explicitava suas limitações funcionais.

De fato, havia algumas tentativas de superar as situações de sofrimento vivenciadas no trabalho. Houve, por exemplo, narrativas quanto ao trabalho que duas professoras estavam realizando na condição de readaptadas, no sentido de demonstração da possibilidade de se realizar um trabalho sério e útil, mesmo em locais que, muitas vezes, são pouco valorizados ou subutilizados na escola, como a biblioteca e o laboratório de informática. Ao mesmo tempo em que esses relatos mostravam a necessidade dessas professoras se sentirem úteis (defesa muito utilizada nesse grupo), eles tinham de fato um teor de utilidade técnica. No caso da biblioteca, era útil colocar em ação o controle dos empréstimos e a confecção de carteirinhas como uma necessidade para seu bom funcionamento; no caso do laboratório de informática, destaca-se a criação de projetos e parcerias com professores para reativar esse espaço e fazer com que se cumpra sua função pedagógica. Ainda no trabalho na biblioteca, uma professora descreveu seu prazer com a experiência de se trabalhar questões políticas, com a descoberta e divulgação de obras que tratam de temáticas como gênero, diversidade, direitos humanos e cultura afro-brasileira. Esses relatos mostravam as ações por elas realizadas com o intuito de marcarem seu trabalho e seu espaço como professoras readaptadas na escola e serem respeitadas. Tal posicionamento demonstrava a busca por um trabalho que fizesse sentido para elas, e compartilhar isso no grupo parece ter sido uma tentativa de algum tipo de reconhecimento, visto que isso não era possível na escola.

Como forma de continuarem trabalhando depois da readaptação, outras professoras também procuraram criar projetos na escola ou contribuir com projetos já existentes. Nessas circunstâncias, se sentiram incluídas e reconhecidas pelo trabalho realizado. Tratava-se de

situações não muito frequentes que, quando aconteciam, faziam-lhes sentir que ainda poderiam criar e ser úteis. A busca por atuar de modo compatível com as limitações profissionais e, ao mesmo tempo, ser útil para a escola e para os alunos acabava sendo uma forma de obterem o reconhecimento. Mas, ao mesmo tempo, relataram que tais iniciativas eram fatores que geravam inveja por parte de colegas que tinham uma postura de descompromisso ou de acomodação ou, ainda, por aqueles que estavam adoecidos.

Também houve breves menções sobre tentativas de superação do luto, como sair da posição de vítima e com isso sentir-se mais forte; e ver novas possibilidades que poderiam surgir em relação ao resgate da relação com o aluno. Além da participação nesta clínica do trabalho, outras formas de lidar com o luto estavam sendo buscadas: grupos de autoajuda, convívio com amigos e com a família e estratégias de autocuidado (como dedicar um tempo para cuidar da aparência). Foi relatada diminuição de medicação como sinal de melhoria, sendo esta atribuída à clínica do trabalho. Ainda assim, o que apareceu no grupo, inicialmente, foram estratégias mais superficiais utilizadas para lidar com a dor. Foram relatadas a vontade de não ficarem reféns de relações adoecedoras de trabalho, a tentativa de ajudar na construção de relações mais igualitárias na escola e a busca por formas de serem respeitadas em suas novas condições de trabalho. Também cabe aqui mencionar que a luta pela conquista de direitos para a categoria fez parte da trajetória de algumas participantes do grupo, sendo essa luta relatada com orgulho, ainda que hoje as limitações da doença dificultassem um pouco essa atuação.

Foram citadas tentativas de não entrarem diretamente em embates no contexto de trabalho. Além disso, houve relato de uma professora sobre sua reação contra a gestão autoritária da diretoria de sua escola; nesse caso, ela denunciou publicamente (em reunião) o caso de ameaça do diretor. Essa professora ainda mostrou satisfação pessoal por conseguir se colocar diante de uma situação tensa, sem perder o controle; também sentia orgulho por seu estilo combativo de denunciar injustiças.

Outras formas de lidar com o sofrimento e o adoecimento surgiram em situações fora do contexto de trabalho, em que se observa a tentativa de uma professora em sentir-se útil e reconhecida por meio do trabalho com grupos de jovens da Igreja ou com o grupo de colegas na turma onde faz aula de Inglês, além de sua busca por outras atividades que dão prazer, como o desenvolvimento de habilidades manuais no confeito de bolos ou em artesanato.

Havia, recorrentemente, a manifestação da vontade de uma professora de que o grupo se mobilizasse para lutar pela legalização para os readaptados, mas esse movimento não tinha ressonância no grupo, que, certa vez, se declarou impotente para atender a essa demanda.

Foram muito evidentes, por parte das professoras do grupo, as narrativas sobre a consideração que nutriam pelos alunos e a tentativa de compreenderem a problemática deles, o que levava a uma relação de respeito por ambas as partes. Ainda destacaram que, quando a relação com os alunos se perpetuava para além do espaço/tempo da escola, era fonte de muita gratificação. A forte identificação com a tarefa e a consideração com o aluno favoreciam uma relação de grande comprometimento com o trabalho. Foram ressaltadas situações de dedicação e entrega com o trabalho, inclusive extrapolando suas responsabilidades como professoras, chegando a assumirem, individualmente, responsabilidades que seriam consideradas estruturais. Por outro lado, as professoras demonstraram irritação e incômodo com a insensibilidade de alguns colegas de escola sobre as questões que envolviam os alunos.

Ainda sobre a relação com alunos, trouxeram lembranças do tempo de atuação em sala de aula, quando tentavam romper com alguns prescritos para serem professoras diferenciadas: “*eu literalmente deitava e rolava com os meus alunos*”. Também estiveram presentes nas narrativas, situações em que a disponibilidade para ouvir a problemática de alunos considerados difíceis criou uma relação de proximidade e respeito. Por outro lado, a falta de estrutura do sistema escolar para lidar com alguns alunos mais problemáticos, fazia com que muitos deles fossem transferidos de uma escola para outra como uma forma de transferir “o problema”, o que gerava revolta por parte das professoras do grupo. Também foram relatados episódios em que a relação com os alunos também gerava sofrimento, como uma situação que marcou uma professora por ter sido chamada de doente e inútil por uma aluna, em um momento em que tentava superar os limites de sua doença.

Nos relatos, lamentava-se a perda da autoridade do professor e do lugar de referência dessa figura. Esse discurso começou a ficar proeminente na clínica a partir do momento em que os movimentos reivindicatórios da categoria docente do DF foram se intensificando. A tudo isso, soma-se ainda, o desrespeito da sociedade para com os professores, o que lhes gerava revolta, desilusão, temor pela perda de direitos e medo de adoecer de novo – por sentirem que a luta é individual. De qualquer forma, mostraram-se como professoras que acreditavam na educação como um projeto de transformação, que se envolviam com os problemas dos alunos – por isso não concordavam com a transferência do “problema” – e que mesmo sabendo que poucos se envolveriam na luta por melhorias, não conseguiam não lutar e não se envolver.

A partir da nona sessão, foi retomada, com certa frequência, a questão missionária da profissão docente, contudo, agora remetendo-lhes à sua impotência como educadoras. Uma professora relatou sua frustração quando, no passado, ela havia apostado na melhoria de um aluno que já estava desacreditado pelo pai, achando que poderia salvá-lo da criminalidade. Ao

saber que esse aluno havia assassinado um rapaz e entrado em estado vegetativo de existência após o ocorrido, a professora relatou ter sentido grande angústia: *“Eu fiquei muito triste porque eu achava que eu tinha conseguido alguma coisa [...] eu fiquei arrasada como profissional mesmo, falei ‘não consegui alcançar meu objetivo’ [...] E aí em algum momento a gente vê que foi em vão, então isso é mais uma frustração”*. Nesse relato, foi possível perceber a concepção de educação como missão, que fazia com que as professoras se dedicassem no sentido de fazerem pelos alunos mais que os próprios pais se dispunham a fazer.

Relataram essa dedicação ao trabalho contrapondo-se ao tratamento desrespeitoso que os professores estavam recebendo nas manifestações, fato relatado com revolta no grupo. Ao mesmo tempo em que tudo isso foi narrado como revoltante, lamentaram a falta de união da categoria docente, o que dificultava a conquista de melhoria das condições de trabalho. Elas mesmas falavam da falta de esperança em relação a essas lutas, ao mesmo tempo em que algumas se culpavam por não estarem participando ativamente das manifestações.

Se no início do processo clínico, elas falavam claramente que antes do adoecimento acreditavam que poderiam salvar os alunos das mazelas sociais, a partir dos desdobramentos desfavoráveis dos movimentos grevistas, isso voltou à tona com bastante ênfase. Passaram a lembrar, com certa nostalgia, do tempo em que, como professoras regentes, os problemas dos alunos eram absorvidos no sentido de tentar ajudá-los. Desse modo, a perda da relação com os alunos foi relatada sendo atrelada à perda da identidade profissional e também à perda da ilusão de que poderia salvá-los: *“Hoje eu estou podada porque eu não tenho os meus alunos, então assim, eu me sinto frustrada profissionalmente porque eu não estou fazendo o que eu deveria estar fazendo”*.

Nesse contexto, as professoras sentiam-se impotentes diante dos problemas da educação. Os sentimentos de desilusão, desesperança, fracasso e até desistência passaram a ser marcantes. Questionavam o lugar do professor e a perda da posição social de respeito em contraste com a sobrecarga de responsabilidades que lhe são atribuídas: *“[o professor] tem que ser professor, psicólogo, sociólogo, assistente social; por que que a gente se deixou acumular tantas funções assim?”*. Contradição ausente em relação ao trabalho dos médicos, em que as especialidades são cada vez mais valorizadas. As professoras lamentaram muito a perda de *status* do professor e da hierarquia na relação professor-aluno. Nos discursos, foi possível perceber a perda de uma posição diferenciada do professor (que antes usava uniforme ou jaleco como sinal de diferenciação) ligada à perda da identidade profissional: *“Você vê o enfermeiro, ele está de branco; você vê o médico, ele está de branco ou azul, por exemplo. Nós não temos uma imagem, nós somos qualquer um, nós não podemos ser qualquer um”*.

Nesse contexto de lamento sobre a pouca importância social do professor, foi marcante nas narrativas das professoras a dificuldade de aceitação de alguns valores modernos e o lamento com a perda de valores tradicionais, principalmente entre os mais jovens. Ainda nesse cenário de descrença, o problema enfrentado por uma professora do grupo, cuja filha estava envolvida com o uso de drogas, foi atribuído ao ambiente escolar, uma vez que ele, segundo sua avaliação, facilita a drogadição de jovens. O fato de já ter presenciado a venda de drogas dentro da sala de aula, sem que nada pudesse ser feito, levava ao sentimento de impotência diante da violência urbana invadindo a escola.

Outro fato que potencializou o sentimento de impotência das professoras foi o relato de uma participante do grupo sobre o suicídio de uma colega de trabalho, ocorrido recentemente, depois de ter sofrido ameaça por parte do irmão de uma aluna. Diante desse sentimento, a professora chegou a questionar se o ambiente profissional da escola poderia ser uma das possíveis causas do suicídio. E ainda se mostrou identificada com a professora que se suicidou em função de sua doença, a depressão.

Assim, o desânimo com o trabalho suscitava a vontade de se aposentar por parte de uma professora do grupo. Por outro lado, a aproximação da aposentadoria de outra professora parecia ter ligação com a sensação de que ela estava perdendo uma característica que lhe era marcante: *“gente, eu não estou bem... estou devagar, não sou aquela [nome da professora] guerreira”*. Essa relação ambígua com a possibilidade de aposentadoria presente no grupo também pôde ser observada pelo relato de uma professora que trazia o quão doloroso era para ela lidar constantemente com a dor advinda da doença, o que a impedia de continuar produzindo e se sentindo útil como ela gostaria. Nesse caso, ela recusou o direito à aposentadoria – mesmo sem perdas salariais – pela vontade de continuar trabalhando.

Já na metade do processo clínico, algumas estratégias de defesa contra o sofrimento passaram a ser relatadas no tempo passado, como se já não fosse mais necessário seu uso exacerbado. Além disso, uma professora começou a demonstrar esperança de recuperação da doença e de retorno à sala de aula. Nesse caso, como o adoecimento responsável por sua readaptação (fibromialgia) foi relacionado às questões psíquicas, a melhoria no âmbito psicológico veio acompanhada pela esperança de retorno às atividades docentes: *“Estou melhorando sim, e muito! E pode ser que um dia eu volte para a sala de aula”*; *“Eu não estava bem, [estava] num processo de isolamento mesmo. E agora que eu estou me... eu sou outra agora”*. Nesse momento da clínica, também foi possível observar uma possibilidade de um destino mais político do sofrimento, pela assunção de uma posição diferente de uma professora

do grupo em relação à posição das professoras readaptadas da sua escola: diante do movimento grevista, ela recusou-se a comparecer na escola só para cumprir horário.

Também houve o relato entusiasmado de uma responsabilidade que uma professora estava assumindo na organização de projetos do conselho escolar, com a esperança de que a união da escola com a comunidade, construída nesse conselho, pudesse ser uma forma de fazer algo de útil pela educação. A assunção dessa responsabilidade ocorreu em função de sua postura de não aceitação de atividades de secretaria que desvirtuariam o objetivo pedagógico das funções que o professor readaptado deveria assumir. Outra forma mais saudável de enfrentar o sofrimento apareceu em um breve relato sobre a perspectiva de voltar a estudar como uma maneira de se vincular a algo que lhe traga sentido.

Diante de tais relatos, essas possibilidades de destinos mais políticos do sofrimento ainda pareciam muito pontuais e superficiais, pois apareciam concomitantemente ao uso de defesas mais patogênicas, como a rigidez na conservação de valores tradicionais, em que chegaram a mencionar militarismo como forma de garantir a ordem e o equilíbrio. Nesse sentido, o uso do autoritarismo parece ser uma estratégia para tentar recuperar valores “perdidos” como a autoridade, o respeito e a posição diferenciada do professor. Ou seja, o autoritarismo apareceu como uma forma de contrapor a falta de poder, tanto no âmbito escolar (na relação com os alunos) como no âmbito familiar (na relação com os filhos).

Já na décima quarta sessão, começou a surgir um movimento no sentido de mudança de posicionamento frente aos relacionamentos socioprofissionais. Uma professora relatou seu incômodo com as relações desleais e hostis no trabalho, que traziam a necessidade de se adaptar a elas por meio da convivência estratégica, mecanismo que também gerava sofrimento pelo esforço de ter que ser quem não é. De qualquer forma, parecia haver tentativas de mudanças na forma de se posicionar diante das questões que relativas ao trabalho, no sentido de procurar se envolver menos nos embates para se preservar. Todavia, todas essas mudanças e adaptações que as professoras estavam experimentando, muitas vezes geravam estranhamento, levando-as a questionarem: “*mas esta sou eu mesma?*”. Assim, viam o quanto é sofrido aceitar que algumas coisas precisavam ser mudadas. Também surgiu um discurso que apontava para a consciência de que responsabilizar o governo ou alguém pelo adoecimento não iria diminuir a dor que sentiam.

Nesse momento da clínica, ainda que reaparecessem narrativas sobre os incômodos provocados pelas doenças e as consequências do reaparecimento dos sintomas que limitavam a execução de atividades simples (como pentear o cabelo e comer), as professoras começaram a se questionar sobre o que as levou a adoecer: “*Você já parou para pensar por que você tem que*

ser tão eficiente no trabalho?”. Chegaram a resumir essas questões sentidas com a readaptação como uma dificuldade de autoaceitação nessa condição que lhes impunha limitações e novos patamares de eficiência. O grupo demonstrava um movimento de tomada de consciência de algumas questões ligadas ao seu processo de adoecimento. Foi ressaltada, por exemplo, uma situação recente de trabalho em que havia continuidade do sintoma da aceleração, relação trazida pela própria professora.

Com efeito, voltaram a falar o quanto os embates presentes nas relações interpessoais de trabalho ainda as fragilizavam. Outra situação que poderia ser caracterizada como assédio moral voltou a ocorrer, dessa vez atingindo outra professora do grupo, o que trouxe consequências para sua saúde: *“‘Você não tem nenhuma responsabilidade’, [ele disse] na frente dos outros, eu fiquei tão nervosa, fiquei gelada, meus braços começaram a doer, meus joelhos...”*. Essas situações traziam o temor em relação à reação de pessoas frias, *“desprovidas de emoção”*, com as quais conviviam no trabalho.

Além disso, elas ainda se mobilizavam frente às questões da identidade profissional: *“como ser professora sem estar em sala de aula?”*; *“a gente virou técnico em pedagogia e não docente mais”*. Assim, a necessidade de demonstrarem a importância do seu trabalho (mesmo que para isso tivessem que trabalhar ultrapassando seus limites) e de se sentirem úteis como educadoras ainda se faziam presentes. A busca por um sentido no que faziam era constante. Isso ficou claro no relato entusiasmado de uma professora sobre as atividades que está podendo realizar na nova função (era da mecanografia e agora estava atuando na monitoria), que estavam lhe possibilitando sentir-se útil como educadora novamente, além do reconhecimento obtido: *“ver o agradecimento daquela pessoa, ‘você me ajudou a aprender’. Então, mesmo com a minha limitação eu ainda posso ajudar alguém”*.

Entremeando avanços na percepção dos aspectos adoecedores do trabalho e na relação que estabeleciam com ele, surgiam o desânimo e a frustração como repetição no discurso das professoras. O fim do movimento grevista e os retrocessos em relação aos direitos da categoria revelavam o descrédito do governo e da sociedade para com a educação, o que trouxe para o ambiente das escolas um cenário de tensão, estresse e insegurança frente às demissões, remodulações e transferências que passaram a ser realizadas. Assim, as narrativas voltaram a trazer as condições de sofrimento da readaptação e o desânimo com o trabalho, chegando a gerar, em uma professora, a vontade de morrer junto com sua mãe que estava em estágio terminal de câncer. Ao mesmo tempo, as professoras pareciam não se reconhecer nessa perspectiva desanimadora e de desistência. Desse modo, afirmavam-se como fazendo parte do grupo de resistência, diferenciando-se do grupo dos *“protegidos da Direção”*. Também

relataram algumas alternativas, como a vontade de voltar a estudar para ter outra profissão e a postura de escolher os embates que valiam à pena enfrentar no contexto de trabalho. Relataram, ainda, situações em que precisaram posicionar-se publicamente atestando a condição de professoras readaptadas para diferenciar “*não poder fazer*” de “*não querer fazer*”.

Nesse movimento de procurar se posicionar e de ter uma relação mais realista com o trabalho, passaram a trazer dúvidas sobre como reconstruir a identidade profissional em um contexto adoecedor e onde existe ódio nas relações de trabalho. Isso ainda remetia ao desânimo, ao cansaço e até à desistência na luta por uma nova identidade profissional: “*pra mim já deu, esses questionamentos, essas conversas que a gente faz [de que] você tem que ter uma nova identidade profissional dentro desse contexto. Tá, você vai e faz, você tenta produzir, mas assim, para mim eu já cansei, sabe?*”. Essa questão relativa à identidade profissional não esteve presente nas narrativas de todas as professoras do grupo, que compartilharam com a colega apenas questões pontuais como o sofrimento com a perda dos alunos no processo de readaptação e o sentimento de exclusão. Nesse momento da clínica, o grupo foi bastante resistente, tendo lançado mão de muitas estratégias defensivas durante as sessões.

Mesmo diante do incômodo pela repetição do sofrimento trazido pelo adoecimento, o grupo foi se tornando consciente do uso da defesa de fuga para não entrar em contato com a dor. Nesse sentido, uma professora referiu-se à sua recusa pessoal de se agarrar em uma falsa ilusão de que, como professora readaptada, continuaria tendo relação com aluno: “*Não considero ‘ah, estou com aluno!’; não vem que não é, você auxilia [...] eu não consigo, depois de vinte e dois anos de profissão, ver que, como coordenadora de laboratório, eu tenho influência e igualdade. [...] Não passei num concurso para isso, para acreditar que eu estou fazendo alguma coisa, não estou*”. Nessa mesma perspectiva, também houve o reconhecimento da defesa que falhou – a onipotência– : “*a gente não consegue ter esse poder [...] você perde poderes, desequilibra*”. Outra professora chegou a afirmar que o excesso de comprometimento no trabalho lhe trouxe prejuízos à saúde e no âmbito familiar. Isso tudo foi levando o grupo a ver a necessidade de reconhecer seus próprios limites e, assim, a trabalhar sem culpa ou sem a autocobrança de que deveria estar fazendo mais. Também houve falas que demonstravam que estavam repensando o papel do trabalho na sua vida e dos outros projetos nos quais desejavam investir, além do envolvimento com atividades fora do trabalho que lhes eram prazerosas e ajudavam no tratamento (grupos de apoio, clínica do trabalho, ginástica).

Nessa direção, demonstraram estar em busca de um equilíbrio para lidar com a dor e suas limitações, mas com a consciência da demora e da dificuldade do processo de aceitação de uma nova condição de trabalho e de vida depois do adoecimento. Desse modo, utilizaram a

metáfora do guerreiro, para demonstrar estar em luta constante por esse equilíbrio: *“Eu sou uma guerreira. O guerreiro, se não matar ele, ele jamais será vencido”*; *“Yes! [fala de outra professora demonstrando que se identificou com a metáfora utilizada pela colega] Vai capengando, mancando, mas fica de pé”*; *“Se não matar, ele vai vir com mais força, com mais estratégias [...] e usa outras estratégias para poder vencer”*. Outra metáfora que representa essa luta constante surgiu: *“Eu já matava leões naquela época [antes do adoecimento] [...] antes eu matava um leão, hoje é mais de um”*.

Assim, mais conscientes da contradição entre o real do trabalho e as idealizações que estavam nutrindo, as professoras relataram algumas maneiras que estavam utilizando para tentarem sair da posição de vítima tais como: o envolvimento com o trabalho como forma de enfrentamento da dor; a assunção de um posicionamento firme na escola possibilitando maior liberdade para agir/trabalhar; a demonstração de uma postura firme na defesa do fim do estigma em relação aos readaptados e a vontade de voltar a estudar como forma de suprir a falta de aprender com os alunos.

Já na penúltima sessão, um relato que demonstrou como a onipotência foi quebrada pelo surgimento da doença psíquica: *“fui diagnosticada com síndrome do pânico, coisa que eu nunca imaginei que ia me acontecer [...] para uma pessoa que teoricamente se achava o máximo de saudável...”*. Mais conscientes de suas limitações, os relatos pareciam se deslocar para a saída da posição de vítima: *“eu sempre lutei para melhorar [...] sempre fui atrás para não me entregar; depressiva foi só nos primeiros momentos”*. Assim, uma professora trouxe, com satisfação, um feedback que ouviu de uma colega de trabalho recentemente, que dizia que ela havia voltado a ser o que era antes do adoecimento. Outra professora relatou como guardou por muito tempo o afeto associado a um evento traumático de violência na escola que vivenciou, tendo consciência dos impactos que isso lhe gerou. E assim, explicitou sua disponibilidade e coragem para enfrentar seus medos, ao invés de negá-los como já o fez: *“eu acho que eu cresci em termos de pessoa, assim, fiquei mais segura, mas o medo continua. Medo é medo, a gente não discute; você enfrenta, mas ele volta”*.

Nessa perspectiva de olhar e assumir os sentimentos, houve o relato sobre o alívio sentido, ao longo da clínica do trabalho, de tê-los acessado: *“foi um alívio e uma aceitação também das coisas, que eu era assim muito trancada, muito rígida [...] Foi uma permissão de ter o sentimento, que eu não me permitia antes”*. Além disso, foi mencionada a importância de ter podido ouvir as colegas no processo clínico para distinguir a realidade de alucinações. O grupo reconheceu a mudança dessa colega no sentido de ter se tornado mais afetiva com as pessoas do grupo, além de suas contribuições para o processo clínico grupal.

Uma professora, lembrando seu processo de adoecimento e sua busca pelo tratamento na clínica do trabalho, fez um balanço positivo do objetivo alcançado: *“eu adoeci, mas eu posso trabalhar, eu posso contribuir ainda um pouco, eu não posso parar, eu não quero [...] o meu objetivo, que era não pegar mais atestados por outros motivos, ele foi concretizado aqui”*. Para esse processo, foi ressaltada a importância da aceitação da inexistência de uma situação ideal de trabalho: *“essa aceitação da realidade, acho que adquirir muito aqui, com tranquilidade, sabe? É isso e é isso!”*. Ainda houve relatos de tentativas de se envolverem menos em algumas relações profissionais desgastantes e de terem atitudes mais ponderadas e menos reativas. Ou de adotarem uma nova postura frente à luta militante em que se tem tentado não tomar para si responsabilidades que são dos outros. O envolvimento com muitos projetos sociais e culturais na escola tem sido fonte de prazer para outra professora. Mas tudo isso, em uma perspectiva de aceitação e respeito em relação aos seus limites: *“tem dias que eu vou [trabalhar] sentindo dor, aí eu não fico falando para ninguém não, mas só faço o extremamente necessário, tenho o meu limite. Quando eu estou bem eu me envolvo, faço tudo, aí eu tenho meu limite”*. O que também pôde ser observado no relato de outra professora: *“hoje eu estou trabalhando, hoje eu já tenho um conhecimento mais profundo de mim, hoje eu já não tenho mais ressentimento e inutilidade, o pouco que eu estou fazendo, para mim, já é muito e já é gratificante, já é responsável e já é eficiente, mas eu não estava vendo isso”*. Diante da falta de reconhecimento no trabalho, a professora tentava se convencer da importância do trabalho que estava realizando como readaptada, ainda que permanecesse a vontade de ter uma atuação mais pedagógica.

Desse modo, fizeram questão de destacar a importância da aceitação: em relação à realidade do contexto de trabalho (em que ressaltaram a seriedade das patologias muito presentes na classe docente), em relação à sua nova condição depois do adoecimento e em relação aos seus limites e possibilidades. No entanto, quiseram deixar claro que aceitação seria diferente de acomodação, mostrando a disponibilidade de continuar na luta, na resistência. Parece terem saído da queixa e se mostravam mais fortes para enfrentarem as questões da readaptação: uma nova relação com o trabalho e com o corpo, ainda que o fim dessa clínica tenha suscitado sentimentos de perdas e insegurança.

5.2 Módulo Interpretativo da Clínica do Trabalho

Na primeira sessão, por parte da clínica-pesquisadora, predominou a expectativa de que essa clínica do trabalho acontecesse de modo exitoso, havia o medo de não dar certo. Outra questão bastante presente foi a percepção de que ainda não havia um clima propício para a

gravação do áudio da sessão, o que gerou preocupação em relação ao registro dos dados. Esta preocupação, em um primeiro momento, foi um aspecto dificultador do processo de escuta. A pesquisadora também demonstrou dificuldade para colocar limite no grupo no que se refere ao término da sessão e ainda foi invadida por um sentimento de culpa por não ter dado tempo de ouvir todas as professoras presentes no primeiro encontro. Essa atitude onipotente foi fisgada pela impressão sentida no grupo de uma grande necessidade das professoras serem escutadas em seus sofrimentos, o que gerou, na pesquisadora, grande entusiasmo em escutá-las para tentar ajudá-las e a sensação de que não poderia introduzir um corte nas falas.

Na segunda sessão, houve certo alívio neste sentimento de culpa pelas “faltas” do/no grupo. Isso levou a clínica-pesquisadora a confiar que o grupo pudesse ser ativo na resolução do conflito surgido quando se sentiu atacado por uma participante novata. Além disso, o descolamento da pesquisadora em relação à preocupação de gravar a sessão (questão trabalhada em supervisão) foi um aspecto positivo no sentido de facilitar sua escuta. Portanto, as transferências foram sendo trabalhadas em supervisão para que pudessem favorecer que o grupo fosse escutado em sua problemática.

Por parte das professoras participantes do grupo, houve disponibilidade e aceitação para que a clínica se constituísse em uma pesquisa, ao mesmo tempo em que se observou uma desconfiança em relação à gravação em áudio das sessões. Houve tentativas de negociação sobre como realizar a gravação, mas ficou claro que era preciso estabelecer um vínculo de confiança primeiro. Ainda sobre a construção de laços entre a pesquisadora e as professoras, na primeira sessão, foi explicitada a dificuldade do grupo de romper o vínculo com a psicóloga que realizava a escuta clínica deste coletivo. Ao ser falada, essa dificuldade já teve espaço para uma certa elaboração.

O laço entre a estagiária e a clínica-pesquisadora, que até então não se conheciam, foi trabalhado na supervisão e nos espaços de compartilhamento entre essas duas pessoas. Era preciso que fosse construído um coletivo de clínicos de modo que não houvesse uma separação “hierárquica” entre estagiária e pesquisadora, e, a partir desse apontamento nas primeiras supervisões e da afinidade das duas quanto ao trabalho a ser realizado, essa relação foi consolidada e a estagiária foi encontrando seu espaço de atuação na clínica.

Entre as professoras, houve pronta demonstração de interesse e sensibilidade em relação ao sofrimento das colegas do grupo. Foram percebidas manifestações de solidariedade com problemas vividos entre elas e instilação de esperança de professoras que já participavam da clínica do trabalho há mais tempo em relação às professoras que estavam entrando no grupo naquele momento. Na segunda sessão, diante da desqualificação do grupo por parte de uma

participante novata (que só participou desta sessão), houve um movimento integrador e de cooperação no grupo no sentido de se defender do que foi sentido como um ataque. Esse movimento foi seguido por uma tentativa espontânea por parte das professoras de estabelecerem regras mais claras que proporcionassem espaço de fala para todas. Desse modo, percebeu-se que as transferências no grupo estavam atuando no sentido de construir um espaço de discussão.

Ao mesmo tempo em que se pôde perceber indignação em relação a situações de trabalho consideradas injustas, também houve uma postura de imobilismo do grupo diante do pedido de uma colega: “*precisamos fazer alguma coisa*”; “*não vamos ficar só reclamando, vamos à luta*”; “*precisamos lutar para legalizar a questão da readaptação*”. Essas falas referiam-se ao incômodo diante da perpetuação da violência nas escolas, da estrutura piramidal da Secretaria de Educação e da falta de legislação em relação às atividades da readaptação. De qualquer forma, o movimento predominante do grupo foi de mobilização para falar do seu sofrimento e para construir laços de apoio entre si, ainda sem elaborações até este momento.

Considerando que a constituição de um espaço de escuta clínica do sofrimento passa pela elaboração de uma demanda, nas duas primeiras sessões houve uma tentativa inicial de compreender a demanda do grupo. Essa demanda precisava se diferenciar da demanda da clínica-pesquisadora (pesquisa/tese). Além disso, como o grupo já estava formado e participava do processo de escuta em clínica do trabalho com outra psicóloga antes da entrada da clínica-pesquisadora, a análise da demanda ficou comprometida. Era preciso que o grupo, com essa nova constituição – que incluía as professoras novatas e as duas novas clínicas-pesquisadoras – pudesse reformular sua demanda.

Em um momento inicial, houve manifestações individuais das professoras no sentido de demarcarem a importância do grupo na superação de suas dificuldades, no enfrentamento da doença e da readaptação e em seu processo de reocupação. Foram relatadas expectativas como: serem compreendidas, ouvirem-se nas falas das outras e fortalecerem-se pelo compartilhamento de problemas semelhantes e pelo apoio do sindicato e das colegas. Outra questão que permeou essa análise, foram as repetições que já estavam aparecendo no grupo: queixa, ressentimento, culpa – foram exatamente essas repetições que levaram a participante novata a desqualificar o grupo. Era necessária atenção para que essas repetições não tornassem confusa a análise da demanda, já que era preciso diferenciar demanda, queixa e sintoma, questões essas trabalhadas em supervisão.

A partir da terceira sessão, a clínica-pesquisadora começou a fazer algumas interpretações, principalmente no sentido de tentar clarear o que o grupo estava tentando trazer. No entanto, ainda predominavam no grupo falas queixosas sobre o sofrimento. Nesse momento,

também foi perceptível a tentativa do grupo de “digerir” o conflito da sessão anterior. Parecia que queriam pedir que houvesse aceitação entre elas, assim como deveriam ter aceitado a colega novata. Essa colocação foi para contrapor o julgamento que estava sendo feito em relação a essa colega no sentido de colocá-la como uma pessoa doente e que precisava de ajuda. Desse modo, estando focada na necessidade de serem aceitas, não conseguiram compreender o porquê de terem ficado tão sensibilizadas com as acusações da colega de que eram queixosas e ressentidas. As clínicas-pesquisadoras não confrontaram o grupo sobre isso.

Ainda sobre esse conflito, houve certo receio, por parte da clínica-pesquisadora, de que ele pudesse comprometer a continuidade do grupo, que parecia também ter esse sentimento. Isso foi demonstrado por uma professora que questionava a capacidade das clínicas-pesquisadoras de lidarem com situações de conflitos dentro do grupo, lido como um pedido de cuidado assistencialista do tipo: “gostaria que você tivesse cuidado de nós impedindo que qualquer ataque nos fosse feito”. Por outro lado, outras participantes tentavam demarcar a importância da nova constituição do coletivo de escuta, depositando confiança nas novas clínicas-pesquisadoras. Diante disso, esboçaram algumas expectativas que tinham sobre o grupo: possibilidade de mudança, apoio na superação da doença e autocuidado. De qualquer forma, a demanda do grupo ainda não tinha surgido, o que ficou claro para as clínicas-pesquisadoras apenas após a supervisão.

Ainda na perspectiva de construir um espaço público de discussão, antes do início da quarta sessão, as professoras se organizaram para realizar uma pequena confraternização para comemorar o dia do psicólogo. Essa homenagem foi recebida com gratidão por parte das clínicas-pesquisadoras, mas com reserva e cuidado. Posteriormente, foi entendida como uma tentativa de mostrar a característica integradora e de confraternização do grupo, logo depois do confronto envolvendo a colega novata. Tal evento também pôde ser compreendido como uma tentativa de consolidar o vínculo com as novas clínicas-pesquisadoras, demarcando a configuração do grupo de suporte e solidariedade e solicitando das clínicas, uma postura de acolhimento e não de confronto.

Para a confraternização, a psicóloga que fazia a escuta desse grupo anteriormente, foi convidada, talvez como uma forma de o grupo mostrar reconhecimento pelo seu trabalho, reconhecimento esse tão escasso no trabalho das professoras readaptadas. E a partir dessa sessão, as duas novas clínicas-pesquisadoras sentiram que o grupo se vinculou mais a elas. Portanto, pode ter sido um momento de reconhecimento, mas também de despedida da antiga psicóloga e uma abertura para construir novos laços.

Como parte desse processo de construção inicial da clínica, a clínica-pesquisadora esforçou-se por compreender a demanda do grupo que, inicialmente, foi colocada em falas isoladas, que podem ser assim resumidas: sair da queixa; obter uma ajuda profissional; melhoria na qualidade de vida e de trabalho; cura pela fala; possibilidade de falar da sua dor; respeito; convivência com pessoas batalhadoras; resgate de quem eram antes do adoecimento; espaço de acolhida, de troca e de aprendizado por meio da experiência dos outros. Nesse ínterim, e a partir de um pedido da clínica-pesquisadora, houve uma tentativa do grupo de elaborar uma demanda coletiva, que foi lida como criação de um espaço para falar da dor, para se sentirem fortalecidas para mudarem alguma coisa e chegarem à superação a ponto de se tornarem independentes deste grupo.

Entre elas, já era possível perceber uma identificação pela semelhança dos problemas que enfrentavam, sendo essa identificação sentida como um alívio, como se dissessem: “que bom que não sou só eu que passo por isso!” Havia demonstração de apoio (através de conselhos) e o coletivo mostrou, objetivamente, respeito às normas que criaram sobre uma questão fundamental para o grupo: possibilitar que todas pudessem falar. Assim, por parte do coletivo de professoras, percebeu-se o esforço para criar laços sociais de confiança e de apoio no grupo.

Nesse momento da clínica, certa de que os laços de confiança já estavam estabelecidos, a clínica-pesquisadora iria retomar a questão sobre a autorização da gravação, mas antes mesmo que a quinta sessão se iniciasse, uma questão se interpôs. Uma participante tomou a palavra e disse que havia trazido um texto e que gostaria que fosse lido no grupo (cada uma lendo um trecho). O grupo prontamente se disponibilizou a atender ao pedido da colega. Sem saber do teor do texto, a clínica-pesquisadora não interferiu nesse movimento do grupo. Ao final da leitura, o grupo se ateve a um dos temas tratados no texto - a morte -, apesar desse não ser seu teor principal. A partir daí, morte e luto foram sendo trazidos pelas professoras espontaneamente e foi uma sessão em que as diferentes formas de sofrimento foram acessadas.

A questão da onipotência começava a aparecer no contexto clínico. Do lado da clínica-pesquisadora, o inesperado do real do trabalho clínico acessou sua impotência; mais consciente dessa questão, ela se entregou mais à clínica e procurou confrontar as defesas do grupo para que fosse acessada sua problemática relativa às perdas e ao luto, ainda de forma muito sutil. Assim, mesmo a tentativa das professoras de tomar o controle do grupo não lhe gerou grande irritação ou tensão. No momento considerado oportuno, a clínica-pesquisadora retomou a condução da clínica com o objetivo de desmontar as defesas por meio da interpretação e da leitura do memorial, o que possibilitou trazer à tona a problemática do grupo referente às perdas e lutos do processo de adoecimento e de readaptação. Ao que parece, isso fortaleceu o espaço

de discussão como um espaço para falar da dor (confrontando as defesas), apesar da sensação, por parte da clínica-pesquisadora, de que ainda era necessário mais intervenções e uma postura mais incisiva no confronto com as defesas do grupo. Nessa sessão, a clínica-estagiária teve uma atuação mais ativa, o que parece ter sido bem recebido pelo coletivo.

Pôde-se perceber que as transferências presentes no grupo estavam sendo fortalecedoras dos laços e trocas afetivas. A partir do momento em que as professoras sentiram-se mais escutadas, houve maior entrega e assim, trouxeram temas mais difíceis de serem tratados, como mortes e lutos. Foi uma sessão bastante intensa, com discussões efervescentes e até uma certa disputa pelo espaço da fala, o que chegou até a dificultar que algumas intervenções, por parte da clínica-pesquisadora, pudessem ser feitas. Ainda que tenham estado presentes defesas e tentativas de determinar alguns papéis para a clínica-pesquisadora durante a sessão (hora de coadjuvante do processo de condução da sessão, ora de “professora” que passa “tarefas de casa” para o grupo), houve mobilização para falarem de suas dores e sofrimentos.

A construção de um vínculo de confiança entre o coletivo de trabalhadoras e a clínica-pesquisadora, demonstrado nas últimas sessões, permitiu que a gravação em áudio fosse realizada com tranquilidade a partir da sexta sessão. A partir desse momento, o dispositivo da interpretação foi mais utilizado pela clínica-pesquisadora, no sentido de tentar clarear as vivências que as professoras estavam trazendo, que variavam entre situações de perdas e desilusões relativas ao processo de adoecimento-readaptação e situações de tentativas de se reinventarem nessa nova condição de trabalho. A partir do tema “*do luto à luta*”, trazido no memorial e retomado pela clínica-pesquisadora ao longo da sessão, as professoras enfocaram vivências em que pareciam fazer uso de alguma inteligência prática em seu trabalho e como obtiveram reconhecimento nessas circunstâncias, ainda que fossem referentes a fatos isolados. Ou seja, o movimento “do luto à luta” como um processo não apareceu. Foi predominante a necessidade das professoras de ressaltarem sua relação de entrega, dedicação e comprometimento com o trabalho, mostrando estarem ainda capturadas pela questão missionária da função de educador.

No movimento de avanços e retrocessos do processo clínico, na sétima sessão, mais uma vez, houve tentativa de uma professora tomar as rédeas da condução do grupo: como forma dela fugir do tema do memorial, ela propôs que as professoras que não estavam presentes na sessão anterior (o que a excluía, pois ela esteve presente) tivessem prioridade na fala. O memorial trazia uma nova perspectiva: agora mais curto e utilizando frases literais das professoras, tinha um tom mais impactante. As narrativas começaram em torno dos temas trazidos pelo memorial (necessidade de lutas constantes para sobreviverem num contexto de

trabalho competitivo, violento e cruel), acessando vivências como: desânimo, desilusão, desistência, inutilidade e o início de uma clareza sobre o que de fato as adoeceu: o excesso de comprometimento que está ligado à questão missionária da profissão, ou seja, à onipotência. Mas a partir daí, o grupo começou a se defender oferecendo conselhos umas às outras e quiseram ler a “Cartilha sobre readaptação” da Secretaria de Educação.

A clínica-pesquisadora, ao querer atender ao desejo das professoras de serem tiradas do vazio e da dor, foi capturada pelo movimento do grupo de fazer dessa sessão um espaço de autoajuda. Sua onipotência foi acessada pela vontade de querer fazer alguma coisa por aquele grupo de professoras adoecidas. A transferência ficou comprometida pelo processo de identificação (entre a professora-pesquisadora e as professoras readaptadas): “*tão perto e tão distantes*”. Dessa forma, a sessão ficou um tempo paralisada pela leitura da cartilha e pela “falação” do grupo sobre medicações e sobre questões burocráticas da readaptação. Sendo assim, não houve confronto com as defesas que estavam sendo utilizadas pelo grupo, mesmo diante das tentativas de interpretação e de intervenção no sentido de procurar trazer a “falação” para discussões em que elas pudessem entrar em contato com o que estavam tendo dificuldade.

Tudo isso trouxe questionamentos sobre a análise da demanda. Parecia que o coletivo de professoras queria sair da dor. Falas como: “*ver outras possibilidades para além do que foi perdido*” e “*possibilidade de cuidar de mim*” apareceram na sessão. Todavia, as professoras necessitavam de autoajuda em alguns momentos para conseguirem avançar ao encontro com a dor. Assim, na sessão seguinte, decidiu-se por fazer um confronto mais direto das defesas, começando pelo formato do memorial, mais curto, com falas do grupo e com interpretação sobre a dificuldade do grupo de falar sobre o que está difícil de ser olhado:

“Cansei de lutar não foi para isso que eu ralei tanto, que eu lutei. Tudo isso, todas essas lutas... para quê? Eu tenho consciência que não dou conta mais, me entristece, não é o fim que eu queria para mim”. O grande comprometimento e envolvimento com o trabalho provocou adoecimento que parece ter deixado cicatrizes e ressentimentos sobre os quais muitas vezes não se quer falar. Estar na batalha para se reinventar envolve lidar com o escuro, o vazio e as perdas no percurso. É muito difícil olhar para as cicatrizes da readaptação que insistem em incomodar? (Memorial lido na 8ª sessão).

A leitura do memorial foi seguida por alguns instantes de silêncio e, em seguida, pela fuga do tema, por meio da pergunta: “*Vocês estão sabendo sobre a nova modulação para os readaptados?*”. A clínica-pesquisadora tentou sutilmente trazer o grupo de volta para a discussão, mas foi em vão. Porém, aos poucos, as próprias professoras começaram a entrar em contato com o tema do grupo.

E assim, algumas metáforas começaram a ser trazidas pelo grupo, o que demonstrava algum processo de elaboração. A partir da interpretação da clínica-pesquisadora sobre o ressentimento presente nas falas das professoras sobre as decepções, as frustrações e a desconfiança que vivenciavam nas relações de trabalho, trouxeram a metáfora do movimento de *“cair, se recuperar e levantar, cair novamente”*. Nessa mesma direção, utilizaram posteriormente outra metáfora: a da *“ferida que reabre”*: *“parece que quando você está sarando da ferida, vem uma bomba e ‘bum!’, que aí reabre”*. Essas metáforas nos remeteram à vivência das professoras no processo de adoecimento e de readaptação em que as constantes recuperações costumavam ser seguidas de novas frustrações e decepções que, de alguma forma, as derrubavam novamente.

Como o coletivo parecia dividido entre as que já estavam entrando em contato com essas questões e aquelas que ainda precisavam utilizar as defesas, a clínica-pesquisadora teve uma abordagem mais incisiva sobre o sistema defensivo que insistia em imperar. Para isso, a metáfora da “ferida” foi utilizada pela clínica-pesquisadora: *“essa ferida que insiste em reabrir precisa ser tocada para ser cuidada e isso dói”*. Nesse momento, a clínica-pesquisadora ainda confrontou o grupo no sentido de questioná-lo sobre o que queria fazer com isso e levantou-lhes algumas questões: *“já que nos trouxeram como demanda a vontade de se fortalecerem, como fazê-lo sem tocar na ferida? Como ficar falando de coisas amenas e tranquilas se o que as trouxe ao grupo foi exatamente o contexto de trabalho violento e adoecedor que lhes trazia sofrimento?”*. E ainda: *“qual o ponto nevrálgico do grupo?”* Diante dessa abordagem, o coletivo de professoras entrou em contato com a dor: *“Ai! Dói ainda!”* – disse uma professora que, em seguida, trouxe mais uma metáfora, a do “mergulho”, contrastando o mergulho raso (feito de um trampolim baixo) com o mergulho profundo (feito de um trampolim mais alto): *“Às vezes é pra gente mergulhar lá no trampolim de dez [metros], é pra mergulhar fundo, e a gente fica no pequenininho e aquilo vai estar sempre ali, você vai viver uma mentira”*.

Foi possível observar nitidamente a desmobilização das defesas: *“eu estava aqui meio anestesiada, achei que estava curadinha”*. O choro e a emoção vieram à tona. E nem todas as pessoas do grupo deram conta desse momento. Duas professoras saíram da sala; uma, precisou só tomar um copo d’água, a outra não conseguiu mais voltar e ficou chorando do lado de fora. Essa situação foi acompanhada de demonstração de cuidados por parte do grupo por meio da solicitação para que a estagiária fosse dar um suporte a essa colega e também da preocupação de todos da sala, inclusive da clínica-pesquisadora, sobre como ela estava.

A partir dessa situação, a clínica-pesquisadora ressaltou no grupo que sabia o quanto era difícil acessar essas experiências dolorosas, mas que havia convidado o grupo a fazer isso a

partir dos recursos que as professoras tinham demonstrado possuir. Foi possível perceber confiança do coletivo de professoras para com o coletivo de clínicas-pesquisadoras ao terem se conectado com seus sentimentos e compartilhado seu sofrimento de modo menos defensivo. Além disso, ainda foi possível sentir que o grupo gostou de ter suas defesas confrontadas, parecia querer trazer à tona as questões que precisavam ser elaboradas.

Mas ainda preocupada com a professora que havia deixado o grupo naquele dia, a clínica-pesquisadora, ao final da sessão, entrou em contato com ela oferecendo uma escuta naquele dia, caso ela precisasse. A professora se sentiu agradecida, mas disse que já estava melhor. Aos poucos, foi ficando clara a insistência da onipotência da clínica-pesquisadora: durante a sessão, houve a nítida preocupação com essa professora que estava do lado de fora da sala e com as professoras que estavam dentro da sala, como se pudesse estar em dois lugares ao mesmo tempo. Esse estilo centralizador também estava atrapalhando sua relação com a estagiária-pesquisadora, pois impedia que fosse demonstrado o quanto ela era importante para o coletivo de professoras e para o próprio coletivo de clínicas. Ao redigir o diário de campo, tomar consciência dessa situação foi importante para o amadurecimento do coletivo de clínicas-pesquisadoras.

O movimento grevista da categoria docente coincidiu com esse momento da clínica. Atravessada pelas questões e por outras que diziam respeito à própria clínica do trabalho, esse processo clínico começou a tomar uma nova direção: houve o esvaziamento do grupo, que voltou a utilizar fortemente estratégias defensivas ao longo do processo clínico. Na primeira sessão esvaziada, em que compareceram somente duas professoras, uma das participantes demonstrou ter ficado impactada com o conteúdo do memorial “*esse resumo é pesado*”. A partir daí, ela começou a trazer falas que remetiam às perdas advindas da readaptação. A outra professora pediu para abrir um parêntese e para desligar o gravador, pois precisava contar sobre uma questão que envolvia uma professora que havia estado presente algumas sessões anteriores: contou, então, que essa professora havia tido um surto psicótico e encontrava-se internada.

Sem entender o que significava esse “parêntese”, a sessão seguiu adiante e, ao final, vimos que ele, na verdade, era um ponto final. O que aconteceu foi, novamente, uma tentativa de desconfigurar o objetivo da clínica do trabalho com falas sobre modulação (questão burocráticas da readaptação) e depois com casos da vida pessoal, sem nenhum acesso ao que de fato estavam querendo trazer, mesmo diante das intervenções da clínica-pesquisadora. Mais uma vez, foi possível perceber uma nova tentativa de tomar o controle da clínica: em um primeiro momento, com o pedido de uma professora para que o gravador fosse desligado. Ao final da sessão, essa mesma professora olhou no relógio, pegou a bolsa, levantou-se, ofereceu

carona para a outra professora e encerrou a sessão. Ainda houve o pedido de uma escuta individual por parte da outra professora. Nesse último caso, sem intervenções por parte da clínica-pesquisadora e com suas pontuações sobre o objetivo da clínica do trabalho, o limite dessa clínica parece ter ficado claro para ela.

Em função das intercorrências que deixaram o grupo sem encontro por três semanas seguidas e das particularidades da última sessão, a décima sessão iniciou-se sem memorial, gerando um estranhamento inicial do grupo, acompanhado de uma preocupação com os impactos da greve para a continuidade dessa clínica. Ao que parece, o grupo queria uma resposta sobre o futuro dessa clínica, o que a clínica-pesquisadora não tinha.

Foi nítida uma divisão entre as duas professoras do grupo. De um lado, uma delas tentava elaborar sobre seu incômodo com o sentimento de inutilidade e sobre sua esperança de voltar a lecionar. Já a outra tentava não entrar em contato com afetos significativos e ficou grande parte da sessão dando voltas em casos e questões burocráticas sobre questões do direito do “benefício da regência de classe” por parte dos readaptados. A maior parte do tempo, observou-se a utilização de uma defesa que remetia a um discurso totalmente desconectado de sentimento por parte de uma das professoras. Ao que parece, a professora mais resistente teve dificuldade de escutar e compreender a colega, pois o foco estava em seu processo pessoal de adoecimento e de readaptação. Isso causou nítido incômodo por parte da outra professora, que começou a lixar as unhas durante a fala da colega.

Por parte da clínica-pesquisadora o incômodo com esse discurso desconectado também foi sentido. Em alguns momentos, a clínica-pesquisadora teve dificuldade de cortar sua “falação”, mas predominaram as suas tentativas de convidar o grupo a se conectar com seus sentimentos e suas vivências relacionados ao que estavam trazendo, o que, de certa forma, acessou algumas questões relativas ao seu sofrimento. Por outro lado, a tentativa de aprofundar sobre um tema novo que surgiu, qual seja, a esperança de melhoria e de retorno à sala de aula, não teve ressonância no grupo, que preferiu dar ênfase às questões legais do processo de readaptação. Também houve a tentativa de relacionar as questões burocráticas sobre o medo da perda de direitos com o medo delas perderem mais do que já havia sido perdido. Não parece ter havido elaborações por parte do grupo. A necessidade de falar predominou.

Com o grupo ainda esvaziado, uma questão transferencial importante foi trabalhada na décima primeira sessão, a partir da exposição de uma professora sobre seu incômodo e sua raiva em relação à clínica-pesquisadora (mais nitidamente) e ao grupo, em função de falhas de comunicação ocorridas. Por ela não ter whatsapp, não foi avisada das mudanças de data dos encontros da clínica do trabalho que ocorreram nas últimas semanas. Ao poder explicitar sua

raiva e ver a assunção da responsabilidade por parte da clínica-pesquisadora, a professora parece ter sentido confiança novamente no grupo e foi bastante participativa. Além disso, esse episódio trouxe a oportunidade de trabalharmos as limitações pessoais.

A clínica-pesquisadora lidou com isso com tranquilidade e abertura para compreender o que isso significou para a professora. Para que isso acontecesse, ressalta-se a potência da supervisão clínica, sentida como um dispositivo que a havia instrumentalizada a lidar com esse tipo de transferência. Com isso, pôde-se legitimar o sentimento de raiva trazido e o espaço da clínica como um espaço público de discussão genuíno de manifestação de afetos, questão fundamental para que se pudesse entrar em contato com os sentimentos e dar novos destinos ao sofrimento.

Outra questão que envolveu a clínica-pesquisadora foi a dificuldade de lidar com os delírios dessa professora que tinha diagnóstico de psicose, muitas vezes, explicitado por meio de um discurso prolixo e desconectado. Chegaram a se fazer presentes falas que retratavam seus delírios psicóticos, que foram compreendidos, pela clínica-pesquisadora, como uma manifestação do medo de ter seus valores confrontados e assim desestruturar-se. Mas ao mesmo tempo, com a oportunidade de trabalhar as dificuldades nessa relação, professora e clínica-pesquisadora tornaram-se mais próximas. Entre as outras pessoas do grupo, a manifestação da raiva da colega não teve ressonância, pois pareciam esperar uma resolução por parte da clínica-pesquisadora.

Houve a utilização de defesas pelo grupo, com momentos de falação desconectada de envolvimento emocional sobre questões políticas ou sobre assuntos aleatórios. Para tentar sintonizá-las ao que estavam trazendo, a clínica-pesquisadora tentou conectar os assuntos generalistas de suas falas às questões que talvez tivessem a ver com o grupo, por meio basicamente da interpretação, porém, parece não ter havido ressonância no grupo. Parecia que o grupo não estava disposto a fazer qualquer tipo de elaboração. De qualquer forma, as professoras tentavam compreender e lidar com desilusões e frustrações sentidas em relação à educação e ao adoecimento, buscando explicações ou soluções a partir de valores tradicionais. Pareciam querer achar um “culpado”.

A desilusão com a educação e o desânimo com o trabalho foram temas recorrentes nessa sessão e nas seguintes. Por parte da clínica-pesquisadora, o sentimento de realização pessoal e profissional com essa clínica convivia com alguma frustração em função das altas expectativas iniciais depositadas nesse trabalho. De qualquer forma, já havia maior tranquilidade quanto às incertezas do grupo.

Com o grupo esvaziado, uma professora parece ter se sentido à vontade para trazer um problema de sua vida pessoal, pois ela estava muito sensibilizada pelo problema de drogadição da filha, sentindo-se impotente como mãe e como professora. A clínica-pesquisadora se mobilizou pelo sentimento da professora e compartilhou com ela o sentimento de impotência que também sentia pela vontade de poder lhe dar uma solução que aplacasse seu sofrimento. A professora se sentiu acolhida nesse momento, tendo se emocionado ao receber o suporte que era possível ser oferecido naquele momento.

Ao longo da sessão, foi nítida a divisão do grupo mais uma vez. Uma professora estava muito focada nos sentimentos de desilusão e de desânimo com a educação (até em função do problema de drogadição da filha) e outra professora se mostrava menos mobilizada, presa em falas burocráticas sem conexão com sentimentos. Esse movimento discrepante no grupo foi trabalhado pela clínica-pesquisadora por meio de interpretações utilizadas em momentos em que o uso das defesas se fazia marcante. Houve várias tentativas de trazer para perto delas o que estava sendo trazido de forma distante (desconectada), o que foi acompanhado com certa mobilização por parte de uma das professoras, enquanto a outra permanecia resistente. Ou seja, enquanto grupo, parece não ter havido avanços.

Essa situação repetiu-se na sessão seguinte, que iniciou com o relato sobre o suicídio de uma colega de trabalho de uma professora. Foi nítida a dificuldade do grupo de entrar em contato com algo que dizia respeito ao trabalho docente: o suicídio de uma professora desencadeado por questões relativas ao trabalho. A resistência foi demonstrada, por exemplo, pelo fato das professoras se recusarem a falar sobre como se sentiram com o relato do caso, tendo preferido ficar especulando sobre os motivos que levaram a professora ao suicídio. Diante do relato desse fato, mais uma vez, a metáfora “cair e levantar” foi utilizada: “*quando eu estou pensando assim: agora eu vou criar gás para continuar nisso, aí vem uma pancada e me arrebenta, me derruba assim*”. O restante do grupo se mobilizou no sentido de buscar explicações para o episódio do suicídio, mas de forma bastante racional. Ademais, chegou-se a uma tentativa de culpar a vítima por sua imaturidade para lidar com as dificuldades da profissão docente.

A partir da percepção de que esse assunto tinha acessado algo difícil para elas lidarem, a clínica-pesquisadora tentou confrontar as defesas, tentando conectar as falas soltas ao que elas demonstravam querer dizer, como por exemplo: as contradições entre sonhos e frustrações vivenciadas na profissão ou as diferentes formas de luta incluindo a luta de entrar em contato com a dor. Na maioria das vezes, o grupo permaneceu na resistência, trazendo assuntos aleatórios. Apenas uma professora, que estava mais mobilizada para trazer seu sofrimento,

parece ter conseguido sair da repetição da lamentação para o entusiasmo a partir do vislumbre de novas perspectivas com as atividades que está realizando no conselho escolar. O fato de a clínica-pesquisadora ter tratado dessa perspectiva como uma forma de luta/resistência, em relação às dificuldades crescentes da educação, parece ter gerado entusiasmo para essa professora.

Em relação a outra professora, suas narrativas longas, com falas confusas, prolixas e desconectadas das que o grupo estava trazendo, geraram incômodo. Surgiram no discurso, menções sobre medo, desarmonia, desequilíbrio, dificuldade de lidar com mudanças e dificuldade de lidar com valores diferentes dos tradicionais. Mas todas essas questões foram mencionadas de forma descontextualizada, não só da narrativa das outras professoras, mas no próprio discurso. A clínica-pesquisadora também sentiu incômodo como as discordâncias dessa professora dirigidas a ela, não pelas discordâncias em si, mas porque pareciam sem sentido, pois ela dizia discordar, mas o seu discurso ia na mesma direção ao que ela dizia estar discordando. Essa professora foi a mesma que relatou a raiva em relação à clínica-pesquisadora e ao grupo na penúltima sessão e, em seu retorno na sessão de hoje, parecia querer testá-la.

A partir da décima quarta sessão, que coincidiu com o fim do movimento grevista da categoria, a clínica do trabalho passou a contar com um número mais razoável de participantes. O ânimo da clínica-pesquisadora com o retorno do grupo possibilitou que ela buscasse compreender, com as próprias professoras, os motivos de o grupo ter ficado esvaziado. Ainda que, em um primeiro momento, tenham surgido explicações racionais e superficiais (“*estresse de fim de ano*”), o grupo parece ter se conscientizado do movimento de resistência surgido quando estavam sendo trabalhadas questões dolorosas na clínica, o que pode ter gerado o esvaziamento das últimas sessões. Dessa forma, parece que o grupo estava começando a se avaliar, não estando somente em uma posição passiva e de lamentação.

Foi uma sessão muito intensa em termos dos temas trazidos. O sofrimento e seus consequentes questionamentos sobre a própria identidade (profissional e até pessoal) estiveram muito presentes nas narrativas. Em muitos momentos, houve emoção e choro. O grupo esteve mais envolvido nessa sessão, exigindo menos intervenções das clínicas-pesquisadoras. Houve pouca utilização de estratégias defensivas ao longo da sessão. Foi possível observar a onipotência como defesa, mas nesse caso específico, tem-se a hipótese de tratar de um delírio psicótico. Como na sessão anterior, as questões da psicose de uma professora também estiveram presentes em forma de discursos confusos e prolixos, que, em um determinado momento, precisaram de uma intervenção no sentido de fazer um corte. Nesse momento, a professora se desculpou por ter falado muito e se despediu, dizendo que precisava sair porque tinha um

compromisso. Outra forma de defesa que apareceu ao longo da sessão foi o uso de brincadeiras em momentos em que as narrativas traziam temas difíceis.

Entre as professoras, houve manifestações de apoio por meio de conselhos, do compartilhamento de experiências semelhantes e do reconhecimento de virtudes das colegas que relatavam seu sofrimento. Algumas interpretações foram utilizadas no sentido de ressaltar a relação entre as necessidades de adaptações que precisaram fazer depois do adoecimento e o sofrimento advindo das mudanças ocorridas nesse processo. Outro ponto que mereceu destaque foram os altos níveis de exigências e de cobranças pessoais, que estariam ligados às grandes idealizações nas quais se apegaram (iriam “salvar a humanidade” por meio da profissão docente), fazendo com que a quebra dessa ilusão trazida pelo adoecimento fosse bastante dolorosa. Nesse momento, surgiu a metáfora “*a gente caiu do cavalo*”, mostrando um nível de elaboração que já estava começando a ocorrer no grupo, no sentido de estar abrindo mão das idealizações que sustentava tão fortemente. Dessa forma, a partir das narrativas, ainda foi possível perceber perspectivas de mudanças na forma de lidar com a dor, mesmo que fosse difícil aceitar que era preciso mudar e que, muitas vezes, essas mudanças geravam estranhamento sobre a própria identidade. Nessa sessão, as interpretações ajudaram a aprofundar a discussão e a trazer à tona os afetos relacionados ao sofrimento que precisavam ser trabalhados.

O grupo continuou avançando e, diante do relato de uma professora sobre reaparecimento dos sintomas e a conseqüente vontade de se aposentar, outra professora passou a questionar o porquê da necessidade delas sentirem-se produtivas e eficientes como eram antes do adoecimento. Também passaram a questionar sobre a relação com o trabalho, sobre o que as havia levado ao adoecimento e sobre a dificuldade de se aceitarem na condição de readaptadas, como novos limites e outras possibilidades.

A dificuldade de romper com a idealização no exercício da profissão foi justificada por um padrão de onipotência que parece inerente ao ofício docente: “*a gente é, assim, detentor do conhecimento e é assim, transformadores, nós detemos o poder, entre aspas, de liderar, de mudar mentes, não mudar, mas suscitar mudanças...*”. Ao mesmo tempo, o grupo iniciou um processo de elaboração por meio do uso de uma metáfora que sinalizava a falha dessa defesa da onipotência: “*a gente trabalha como se estivéssemos namorando, aquele namorinho que a gente se apaixona e a gente pensa 24 horas por dia, e a gente suspira... é o combustível. A paixão é o combustível, mas infelizmente, nós levamos uma flechada*”. Assim, apareceram falas que demonstravam tentativas das professoras de compreender o que gerou o processo de adoecimento como forma de evitar que novas doenças aparecessem. Demonstraram, dessa

forma, que começavam a sair da queixa e a deixar a posição de vítima: “*Chega, não vou chorar mais, acabou [...] Senão a gente se vitimiza o tempo todo e é cômodo a gente se vitimizar*”.

Nessa perspectiva, também começaram a mencionar novas formas de engajamento no trabalho e as tentativas de não envolvimento com provocações advindas dos relacionamentos interpessoais hostis no contexto de trabalho. Além de terem compartilhado alguns questionamentos que pareciam romper com a onipotência (“*sou forte ou sou fraca?*”) e formas de lidar com as limitações impostas pela(s) doença(s).

O grupo estava menos resistente, não utilizava tanto as estratégias de defesa como feito nas sessões anteriores e continuou lançando mão do uso de metáforas. Inclusive para demonstrar uma vivência muito presente entre as professoras do grupo, o levantar e cair novamente: “*num determinado momento eu estou lá com todo pique, de repente acontece uma coisa que me desmorona, me deixa com adoecimento mesmo*”. Essa imagem sobre os altos e baixos da doença foi relacionada pela clínica-pesquisadora com o movimento do próprio grupo, que oscilava entre aprofundar e resistir.

Nesse momento, a análise da demanda precisava ser retomada para que fosse decidido sobre a continuidade (ou não) dessa clínica do trabalho no ano seguinte (após o período de férias). Nesse sentido, foram explicitados pedidos como: “*fica com a gente*”; “*eu sinto a necessidade de continuar*”; “*eu sinto que não terminou ainda com vocês*”; “*parece que tem algo mais*”. E mais uma metáfora foi utilizada para demonstrar o movimento do grupo: “*No início foi difícil também [sobre o movimento do grupo], depois pegou, parece carro velho, funde o motor, depois pega de novo aí volta a andar, eu não sei, eu sinto que tem mais algo assim, para trabalhar no grupo*”. Ao mesmo tempo em que pediam pela continuidade do grupo, uma professora relatou o medo de se tornar dependente dessa clínica, explicando desse modo, sua estratégia de comparecer a uma ou duas sessões e faltar a outra. Ao que parece, a dependência do grupo poderia lhes gerar mais uma perda quando do momento do encerramento da clínica, castração essa ainda difícil de ser enfrentada, tanto por parte das professoras, quanto por parte da clínica-pesquisadora.

Em busca de um delineamento mais claro sobre uma possível demanda do grupo para a continuidade dessa clínica do trabalho, a clínica-pesquisadora esclareceu o descolamento da demanda do grupo e a demanda da pesquisa (para a tese). Ou seja, a pesquisa já poderia ter se encerrado, então, o que precisávamos esclarecer era a demanda das professoras, que falavam da necessidade de um tempo maior para o amadurecimento emocional e para romperem resistências. As professoras ressaltaram, ainda, o fato de que os vínculos transferenciais naquele grupo serem recentes (tendo havido, inclusive, desconfiança inicial em relação às duas

clínicas-pesquisadoras “novatas”), sendo necessário, portanto, mais tempo para que avançassem nessa clínica. O grupo também demonstrou já estar conseguindo perceber-se, explicitando o fato de saberem que utilizam defesas para esconderem algumas dores, ou seja, as professoras começaram a reconhecer suas defesas descolando o motivo de sua resistência da desconfiança em relação às clínicas-pesquisadoras.

Nos relatos, foi frisada a importância do grupo para que se sentissem fortalecidas em suas fraquezas, para a construção de mecanismos de defesa mais saudáveis, para buscarem maior equilíbrio entre trabalho e as outras esferas da vida e para poderem compartilhar experiências dolorosas num espaço em que se sentiam escutadas e aprendiam a ouvir. Uma das participantes demonstrou sua dúvida quanto à continuidade de sua participação na clínica, tendo sido percebido em seu relato, um tom de despedida e agradecimento. As outras professoras demonstraram desejo de permanecer na clínica no ano seguinte.

Foi mencionada a metáfora da “*musculação*” para retratar o processo da clínica do trabalho pois, assim como o exercício físico gera memória nos músculos - que continuam trabalhando um tempo após o fim do exercício -, o trabalho psíquico continua para além do espaço da clínica. Com isso, quiseram explicitar a importância das intervenções feitas na clínica e o desejo de continuidade. Diante de alguma incerteza que ainda permanecia para a clínica-pesquisadora (pelas diferentes posições demonstradas no grupo), foi feito um convite para que as professoras pudessem pensar em sua demanda durante o intervalo das férias. Caso a demanda fosse pela continuidade da clínica, retomariamos os encontros no novo dia e horário acordado com o grupo. Foi possível perceber uma dificuldade de romper os vínculos construídos no grupo, o que nos levava a pensar que isso se dava pelo fato de que o único laço social que elas tinham eram os laços desse grupo, já que, na escola, houve o rompimento das relações profissionais, tanto com seus pares quanto com os alunos.

Após o intervalo de três meses sem as sessões clínicas, o retorno aconteceu com a presença de quatro professoras. Devido à mudança do dia da semana em que ocorreriam as sessões, houve também a necessidade da presença de uma nova estagiária-pesquisadora. O diário de campo redigido pela clínica-pesquisadora logo após o reinício da clínica, traduz com clareza como foi o retorno:

Depois de 3 meses de intervalo, eu estava entusiasmada com o reinício da clínica com as professoras. Ao mesmo tempo, estava consciente e atenta ao fato de que meu entusiasmo não poderia interferir na possibilidade do fim iminente desta clínica. Aberta para a finitude, pude perceber o desejo das pessoas do grupo de se tornarem independentes dele e que, assim, em breve, a clínica se encerrará. Foram tratadas questões como forças e fraquezas, possibilidades e mudanças, o que me deixou

tranquila para que pudéssemos caminhar rumo ao término (sempre provisório) da clínica. (Diário de Campo da clínica-pesquisadora, referente à 17ª sessão).

Permeando todas as narrativas de desânimo, desilusão e busca de sentido e de saídas alternativas ao sofrimento, esteve presente a dúvida de uma professora que queria deixar de participar dessa clínica por achar que já estava preparada para “*ter alta*”. Por sugestão da clínica-pesquisadora, essa professora resolveu tratar no grupo a sua dúvida sobre essa questão – até mesmo como uma oportunidade para uma possível despedida. O grupo se sentiu envolvido com a questão da colega e respeitou a possibilidade de sua saída, apesar da vontade de que ela ficasse. Diante desse fato, outras sinalizaram a vontade de “*se testarem*”, ou seja, queriam saber se conseguiriam seguir sozinhas, sem o suporte da escuta clínica. Ao mesmo tempo, referiam-se à clínica como um “*oásis*” onde se sentiam compreendidas e ainda sinalizavam a necessidade de sentir que poderiam contar com o sindicato ou com as clínicas-pesquisadoras.

Outra perda, com a qual o grupo estava se deparando, era a saída da estagiária-pesquisadora. Lamentaram esse fato (“*a gente se apega às pessoas*”), e ao longo da sessão, uma professora tentou testar a nova estagiária-pesquisadora, referindo-se diretamente a ela para perguntar: “*Qual o nome daquele livro?*”. Ainda assim, parece que essa troca não gerou grandes transtornos, ao contrário, foi mais um fator de limitação com a qual tiveram que se deparar.

Ao longo da sessão, houve momentos em que o grupo esteve resistente, utilizando da racionalização para explicar e aplacar o sofrimento, ou entrando em momentos de falação sobre diversos assuntos. Uma defesa marcante foi a fala desqualificadora e acusatória de uma professora em relação aos professores readaptados; parecia falar como se não fosse professora readaptada, apropriando-se do discurso opressor de que readaptado é preguiçoso, em uma narrativa desconectada de si e de seus sentimentos. Outra professora do grupo foi firme ao combater esse tipo de discurso e acabou ajudando a clínica-pesquisadora a levar o grupo a se reconectar aos sentimentos presentes.

Ao tratar sobre a finitude da clínica, a clínica-pesquisadora mostrou o movimento do grupo de reconhecer não só suas forças, mas também as fraquezas, ou seja, as professoras começaram a olhar para sua própria finitude. Diante disso, puderam tomar consciência da defesa que havia falhado, em que se mostravam sempre fortes e resistentes: “*É por isso que a gente leva pancada, porque eles acham que a gente aguenta; a gente não é tão forte quanto a gente pensa*”. E começaram a sinalizar o desejo de saírem da onipotência, reconhecendo seus limites e falando alguns não. A clínica-pesquisadora conseguiu encerrar a sessão sem fazer nenhum fechamento, deixando, em aberto, essas questões importantes que começaram a surgir.

O memorial lido na décima oitava sessão não teve nenhuma ressonância, pois parecia que as professoras estavam esperando cumprir esse procedimento protocolar para relatarem as situações recentes das quais foram vítimas de algum tipo de violência nas relações de trabalho. Todas elas tinham passado por uma vivência desse tipo na última semana, situações que as fizeram entrar em contato com as adversidades do seu cotidiano de trabalho. Diante disso, em muitos momentos, o grupo esteve resistente para se conectar com o afeto presente. Houve momentos de falas confusas e desconexas e momentos de falação sobre os mais variados assuntos, desde aumento dos preços dos planos de saúde até detalhes sobre a comemoração do Dia da Mulher na escola. A clínica-pesquisadora utilizou algumas interpretações na tentativa de romper as defesas, questionando-as, por exemplo, como lidar com os relacionamentos profissionais diante da impotência para mudar o outro ou controlar as situações que geram sofrimento.

Em busca de um resgate da sua relação de amor e comprometimento com o trabalho, uma professora trouxe o exemplo de um colega extremamente dedicado que se envolvia com o trabalho sem se envolver nos conflitos interpessoais. Ao que parece, isso a remeteu a pensar na necessidade de uma nova relação com seu trabalho: *“onde está meu amor, meu comprometimento, meu idealismo, que eu sempre tive? Ele foi embora, ele foi jogado na lata de lixo? Não! Ele está aqui, só que agora de uma forma que é violenta, mas eu não vou deixar isso me atingir, é difícil, mas eu acho que é possível”*. Além de resgatar sua relação com o trabalho, a professora também mostrou a tentativa de estabelecer novo vínculo com a pessoa que a havia assediado moralmente no passado, por meio de uma relação distante, mas sem mágoa. Ao que parece, a busca por esses novos sentidos e vínculos foi um movimento individual dessa professora. Não foi percebido no grupo o mesmo engajamento.

De qualquer forma, foi explicitado o confronto do universo de trabalho que foi idealizado por elas e o que elas estavam vivenciando no real, além da necessidade de enterrarem o ideal para que o real pudesse aparecer. Como lidar com isso? Como sair da queixa sobre o que foi perdido? Como não banalizar as violências sofridas, envolvendo-se nos embates que as atinge e ao mesmo tempo se preservando? Perguntas sem respostas, a sessão foi encerrada sem fechamento. Ao término, uma professora demonstrou desejo de que a sessão não se encerrasse, talvez demandando uma resposta.

O movimento de resistência do grupo permaneceu na sessão seguinte, em que houve pouco contato com os afetos. A clínica-pesquisadora teve grande dificuldade de compreender o que as professoras estavam tentando, de fato, trazer para o grupo. Pareciam querer manter-se na superficialidade. Várias tentativas de reconectá-las tiveram de ser feitas, por meio das

interpretações. Em um primeiro momento, tentou-se traduzir as questões políticas e sociais que estavam sendo trazidas para a vivência delas no trabalho e na readaptação (crise de identidade; ódio nas relações; desilusão; sentimento de ter sido “roubada”). Essa interpretação possibilitou o acesso à perda dos vínculos com os alunos e a perda da saúde e, nesse momento, o choro veio à tona; foi o único momento mais intenso da sessão.

Diante da volta às falas desconectadas de sentimentos, uma nova tentativa de trazer a discussão do grupo para o que isso estava mobilizando nelas foi realizada, desta vez em forma de pergunta. Mantiveram-se na resistência. A clínica-pesquisadora explicitou sua dificuldade de entender o que elas estavam tentando trazer e, em seguida, trouxe uma interpretação sobre como a questão missionária delas estava engatada nas exigências crescentes no trabalho. Mesmo assim, a sessão foi seguindo sem avanços nem elaborações. Ainda que uma professora tenha sinalizado que o espaço da clínica era o único onde se sentia escutada e considerada, de forma geral, as professoras pareciam não querer escutar algo que poderia lhes desestruturar; assim, se preservaram.

Em alguns momentos, a clínica-pesquisadora parecia querer ver alguns avanços sobre as buscas que as professoras estavam realizando para se sentirem realizadas novamente. Mais uma vez, foi capturada pela onipotência presente no grupo, tentando atender a demanda das professoras de serem salvas. Foi nítido o movimento recorrente do grupo: quando se chegava perto de algo significativo, o grupo entrava na resistência. Partindo para a análise da demanda, a estagiária ajudou a clínica-pesquisadora a enxergar que talvez essa escuta clínica tenha chegado até onde as professoras queriam/permitiram. Se continuassem assim, a clínica precisaria ser encerrada. Sendo assim, as clínicas-pesquisadoras resolveram tratar disso mais claramente na próxima sessão, começando pelo memorial.

Portanto, explicitou-se o que as clínicas-pesquisadoras estavam sentindo do grupo: a necessidade de proteger-se da dor quando assuntos mais relevantes eram abordados. Assim, “*em alguns momentos ficamos paralisadas*” [frase final do memorial da 20ª sessão]. Esse trabalho com a transferência causou impacto nas professoras e foi essencial para que o grupo saísse do imobilismo da sessão anterior. Em seguida, uma professora confessou a defesa de fuga que tem utilizado, no sentido de tratar a dor como se ela já tivesse sido resolvida. Assim, a sessão se desenrolou com narrativas sobre situações de sofrimento no trabalho, especialmente no trabalho da readaptação, de forma muito realista. As falas do grupo estiveram mais conectadas entre si e mais sintonizadas com os sentimentos das professoras, possibilitando a percepção de uma fluidez nos discursos. Permitiram entrar em contato com as dores do inesperado da doença ou do acidente que levou à readaptação e suas consequências. E, ao se

aceitarem com suas próprias limitações, pareciam estar mais abertas a descobrir novas possibilidades dentro do que o real permitia. Para isso, as professoras, espontaneamente, fizeram um movimento de resgate de sua história de superação contando como foram vividos os processos de adoecimento e de readaptação. Mesmo com algumas repetições – pois essas histórias já haviam sido narradas –, parece ter havido algumas elaborações em suas narrativas.

O trabalho clínico foi ajudando a sentirem a dor do adoecimento e os afetos ligados à perda da relação com os alunos. Assim, os sentimentos de inutilidade, fracasso e frustração vieram à tona, seguidos da metáfora do “guerreiro”, que parecia representar como estavam lidando com esse sofrimento. A partir dessa metáfora, o trabalho clínico procurou acessar as estratégias que essas “guerreiras” estavam utilizando, o que trouxe relatos que denotavam a vivência de solidão, ao mesmo tempo em que começou a aparecer a consciência sobre o excesso de comprometimento que lhes trouxe prejuízos. Assim, a onipotência como um dos elementos do adoecimento pôde ser explicitada.

Por fim, as professoras demonstraram uma busca pela aceitação dos próprios limites, já que não podiam trabalhar mais como antes do processo de adoecimento. Essa condição lhes impunha ter que lidar com outro tipo de reconhecimento, em um trabalho que nem sempre é reconhecido e valorizado; e assim, a dúvida em relação à sua importância na vida do aluno permaneceria. Uma professora demonstrou lidar com isso de forma mais defensiva, negando ou racionalizando o sofrimento advindo dessa condição. Outras já demonstraram uma postura mais realista e indignada, sem o conformismo de se apegar em uma defesa, mas com disponibilidade de repensar o papel do trabalho e de outras instâncias em suas vidas. E ainda teve quem parecia ter encontrado uma forma de satisfação mais modesta com seu trabalho - ligado à sua área de formação - e com o envolvimento com a militância.

Diante dessa evolução do grupo, a sessão foi encerrada com a tentativa da clínica-pesquisadora de envolver o grupo na tomada de decisão sobre o fim desse processo clínico, apontando que o grupo já dava sinais de que estaria pronto para isso. Pessoalmente, a clínica-pesquisadora estava muito tranquila para esse encerramento, contando para isso, com a percepção e o apoio da estagiária-pesquisadora. A questão foi deixada em aberto para que pudesse ser fechada na próxima sessão.

Na vigésima primeira sessão, o grupo começou lamentando a falta de espaço sentida em relação ao professor readaptado, questão que a clínica-pesquisadora pontuou como uma luta que as professoras estavam sempre trazendo, pela falta de uma legislação que resguarde e determine direitos e limites para o professor readaptado, sendo necessário que elas lutassem pela demarcação de um espaço. Em outro momento, a clínica-pesquisadora voltou a insistir no

questionamento sobre quais lutas as professoras queriam travar no sentido de tentar levá-las a refletir sobre seus desejos. A partir daí, o grupo trouxe as reflexões sobre o enfrentamento dos respectivos processos de adoecimento, parecendo que precisam elaborar sobre isso para avançarem. O grupo ficou nessa questão por um tempo, e depois tentou permanecer um pouco na superficialidade.

Entremeando os temas difíceis relativos ao processo de adoecimento e ao sofrimento na readaptação, o grupo lançou mão de algumas defesas, ora com falas desconectadas ou confusas, ora com casos longos e detalhados, para ilustrar uma situação que queria trazer. Ou até mesmo com a falação sobre questões distantes. Na tentativa de trazer o grupo de volta, a clínica-pesquisadora retomou a metáfora da guerreira explicitando as diferenças entre ser guerreiro(a), que está sempre lutando, e ser vitorioso(a), que traz a ideia ilusória de que a vitória é definitiva.

Em alguns momentos, teve-se a impressão de que insistir na questão da luta não tinha tanto sentido para o grupo, que parecia estar em um movimento de rememorar os enfrentamentos do passado para se verem no presente. Dessa forma, foram aparecendo narrativas sobre alguns avanços no sentido de suas tentativas de lidar melhor com suas emoções e seus medos. De maneira mais realista, o grupo não falava, por exemplo, em desaparecimento do medo, mas nos recursos pessoais que se dispunha para enfrentá-lo. Assim também vieram à tona os meios de enfrentamento da doença e dos problemas no contexto de trabalho.

Percebendo o fim iminente desse processo de escuta em função do tom de retrospectiva que as professoras foram dando à sessão, a clínica-pesquisadora envolveu o grupo nessa tomada de decisão. Para isso, foi explicitado o movimento percebido no grupo ao longo de todo o processo da escuta clínica do trabalho: primeiro, precisaram se proteger muito, depois foram acessando a dor e por último, trazendo as estratégias de enfrentamento. Isso veio acompanhado de manifestações de insegurança do grupo sobre um fim definitivo da clínica, o que requereu uma análise sobre o que as professoras ainda queriam dessa clínica. Percebeu-se que essas manifestações se relacionavam mais ao sentimento de pesar pela despedida do que à existência de uma demanda ainda não trabalhada.

Assim, ainda quiseram ressaltar a importância que teve o processo clínico pela possibilidade de pensar e de falar, o que possibilitou maior compreensão dos seus afetos. Também quiseram reconhecer o papel das clínicas-pesquisadoras nesse processo. Juntamente com o grupo, foi definida a realização de mais uma sessão para o encerramento dessa clínica.

A última sessão foi marcada por retrospectivas e elaborações sobre o fim da clínica. Em alguns momentos, apareceram demandas como a necessidade de um processo clínico contínuo ou demandas que não se referiam à clínica do trabalho. Também estiveram presentes

sentimentos de insegurança do grupo sobre o que lhes parecia incerto, ou seja, como ficariam após o término desse processo clínico. O relato de uma professora foi ilustrativo sobre o papel que essa clínica teve para ela e como se sentia em relação ao seu término. Ela narrou sua experiência pessoal de ter ficado com os dois braços engessados, situação em que aprendeu sobre a capacidade de adaptação e a possibilidade de novas aprendizagens quando falta algum recurso. Nesse sentido, comparou o grupo a uma muleta, sendo que o término da clínica traria a necessidade de se adaptar com a falta do grupo: *“a gente se adapta ficar sem o grupo, mas assim, eu acho que eu vou sentir”*.

As clínica-pesquisadoras estiveram muito atentas ao que lhes estava sendo demandado e questionaram o grupo se ainda havia algo que não tivesse sido trabalhado. Ficou claro que não havia e que o que estava acontecendo era uma certa resistência por esse momento de término, que lhes remetia a uma perda. Outra questão trabalhada pelas clínicas-pesquisadoras com o grupo foi a diferenciação do fim desse processo clínico com abandono. Ainda assim, em meio a demonstrações de agradecimentos e da importância que essa clínica teve para elas, no sentido de ajudarem a amenizar a dor, parece ter surgido sentimentos de raiva em relação à clínica-pesquisadora, provavelmente por estarem sentindo-se abandonadas. Nos dois momentos em que isso parece ter ocorrido, o grupo tentou tomar o controle da condução da clínica-pesquisadora e passá-lo à estagiária. Outra ocasião em que isso surgiu foi na fala de uma professora que representava a defesa que ela estava utilizando para lidar com o fim do processo clínico: *“para mim, acabou, acabou [...] eu vou ter um novo grupo, não precisa ser esse grupo, pode ser outro, eu já me divorciei de vocês [risos], não tem problema, mas eu não vou largar”*. Mesmo diante dessas manifestações, houve atribuição de poder às clínicas-pesquisadoras que foram chamadas de “doutoras”, diante do reconhecimento da seriedade e profissionalismo na condução da clínica do trabalho.

Essas situações foram tratadas a partir do manejo da transferência, quando se compartilhou com o grupo o fato de que as clínicas-pesquisadoras também tiveram que deparar com suas limitações, dentre elas, seus limites em relação às contribuições dessa clínica do trabalho. Também foi feita uma retomada da demanda inicial do grupo, qual seja “seu fortalecimento para lidar com as situações sofridas no trabalho” e explicitou-se sobre a percepção de que as professoras de fato pareciam estar melhor preparadas para enfrentar seu real do trabalho, sendo possível perceber também que estavam mais mobilizadas para o seu trabalho e/ou para o autocuidado. Falou-se sobre o movimento do grupo que começou com a queixa, o ressentimento e a raiva em relação ao luto indo em direção à aceitação, tendo, para isso, que ter passado pela dor. Além disso, foi apontado o sentimento de susto que o grupo

estava trazendo em relação ao término da clínica do trabalho, quando uma professora explicitou: “*a gente fala do divórcio anos, mas na hora mesmo...*”. Isso mostrou que o susto não era por não ter sido trabalhado o término, mas pelo vazio que um término sempre traz.

Diante da fala de uma professora: “*um dia tinha que terminar*”, demos por encerrado esse processo clínico, que aconteceu em meio a manifestações afetuosas de agradecimentos entre todos do grupo, incluindo das clínicas-pesquisadoras para com as professoras e entre elas com o coletivo de pesquisa. Quanto às manifestações de possíveis (re)encontros entre as participantes, parecem ter sido vagas e até artificiais.

5.3 Módulo Analítico da Clínica do Trabalho

Nas duas primeiras sessões, o grupo esteve mobilizado no sentido de conseguir constituir um espaço coletivo de discussão. Entre as professoras, foi possível perceber a necessidade de falarem sobre seus sofrimentos, a disponibilidade para escutar e compreender o sofrimento do outro e a tentativa de construir regras de convivência para o grupo. Por parte da pesquisadora, havia grande vontade de ajudá-las a partir da escuta do sofrimento, mas também havia insegurança diante de sua inexperiência clínica e uma dificuldade de se descolar de sua demanda (pesquisa para tese de doutorado). Esses elementos dificultaram o desprendimento necessário para o processo de escuta e tornou confusa a análise da demanda do grupo. Por outro lado, a transferência já existente entre as professoras do grupo e a transferência da clínica-pesquisadora, em relação ao grupo, foram elementos importantes nesse momento inicial de constituição de laços afetivos.

As dificuldades das duas clínicas-pesquisadoras foram explicitadas pelo coletivo de supervisão de modo bastante confrontativo, demarcando a necessidade de saírem da posição de pesquisadoras para assumirem de fato o papel de clínicas. Se por um lado havia medo e insegurança, por outro, a pesquisadora estava disposta a entregar-se a esse processo. Nesse sentido, a formação clínica foi, aos poucos, dando suporte para que ela pudesse ouvir e suportar o sofrimento trazido pelo grupo. Vale ressaltar que, nesse momento, a pesquisadora dedicava-se ao seu processo de análise pessoal, além de se debruçar em leituras da teoria psicanalítica, incluindo a realização de uma disciplina sobre “Tópicos Especiais em Psicanálise” no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Na terceira sessão, ainda não havia mobilização no grupo, apenas uma vontade das professoras de falarem e serem ouvidas e acolhidas. Para isso, sabiam que precisava dar espaço para as colegas falarem e, a partir daí, ofereciam conselhos e compartilhavam experiências. A

postura de queixa e ressentimento do grupo não foi trabalhada pela clínica-pesquisadora, que ainda se encontrava muito insegura para fazer esse tipo de interpretação ou trabalhar as transferências.

A supervisão foi bastante incisiva no sentido de explicitar a preocupação da pesquisadora com o andamento (produção) do grupo. Era preciso trabalhar para assumir de fato a postura de clínica-pesquisadora, descolando-se, assim, de sua postura de pesquisadora-clínica ou de psicóloga organizacional. Além disso, ela foi confrontada em relação à demanda do grupo, tendo o coletivo de supervisão questionado se o que as professoras queriam era a constituição de um grupo de autoajuda, demanda essa que não caberia à clínica do trabalho.

Isso ainda precisava ser compreendido e analisado com o andamento da clínica, mas todos esses questionamentos sensibilizaram muito a clínica-pesquisadora. Ficou claro como sua ansiedade por querer que essa clínica acontecesse estava atrapalhando sua capacidade de escutar o sofrimento e a demanda das professoras. Também havia ficado claro que não era preciso estar pronta para a clínica, pois incertezas e inseguranças iriam fazer parte de todo o processo. Deparar-se com isso foi importante para aceitação das questões inacabadas e imprevistas desse trabalho real. A insegurança diante do novo estava mobilizando as professoras e a clínica-pesquisadora que, a partir do momento que tomou consciência desses sentimentos, parecia estar mais livre para estar com o grupo.

Em supervisão, também foi trabalhada a possibilidade de identificação da clínica com as professoras, o que poderia atrapalhar a transferência. Assim, foi possível diferenciar: i) a demanda da clínica-pesquisadora e a demanda do grupo; ii) a vivência do novo para a clínica-pesquisadora e, iii) a vivência do novo para o grupo. A partir de então, a clínica-pesquisadora sentiu-se de fato implicada em todo o processo que envolvia essa escuta, destacando a importância da supervisão clínica e do processo de formação clínica (principalmente sua análise pessoal) como fundamentais nesse processo. Era possível observar o resultado do processo de formação clínica acontecendo, o que poderia tornar a análise da mobilização do coletivo mais nítida a partir de então.

Diante disso, na quarta sessão, que teve início com a comemoração do Dia do Psicólogo por parte das professoras, a postura cuidadosa e marcadamente diferenciada das clínicas-pesquisadoras em relação aos espaços de confraternização e o da clínica parece ter sido captada pelo grupo. Assim, ao longo da sessão, as professoras estiveram mobilizadas para falarem do sofrimento e elaborarem uma demanda coletiva. A maior disponibilidade para a escuta por parte da clínica-pesquisadora também parece ter contribuído para esse processo. Assim, o dispositivo de análise da demanda ajudou a consolidar um espaço público de discussão. Além disso, o

grupo e as clínicas-pesquisadoras pareciam mais integrados entre si e com seus sentimentos. A própria relação entre as duas clínicas-pesquisadoras pareceu estar mais fortalecida. A partir daí, parece ter se consolidado as relações de confiança e de solidariedade necessárias para a clínica do trabalho.

Na quinta sessão, a professora que havia trazido o texto para leitura do grupo parecia querer trazer uma mensagem de esperança e otimismo, – movimento bem típico de um grupo de autoajuda. Mas o que surgiu a partir daí – a mobilização do grupo em torno do tema da morte e do luto – mostrou que a demanda do grupo era ser ouvido em seu sofrimento. Ainda que tratar disso tenha suscitado o uso de estratégias defensivas pelo grupo, a condução clínica ajudou a recolocar o grupo diante do que parecia ser sua problemática: as perdas e o luto. Nesse sentido, pode-se dizer que a mobilização do coletivo, percebida até então, era a de constituir um espaço para falar do sofrimento, ainda que as questões trazidas permanecessem sem elaboração. Por outro lado, o coletivo de supervisão apontou a possibilidade de o grupo manter outras atitudes na tentativa de controle na condução das sessões. Isso demonstraria uma dificuldade do coletivo de professoras estar de fato mobilizado na constituição desse espaço para falar do sofrimento. Era preciso manter atenção na dinâmica onipotência-impotência do coletivo de trabalhadoras (professoras) e do coletivo de clínicas-pesquisadoras.

Já na sexta sessão, foi possível perceber um esforço por parte das professoras para ressignificarem situações dolorosas vividas no trabalho. Assim, houve uma mobilização no sentido de trazer essas dores para a sessão. Mas para lidarem com isso, apegaram-se à defesa de se reconhecerem como a *“luz que incomoda quem está na escuridão”*, afastando-se, dessa forma, da escuridão, ainda difícil de ser acessada. Por parte da clínica-pesquisadora, houve a tentativa de utilizar o dispositivo da interpretação como forma de tentar explicitar a dor que as professoras estavam tentando ressignificar, a partir do tema *“do luto à luta”*. Na maioria das vezes, isso fez surgir no grupo narrativas sobre situações em que puderam se reinventar no trabalho, ainda que se tratassem de casos isolados. Assim, a dificuldade de enxergar a própria escuridão dificultou o processo de elaboração no grupo, que permaneceu mais defensivo com a metáfora da *“luz que incomoda quem está na escuridão”*. Talvez a clínica-pesquisadora não tenha conseguido ajudar o grupo nesse sentido, por ter se sentido insegura em confrontar esse sistema defensivo, em função de sua dúvida sobre a capacidade do grupo e dela mesma de sustentar esse enfrentamento.

Em supervisão, ficou mais clara a repetição do grupo e, na tentativa de compreensão dessa circunstância, chegou-se à problemática da transferência *versus* identificação. Ou seja, o fato de a clínica-pesquisadora ser professora poderia ser um fator que facilitaria sua

proximidade com o grupo, ao mesmo tempo em que poderia distanciá-la dele. Do lado das professoras participantes do grupo, a semelhança também poderia levar aos mesmos movimentos. “*Tão perto e tão distantes*”: essa foi a reflexão proposta pelo coletivo de supervisão à clínica-pesquisadora para que ela pudesse estar atenta aos fatores transferenciais advindos dessa condição. Nesse sentido, começou-se a perceber que, assim como as professoras participantes do grupo estavam capturadas pela missão de salvadoras (dos alunos, da educação), a professora clínica-pesquisadora estava capturada pelo desejo de salvar o grupo de suas dores. Mais uma vez, a questão da onipotência de ambas as partes fazia-se presente.

Na sétima sessão, houve muita utilização de defesas diante do acesso às dores da frustração, do desânimo e do sentimento de inutilidade. Além disso, as professoras tentaram desfigurar a clínica do trabalho de modo a fazer dela um espaço de autoajuda. A clínica-pesquisadora, em um primeiro momento, foi capturada por esse movimento do grupo. Depois houve tentativas no sentido de ajudar as professoras a entrarem em contato com o que estavam tendo dificuldade de acessar, mas as interpretações e as intervenções utilizadas não mobilizaram o grupo nesse sentido. Ou seja, em termos de mobilização, ao mesmo tempo em que o grupo começava um movimento que daria acesso ao sofrimento, ele recuava e se apegava aos sistemas defensivos, assim, a sensação era de paralisação.

Diante desse quadro, a supervisão clínica foi incisiva sobre a necessidade das clínicas-pesquisadoras desmontarem os sistemas defensivos do grupo, para que se pudesse acessar o que, até então, estava inatingível. Para isso, a clínica-pesquisadora foi confrontada sobre sua capacidade de suportar o vazio que pode vir desse processo. Além de reforçar como ponto crucial para a clínica a questão da transferência, que não estava sendo utilizada em sua potência. Se a sessão havia sido, em sua grande parte, superficial, a supervisão foi muito intensa emocionalmente e as considerações recebidas com abertura por parte da clínica-pesquisadora, o que a levou a muitas reflexões e trouxe efeitos para a clínica.

Com isso, a condução da sessão seguinte foi mais incisiva no confronto com as defesas do grupo. Depois das intervenções da clínica-pesquisadora, o grupo se mobilizou para entrar em contato com as dores e sofrimentos e, a partir de então, esteve mais disponível para compartilhar esses sentimentos e procurar elaborar sobre as causas do sofrimento. A clínica-pesquisadora esteve atenta para fazer as intervenções desmontando os sistemas defensivos de forma explícita, mas cuidadosa, inclusive falando sobre os recursos que elas, as professoras, tinham para lidar com isso. Tudo isso ajudou o coletivo a mobilizar-se no enfrentamento das defesas e nas elaborações que começaram a ocorrer, principalmente por meio do uso de metáforas.

O uso dos dispositivos de escuta do sofrimento estava sendo melhor manejado pela clínica-pesquisadora e, com isso, o grupo começou a mobilizar-se no enfrentamento do sofrimento. A supervisão estava tendo um papel fundamental nesse processo, assim como a formação da clínica-pesquisadora. Mas ao mesmo tempo em que a supervisão da sessão anterior havia sido importante para que a clínica-pesquisadora pudesse estar preparada para enfrentar a mobilização da quebra das defesas do grupo, a supervisão dessa sessão havia gerado um grande incômodo. Foi uma supervisão em que a supervisora não pôde estar presente. Nessa circunstância, apareceram mais nitidamente, no coletivo de supervisão, relações de disputa, que concorreram com alguma demonstração de apoio. Desse modo, foi sentido com grande incômodo o fato de a supervisão ter focado no que foi considerado um erro da clínica-pesquisadora: ter oferecido uma escuta individual pontual para a professora que não tinha conseguido ficar na sala durante a sessão coletiva. Diante do avanço ocorrido na clínica, em que houve grande mobilização do grupo no acesso ao sofrimento e intensa conexão das professoras com seus sentimentos – fato que foi ressaltado só por uma participante do coletivo de supervisão – ter dado ênfase no “erro” pareceu não muito adequado. Ficou muito nítido que as transferências no coletivo de supervisão precisavam ser trabalhadas para que esse dispositivo pudesse ser potencializado, mas a clínica-pesquisadora não chegou a pontuar isso para a supervisora.

Na sessão seguinte, não houve nenhum tipo de mobilização. A sensação foi de que se retrocedeu em todo o processo de construção de vínculos e de confronto com as defesas. Ainda sem compreender o que havia acontecido, duas hipóteses já estavam aparecendo: *i*) o processo de mobilização da categoria docente para o movimento grevista poderia estar desmobilizando o grupo para a clínica do trabalho; *ii*) o enfrentamento das defesas, ocorrido na sessão anterior, poderia ter sido sentido negativamente pelo grupo. De qualquer forma, na supervisão foi pontuada a necessidade de colocar limite no grupo, e, ao mesmo tempo, se abrir para o que viesse dele. Com tudo isso, a decisão foi por não fazer memorial dessa sessão.

A décima sessão continuou sem nenhuma elaboração nem mobilização por parte do coletivo de professoras, mesmo diante dos esforços da clínica-pesquisadora em convidar o grupo de professoras a olhar para os sentimentos e os afetos relativos ao que estava sendo trazido ou de remeter o que elas estavam contando para a vivência delas.

Na tentativa de compreender o esvaziamento do grupo para além das interferências de fatores externos – relativos aos movimentos grevistas –, foram aventadas outras hipóteses. Uma referia-se à incompatibilidade de demandas, ou seja, o grupo queria uma configuração de autoajuda e as clínicas-pesquisadoras estavam oferecendo um trabalho sobre o sofrimento, uma

questão ainda sem resposta. Outra hipótese seria a possibilidade de a transferência da supervisora para com o grupo de professoras ter acelerado o embate que as clínicas-pesquisadoras fizeram das defesas do grupo (o que ocorreu na oitava sessão). Mais uma questão a ser pensada e analisada ao longo das próximas sessões.

Além disso, outras transferências intensas apareceram no coletivo de supervisão. As reflexões feitas pela supervisora sobre sua postura em relação a esse e a outros grupos de clínica do trabalho, parece ter deixado o coletivo de supervisão incomodado, tendo surgido comentários maldosos sobre possíveis “erros” por ela cometidos. Mais uma vez, a clínica-pesquisadora ficou incomodada com a postura desse coletivo em função do que lhe parecia intolerância para com o erro. Parecia demonstrar certa imaturidade do grupo no sentido de lidar com as limitações e faltas. A onipotência também parecia imperar nesse coletivo, embora de forma mais sutil e nunca falada. Por parte da clínica-pesquisadora, ter estado consciente desses sentimentos foi importante para que ela pudesse trabalhá-los em sua análise pessoal.

Na décima primeira sessão, também não houve nenhum tipo de elaboração ou de mobilização do coletivo. O grupo continuava queixoso em relação à perda da autoridade docente e à perda da importância do papel do professor. Na supervisão, procurou-se problematizar sobre a perda da onipotência. No caso das clínicas-pesquisadoras, a onipotência continuava sendo quebrada pelas indefinições quanto ao futuro dessa clínica do trabalho.

Na sessão seguinte, o grupo permanecia sem avanços no que se refere à mobilização. Diante dessa paralisação do grupo e de seu esvaziamento, parecia que o coletivo de supervisão estava em um movimento de desistência dessa clínica. Não houve nenhum comentário sobre a sessão, somente: “*vamos ver o que acontece*”. Ao mesmo tempo, ainda eram intensas, por parte da clínica-pesquisadora, a vontade e a esperança de que a clínica continuasse. Presa nesse desejo, a clínica-pesquisadora não conseguia fazer uso adequado do dispositivo da transferência.

Na décima terceira sessão, o grupo permanecia esvaziado, sem elaborações e desmobilizado. O uso dos dispositivos clínicos não acessava o que era preciso. O fato de haver uma cisão clara entre quem estava disposta a aprofundar a narrativa do sofrimento e quem queria permanecer na superficialidade dos discursos dificultava muito o trabalho clínico, principalmente pelo fato de se tratar de um grupo de duas ou três professoras (como estava acontecendo nas últimas cinco sessões). As incertezas quanto ao esvaziamento do grupo permaneciam. E assim, o coletivo de supervisão continuava desacreditado com a continuidade dessa clínica, tendo sido orientado que se encerrasse em mais duas ou três sessões.

Mais uma vez, o fato de a clínica-pesquisadora sentir que estava só na defesa da continuidade da clínica pode ter interferido no manejo da transferência. Talvez por desejar a continuidade do grupo acreditando que ainda poderia fazer algo por ele, não estivesse conseguindo confrontá-lo por meio da transferência. Estava engatada na demanda do grupo “me tire do vazio”, achando que poderia atendê-la. Mas essas elaborações não estavam claras para ela nesse momento da clínica.

Já na sessão seguinte, o coletivo de professoras voltou a se fazer presente e parecia mobilizado para resgatar a clínica do trabalho em uma perspectiva de voltar a trazer para o espaço público de discussão as questões relativas ao sofrimento no trabalho. Havia, inclusive, por parte de algumas professoras do grupo, o desejo de mudanças na forma de lidar com a dor, ainda que isso lhes gerasse estranhamento. Menos queixosas e mais conscientes da quebra das ilusões às quais estavam apegadas, as professoras pareciam dispostas a olharem para o movimento do grupo e, assim, resgatarem esse espaço público de discussão, estando mais abertas a se conectarem com seus sentimentos. Assim, algumas elaborações começaram a acontecer. Todo esse movimento ainda parecia restrito ao contexto da clínica do trabalho, parecendo que precisavam se fortalecer naquele espaço para que pudessem sentir os efeitos de possíveis mudanças fora da clínica. Com isso, na supervisão, ressurgiu a perspectiva de continuidade do grupo, ainda que isso acontecesse no ano seguinte. Para isso, era necessário analisar a demanda das professoras.

Frente a esse cenário, na décima quinta sessão, o grupo começou a se mobilizar para ressignificar a doença e seus limites e para redefinir sua relação com o trabalho. Isso foi possível de ser observado por meio de algumas elaborações realizadas pelo grupo de professoras, por meio do uso de metáforas que retratavam: sua relação com a doença (psicose como um “*pedra no sapato*”); sua relação apaixonante com o trabalho (“*a gente trabalha como se estivéssemos namorando*”); o rompimento dessa relação (“*a paixão é o combustível, mas infelizmente nós sofremos uma flechada*”); e o movimento delas no grupo no que se refere ao período de esvaziamento e o retorno delas à clínica (um “*carro velho que funde o motor, depois pega de novo e volta a andar*”). Com esse processo, surgiram autorreflexões sobre o que as levou ao adoecimento, sobre novas perspectivas de atuação no trabalho e sobre a disponibilidade para trabalhar as emoções e o sofrimento no espaço da clínica do trabalho para se sentirem fortalecidas para lidarem com os problemas que persistiam.

Por parte da clínica-pesquisadora, havia entusiasmo com o movimento do grupo, que foi assim explicitado no diário de campo: “*valeu à pena eu acreditar no grupo*”. Sua sensação, no momento de esvaziamento do grupo, era a de que somente ela acreditava que a clínica do

trabalho estava de fato ocorrendo naquele coletivo. Tendo suportado esse período em que o grupo não conseguia se engajar, parece ter chegado o momento em que as professoras puderam explicitar novos questionamentos sobre os motivos do adoecimento e sobre as novas perspectivas em relação aos seus limites e possibilidades. As resistências, ainda presentes, pareciam estar cedendo espaço para elaborações.

Já por parte da clínica-estagiária, a sessão havia lhe chamado a atenção quanto ao movimento de oscilação do grupo entre a resistência e o acesso a si e à dor. Em função dessa diferença na forma de ver o grupo, a supervisão ressaltou as dificuldades quanto ao aparecimento da demanda deste grupo. Ao que parece, as professoras estariam produzindo um conhecimento sobre seu processo de adoecimento, mas não um saber. Ou seja, essa compreensão ainda estava em uma dimensão mais racional. A dificuldade delas lidarem com a castração e a culpa – pelo próprio adoecimento, pela fragilidade, por não poder continuar sua trajetória profissional – estaria dificultando o enfrentamento do sintoma do grupo que se manifestava pelas queixas, reclamações e vitimização. Desse modo, as clínicas-pesquisadoras foram instruídas a pesquisarem mais sobre a demanda por continuidade dessa clínica no próximo ano.

Na sessão que antecedeu o período de férias, a análise da demanda permitiu que o próprio grupo fizesse uma análise sobre seus avanços e seus retrocessos e paralisações e, assim, assumissem a responsabilidade pelo processo da clínica do trabalho. Desse modo, caminhava para uma relação mais madura e menos dependente com as clínicas-pesquisadoras.

Ao retomar a supervisão (que desta vez ocorreu individualmente), depois do período de férias, a supervisora explicitou a sua impressão de que essa clínica havia se encerrado, impressão essa que coincidia com a de outros membros do coletivo de supervisão. Isso levou a clínica-pesquisadora a se questionar sobre a sua dificuldade de finalizar essa clínica. Ou seja, ela também precisava olhar para uma certa dependência que estava nutrindo em relação ao grupo. E isso foi muito trabalhado em seu processo de análise pessoal. De qualquer forma, era preciso ver se o grupo retornaria à clínica, como isso ocorreria e como trabalharíamos o encerramento da clínica, que já dava sinais de estar próximo.

A mobilização do coletivo no momento de retorno ao processo clínico, estava voltada para uma maior aceitação da castração. Lidar com o fim iminente da clínica, com a saída da estagiária-pesquisadora e de algumas colegas (que não retornaram ao grupo) e com a possível saída de outra(s) talvez tenham ajudado o grupo a se deparar com a finitude e com o vazio. Com isso, começaram a enxergar a falha da defesa da onipotência e a aceitarem suas próprias limitações.

A partir dessa sessão, a supervisão clínica desse grupo deixou de acontecer no coletivo de supervisão. Passou a acontecer uma supervisão mais informal entre a clínica-pesquisadora e a supervisora. Ainda assim, a clínica-pesquisadora continuaria participando do coletivo de supervisão que acontecia no LPCT, agora na condição de convidada, não como supervisionanda. Ao que parece, essa decisão por parte da orientadora-supervisora teve relação com as questões transferenciais no coletivo de supervisão e entre a clínica-pesquisadora e a supervisora. A repetição e a aparente paralisação do grupo de professoras parecem ter cansado o coletivo de supervisão. Nesse clima, a supervisão clínica não agiria em sua potência.

A insistência da clínica-pesquisadora em levar essa escuta clínica adiante foi uma decisão mais solitária: ela sentia que realmente havia mais questões a serem trabalhadas no grupo; mas ainda não sabia como argumentar a esse respeito, era um sentimento difícil de ser verbalizado. O coletivo de supervisão sinalizava que essa clínica não ocorreu e nem ocorreria, pois, as professoras pareciam demandar um grupo mais voltado para um espaço de convivência e de autoajuda. De qualquer forma, esse abandono foi importante para o prosseguimento da clínica, pois estar no vazio de supervisão fez a clínica-pesquisadora lidar com a falta e levar o grupo a vivenciar isso. Além disso, vale ressaltar que a parceria da clínica-pesquisadora com a nova estagiária-pesquisadora foi essencial nesse momento: como uma pessoa que tinha uma certa vivência com a clínica psicanalítica, a estagiária pôde ajudar a clínica-pesquisadora a enxergar seus “pontos cegos”. A transferência positiva entre as duas foi imediata e muito proveitosa na continuidade dessa clínica.

Na sessão seguinte, o grupo parecia necessitar de um espaço para desabafar as situações de violência vividas recentemente, em uma espécie de catarse. Ainda que as situações trazidas fossem muito carregadas afetivamente, o grupo parecia menos disponível para acessar os sentimentos e o vazio delas advindos. Assim, parece não ter havido uma continuidade do processo de elaboração e de mobilização que o grupo tinha começado a fazer nas últimas sessões.

Mais uma vez, surgiu uma divisão no grupo entre uma professora que parecia mobilizada para trabalhar o sofrimento que estava vindo à tona e as outras professoras que permaneciam em uma atitude mais queixosa e defensiva. Outro fator que pode ter contribuído para essa dinâmica do grupo foi a postura da clínica-pesquisadora. Ainda que tenha sido possível para ela não fazer “fechamento” da sessão, houve momentos em que ela embarcou no discurso missionário delas. Com isso, o vazio não pode ser acessado.

A estagiária pôde observar isso com muita clareza e levar essas questões à clínica-pesquisadora. No grupo de supervisão, ao se tratar sobre a questão do reconhecimento no

trabalho, uma questão que remetia ao vazio das professoras foi levantada. Ao que parece, as professoras estariam buscando um reconhecimento de um não-trabalho, já que o trabalho delas como professoras, de fato, havia acabado. Desse modo, o memorial para a próxima sessão tentou abordar um pouco essas questões como forma de tentar favorecer algumas elaborações.

Mas na sessão seguinte, não houve mobilização no grupo, que esteve fechado para elaborações. Parecia que essa clínica realmente tinha chegado ao fim. E assim, nem o uso dos dispositivos clínicos foram suficientes para ajudar o grupo a se mobilizar.

Já na vigésima sessão, o grupo parecia mobilizado para buscar novas formas de relação com a doença e com o trabalho e sabia que esse seria um processo constante: a luta do guerreiro. Essa metáfora demonstrava que as professoras estavam saindo da posição onipotente de salvadoras. Assim, foi possível perceber a construção de destinos mais políticos do sofrimento em relação ao início do processo clínico, mesmo que algum ressentimento e inconformismo ainda estivessem presentes.

O adequado manejo da transferência, da interpretação e da análise da demanda foram essenciais para ajudar as professoras a acessarem a dor do adoecimento e os afetos ligados à perda da relação com os alunos e, assim, estarem mais abertas para aceitarem suas limitações, e descobrirem novas possibilidades dentro do que fosse possível. A elaboração sobre as dificuldades desse processo de aceitação de uma nova condição de trabalho e de vida depois do adoecimento foi retratada pela metáfora do guerreiro, em luta constante por esse equilíbrio.

Na sessão seguinte, o grupo continuava sua mobilização em torno da resignificação do sofrimento. As professoras demonstraram maior aceitação das condições adversas de trabalho e das suas limitações, estando, assim, mais preparadas no enfrentamento da doença e da readaptação.

Com efeito, a análise da demanda ajudou as clínicas-pesquisadoras a conduzirem o encerramento dessa clínica de forma tranquila. Além da falta de uma demanda não atendida, outro critério utilizado por elas, para a decisão sobre o encerramento, foi o fato de terem percebido alguns temas repetitivos, que deram a impressão de estarem preenchendo o tempo. Além disso, é preciso ressaltar que quando as clínicas-pesquisadoras se desvincularam da necessidade de atender ao desejo do grupo traduzido como “me tire do vazio”, foi possível vislumbrar a construção de novas possibilidades e saídas por parte do grupo. Observou-se, nos relatos das professoras, que elas se sentiam mais fortalecidas para enfrentarem a doença e a readaptação e mais realistas na relação com o trabalho, com o corpo e com as pessoas. Ainda se sentiam machucadas pelo adoecimento e pelo enfrentamento das adversidades do contexto

de trabalho, principalmente pela condição de readaptação, mas com maior confiança em si mesmas para continuarem nas batalhas.

O fim dessa clínica permitiu concluir que o uso dos dispositivos de escuta na clínica do trabalho possibilitou que as professoras dessem novos destinos ao sofrimento. A análise da demanda ajudou as clínicas-pesquisadoras a diferenciarem a demanda do grupo de professoras do seu desejo e, assim, compreenderem o término dessa clínica e conduzi-lo de forma tranquila e sem culpa, já que puderam perceber que as professoras passaram a sentir-se mais fortalecidas para enfrentar as questões do trabalho. Por meio do manejo da transferência, houve espaço para a emergência do vazio no grupo ao longo das últimas sessões. Desse modo, o dispositivo da interpretação ajudou o grupo a ver seu movimento, que começou com queixas e ressentimentos, passou pelo acesso à dor e chegou em um movimento de aceitação, que se diferencia de acomodação, pois “o guerreiro” está na luta. Assim, foi possível perceber um deslizamento da posição de salvadoras para a posição de guerreiras.

6 O TRABALHO VIVO DAS PROFESSORAS: do trabalho docente ao trabalho morto da readaptação

Esse capítulo apresentará a discussão dos resultados no que se refere ao trabalho vivo das professoras. Para isso, serão analisados os resultados da organização do trabalho prescrito e o real do trabalho dos sujeitos da clínica. Essa discussão se refere aos dados da segunda etapa de análise da clínica do trabalho, que inclui a Análise do Trabalho Vivo e Análise dos Destinos do Sofrimento.

Para compreender o trabalho vivo das professoras readaptadas, será preciso percorrer um caminho que vai desde o trabalho docente abordado de um modo mais amplo, passando pelo processo de adoecimento e os danos físicos e psíquicos dele advindos, até chegar ao “trabalho” na readaptação e ao sofrimento advindo desse trabalho, passando pelas estratégias defensivas utilizadas para lidar com o sofrimento advindo do adoecimento e da readaptação. Nesse caso, as aspas servem para identificar uma discussão que será feita ao final do capítulo que referencia o trabalho das professoras readaptadas como um trabalho morto.

6.1 O trabalho docente:

Como dito anteriormente, no momento do adoecimento que gerou, posteriormente, a readaptação, apenas uma professora não estava atuando na regência de classe. Não foram relatados detalhes sobre divisão de tarefas, normas e regras, exigências técnicas, relação com pares e chefias, estilo de gestão em relação ao trabalho que realizavam antes do adoecimento. A narrativa sobre o trabalho que realizavam enquanto professoras regentes foi marcada pela reminiscência de um tempo em que acreditavam no poder transformador da educação e em seu poder, enquanto educadoras, de salvar algumas crianças ou alguns jovens das mazelas sociais. Além disso, pôde ser percebida uma nostalgia em relação ao tempo em que, antes do adoecimento, sentiam-se mais potentes no trabalho.

Nessa época, esforçavam-se por compreender a problemática dos seus alunos e, com isso, construíram uma relação de proximidade e respeito para com eles. Chegavam a extrapolar suas atribuições prescritas para darem atenção aos casos de alunos tidos como mais problemáticos e incomodavam-se com a atitude indiferente de outros professores e do próprio sistema de ensino diante deles.

As narrativas que traziam a lembrança da crença que nutriam em relação à educação e às batalhas que travavam em nome desse ideal foram muito marcantes até por volta da oitava

sessão. A partir daí, pôde-se perceber um movimento dos discursos para uma perspectiva de desânimo e frustração com os rumos da educação. Essa mudança de perspectiva aconteceu justamente no momento do início do movimento grevista da categoria, em que o descaso do governo e de parte da sociedade para com a classe docente ficaram evidentes. Esse quadro remetia-lhes ao sentimento de impotência em relação às reivindicações da categoria e às imposições feitas pelo governo que lhes traziam novas exigências e perda de direitos. Além disso, a violência com que foram abordados alguns professores pela polícia durante as manifestações grevistas (Sindicato dos Professores do Distrito Federal [SinPro/DF], 2015) trouxe, para as participantes do grupo, sentimentos de tristeza, revolta e desilusão, além de temor pela possibilidade de adoecerem novamente.

A atitude conformista, acomodada e alienada de muitos colegas diante das manifestações em curso gerava-lhes indignação pela desmobilização da categoria. A postura militante era comum entre as professoras do grupo, que relatavam, com orgulho, suas trajetórias na luta por direitos da categoria. Ao mesmo tempo, isso lhes trazia um custo alto nas relações profissionais em função do preconceito sofrido. Era como se precisassem se destacar em suas atividades profissionais para se desvencilharem do estigma de pessoas que não gostam de trabalhar.

A mobilização dessas professoras diante dos problemas que afligem todo o sistema de ensino mostra que elas passavam pelo sofrimento ético. No mundo em que predominam as modernas práticas de gestão pautadas na racionalidade econômica e nos modos de produção flexíveis, são considerados desadaptados e improdutivos aqueles que não se curvam prontamente às metas e condições impostas. Dessa maneira, a regra é se resignar em uma submissão sem protestos em nome de uma promessa de plenitude, excelência e sucesso. Enredados nesse discurso falacioso da onipotência, a maioria dos trabalhadores se vê alijada de seu próprio desejo, vivenciando e contribuindo para a falência dos laços sociais. É nesse contexto que Mendes, Takaki e Gama (2016) afirmam que o sistema produtivista legitima a exclusão de se vivenciar o sofrimento ético, sofrimento entendido como a capacidade de se indignar e sofrer com o mal que é infringido a si mesmo ou ao outro, pensando e agindo sobre uma realidade cruel. O sofrimento ético seria uma forma de resistência à banalização do mal e da injustiça social. Quando inexistente, o que se vivencia é o desmoronamento dos coletivos de trabalho, incentivados pela individualização e competição no mundo do trabalho, cenário em que imperam a deslealdade, a desconfiança e o constrangimento de vigiar o comportamento dos colegas, considerados adversários (Dejours & Bègue, 2010; Dejours, 2013).

Esse contexto de desmoronamento da solidariedade, vivenciado pelas professoras em função de um posicionamento mais político em relação às questões da educação, foi sentido de forma mais intensa a partir do seu processo de adoecimento e de readaptação. Diante de seu sofrimento ético, as professoras passaram a lamentar a perda da autoridade do professor e da posição social de respeito dessa figura, o que contrastava com a sobrecarga de responsabilidades que lhe são atribuídas. Sentiam-se desiludidas, descrentes e impotentes diante dos problemas da educação. Na busca por compreender essa situação e buscar soluções, traziam a importância de resgatar valores tradicionais que foram “perdidos” na sociedade moderna, chegando a defender o uso de recursos mais autoritários nas relações entre professores e alunos e entre pais e filhos.

Sobre isso, Arendt (2011) traz à tona essa discussão sobre passado versus presente destacando que o conservadorismo faz parte da essência da atividade educacional, já que sua tarefa é sempre abrigar e proteger alguma coisa. Ao mesmo tempo, educa-se para um mundo já em constante mudança. Dito de outra maneira, sendo o mundo construído por seres mortais, ele se desgasta e corre o risco de se tornar mortal como seus criadores; e é por isso que é sempre preciso colocar o mundo em ordem, ainda que essa tarefa nunca possa ser assegurada por completo. E assim, a autora aponta que é justamente em nome do que é novo e revolucionário em cada criança que a educação precisa ser conservadora, de modo que possa preservar essa novidade introduzindo-a em um mundo que é velho. Dado que o mundo é sempre mais velho que seus aprendizes, a aprendizagem volta-se inevitavelmente para o passado. Nas palavras da autora:

A crise da autoridade na educação guarda a mais estreita conexão com a crise da tradição, ou seja, com a crise de nossa atitude perante o âmbito do passado. É sobremodo difícil para o educador arcar com esse aspecto da crise moderna, pois é de seu ofício servir como mediador entre o velho e o novo, de tal modo que sua própria profissão lhe exige um respeito extraordinário pelo passado (Arendt, 2011, p. 243-244).

E assim, a autora ressalta que o problema da educação no mundo moderno está no fato de que ela não pode prescindir nem da autoridade nem da tradição, ao mesmo tempo em que ela acontece em um mundo que não está estruturado nem pela autoridade nem pela tradição. Parece ser esse o dilema com o qual as professoras do grupo estavam se deparando. Sem as referências do futuro, recorriam ao passado para lidarem com as contradições do presente. Enquanto estiveram presas nas referências passadas, lamentavam o que já havia ficado para trás como perdas de um tempo em que tudo funcionava em harmonia, perdendo de vista as intempéries vividas, que inclusive, contribuíram para o seu adoecimento.

Os desafios da educação são extremamente complexos, à medida em que se considera, conforme Arendt (2011, p. 247) que “a educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens”. O problema é que, para essas professoras, o trabalho na readaptação as afastava desse ideal à medida em que as atividades, a partir de sua reinserção profissional, as colocavam de modo mais distante na relação com o aluno.

No que se refere à educação, outra questão mais geral, ressaltada pelas professoras, foi a invasão de aspectos ligados à violência urbana no contexto escolar. Um deles se refere à drogadição de jovens, tendo sido presente nos relatos das participantes o fato de terem presenciado a venda de drogas dentro da sala de aula, situação que gerou extrema sensação de impotência. Assim, a escola foi referida como um ambiente que facilita a entrada de muitos jovens no universo das drogas ilícitas. Perder filhos ou alunos para as drogadição e até para a criminalidade foi um sentimento relatado com grande angústia no grupo.

Ainda sobre a questão da violência no contexto escolar, o grupo trouxe à tona o relato de uma professora cuja colega de trabalho havia suicidado após um episódio de ameaça sofrida por parte do irmão de uma aluna. Foram relatadas outras situações de violência ocorridas no ambiente escolar, uma delas referindo-se à ameaça, com revólver na cabeça, sofrida por uma professora dentro da sala de aula em meio aos alunos da classe. Episódios de violência escolar foram apontados como responsáveis pelo desencadeamento do adoecimento de duas professoras do grupo.

No que tange a esse aspecto, Aquino (1998) aponta que a imagem da escola como local onde se fomenta o pensamento humano, muitas vezes parece ter sido substituída por uma visão difusa de um campo de pequenas batalhas civis. E, nesse cenário, os educadores padecem de uma espécie de sentimento de impotência quando confrontados com situações atípicas em relação ao ideário pedagógico. Pigatto (2010) também confirma essa sensação de despreparo e insegurança por parte dos professores que se deparam com o fenômeno da violência estudantil. Ainda nessa direção, Levandoski, Ogg e Cardoso (2011) ressaltam que os profissionais da educação que estão convivendo com situações de violência cotidianamente, passam a ser reféns de ações que afligem a população, tendo tornado preocupante a violência contra os docentes em sua relação com os alunos.

Nessa linha de pensamento, para compreender melhor o fenômeno da violência escolar, Ristum (2010) a diferencia em três tipos, a saber: a violência na escola, a violência da escola e a violência contra a escola. Este último tipo, além de elucidar atos violentos de pessoas externas

à instituição escolar cometidos contra ela – cujo objeto não é de nosso interesse investigar nesse momento –, também inclui a desvalorização social e o empobrecimento do professor. Nesse caso, a política de desvalorização da educação formal pautada nas precárias condições de trabalho, nos baixos salários dos professores e na falta de investimento em sua formação profissional, reflete no fracasso do magistério, cuja responsabilidade, muitas vezes, recai sobre o professor.

Nessa direção da ideologia de responsabilização do professor, Moser (2012) destaca o elevado prestígio social desse profissional nos discursos pedagógicos como um dos fatores que sustenta as novas expectativas e atribuições que passam a integrar a função docente. Além dos conhecimentos de sua área, o professor precisa munir-se de conhecimentos das ciências humanas para dar conta de se abrir a um novo tipo de relação com os alunos, o que pode ser retratado na fala de uma pessoa do grupo: “*o professor tem que ser psicólogo, pai, sociólogo, assistente social... Por que a gente se deixou acumular tantas funções?*”. Desse modo, enfoca-se a dimensão psicologizada das instituições em detrimento do foco na estrutura institucional que deveria dar suporte à educação que, aliás, encontra-se defasada. Analisa-se problemas que são de ordem social e institucional sob a ótica de aspectos ligados à personalidade do professor.

Ademais, dentre os problemas de âmbito institucional, destaca-se a precarização das condições físicas do ambiente profissional dos professores, situação que levou uma das participantes do grupo a acidentar-se dentro da escola. Em plena atuação com os alunos, ela caiu em um buraco no chão da quadra e teve, como consequência, quatro lesões no joelho. Passou por cirurgias, mas não conseguiu recuperar por completo tudo o que foi lesionado. Sendo assim, sofria de uma lesão crônica do joelho e se ressentia do fato de não ter sido tratada com respeito pela instituição educacional onde se lesionou. Quando retornou às atividades profissionais, sofreu mais uma violência: foi vítima de assédio moral e acabou desenvolvendo uma doença psíquica (síndrome do pânico) em decorrência disso.

Também esteve presente, na narrativa das professoras, a percepção de adoecimento da categoria docente como decorrente do sucateamento da educação. Para Ristum (2010), as políticas públicas educacionais acabaram sucateando as escolas e promovendo uma crescente desvalorização social do professor, o que, aliada ao empobrecimento da categoria, tem reflexos para sua autoestima. Todo esse quadro pode ser pensado como um desrespeito aos direitos humanos dos professores, dos alunos e de toda a sociedade, cenário propício à escalada da violência.

Nessa perspectiva, Arbex, Souza e Mendonça (2013) ressaltam alguns fatores que apontam para esse contexto desfavorável do trabalho do professor tais como: a imaterialidade

e a invisibilidade do trabalho docente, que por ser em sua maior parte intelectual, dificulta o reconhecimento social; a intensificação do trabalho, que pode ser pensado em termos da expansão do tempo dedicado a ele; e a precarização das condições de trabalho docente, com crescentes demandas e escassez de recursos. Esse contexto desfavorável pode ser sentido com violência por parte dessa classe trabalhadora. No caso das professoras do grupo, a violência materializada nas ruas durante o movimento grevista – em que policiais agrediram e prenderam professores que manifestavam pacificamente – trouxe à tona toda violência que vivenciavam em seu dia-a-dia profissional, sendo a desvalorização social sentida como uma forma de agressão.

A violência, antes concebida como um evento externo à instituição escolar, passou a fazer parte de seu cotidiano, trazendo aos professores uma realidade para a qual não estão preparados para lidar. Entre os tipos de violência na escola, existe aquela perpetrada entre os próprios alunos, a violência do aluno contra o professor, da escola e do professor contra o aluno, entre os profissionais de educação, do sistema de ensino contra a escola e o professor, do funcionário contra o aluno, do aluno contra o patrimônio da escola, entre outras (Ristum, 2010). Vale destacar que, no caso das professoras participantes da clínica do trabalho, várias faces da violência no contexto da educação, em que estavam inseridas, foram retratadas. Além das situações relatadas da violência de alunos contra professores e colegas (até com o uso de arma de fogo) e da ação truculenta da polícia contra professores nas manifestações grevistas, ainda há que se destacar outras duas questões levantadas. Uma delas se refere à violência presente no cotidiano das relações profissionais dentro das escolas. Outra se refere à “*forma violenta*” com que foram tratadas pela estrutura das Secretarias de Educação e da Saúde em todo processo de adoecimento e de readaptação. No caso das relações interpessoais, houve relatos de situações conflituosas antes da readaptação, mas elas se tornaram mais frequentes e intensas depois desse processo, por isso serão abordadas no tópico seguinte.

6.2 O processo de adoecimento

Conforme já descrito no capítulo referente à redação dos resultados, dentre as patologias relatadas pelas professoras como causas de seu afastamento e posterior readaptação, a depressão e a fibromialgia foram as mais citadas. Nos relatos, surgiram outros problemas do sistema osteomuscular, como bursite e tendinite, e outros transtornos mentais, como síndrome do pânico, psicose e transtorno bipolar. Também estiveram presentes nas narrativas outros tipos de problemas mais específicos como: lesões no joelho, escorregamento de vértebra e calo nas

cordas vocais. Ainda foram narrados o aparecimento de novos adoecimentos depois do processo de readaptação, como tumor no braço, problema na coluna, acidente vascular cerebral (AVC), síndrome do pânico e fibromialgia.

As enfermidades que acometeram as professoras desse grupo levando-as à readaptação são as mais mencionadas na literatura dentre as causas de readaptação na categoria docente. Os problemas vocais, as doenças do sistema osteomuscular e os transtornos mentais, principalmente a depressão, são os mais citados por Medeiros (2010); Medeiros, Barreto e Assunção (2006) e Pezzuol (2008). Medeiros (2010) destaca ainda o crescimento da depressão dentre as principais causas que levam à readaptação.

O aparecimento de novas patologias, como ocorreu no grupo em questão, não costuma ser mencionado na literatura científica. Nesse caso, pelo fato de a readaptação ser um fenômeno relativamente recente, já que a lei federal que dispõe sobre esse dispositivo do poder público data de 1990 e cujos estudos começaram nos anos 2000, é provável que suas repercussões ainda sejam pouco conhecidas. De qualquer forma, Antunes (2014), Arbex, Souza e Mendonça (2013), Batista (2008), Duarte (2014), Gerlin (2006), Macaia e Fischer (2015), Medeiros (2010), Nunes (2000), Pezzuol (2008) e Vieira (2013) já alertavam que a readaptação, do modo como tem sido conduzida, não tem sido promotora da saúde, ao contrário, tem gerado mais exclusão e sofrimento por parte dos trabalhadores adoecidos.

Também há que se mencionar que os professores readaptados continuam atuando no contexto das escolas, onde, segundo Medeiros (2010), são crescentes as condições geradoras de adoecimento. Dentre elas, a autora destaca fatores presentes em um âmbito de análise em nível macro, como a Secretaria de Educação, cuja atuação é marcada pela falta de autonomia e de discussões coletivas e pela perpetuação da intensificação das atividades docentes em função do seu foco prioritário em números em detrimento da qualidade. Já no nível micro de análise, ou seja, no âmbito do dia-a-dia nas escolas, podem ser elencadas algumas situações patogênicas tais como: falta de segurança e de recursos adequados, complexidades nas relações da escola com a família com excesso de responsabilização da escola, além das complexidades da relação professor-aluno e da imagem idealizada do professor.

Vale ressaltar que os adoecimentos trouxeram, para as professoras do grupo, danos físicos, dentre eles, dores constantes no corpo, dificuldades de realizar determinados movimentos com os braços (como escrever no quadro ou carregar peso) ou as pernas (como subir escadas ou ficar em pé durante um período prolongado de tempo), dependência de remédios anti-inflamatórios ou analgésicos e limitações na vida profissional e pessoal. Em todos os casos, as limitações físicas acabaram acarretando sofrimento psíquico, além de danos

psicossociais. Estes danos também vieram como consequência do adoecimento psíquico que geraram dependência de psicotrópicos, intolerância com ambientes tumultuados ou com muitas pessoas, dificuldade de dormir e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Além disso, em pelo menos três casos, as professoras ainda foram vítimas de assédio moral depois do adoecimento, processo que potencializou o sofrimento advindo do adoecimento.

A pesquisa de Schlindwein (2013) corrobora os resultados do presente estudo. A autora demonstra que, uma vez acidentado ou adoecido, o trabalhador passa a sofrer o assédio de modo mais explícito e transparente, pois, nessa condição, ela já não corresponde aos padrões de excelência impostos e, portanto, passa a ser descartável para a organização. Assim, esses trabalhadores sofrem um processo de isolamento, não apenas por parte da gestão, mas também dos próprios pares, sentindo-se constrangidos por serem vistos como pessoas preguiçosas, desinteressadas e que não gostam de trabalhar. O contexto torna-se, então, mais favorável para que sejam vítimas de assédio.

Ainda na perspectiva dos danos psicossociais do adoecimento, foi muito frequente a sinalização do sofrimento das professoras pelo fato de terem que lidar constantemente com a dor, seja ela física ou mental. Conviver com os impactos e limitações que essa dor trazia na vida pessoal e profissional era igualmente desgastante. Somava-se a isso o fato de saberem que se tratavam de dores crônicas, que não tinham cura: “*Eu falei [contando uma conversa que teve com a mãe]: ‘mãe, essa dor que eu sinto não tem cura, não adianta vocês quererem que eu melhore, essa dor é na alma, na minha alma, é uma angústia que não...’*” [referindo-se à depressão]. “*E aí você conviver com essa dor [física] de você caminhar e às vezes doer, você tem que sempre parar por causa da dor, ter que levantar por causa da dor...*” [por não conseguir ficar muito tempo na mesma posição].

Ao tratar das vivências de pessoas com histórias de adoecimento no trabalho, Schlindwein (2013) ressalta como o trabalhador que adoecer se sente amputado, inclusive em relação às suas motivações e disponibilidades. Vivencia tal situação como uma privação de não ser mais capaz de realizar determinadas atividades, sentindo-se enfraquecido em sua função social e pessoal. A autora trabalha o conceito de humilhação social como forma de traduzir tal vivência, sendo concebida como um fenômeno psicológico e político que traz um impedimento para que a pessoa possa viver sua humanidade, já que passa a ser considerada com um ser inferior. Sawaia (2011, p. 106) refere-se ao sofrimento ético-político como uma forma de manifestação das questões dominantes em cada época histórica e que retrata a dor da situação social de ser tratado como inferior, sem valor, como um “*apêndice inútil da sociedade*”. Na sociedade de consumo em que predominam o vigor produtivista e a racionalidade técnica, o

trabalhador adoecido passa a ser considerado, não só um ser inferior, mas até mesmo um estorvo para as organizações e para a sociedade. Na pesquisa de Vieira (2013, p. 99), a vivência de um professor readaptado retrata de forma bastante nítida essa problemática quando ele descreve como é visto o professor readaptado: “a escória humana” dentro da escola.

No início do adoecimento, as professoras do grupo também passaram por situações delicadas no que se refere ao estranhamento que sentiam em relação aos sintomas que estavam se instalando. As crises psíquicas geravam medo de perda do controle e a sensação de não se reconhecerem. Também foi com estranhamento e tristeza que uma professora se viu taxada por uma aluna como uma pessoa doente, mesmo diante de seus esforços de manter sua rotina de trabalho ainda que estivesse passando mal. O relato dessa situação mostra como a vivência do início do adoecimento é dolorosa e fortemente marcada pelos pré-julgamentos que são dirigidos a quem está adoecido:

“É professora eu não sei o que a senhora está fazendo aqui, a senhora não trabalha mesmo, né? Todos os dias a senhora está aqui, mas todo dia a senhora passa mal”. Quando estava passando mal, eu ia pra sala dos professores, lá tinha um sofá [...] Só que eu queria estar na minha sala, mas eu não conseguia, aí tive que ouvir isso. Isso em 2002 [...] eu não engoli essa até hoje, porque eu sabia que eu estava dando o melhor de mim... as minhas feridas na verdade, elas são dessas falas, e não talvez da questão da readaptação. Então às vezes a readaptação pra mim significou assim: será que eu estava me iludindo achando que eu estava fazendo alguma coisa e no fundo eu não estava fazendo nada? Elas que têm razão, eu não? Então assim, será que a readaptação foi a confirmação que eu não estava fazendo nada?”

Relatos como este mostram como era difícil lidar com os novos limites do corpo a partir do momento do adoecimento. Lamentavam, constantemente, o fato de quererem continuar “produzindo”, no sentido de realizarem algo em que se sentiriam úteis, e não conseguirem em função dos limites do adoecimento. Também eram recorrentes as narrativas que traziam a volta dos sintomas ou das crises e até mesmo o aparecimento de novos adoecimentos e limitações. As oscilações da doença geravam novos afastamentos do trabalho e, conseqüentemente, vergonha e culpa pela impossibilidade de se trabalhar com assiduidade. Assim, chegava-se a cogitar a aposentadoria como uma forma de aplacar esse conflito. Ao mesmo tempo, a aposentadoria por invalidez era temida em função das perdas de direitos e de rendimentos e também da vontade de continuarem trabalhando. A relação com o desejo da aposentadoria era dúbia: parecia uma saída para se libertarem dos sofrimentos no trabalho, ao mesmo tempo em que era temida, já que representaria para elas o carimbo da invalidez e da incapacidade.

Muitas professoras compartilharam a experiência de terem enfrentado o momento delicado do aparecimento da doença de forma solitária, sem apoio de familiares ou de amigos.

Ao mesmo tempo, a instabilidade emocional, decorrente dessa situação que envolvia o adoecimento, também gerava prejuízo para os relacionamentos familiares. Merlo, Jacques e Hoefel (2001) tratam das repercussões que esse tipo de adoecimento trazem não só à vida laboral do trabalhador, mas também à sua vida familiar e social, além das repercussões em seu psiquismo. Os autores destacam sentimentos relatados por trabalhadores adoecidos de desvalia, tais como: insegurança quanto ao futuro profissional, inconformismo perante suas limitações, medo, revolta e culpa.

Como forma de tentarem elaborar essa relação com as respectivas doenças, três metáforas foram mencionadas no grupo. As primeiras referem à doença psíquica como uma *“pedra no sapato que fica sempre incomodando”* ou como uma *“dor na alma que não tem cura”*. A segunda se refere à doença como *“um monstrinho”* que, por ter *“pegado”* a pessoa que adoeceu passa a ser *“um bichinho de estimação”* que precisava ser cuidado porque passou a fazer parte da pessoa. Ao que parece, esse movimento denota a tentativa de aceitar esse corpo adoecido e a convivência com os transtornos que ele traz.

O adoecimento pode ser considerado um enunciador da condição intrínseca do ser humano, da sua condição psíquica de incompletude, de um ser faltante (Gomes & Próchno, 2015). Dado ao caráter incurável das patologias em jogo, no caso das professoras, essa enunciação torna-se ainda mais gritante, trazendo para elas, a necessidade de se aceitarem nessa condição e de aceitarem a doença como fazendo parte de sua vida, como pode ser apreendido das tentativas de elaborações por meio das metáforas da *“pedra no sapato”* e da *“doença na alma”*.

Gomes e Próchno (2015) ressaltam ainda que a doença expõe a fragilidade humana para si e para o outro, trazendo à tona o imprevisível, as incertezas, o incognoscível e fazendo com que o sujeito adoecido se depare com o desamparo constituinte do ser humano e com sua condição de sujeito barrado. Diante dessa percepção de falta de controle sobre si mesmo que rompe com a ilusão da onipotência, podemos ver, na metáfora da doença como um *“bichinho de estimação”*, uma tentativa de domesticar a doença. Ela, que seria selvagem, *“um bichinho que te pega”*, algo sobre o qual não se tem o menor controle, precisava ser domesticada, tornando-se um *“bichinho de estimação”*, dócil e sob controle.

Por outro lado, as professoras começaram a fazer indagações sobre o que as levaram a adoecer: *“Você já parou para pensar por que você tem que ser tão eficiente no trabalho?”*. Ou seja, para além de tentarem domesticar a doença, tarefa da ordem do impossível, esse questionamento sinalizava um movimento do grupo em direção a uma postura mais crítica sobre o adoecimento, que poderia ajudá-las a estabelecer outro tipo de relação com seu corpo e com

o trabalho. Na medida em que fizeram esse tipo de questionamento e passaram a relacionar o excesso de comprometimento com o trabalho ao seu processo de adoecimento, denunciando alguns elementos adoecedores do trabalho docente, pode-se dizer que elas passaram a vislumbrar a dimensão coletiva do adoecimento. Isso contrapõe o estigma existente sobre os readaptados, que tem sua fonte na culpabilização individual pelo adoecimento (Arbex, Souza & Mendonça, 2013), culpa essa, muitas vezes internalizada pelos próprios sujeitos adoecidos, como foi possível perceber muitas vezes na narrativa das professoras do grupo.

Nessa direção, Barreto e Heloani (2015, p. 554) enfatizam o processo saúde-doença como um acontecimento coletivo e não simplesmente individual, alertando para que se evite que “o biológico justifique quase tudo ou que a ideologia da autculpa, do medo e da vergonha seja instrumentalizada e cultivada, omitindo de forma simultânea as causas contidas no espaço social do trabalho, geradoras de adoecimentos e sofrimento”. Nesses modos de organizar e de administrar o trabalho sustentado pela cultura da intolerância, os adoecidos e acidentados são descartados.

6.3 O “trabalho” na readaptação

Conforme foi descrito, no momento de realização da clínica do trabalho, três professoras estavam atuando na biblioteca da escola, duas estavam na coordenação do laboratório de informática, duas atuavam como apoio administrativo da direção, uma na mecanografia e outra professora já estava aposentada, mas havia sido designada para a biblioteca na época da sua readaptação. Em levantamento realizado por Medeiros (2010), grande parte das professoras readaptadas do Distrito Federal atuavam em atividades de apoio (43%) e em bibliotecas ou salas de leitura (37,7%). Medeiros, Barreto e Assunção (2006) destacam, também, as funções de auxiliar de biblioteca e de auxiliar de secretaria como as mais frequentes entre professores readaptados. Já a coordenação do laboratório de informática, função exercida por duas professoras do grupo dessa clínica do trabalho, não é comumente citada na literatura.

Desse modo, independente da função exercida, a falta de prescrição das atividades para as quais o professor readaptado é realocado foi recorrentemente relatada, sendo esta uma questão que lhes gerava muitos problemas. A única prescrição se refere às restrições estabelecidas pela perícia médica. A partir daí, a escola decide onde realocar o professor adaptado e o faz, muitas vezes, sem consultá-lo. Muitas professoras do grupo relataram a sensação de terem sido “jogadas” para determinada área, sem orientações ou suporte, como pôde ser expresso por professoras que atuavam na biblioteca e na sala de informática: “*Me*

tiraram de um lugar que eu me sentia segurança e me jogaram na biblioteca [...] Lá eu não me identifico, porque eu sinto como um depósito de ser humano”; “[O gestor da escola] me botou, vai lá [para o laboratório de informática], está cheio de poeira, fica lá que é o que você representa agora, cheio de poeira mesmo, máquina sujas, cheias de teia de aranha, ninguém usava, sabe, as máquinas não eram ligadas”. Ser designada para exercer atividades em lugares descritos como depósito de ser humano e lugar inutilizado e cheio de poeira sinaliza a experiência de um não-trabalho que as professoras passaram a vivenciar depois da readaptação.

Muitas vezes, a indefinição das diretrizes quanto às atividades a serem realizadas por professores, nessa condição, gera desvios de função ou subutilização de suas capacidades. A atividade da mecanografia é um nítido desvio de função, primeiro por não se tratar de uma atividade de cunho pedagógico; segundo, porque, no caso da professora desse grupo, era incompatível com as limitações físicas de sua doença, o que piorou seu quadro sintomático. No laboratório de informática também havia desvios de função, já que muitos professores regentes não faziam uso adequado do espaço e assim, expunham as professoras readaptadas a situações incompatíveis com suas limitações funcionais no que se refere à restrição de trabalho em ambientes com muita gente.

Outro relato foi a utilização da falta de prescrições por parte da direção da escola para punir uma professora readaptada militante deslocando-a para uma função na biblioteca, de modo a deixá-la no ostracismo como retaliação por ter contestado algumas de suas decisões. Medeiros (2010) problematiza o consentimento institucional para a atuação dos professores em bibliotecas sem a devida capacitação por dois motivos, a saber: o primeiro refere-se à falta de preparo e até de perfil para o exercício dessa função; o segundo refere-se ao mau uso que se tem feito das bibliotecas escolares, tidas frequentemente como depósito de livros e lugar de destino para alunos indisciplinados como forma de castigo, onde devem realizar leitura compulsória sob vigilância dos professores que lá atuam. Desse modo, é questionável o caráter que assume tal tarefa, em um espaço que se torna lugar de castigo para alunos e professores. Bastos et al. (2010) sinalizam que uma sala só com livros não faz com que a biblioteca possa ter um papel de seduzir leitores e de desenvolver o hábito da leitura, podendo se tornar um lugar de marasmo, silêncio e inexistência de diálogo, um espaço imóvel, imutável, sem identidade, que serve para ocupar a falta de espaço. Assim, tudo o que não tem um espaço específico para ser realizado, vai para a biblioteca, que se torna esse espaço onde se cumpre um dever penoso, descaracterizando seu significado ligado ao encantamento e descobertas proporcionados pela leitura e ao espaço vital para o aprendizado e a pesquisa.

No caso da professora do grupo, que foi alocada para a biblioteca como forma de castigo por suas posições políticas em relação à direção da escola, sua participação na clínica do trabalho foi interrompida em função de um surto psicótico que desencadeou. Na última vez que ela esteve presente na clínica, estava de licença médica, mas já havia recebido a sinalização da médica que a acompanhava de que já estava apta a voltar ao trabalho, situação relatada com grande angústia: “*Eu estou numa resistência muito grande [de voltar a trabalhar]. Eu queria produzir, eu não quero ser apenas um espectador [...] uma das dificuldades que eu tenho é que eu não quero viver aquela vida diária ali dentro [na biblioteca], não quero ficar naquela coisa morta*”. Observa-se o professor readaptado condenado a um trabalho morto e ainda tendo o ostracismo como castigo e as sérias consequências disso para o sujeito trabalhador.

Sobre os problemas envolvendo desvios de função, Medeiros (2010) denuncia as inconsistências presentes nos processos de readaptação em que é comum designar professores para as áreas administrativas sob a designação genérica de áreas de apoio, sem sua participação ou consentimento e sem considerar o perfil do professor. Além disso, há que se considerar que essas designações acontecem à revelia da determinação de que o professor readaptado deve atuar no âmbito pedagógico da escola. E ainda se observam situações em que, mesmo em locais com grande potencial pedagógico, como as bibliotecas, a atuação dos readaptados se restringe a aspectos burocráticos e administrativos. Assim, os desvios de função para atividades meramente administrativas acabam acontecendo para atender às necessidades da escola nessa área, muitas vezes às custas do cerceamento de iniciativas de professores que buscam ter uma efetiva atuação pedagógica (Medeiros, 2010). A autora ainda denuncia usos indevidos da legislação sobre readaptação como meio de normalizar desvios de função.

Por se sentirem lesadas em função dessas lacunas na legislação, as professoras do grupo reiteraram a necessidade de lutarem por mudanças nesse sentido, ainda que descreditassem nos seus poderes para isso. Em um âmbito deliberativo mais restrito, algumas professoras lutavam para que a direção administrativa e pedagógica da escola aceitasse incluir o projeto relativo à sua atuação como professora readaptada no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da instituição. Esse era um mecanismo do qual elas lançavam mão para garantir, minimamente, que sua atuação não se mantivesse à mercê da interpretação ou da vontade do gestor escolar, como é comum de acontecer, conforme afirma Medeiros (2010). Além disso, esse projeto era a forma que tinham de garantir que seu direito a uma atuação pedagógica na escola fosse respeitado. Assim, podiam atrelar as atividades que realizavam na biblioteca ou no laboratório de informática, por exemplo, a questões relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem, não se restringindo apenas a atividades administrativas. Mas como encontravam resistência em

relação à aceitação desses projetos pela direção da escola, esse contexto exigia que estivessem em estado de alerta constante em relação às atividades que lhes eram designadas, para que fossem respeitadas suas limitações e, ao mesmo tempo, que fossem consideradas suas potencialidades.

Outra consequência advinda da falta de definições e diretrizes para a atuação do professor readaptado é o fato de se tornarem uma espécie de “quebra-galho”, situação à qual também tentavam resistir. Essa resistência, por mais que demonstrasse um movimento dessas professoras na luta pela realização de algo que fizesse o mínimo de sentido para elas, acabava gerando frustração pelo fato de não se sentirem mais produtivas por não poderem mais atuar em sala de aula, como demonstrado pelo seguinte relato: *“eu vejo que a gente foge a essa regra porque a gente não aceita a condição de “jáque”: ‘já que você não está fazendo nada, faz isso aqui’, e mesmo assim você não fez nada. Por mais que você não quer fazer, você faz, mas você não fez, você não é professora... regente, que tem uma turma, que produz”*. A experiência de outra professora também retrata essa luta por atuar dentro da perspectiva pedagógica: *“ao mesmo tempo que eu estou tentando ser aceita, eu estou deixando de ser, de ter a minha identidade, porque aí eu vou tampando um buraco aqui, vou fazer um muralzinho ali para uma colega... Mas aí é igual ela falou: eu não estou fazendo nada”*. De forma irônica, outra professora denunciou essa situação: *“pau pra toda obra, daqui a pouco te dá uma furadeira para você furar um buraco”*.

Medeiros (2010) aponta também essa prática comum de solicitar ao professor readaptado o cumprimento de tarefas do tipo tapa-buracos, que demonstra desrespeito e desqualificação em relação ao professor adoecido, com consequências para sua identidade profissional. Essa situação também é denunciada por Gerlin (2006) que relaciona a vivência da readaptação à instabilidade de ser jogado para diferentes espaços de atuação e de não ter seu lugar assegurado na escola onde atuam.

Assim, a subutilização das atividades foi uma queixa frequente no grupo, com graves desdobramentos, principalmente para sua identidade profissional. Bastos et al. (2010) afirmam que os professores readaptados não são tratados como educadores nem como pessoas criativas, mas como pessoas inativas. Gerlin (2006) aponta para a desconsideração do histórico profissional do professor readaptado ao ser realocado para novos postos de trabalho. Ainda nessa direção, Batista, Juliane e Ayres (2010) tratam do sentimento de inutilidade e de insegurança por parte de pessoas readaptadas que são impedidas de exercer seu potencial profissional já que, ao serem remanejadas, normalmente, passam a exercer atividades menos complexas e desvalorizadas. Assim, ao invés de ser um processo de reabilitação, a readaptação

acaba sendo um processo de ruptura da identidade profissional (Pezzuol, 2008), podendo ser esse o elemento de maior dano psicossocial vivenciado para o readaptado.

6.3.1 O sofrimento na readaptação

A partir da perspectiva das professoras do grupo, podemos dizer que as fontes de sofrimento no processo de readaptação e no trabalho realizado a partir daí, estariam ligadas a três conjuntos de elementos, a saber: os de ordem institucional, os que advêm dos relacionamentos socioprofissionais e aqueles relativos à perda da identidade profissional. Na verdade, não há como compartimentar o sofrimento. O que se pretende aqui é fazer uma categorização didática de forma a tentar clarear a dinâmica do sofrimento na readaptação. Todos esses fatores se entrelaçam e não há uma relação de causalidade entre eles.

Dentre as questões de ordem institucional, pode-se dizer que os fatores estão ligados aos procedimentos burocráticos envolvidos no processo de readaptação e na falta de definições e diretrizes legais que, de fato, promovam saúde para os professores readaptados. Dentre os fatores da ordem dos relacionamentos socioprofissionais estão as questões ligadas à exclusão, à rejeição, aos julgamentos pejorativos voltados aos readaptados e ao desrespeito e violência nas relações com os pares. O sofrimento advindo da perda da identidade profissional está relacionado aos sentimentos de inutilidade, culpa, perdas e dúvidas que permeiam todo o trabalho na readaptação. A seguir, serão detalhados cada um desses elementos que, em conjunto, constituem as fontes de sofrimento na readaptação das professoras.

6.3.1.1 Elementos de ordem institucional:

Como dito anteriormente, a partir do adoecimento, percorre-se um longo caminho que é marcado por licenças médicas que podem se estender por até dois anos. Decidido que o caminho a seguir diante do quadro patológico é o da readaptação, o professor retorna à escola e tem suas atribuições definidas, na maioria das vezes, sem a sua participação. Nos relatos das professoras, houve uma situação em que o diretor sequer aceitou a professora readaptada, tendo-a “devolvido” à Secretaria de Educação. Em outros casos, em que as escolas cumpriram sua obrigação de aceitar as professoras readaptadas, o mais comum nos relatos foi a situação de não aceitação implícita, em que o readaptado foi “jogado” para determinada área e ainda acabava sendo alvo de fofocas entre os colegas e de julgamentos pejorativos: “*chegou mais um doente [...] mais um para não fazer nada*”. Rossi (2008) faz uma leitura desse tipo de situação afirmando que a instituição não tem interesse em receber um trabalhador lesionado/adoecido e

o fazem apenas para cumprir uma obrigação legal. Esse profissional não corresponde mais aos padrões de excelência e ainda colocam em xeque as defesas coletivas que estão em ação nos grupos de trabalho, representando, assim, uma ameaça aos colegas “saudáveis”.

Algumas professoras do grupo relataram, reiteradamente, a falta de cuidado dos vários atores envolvidos no processo de readaptação, desde a Secretaria de Educação, passando pela equipe médica, até os gestores escolares. Essa situação era relatada com mágoa e ressentimento, em função da falta de consideração por profissionais que se esforçaram pela educação e que agora encontravam-se em uma situação de maior fragilidade em função de um adoecimento que, algumas vezes, fora adquirido no/pelo trabalho.

Outro fator que denotava a falta de cuidado dessa instância era a falta de informações sobre seus direitos e suas obrigações nessa nova condição que se encontravam os professores readaptados, o que gerava constante medo de perda de direitos. Nessas circunstâncias, algumas professoras relatavam a busca de apoio por meio do sindicato. Ainda se ressentiam por terem tido que enfrentar todo esse sofrido processo de perdas, advindas do adoecimento e da readaptação, de forma solitária. No estudo de Schlindwein (2013) com trabalhadores adoecidos, o enfrentamento solitário da doença também foi ressaltado pelas participantes da pesquisa, que tiveram que buscar, sozinhas, seus direitos como trabalhadoras que já não eram capazes de trabalhar do modo como exigia sua profissão.

Outrossim, os serviços de saúde, pelos quais aos quais os profissionais readaptados têm que se submeter periodicamente para avaliação da perícia médica, são constantemente criticados na literatura científica. O tratamento desumano dispensado aos trabalhadores adoecidos e a burocratização excessiva que eles têm que enfrentar (Arbex, Souza e Mendonça, 2013), a falta de conhecimento do processo de trabalho por parte dos médicos peritos gerando dificuldade na definição das atividades que os readaptados devem desempenhar (Nunes, 2000) e a desqualificação do adoecimento no sentido de atribuí-lo à má fé dos trabalhadores (Medeiros, 2010) são algumas das críticas atribuídas aos serviços de perícia médica. Assim, essa perícia está atrelada a práticas governamentais desarticuladas de uma proposta política de promoção da saúde do servidor/trabalhador (Pezzuol, 2008). Sobre isso, Nunes (2000, p. 135) aponta que, o fato de trabalhadores, que solicitam algum tipo de licença, serem tratados de forma estigmatizada como falsos e preguiçosos acaba contribuindo para que muitas pessoas que estão doentes se esquivem de pedir a readaptação, evitando, assim, de passar pelo que considera “*um verdadeiro ritual de humilhação*”.

Assim como tiveram, no passado, uma postura de cuidado e de suporte em relação a alunos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, as professoras do grupo

esperavam ter tido apoio no momento da fragilidade que a doença lhes trouxe. Mas ainda que ressentimento e mágoa tenham sido predominantes no que se refere a todo esse processo da readaptação, uma das professoras insistia para que o grupo se mobilizasse para mudar questões ligadas à legislação para os readaptados. Ao que parece, o grupo sentia-se impotente diante desse pedido da colega, sentimento esse que, certa vez, foi explicitado. Ao final, já havia um posicionamento de que, mesmo em casos de acidente de trabalho, responsabilizar o governo ou alguém por isso, não iria diminuir a dor da lesão (física). E o grupo foi, aos poucos, saindo da posição da queixa e da culpa para uma postura de ressignificar o adoecimento, ainda que soubesse que, para isso, a luta seria solitária. Entre as trabalhadoras adoecidas que participaram do estudo de Schlindwein (2013) foi possível perceber uma postura semelhante, pois elas se negavam a aceitar serem condenadas ao não-trabalho ou ao desemprego, assim como se recusavam a aceitar que as limitações de suas respectivas doenças significassem a limitação de suas habilidades e competências, sendo, por isso, peças descartáveis.

6.3.1.2 Elementos relativos aos relacionamentos socioprofissionais:

Em relação ao enfrentamento solitário da doença, o descuido para com elas foi sentido não só em relação às instâncias ligadas à Secretaria de Educação ou à gestão escolar, mas também aos próprios colegas de trabalho. Assim, relataram com muita ênfase, as vivências de exclusão, de rejeição e de discriminação por parte da maioria das pessoas da escola a partir do momento em que se tornaram readaptadas. O peso do estigma de preguiça, de acomodação e até de “picaretagem” em relação aos readaptados parecia interferir muito nessas relações profissionais. Com grande indignação, as professoras do grupo relataram situações em que o simples fato de serem vistas sorrindo ou com boa aparência no ambiente de trabalho era motivo para serem julgadas por alguns colegas que diziam que elas estavam fingindo a doença para não trabalharem. Chegavam a ser tratadas como pessoas de sorte que não precisavam mais atuar em sala de aula, julgamento totalmente incoerente com o sofrimento que vivenciavam por estarem doentes, na maioria das vezes acometidas por males incuráveis. No estudo de Vieira (2013), os professores readaptados também foram alvo de julgamentos preconceituosos desse tipo, sendo taxados de terem vida boa quando, na verdade, sentiam-se desconfortáveis e insatisfeitos por realizarem atividades fora de sala de aula.

Nesse contexto adverso, as professoras temiam episódios de recaídas e eclosão de crises das doenças psíquicas no ambiente escolar, situação em que teriam suas doenças expostas para os alunos e seus pares. Não queriam ser julgadas como fracas e doentes e, ao mesmo tempo, desejavam que as limitações decorrentes de suas doenças fossem respeitadas, assim como suas

potencialidades. Dessa forma, procuravam se mostrar úteis e comprometidas no trabalho, tendo sido essa uma situação identificada de forma recorrente nos relatos. Todavia, essas tentativas faziam-lhes vivenciar outro tipo de conflito nas relações de trabalho, o acirramento do clima de disputa e de competição. Chegaram a relatar a sensação de que, no ambiente escolar, tentava-se calar quem adoeceu; assim, era melhor que elas permanecessem doentes e improdutivas.

Contudo, ainda que existisse apoio por parte de alguns poucos colegas de trabalho, situações de desrespeito e desconsideração no ambiente profissional eram sempre relatadas pelas professoras como algo que acontecia rotineiramente. Em alguns momentos, essas narrativas vinham acompanhadas de lembranças dolorosas por parte de quem já havia sofrido assédio moral após o adoecimento.

Pode-se atribuir a intensificação das situações de desrespeito e de assédio vivenciadas pelas professoras, depois da readaptação, à nítida diferenciação entre professores regentes e professores readaptados nas escolas em que trabalhavam, como se se tratassem de duas categorias totalmente distintas. Ou seja, a partir do momento em que se tornaram professoras readaptadas, era como se não pertencessem mais à classe docente. Assim, não eram chamadas para reuniões da escola ou da Secretaria de Ensino destinada aos professores, como também não eram convidadas para comemorações dos aniversários realizadas entre as professoras. Barreto e Heloani (2015) ressaltam que os atos de violência encontram ambiente propício para se proliferar quando as pessoas são separadas em grupos distintos e consideradas como desiguais. Desse modo, de um lado estariam os trabalhadores saudáveis e produtivos, ou seja, os vitoriosos. De outro lado, estão os adoecidos e que, por isso, são considerados improdutivos, não confiáveis, indesejáveis, ou seja, uma ameaça à ideologia produtivista. Marca-se a diferença entre os vitoriosos e os fracassados. Vieira (2013) ainda reforça que essa cultura segregadora, de exclusão e de estigmatização utiliza da culpabilização individual e do isolamento para evidenciar que esses professores não estão saudáveis. E assim, a readaptação passa a ser um sinal de fracasso (Nunes, 2000).

Uma das professoras do grupo que foi vítima de assédio moral ainda destacou a solidão com a qual teve que enfrentar essa situação, o que a desencorajou de formalizar uma denúncia contra seu agressor. O fomento da competição entre os pares, valorizada e preconizada pelos novos modelos de gestão, fixa a indiferença ao sofrimento do outro, o isolamento, o esgarçamento dos laços afetivos e o rompimento do espírito coletivo (Barreto e Heloani, 2015). As professoras apontaram ainda, questões ligadas ao poder e ao autoritarismo dos gestores ou de pessoas que deles se aproximam para obter favoritismos como facilitadores de assédio. Barreto e Heloani (2015, p. 557) confirmam essa assertiva ao apontarem que “o abuso de poder

cria focos de instabilidade e tensões, o que transforma o lugar de trabalho em um espaço degradado, inseguro e arriscado, que afeta a todos”.

Nesse ambiente, em que sentiam que predominavam, nas relações profissionais, a desconfiança, a competição e diversas manifestações de violência, as professoras temiam que novos adoecimentos pudessem lhes acometer. Outros fatores geradores de desgaste nas relações, percebidos por elas, no ambiente profissional, eram a falta de ética e os problemas que envolviam questões relativas ao poder institucional. Diante desse cenário, muitas vezes elas entravam em embates na defesa do que consideravam uma atitude adequada para as relações profissionais; outras vezes, tentavam não enfrentar para evitar ainda mais desgastes e para se preservarem.

6.3.1.3 A perda da identidade profissional:

O sofrimento advindo do trabalho na readaptação estava muito atrelado à vivência de perda de identidade profissional por parte das professoras do grupo. Narrativas que traziam os sentimentos de exclusão, de inutilidade, de perda de espaço profissional e de subutilização de suas capacidades, foram muito marcantes e recorrentes. Tudo isso remetia-lhes ao que descreviam como a vivência violenta de terem sido alijadas do processo de educação. Esse sofrimento ainda era agravado pela sensação de impotência ao terem que lidar com as limitações impostas pela doença e com o luto pela perda da relação com o aluno por não poderem mais voltar para a sala de aula. Desse modo, a perda da relação com os alunos foi relatada com pesar por sentirem que não poderiam mais contribuir com seu crescimento e seu desenvolvimento, o que está atrelado à perda da identidade profissional: *“Hoje eu estou podada porque eu não tenho os meus alunos, então assim, eu me sinto frustrada profissionalmente porque eu não estou fazendo o que eu deveria estar fazendo”*.

Para Medeiros (2010), a princípio, a readaptação enquanto limitação da atuação docente não seria fator isolado na desarticulação da identidade profissional docente. Mas o imaginário institucional escolar limita a atuação docente ao espaço da regência de classe. Além disso, a forma de realocação de funções para os professores readaptados não contribui para que a readaptação se configure como uma possibilidade de continuidade de atuação desse profissional como professor, não contribuindo para sua integridade identitária. Nessa mesma direção, na pesquisa desenvolvida por Macaia e Fischer (2015), as funções realizadas pelos professores readaptados não eram consideradas como trabalho, uma vez que ele é entendido como atividades desenvolvidas com os alunos ou direcionadas à sala de aula. Assim, no início da readaptação, os professores não identificaram como retorno ao trabalho o fato de terem

retornado à escola. Gerlin (2006) também destaca a percepção da readaptação como um processo penoso aliado à ideia de deixar de ser professora.

A readaptação gera uma nova condição laboral, social e simbólica ao trabalhador, muitas vezes permeada por sentimentos de perda, frustração e fracasso (Arbex, Souza e Mendonça, 2013). Rossi (2008) aponta o sofrimento de trabalhadores adoecidos advindo do estado de fragilização psíquica provocada pela patologia em decorrência das perdas e da exclusão. Dentre essas perdas, destacam-se as mudanças de papel social no trabalho, a perda da identidade de trabalhador e o sentimento de culpabilidade pelo adoecimento.

Assim, as professoras relatavam como todo esse processo trazia à tona a desilusão pelos sonhos que elas não puderam concretizar e pela perda do que já havia sido conquistado (“*eu perdi tudo que eu conquistei*”), além da necessidade de terem de abrir mão de valores educacionais que nutriam enquanto atuavam como professoras regentes. Na condição de readaptadas, sentiam a invisibilidade do trabalho que realizavam, a ponto de terem relatado a sensação de se sentirem inexistentes. Além disso, experimentavam o desânimo com as novas atividades que lhes eram atribuídas pelo esvaziamento de significado: “*A sensação que eu tenho é de estar enchendo linguiça, assim, enxugando gelo, como dizem, você está fazendo aquilo, mas você sabe que não vai dar em nada, não vai dar em nada*”.

Ao mesmo tempo, não se reconheciam neste desânimo que se abatia sobre elas e isso era fator de mais sofrimento, dando a impressão que se sentiam culpadas por estarem desanimadas com as funções que passaram a desempenhar. Assumiam, dessa forma, o discurso opressor que culpabiliza a vítima e não responsabiliza o sistema que não lhes oferece condições para desempenharem funções compatíveis com suas capacidades e habilidades. Ademais, chegavam a sentir vergonha por terem adoecido e culpa por terem sido readaptadas, ou seja, a readaptação era vista como um castigo para quem não estava sendo produtiva em função do adoecimento. Preocupavam-se com os impactos que a doença trouxe para os alunos, para a escola e para suas respectivas famílias. Desse modo, podemos inferir que, na condição de culpadas, talvez fosse realmente difícil que lutassem por melhores condições de trabalho, já que precisavam cumprir essa penitência.

Nessa perspectiva, Antunes (2014) aponta duas atitudes distintas no trabalho realizado por professores readaptados: alguns sentem falta das atividades de regência de classe, já outros chegam em um estado de desencanto com a profissão, relatando certo alívio por estarem fora da sala de aula. Nesse caso, consideram a educação como causa perdida, sendo predominantes o desânimo e a desilusão. Mas de qualquer forma, percebe-se que há impactos na vida dessas pessoas e em suas questões identitárias após o adoecimento. Além disso, a falta de

reconhecimento advindo das atividades mais simples e menos valorizadas que passam a desempenhar é outro fator de desânimo com o trabalho. Acrescente-se a isso, a falta de perspectiva para uma atuação mais efetiva – outro fator que pode gerar acomodação diante da limitação imposta (Medeiros, 2010).

No caso das professoras do grupo, a aceitação da doença e da sua nova condição de trabalho passava pela necessidade de se aceitarem na nova situação. Sentiam os impactos do processo de adoecimento não só em relacionamentos interpessoais, mas também na relação consigo mesmas, pois sentiam dificuldades de aceitar as mudanças em seu modo de ser e de agir, que passou a ser marcado por sentimentos de tristeza, de fragilidade e de falta de ação. Chegaram a narrar uma experiência de autorrejeição quando do início do seu processo de readaptação: “*quando a gente é readaptado, eu não queria ser readaptada, eu me rejeitei, me senti um fracasso*”. Assim, a condição de readaptada lhes impunha limitações e novos patamares de eficiência, difíceis de serem aceitos por elas mesmas.

A problemática da identidade profissional, para essas professoras, estava ligada a diversas perdas vivenciadas a partir do adoecimento e da readaptação e traziam dificuldades de se encontrarem nesse novo espaço de atuação. Assim, não se identificavam nem com os professores regentes nem com muitos readaptados com quem conviviam no dia-a-dia profissional, apesar do esforço que muitas vezes empreendiam para serem aceitas nesses grupos. Perdidas em relação às novas relações e aos novos papéis profissionais, nutriam incertezas sobre os caminhos que deveriam seguir, o que alimentava o desânimo e a frustração: “*a gente vai se decepcionando, vai desanimando [...] cada dia que passa eu estou chegando em casa mais desanimada, assim, eu não sei, estou me sentindo perdida, porque não é mais nada daquilo que eu vivi ou que talvez eu tenha sonhado*”.

Sobre isso, Pezzuol (2008) assevera que a falta de uma proposta coerente de integração e de reabilitação como educadores, contribui para que os professores readaptados não tenham uma continuidade de suas ações e não obtenham reconhecimento pelo seu trabalho como educadores, gerando um processo de ruptura da identidade profissional docente e o rebaixamento de sua autoestima. O não aproveitamento de seu potencial como educador gera desânimo e acomodação quando, na verdade, poderiam ser incentivados a continuar se capacitando para assumir novas funções no sistema educacional, já que se trata de um profissional que está na ativa.

As professoras do grupo passaram a ter dúvidas quanto à sua importância na vida do aluno – reconhecimento que lhes era tão caro – e até mesmo quanto ao desempenho de seus outros papéis sociais, sentindo-se fracassadas: “*Quando uma pessoa morria [eu pensava], eu*

estou tão doente, por que não fui eu? Eu devia ir, eu não estou servindo para nada”. É possível perceber, em toda a dinâmica que envolve as perdas advindas do processo de readaptação, como a falta do reconhecimento tem um peso significativo para essas professoras.

Dejours (2011c) destaca a importância do reconhecimento no trabalho para a identidade – no sentido do reconhecimento pelo outro – de uma descoberta exitosa da experiência do sujeito com o real do trabalho, o que contribui para dar uma significação social ao sofrimento inerente ao trabalho. Em um primeiro momento, esse reconhecimento não diz respeito à pessoa, mas ao seu trabalho, é focado no fazer. Posteriormente, o sujeito pode levar esse julgamento do registro do fazer para o registro do ser, no sentido de sua realização (Dejours, 2012c). Considerando a identidade como a armadura da saúde mental e sendo ela sempre incerta e inacabada, a confirmação pelo olhar do outro é uma necessidade constante dos sujeitos (Gernet & Dejours, 2011). Assim, o prazer no trabalho se dá a partir do ganho obtido no registro da construção da identidade e da realização de si mesmo, ou seja, não é a atividade em si que produz identidade, mas o reconhecimento conferido pelo olhar do outro (Dejours, 2011b). Por outro lado, o não reconhecimento pode gerar no sujeito dúvida quanto à relação mantida com o real por intermédio do trabalho, desestabilizando a identidade e podendo desencadear adoecimento (Gernet & Dejours, 2011).

Diante dessas considerações, é possível compreender a problemática relativa à questão identitária das professoras do grupo em questão. A falta de sentido das funções que elas passaram a realizar pode ser atribuída ao fato de se tratar de atividades pouco valorizadas socialmente e sem continuidade com suas trajetórias profissionais, o que dificulta o processo de reconhecimento. Soma-se a isso a exclusão social advinda do adoecimento. Sem os laços sociais que permitiriam o reconhecimento pela confirmação do olhar do outro, as dúvidas quanto à sua identidade profissional e pessoal as assolavam e não era possível transformar o sofrimento no trabalho em prazer. Acometidas pelo desânimo e pela autodesvalorização, sentiam-se culpadas.

Vale ressaltar que, superado o impacto inicial do processo de readaptação, o que muitas vezes vinha acompanhado por depressão, procuravam sentir-se úteis e valorizadas, buscando envolverem-se em atividades pedagógicas, o que nem sempre ocorria, dado o caráter mais técnico das funções atribuídas ao professor readaptado. Contaram, com entusiasmo, situações em que já foram chamadas a contribuir com algum projeto na escola e se sentiram incluídas e reconhecidas pelo trabalho realizado. Tratavam-se de situações não muito frequentes que, quando aconteciam, sentiam que ainda podiam criar e ser úteis. O entusiasmo no relato dessas situações pode demonstrar certo desespero por algumas migalhas de reconhecimento, que não

chegavam a atuar em uma perspectiva de integração da identidade. E assim, os sentimentos de subutilização das capacidades, de exclusão, de inutilidade e de fracasso voltavam à cena, em uma perspectiva do desânimo como repetição.

E a partir desse momento, diferentes formas de reação puderam ser observadas. Algumas professoras envolviam-se de maneira exagerada no trabalho, mesmo ultrapassando os limites de sua doença, como forma de obterem algum reconhecimento. Estratégia também observada no estudo de Medeiros (2010) em que, na busca por reconhecimento, muitos readaptados acabavam se sobrecarregando para mostrarem o seu valor. No grupo desta clínica do trabalho, algumas professoras buscavam melhorias em suas condições de trabalho mesmo que, para isso, tivessem que travar alguns embates desgastantes. Outras viam na aproximação da aposentadoria uma perspectiva para o fim desse sofrimento, ao passo que outra se esforçava para não ser aposentada pela Junta Médica, pois queria continuar sentindo-se produtiva. O trabalho na causa militante ou em causas sociais ligadas à educação passou a ser o que deu sentido para algumas professoras e havia quem procurasse, fora do contexto da escola, algum tipo de trabalho, como atividades manuais ou filantrópicas. Enfim, cada uma, a seu modo, procurou formas de preencher esse vazio deixado pela falta do trabalho como professora regente.

6.4 Estratégias defensivas contra o sofrimento

Conforme largamente apontado nos estudos que utilizam a base teórica e metodológica da psicodinâmica do trabalho, diante do sofrimento frente aos constrangimentos do confronto com o real do trabalho, os sujeitos trabalhadores lançam mão das estratégias defensivas (Dejours, 2011a). Essas estratégias podem ser individuais ou coletivas, e contribuem para a manutenção da saúde dos trabalhadores e os ajudam a resistir aos efeitos desestabilizadores e às contradições da organização do trabalho, pois diminuem a percepção que os trabalhadores têm sobre a dimensão do sofrimento. Por outro lado, podem atuar como fatores de alienação por não atuarem na modificação da realidade do trabalho que faz sofrer (Mendes, 2007a).

Considerando o sofrimento das professoras em relação ao seu trabalho como readaptadas, uma estratégia de defesa comum que surgiu, quando do início do processo de readaptação, foi o isolamento. Retornar à escola depois do adoecimento com as limitações que isso impunha – principalmente em relação à restrição do trabalho em sala de aula – parecia-lhes motivo de vergonha, que remetia à autoculpabilização. O isolamento também era uma estratégia defensiva utilizada contra o sofrimento do adoecimento. Nesse caso, refere-se aos relatos de

isolamento em situações em que ocorriam as crises psíquicas, o que também remete à culpabilização, além da vergonha de terem suas doenças expostas. O estigma social leva à culpabilização individual, visto que atribui a doença à fraqueza ou à incompetência dos que não deram conta de responder aos padrões de excelência exigidos (Ogeda & Cruz Lima, 2016; Schlindwein, 2013) e, conseqüentemente, esses trabalhadores são excluídos e até rejeitados do espaço laboral por serem considerados improdutivos (Barreto & Heloani, 2015). No caso das professoras, essa exclusão e as questões relativas ao próprio adoecimento somavam-se à dor de não poderem mais atuar em sala de aula, situação sentida com mais intensidade por aquelas que investiram significativamente na escolha da profissão, o que faz com que muitas busquem o isolamento como proteção de si mesmas (Duarte, 2014). No caso de trabalhadores adoecidos, quando do retorno ao trabalho, a presença dos sintomas são um impeditivo para continuarem mantendo a mesma rotina e o mesmo ritmo de trabalho (Rossi, 2008), sendo difícil para as próprias professoras se aceitarem nessa condição.

Quando superado esse momento da necessidade do isolamento, foi muito comum as professoras relatarem, no grupo, as constantes tentativas que empreendiam no sentido de realizarem um trabalho de qualidade e de demonstrarem uma atitude de comprometimento na realização de suas atividades. Era muito intensa e recorrente a necessidade de se mostrarem úteis, compromissadas e dedicadas ao trabalho de forma a contrastar com atitude acomodada, descompromissada e até oportunista que atribuíam a muitos de seus colegas. Ao contrário da estratégia defensiva do isolamento, que era uma defesa individual, pode-se dizer que essa foi uma defesa coletiva construída pelo grupo de professoras readaptadas. Esse tipo de estratégia pode ser considerado uma defesa de adaptação e de exploração que, conforme assevera Mendes, “tem nas suas bases a negação do sofrimento e à submissão ao desejo da produção” e leva os trabalhadores a dirigirem “seus modos de pensar, sentir e agir para atender ao desejo da excelência” (2007a, p. 39).

Na tentativa quase desesperada de voltarem a sentir-se úteis e de se descolarem do estigma de preguiça ligado aos readaptados, as professoras se engataram nesse discurso do compromisso com o trabalho. Apegavam-se à autoimagem de comprometimento, profissionalismo e utilidade, chegando a ressaltar situações em que elas ultrapassaram os limites de suas atribuições e até de suas capacidades em nome do engajamento no trabalho e da concepção missionária ligada ao fazer docente. As estratégias defensivas de adaptação e de exploração têm, como um de seus fundamentos, a negação do sofrimento e a submissão ao desejo de produção e, assim, a saída para essa armadilha é justamente a reapropriação do desejo dos sujeitos trabalhadores (Mendes, 2007a), caminho que foi percorrido ao longo do processo

da clínica do trabalho com as professoras, como será descrito nos capítulos subsequentes desta tese.

Como forma de se protegerem, as professoras utilizavam dessas estratégias para se afastarem do sofrimento. Outra defesa era a negação: “*engraçado, eu não sinto nada [...] essa ferida que todo mundo fala, eu não sinto*”. Enquanto tentavam negar o sofrimento, não se mobilizavam para mudar o contexto laboral nem sua relação com o trabalho, como expresso nas seguintes falas: “*pode o mundo cair que eu estou lá na minha quietinha, como se nada tivesse acontecido*”; “*Eu prefiro deixar a ferida quieta lá, porque cada vez que você mexe, ela dói.[...] Eu estou mostrando uma embalagem para que ninguém perceba mais o conteúdo*”. Chegavam a negar sua condição de readaptação: “*Eu não aceito ser chamada de professora readaptada*”; “*Ser chamada de professora readaptada eu aceito, não aceito é ser chamada só de readaptada*”. Ainda nessa perspectiva, também foram observadas defesas de fuga, como a tentativa de mudança de escola após o adoecimento para evitar comparações sobre o padrão de produção e de comportamento antes e depois do adoecimento. É possível observar que o tipo de postura demonstrado por esses relatos conduz à armadilha da alienação, que servem à ideologia dominante do produtivismo, pois mascaram as verdadeiras causas do adoecimento e evitam discussões sobre os fatores patogênicos da organização do trabalho (Mendes, 2007b).

Durante as sessões clínicas, era comum as professoras do grupo recorrerem à estratégia defensiva da racionalização para explicar com argumentos racionais e mais plausíveis do ponto de vista da aceitação social, questões que lhes geravam sofrimento, seja pelo adoecimento, seja pela readaptação. Assim, por exemplo, minimizavam o impacto da limitação da atuação em sala de aula, da perda da relação com os alunos ou da culpa por terem adoecido: “*eu me realizei como professora em outros aspectos. [...] O readaptado não é um coitado, ele só não tem condição de continuar na sala de aula*”; “*eu preferi sair da sala [de aula] do que prejudicar os alunos*”. Não se pode dizer que essa era uma defesa construída pelo grupo, pois aparecia em algumas narrativas, de forma mais isolada de uma ou mais professoras.

Ainda podemos citar como estratégias de enfrentamento menos recorrentes, mas que também estiveram presentes nos relatos de algumas professoras do grupo, quais sejam: a fé religiosa e a utilização de técnicas de autoajuda. Defesas que demonstram uma busca por soluções prontas para aplacar o sofrimento. Ainda dentro desse espectro de soluções mais fáceis, observou-se a automedicação entre muitas participantes do grupo. Nesse ponto, há que se considerar que, dado o caráter crônico das doenças pelas quais padeciam as professoras, o uso contínuo de medicamentos era uma indicação médica. Mas em alguns momentos, elas acabavam distorcendo essas indicações e fazendo uso de alguns remédios por conta própria

conforme seu estado físico e emocional. No estudo feito por Gaviraghi, De Antoni, Amazarray e Schaefer (2016) com a categoria profissional de bancários, foi constatado maior percentual de consumo de medicamentos, em especial de psicofármacos, entre aqueles profissionais com um adoecimento já instalado. Mais uma vez, observa-se a armadilha da alienação presente nessa forma de defesa, já que a medicalização do sofrimento não conduz à mobilização para mudanças de suas causas.

Como uma forma mais exacerbada dessa desmobilização, houve situações em que uma das professoras demonstrava a desistência como forma de se afastar do sofrimento: “*cansei de lutar*”. Na verdade, tratava-se de uma tentativa de se desafetar do seu trabalho, tamanha a insatisfação com as atividades que passou a desempenhar depois da readaptação e da falta de perspectiva com a melhoria da educação e da condição dos readaptados. Porém, ao mesmo tempo em que essa professora falava em desistência, mostrava-se engajada na clínica do trabalho, o que não deixa de ser uma forma de mobilização. Parece que ela precisava da força do grupo para continuar suas lutas, não necessariamente por uma transformação na educação, mas agora pela sua saúde física e mental. E a partir dos avanços na clínica do trabalho, foram surgindo, no grupo, narrativas que demonstravam como as professoras passaram a ressignificar o adoecimento e a relação com o trabalho, questão que será tratada nos capítulos subsequentes dessa tese.

6.5 O trabalho morto na readaptação

Diante de todo esse quadro apresentado sobre o trabalho na readaptação, pode-se indagar se as atividades que elas passaram a exercer podem ser consideradas, de fato, um trabalho. Para isso, faz-se necessário retomar a conceituação dejouriana sobre trabalho como “o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e reagir a diferentes situações, o poder de sentir, de pensar, de inventar” (Dejours, 2012, p. 24). Para transformar o sofrimento advindo do contato com o real do trabalho, o trabalhador lança mão de sua subjetividade engajando-se cognitivamente e afetivamente e, assim, transformando-se como sujeito. Trabalhar implica pensar, engajar-se com o corpo e com o afeto, deixando-se afetar pelo real, transformando-o e transformando a si mesmo. Trabalhar seria, então, essa mobilização afetiva diante do real do trabalho (Mendes & Araújo, 2012). Sem essa mobilização, tem-se um trabalhador como simples executor, não como sujeito apropriado de seu desejo.

Nessa direção, os elementos constitutivos do trabalho como o engajamento da subjetividade do trabalhador e, assim, uma possibilidade de constituir-se e transformar a si

mesmo, sendo assim, essencial na construção da sua saúde, não estão presentes no trabalho das professoras readaptadas. Primeiro, não foi possível constatar engajamento da inteligência prática no exercício de suas atividades. A maioria das atividades para as quais foram designadas tratam-se de atividades operacionais e pouco desafiadoras, como as atividades da mecanografia ou a maioria das atividades burocráticas da biblioteca. E mesmo que buscassem atuar de forma um pouco diferenciada nesses ambientes laborais, eram barradas por críticas de colegas que queriam impedir que elas se destacassem nessas atividades.

Isso foi demonstrado pelo relato de uma professora que, ao buscar fazer um trabalho diferenciado na biblioteca atrelando questões sociais e de arte no incentivo à leitura, foi fortemente retaliada por seus pares. Outro relato foi o da professora da mecanografia que, ao tentar atuar mais ativamente na concepção e confecção de material para uma exposição cultural da escola, foi repreendida por uma colega que dizia que ela não deveria ter gastado o seu tempo e o dinheiro da escola para a confecção de coisas que seriam irrelevantes. Também houve o relato de outra professora que, tentando agilizar o atendimento aos pais e alunos em um dia de grande movimento na escola devido ao período das matrículas, elaborou uma espécie de triagem das demandas de atendimento e foi fortemente repreendida pelo coordenador da escola na frente de todo o público que ela tentava atender, o que a fez sentir-se humilhada. Essas situações e tantas outras narradas ao longo da clínica exemplificam a falta de espaço que tinham para extrapolar as atividades técnicas para as quais foram designadas.

Além disso, ainda que pudessem mobilizar o uso de sua inteligência prática, não obtinham o reconhecimento pelo trabalho realizado. Ao contrário, eram criticadas e às vezes até sofriam retaliações. Ou seja, não havia espaço para que as situações de mobilização de inteligência prática pudessem ser conhecidas, compartilhadas e reconhecidas por um coletivo de trabalho, o que descaracteriza o uso desse tipo de inteligência.

Nessas circunstâncias, é natural que, aos poucos, haja desinvestimento e desengajamento na realização do trabalho. O desânimo relatado inúmeras vezes pelas professoras do grupo não lhes era algo familiar, pois diziam não se reconhecer nessa situação de indiferença e até de repulsa pelo trabalho. Conforme apontado por Dejours (2011c), essa postura de indiferença e de desinvestimento no trabalho, normalmente não é natural, mas resultado de uma organização que faz do trabalho uma atividade precária e sem sentido. Quando, face a várias tentativas de utilizar sua iniciativa e sua inteligência, o sujeito continua sofrendo situações frustrantes e que fazem com que se perca a esperança de que sua contribuição possa representar algo que tivesse utilidade ou que fosse reconhecido, é comum que ele se resigne e se desengaje. E essa foi uma vivência muito dolorosa para as professoras em questão,

pois passaram a não se reconhecer no desânimo que recaía sobre elas. A experiência de não se reconhecer também remete à crise de identidade, que era uma problemática que surgia recorrentemente no grupo.

Diante disso, essa dinâmica entrava em um ciclo vicioso em que, pela falta de oportunidades de fazerem uso de sua inventividade e criatividade, acabavam se desmobilizando. Como a doença e a readaptação já vinham carregados do estigma de preguiça e de inutilidade, a desmobilização acabava alimentando esse julgamento estereotipado. Assim, ao invés de responsabilizar a organização do trabalho que não permitia a realização de atividades que pudessem ser reconhecidas, observava-se a individualização da culpa, em que, muitas vezes, as professoras readaptadas eram julgadas como incompetentes e preguiçosas.

A problemática da falta de reconhecimento vivenciada por elas agrava a seriedade desse quadro de sofrimento. Sem reconhecimento, não há possibilidade de prazer no trabalho ou de reapropriação em relação à alienação; e então, observa-se apenas sofrimento patogênico e uso exacerbado de estratégias defensivas. Inevitavelmente, essas circunstâncias levam à desmobilização e à desestabilização da identidade, já que inexistente o reconhecimento conferido pelo olhar do outro (Dejours, 2011b).

Nessas circunstâncias, além da falta de espaço para uma atuação profissional, que possibilitasse a realização de atividades que fizessem sentido para elas, e de estarem submetidas à realização de tarefas operacionais – o que comprometia a dinâmica do reconhecimento –, as professoras não tinham espaço coletivo de discussão e nem possibilidade de cooperação no trabalho. Sentiam-se sós e sem perspectivas de vivenciar relações de confiança e de solidariedade. A condição do adoecimento, nesses casos, leva os colegas de trabalho a isolarem o sujeito adoecido como forma de manterem-se firmes em suas estratégias defensivas que os fazem negar ou banalizar a possibilidade de adoecimento ou de acidente. Assim, o grupo da clínica do trabalho era, muitas vezes, a única oportunidade de laços sociais no trabalho que as professoras readaptadas vivenciavam. Era também o único espaço público de discussão, onde podiam expressar livremente seu sofrimento e buscar caminhos para lidar com ele. Um espaço em que se expressaram sobre seu trabalho, ou melhor, sobre seu sofrimento diante do “não-trabalho”.

Ferreira (2016) contrapõe o poder de sentir, de pensar e de inventar do trabalho vivo que possibilita que ele se torne uma atividade vital para o sujeito, ao processo de mortificação do sujeito e dos coletivos do trabalho morto. Enquanto o trabalho vivo permite que o sujeito transforme o mundo e se transforme ao mesmo tempo, em um contexto de reconfigurações permanentes das relações e dos processos laborais, “o trabalho morto é caracterizado pela

subtração da capacidade inventiva das pessoas, por vivências de silenciamento e de solidão. [...] A vida deixa de ser vida, torna-se morte em vida. Um zero, sem lado nem avesso” (Ferreira, 2016, p. 131). De acordo com o autor, essa vivência do trabalho morto corresponderia a uma paralisia das formas de vida no trabalho.

O autor elenca três situações de produção do trabalho morto. Uma delas está relacionada à ocorrência de violência e de assédio moral. Outra seria a condição do excesso de prescrição, hierarquização, controle ou coerção, o que reduz a capacidade de mobilização e de criação dos trabalhadores, aprisionando-os na alienação do trabalho. Nessa condição, o trabalho se torna vazio, desumanizado e sem sentido. Por outro lado, a terceira condição de produção do trabalho morto seria a falta de estrutura ou a total falta de prescrição, o que inviabiliza a realização do trabalho, por gerar inúmeras situações de retrabalho, erros, confusões, falta de comunicação e conflitos nas relações. Nesse caso, não há parâmetros e procedimentos calcados em acordos éticos e coletivamente construídos, deixando os trabalhadores à deriva.

Considerando essas três situações de produção de um trabalho morto defendida por Ferreira (2016), podemos considerar a mortificação do trabalho das professoras readaptadas. Primeiramente, porque estavam submetidas à falta de prescrições quanto às atividades na readaptação, o que as deixava à mercê das necessidades ocasionais limitando suas funções a um tipo de tarefa “*tapa-buracos*” ou “*jáque*” (utilizando expressões das professoras do grupo). Também como já mencionado, a falta de prescrição as deixava submetidas à vontade ou aos mandos dos diretores da escola, que na maioria das vezes não compreendiam o processo de adoecimento e de readaptação e, assim, não sabiam como designar atribuições a esses professores. Em relação à segunda condição de produção de um trabalho morto, é possível observar a utilização da hierarquia e da coerção sobre as professoras readaptadas para retaliá-las e deixá-las no ostracismo, caso discordassem das posições dos gestores. Além dessas situações, ainda há que se destacar as inúmeras formas de violência que as professoras passaram a enfrentar no contexto laboral, depois do processo de readaptação. Mais uma vivência que contribuía enormemente para a mortificação do trabalho. Soma-se a isso o vazio que passaram a sentir pela falta de sentido em uma atuação profissional sem o contato com o aluno.

Esse cenário pode ser ilustrado com o depoimento de uma professora que trazia sua dúvida sobre como reconstruir sua identidade profissional em um contexto adoecedor e em um local que existe ódio nas relações de trabalho, questões essas que contrastavam com seu ideal de educação progressista. Explicitou, ainda, seu desânimo, cansaço e a desistência com a luta por uma nova identidade profissional: “*pra mim já deu, esses questionamentos, essas conversas que a gente faz [de que] você tem que ter uma nova identidade profissional dentro desse*

contexto. Tá, você vai e faz, você tenta produzir, mas assim, para mim eu já cansei, sabe?”. O desânimo com a educação foi destacado contrastando com o valor que se atribuiu ao trabalho como meio de alcançar seus objetivos.

Vale ressaltar que todas as professoras do grupo tinham formação superior em diferentes áreas da licenciatura e já possuíam uma experiência considerável na educação. Assim, o vínculo que elas mantinham com o trabalho era o vínculo educativo. Para Ferrari e Araújo (2005), o vínculo educativo pressupõe a existência de um agente - o educador -, o saber e o sujeito. O agente porta um saber que define esse vínculo e, como educador, tem como função causar interesse pelo legado cultural. Além disso, ele também precisa estar movido pelo desejo de educar e estabelecer com o sujeito em uma relação que respeite sua singularidade. No caso das professoras readaptadas, observa-se a permanência do saber e do desejo delas por educar – *“a gente foi alijada do processo de educação, e sei que todas aqui amamos alunos”*. Mas não existia mais a relação com o sujeito desse vínculo, deixando no vácuo o saber e o desejo de educar e impossibilitando, então, o vínculo educativo.

Sendo assim, podemos perceber que o processo de readaptação não só deixa de cumprir seu papel na reinserção profissional e na promoção da saúde de trabalhadores adoecidos, mas também acaba gerando novas fontes de sofrimento (Duarte, 2014; Medeiros, 2010; Pezzuol, 2008; Vieira, 2013), ao não permitir que esses profissionais possam, de fato, trabalhar, deixando disponível para eles somente um trabalho morto. Medeiros (2010) descreve o pouco aproveitamento do potencial, das capacidades e da qualificação do corpo docente na readaptação como um fator que cria um contexto desfavorável de atuação em que esses professores possam contribuir com o processo de educação. A autora acrescenta que o próprio professor tem dificuldade de se identificar com uma nova função. Mas poderíamos conceber um processo de construção conjunta desse lócus de atuação, desde que o professor readaptado fosse considerado um sujeito ativo nesse processo, com capacidade e desejo de trabalhar.

7 ESCUTA CLÍNICA DO SOFRIMENTO DE PROFESSORAS READAPTADAS

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados no que se refere à escuta clínica do sofrimento das professoras readaptadas. Para isso, parte-se dos dados referentes ao módulo interpretativo da clínica do trabalho, correspondente à análise dos dispositivos clínicos (etapa 1 da ACT). O capítulo está organizado, inicialmente, em três seções, de modo que se possa analisar cada um dos dispositivos clínicos separadamente, quais sejam: análise da demanda, transferência e interpretação. Por fim, ainda se constitui por uma quarta seção, em que se apresenta uma discussão sobre a necessidade de descrever o percurso do processo clínico quando se pretende analisar o emprego dos dispositivos de escuta do sofrimento.

7.1 Análise da Demanda

A análise da demanda foi um processo que ocorreu ao longo dessa clínica, não tendo se restringido apenas às primeiras sessões. Inicialmente, pode-se dizer que, como o grupo já estava formado e participava do processo de escuta em clínica do trabalho com outra psicóloga antes da entrada dessa clínica-pesquisadora, a análise da demanda ficou comprometida. Isso porque o grupo já tinha uma demanda que, em tese, estava sendo trabalhada pela psicóloga do sindicato. Era preciso que o novo grupo pudesse formular uma demanda. O que se pode perceber é que, antes da construção dessa demanda, o grupo precisou trabalhar os novos laços, questão que será detalhada no tópico seguinte deste capítulo, que aborda o dispositivo clínico da transferência.

Outra questão, que atravessou esse momento inicial de constituição de um espaço público de escuta do sofrimento no trabalho, refere-se às expectativas da clínica-pesquisadora, ou seja, havia uma demanda implícita: a pesquisa científica que resultaria em sua tese de doutorado. Assim, uma primeira preocupação dificultou sua escuta nas primeiras sessões, a impossibilidade de gravação em áudio das sessões. Outro dificultador foi sua preocupação com o “sucesso” dessa clínica. Essas “demandas” por parte da clínica-pesquisadora dificultaram o processo de escuta, mas foram prontamente detectados pela supervisora e devidamente trabalhadas no espaço de supervisão clínica. Até então, a clínica-pesquisadora se apresentava no espaço da clínica em uma postura de psicóloga organizacional (devido à sua extensa caminhada profissional nessa posição) ou de pesquisadora, daí a sua preocupação equivocada com o “sucesso” da clínica. Uma pontuação por parte da supervisora, que também é a orientadora dessa pesquisa, foi decisiva para o desprendimento da “demanda” da tese: a

demarcação de outras possibilidades para a tese, descolando assim, a escuta clínica da pesquisa, nesse primeiro momento.

As demandas começaram a ser explicitadas de maneira segmentada, como se cada pessoa no grupo tivesse uma demanda diferente. As professoras relatavam, de modo individualizado, os significados do grupo para elas. Ainda que houvesse algo em comum nas falas individuais, o grupo ainda não conseguia identificar uma demanda coletiva. A partir da supervisão, foi possível perceber que o coletivo de clínicas-pesquisadoras precisava se implicar mais subjetivamente no grupo de professoras para que a demanda pudesse emergir. Deslizar da posição de pesquisadora-clínica para a de clínica-pesquisadora era preciso. Mais livre para a escuta do grupo, a clínica-pesquisadora pôde escutar melhor essa demanda.

Assim, pode se considerar que as quatro primeiras sessões foram destinadas ao trabalho de questões ligadas à formação do grupo, à construção dos laços e à consolidação das relações de confiança. A partir dos apontamentos das supervisões e do que isso mobilizou subjetivamente na clínica-pesquisadora, foi possível escutar e compreender a demanda do coletivo de professoras, qual seja: a criação de um espaço para falar da dor do adoecimento e da readaptação, para se sentirem fortalecidas para realizarem alguma mudança e chegarem à superação no sentido de se tornarem independentes deste grupo. A partir daí, observa-se o que Mendes e Araújo (2012) esclarecem sobre o desejo como definidor da demanda, desejo este que move o sujeito para a busca. Isso leva o coletivo de trabalhadores a se constituir a partir do seu desejo de falar sobre seu trabalho, sobre seu sofrimento e seu adoecimento, a partir do qual ele precisa se mobilizar para alterar essa realidade. Existia, por parte do grupo de professoras, um desejo de mudar as questões que lhe gerava sofrimento no trabalho.

Ainda cabe mencionar outra questão importante que atravessou o processo de análise da demanda ao longo de todo processo clínico, qual seja: a relação dessa clínica do trabalho com o sindicato. Ao abrir um espaço de escuta clínica do sofrimento no trabalho, essa instituição estava abrindo um espaço para a circulação da palavra, promovendo entre os trabalhadores, um engajamento que de outra forma não ocorreria. A clínica aparece nesse contexto como um convite para que o professor possa repensar sua relação com o trabalho, não estando preso a instruções e orientações distantes da sua experiência enquanto sujeito trabalhador, possibilitando assim que ele dê um novo sentido a velhas experiências (Araújo & Mendes, 2014). Desse modo, o SinPro/DF, desde 2009, oferece esse espaço de escuta do trabalhador com os objetivos de acolhimento das demandas relativas ao sofrimento no trabalho e de prevenção de problemas de saúde relacionados ao trabalho. Essa iniciativa também visa fortalecer a imagem do SinPro/DF como um espaço acolhedor e de representação de classe,

além de produzir dados sobre a psicodinâmica do trabalho dos professores para dialogar com instâncias superiores sobre as políticas públicas dessas organizações do trabalho (Duarte, 2014).

Desse modo, esses objetivos institucionais acabaram por interferir, implicitamente, na demanda relativa a essa clínica. Ao longo do processo clínico, ocorreram situações em que algumas professoras compareciam às sessões apenas quando não estavam se sentindo bem, dando a impressão de que queriam uma solução imediatista para o mal-estar sentido. Apesar de haver uma regra para a participação nos grupos da clínica do trabalho que delimitava três faltas consecutivas sem justificativa como motivo de desligamento da professora daquele grupo, o cumprimento desta regra não parecia muito rígido. Assim, foi possível perceber a participação de algumas pessoas do grupo ligadas a uma demanda mais assistencialista. Demanda essa, citada por uma das participantes em outra situação em que contou com a ajuda do sindicato para custear os gastos com xerox do seu processo de afastamento e de readaptação em ocasiões em que precisou da assistência jurídica da instituição para reaver direitos que lhe foram retirados. Pode-se observar, portanto, uma confusão quanto ao caráter de assistência jurídica prestado pelo sindicato e o objetivo da clínica do trabalho. Duarte (2014) relata a demanda inicial do grupo de professoras readaptadas atendidas pelo SinPro/DF, quando do início do oferecimento da clínica do trabalho, como ligada à assistência que buscavam no sindicato para falarem de suas condições laborais. Também havia pedidos por assistência jurídica por parte das participantes do grupo atendido por Duarte (2014), até que se pôde perceber a demanda por acolhimento, orientação e proteção, no sentido de quererem ser olhadas para além de suas limitações e de serem aceitas como eram.

Ainda dentro da problemática da análise da demanda, o grupo se mobilizou em algumas tentativas de fazer daquele espaço um grupo de convivência ou de autoajuda, adotando atitudes como: *i*) proposição de um texto com mensagem de otimismo para leitura em grupo; *ii*) realização de festa de confraternização; e *iii*) leitura da Cartilha sobre Readaptação. Além disso, houve tentativas de tomar a condução da sessão, determinando, por exemplo, o momento do término, ou quem teria a prioridade para falar após a leitura do memorial ou até mesmo o pedido de permissão para trazer questões pessoais para serem “solucionadas” no espaço da clínica. Com efeito, foram necessárias algumas sessões para que se pudesse diferenciar a demanda institucional do sindicato da demanda do coletivo de professoras, de modo que se pudesse deixar claro que não existe solução urgente e que os objetivos da clínica não são assistencialistas, já que ela consiste em instrumentalizar os trabalhadores a serem protagonistas no seu ambiente profissional (Mendes & Araújo, 2012).

Outro ponto importante é que, mesmo tendo avançado na construção de um vínculo de confiança entre o coletivo de professoras e a clínica-pesquisadora – o que inclusive permitiu que a gravação em áudio fosse realizada –, e na análise da demanda, repetições em relação a queixas, ressentimentos e culpa eram muito presentes no grupo. Essa postura queixosa mostrava o sofrimento do grupo de professoras, que muitas vezes parecia demandar das clínicas-pesquisadoras que as tirasse do vazio. Essa postura é esperada em momentos iniciais de um processo clínico, já que uma queixa, normalmente, expressa os conteúdos manifestos e conscientes relacionados ao sintoma. Ieto e Cunha (2007) explicam que ao chegar à clínica, o paciente fala sobre aquilo que pode ser dito mais facilmente, expressando então sua queixa, que se define pela percepção consciente do sofrimento por parte do sujeito. Portanto, é preciso permitir que os sujeitos falem sobre o sofrimento relacionado à queixa, pois esse sofrimento, explícito ou implícito, é o que os leva a buscarem um projeto consciente de mudança por meio da clínica. Ou seja, a queixa, como um enunciado consciente relacionado ao sofrimento, traz uma demanda de ajuda. Daí a necessidade de escutar a demanda subjacente à queixa enunciada. É essa demanda que vai implicar o sujeito em sua parcela de responsabilidade em relação ao sintoma, motivando a construção do vínculo terapêutico (Ieto e Cunha, 2007).

As autoras apontam ainda que a demanda já contém conteúdos inconscientes, assim como o desejo que a acompanha. O desejo estaria ligado a lembranças infantis indestrutíveis que estão na base de toda demanda, ou seja, ele traria a dimensão inconsciente relacionada ao sintoma. No caso das professoras, foi possível perceber ao longo do processo clínico que o sintoma do grupo era a onipotência, e que elas desejavam que essa escuta clínica as tirasse do vazio. O desejo é da ordem do não realizável, pois remete ao desejo de ser amado. Nesse sentido, Fernandes (2004) refere-se à demanda como uma expressão de um desejo, um apelo para se obter alguma coisa de alguém, sendo o desejo a busca do suposto objeto da primeira experiência fictícia de satisfação, que não existe mais, ou seja, o objeto perdido, impossível e eternamente faltante que a demanda se esforça para querer ressignificar. Caminhando ao encontro com o desejo, encontra-se a falta, e é por isso que atender a essa demanda não significa a cura do sintoma, mas a conciliação com ele no sentido de uma mudança operada na economia do gozo (Fernandes, 2004).

Para trabalhar a demanda dentro de um espaço de clínica do trabalho, era necessário o acesso à dor. Mas o grupo oscilava entre implicar nessas questões e manter-se distante delas. Observa-se aí a atuação dos riscos da fala e da escuta que nem sempre conduzem a respostas nem ao encontro do que se esperava e, assim, o encontro com o inesperado pode levar à desestabilização das defesas e adaptações construídas pelos sujeitos (Mendes, 2014). Em um

primeiro momento do processo, a clínica-pesquisadora, engatada no atendimento da demanda latente do grupo de ser tirado do vazio, chegou a ser capturada por esse movimento de “salvar o grupo”, até que isso fosse claramente trabalhado em supervisão e em seu processo de formação clínica. Nessa direção, Torezan e Rosa (2003) apontam que a sustentação da posição do clínico, na perspectiva psicanalista, depende do quanto ele foi adiante em sua própria análise, ou seja, o quanto suporta sua própria castração. A partir daí é que se pode conceber a possibilidade dele assumir um lugar vazio, onde não se pretende oferecer o que falta ao outro, sendo do analisando, nesse caso, do grupo, a tarefa de produzir um saber inconsciente. Consciente dessas interferências nesse processo clínico, a partir da oitava sessão, a clínica-pesquisadora pôde confrontar as defesas do grupo contrapondo-as à demanda que as professoras haviam lhe endereçado.

Maurano (2006), ao tratar da relação entre a transferência e a demanda de ser amado, enfatiza a forma como essa demanda é acolhida, encaminhada e desmontada na experiência psicanalítica. As demandas do analisando em relação ao analista para que este lhe oriente, lhe dê uma resposta, uma solução ou que lhe diga o que fazer, são, em última instância, demanda de ser amado. Era o que, algumas vezes, as professoras demandavam da clínica-pesquisadora, principalmente no início do processo clínico. Talvez isso tenha confundido a análise da demanda e trazido para o coletivo de supervisão a impressão de que o grupo demandava um espaço de convivência e de autoajuda.

Ainda nessa perspectiva, Maurano (2006) ressalta também que não cabe ao clínico responder a esse tipo de demanda pela impossibilidade de se responder àquilo que elas vinculam, um desejo impossível de ser satisfeito plenamente. E é justamente essa impossibilidade que está no centro da orientação ética psicanalítica, dando direção ao trabalho do clínico. A autora completa: “É nessa direção que a ética da psicanálise convoca o sujeito a ‘cair na real’. Para isso, é imprescindível que o analista esteja prevenido quanto a essa ilusão de plenitude” (Maurano, 2006, p. 45). A transferência necessária para esse processo clínico implica em haver uma demanda endereçada a alguém a quem se destina um suposto saber, lugar que deve ser recusado pelo clínico, no sentido de não responder às seduções que ele traz (Torezan e Rosa, 2003). Desvencilhar-se do lugar do suposto saber inclui a não assunção da pretensão de curar ou de dar uma solução (Périleux & Mendes, 2015).

O momento em que a resistência do grupo foi confrontada de forma mais direta nessa clínica do trabalho possibilitou esse direcionamento para o “cair no real”. Ao questionar o grupo sobre a impossibilidade de atender a demanda trazida pelas professoras pela forma como estavam tentando fazer naquele espaço de discussão, a clínica-pesquisadora pôde confrontar o

grupo com a impossibilidade de uma solução fácil: *“já que nos trouxeram como demanda a vontade de se fortalecerem, como fazê-lo sem tocar na ferida? Como ficar falando de coisas amenas e tranquilas se o que as trouxe ao grupo foi exatamente o contexto de trabalho violento e adoecedor que lhes traz sofrimento?”*. Diante dessa abordagem, o coletivo de professoras entrou em contato com a dor, verbalizada por uma professora: *“Ai! Dói ainda!”*.

Em conformidade com Maruano (2006), não responder à demanda não é dizer ‘não’, mas aproveitar a questão para envolver o sujeito diante da possibilidade de ele mesmo se intrigar com o que está pedindo e, a partir daí, buscar o que dessa demanda o move no contexto clínico e fora dele. Nas palavras de Mendes e Araújo (2012), a condução da clínica pressupõe análise do desejo para que o espaço de discussão seja construído no sentido de mudanças da situação vivida e da significação dos sintomas. A partir desse ponto, o grupo se implicou na demanda que tinha trazido para a clínica, o que pode ser explicitado pela fala de uma professora: *“Às vezes é pra gente mergulhar lá no trampolim de dez [metros], é pra mergulhar fundo, e a gente fica no pequenininho e aquilo vai estar sempre ali, você vai viver uma mentira”*. Nesse momento, o grupo vivenciou o vazio expresso na falta de uma solução ou resposta fácil e pronta, sendo essa experiência da falta compartilhada com a clínica-pesquisadora e sustentada por ela.

Todavia, ao que parece, o grupo não estava preparado para assumir tal postura. Desse modo, depois da sessão em que essas questões haviam sido trabalhadas, o grupo ficou esvaziado por cinco sessões consecutivas, tendo sido esses encontros marcados por forte resistência. Há que se destacar que esse momento de esvaziamento coincidiu exatamente com o período em que a categoria docente do Distrito Federal esteve mobilizada em uma série de atos reivindicatórios que culminou em uma greve de 30 dias. Mas ao mesmo tempo em que parecia haver um distanciamento do grupo, em relação à sua própria demanda, também havia uma preocupação com a continuidade dessa clínica. De fato, esse fim essa era uma possibilidade real, mas a dúvida quanto à dimensão do impacto do movimento grevista no esvaziamento do grupo fez com que postergássemos a decisão final para depois do término desse movimento. Isso porque, uma hipótese discutida no coletivo de supervisão, para esse movimento do grupo, seria seu despreparo para lidar com o confronto de suas defesas naquele momento da clínica.

Paniago e Viana (2008), ao abordarem situações analíticas em que imperam a resistência, destacam a importância de se compreender essa circunstância como uma forma de comunicação do paciente, contrapondo as tentativas insistentes de superar as resistências. Reconhecendo a importância delas como defesa, o clínico pode oferecer ao paciente uma oportunidade de se reorganizar diante da tentativa de trazer o conflito à tona. É necessário, portanto, que o paciente possa compreender sobre seu temor de fazer contato e se sentir apoiado

pelo analista para que ele consiga ampliar sua capacidade de tolerar esse temor. Para o processo clínico com as professoras readaptadas, foi importante que a clínica-pesquisadora tenha suportado esse período de esvaziamento da clínica, tendo ficado no vazio do grupo e no vazio de explicações sobre os motivos que poderiam ter contribuído para essa resistência. Outro vazio vivenciado nesse momento pela clínica-pesquisadora foi em relação a algumas sinalizações de desistência do coletivo de supervisão em relação a essa clínica. Essa experiência da falta vivenciada pela clínica-pesquisadora e trabalhada em seu processo de análise pessoal foi importante para que pudesse partilhá-la com o grupo.

Nesse sentido, Maurano (2006) ressalta a importância de o analista experimentar a falta com a qual pode fazer algo, constatando que, sem isso, não conseguiria suportar a falta no processo clínico, e poderia, equivocadamente, tentar tamponar a sua falta ou a do outro. A onipotência de querer atender ao desejo do grupo começava a ser quebrada por esse trabalho por parte da clínica-pesquisadora. Vale ressaltar que a onipotência também era o sintoma do grupo, o que já havia ficado claro para o coletivo de pesquisadores nesse momento da clínica. Isso demandou ainda mais atenção ao processo de análise da demanda.

Quando o grupo retornou ao trabalho clínico, a partir da décima quarta sessão, outra questão se impôs. Estava se aproximando o período de férias de fim de ano e, assim, somente três sessões puderam ser realizadas no ano corrente. Desse modo, foi preciso retomar a análise da demanda para que se pudesse decidir sobre a continuidade, ou não, dessa clínica do trabalho no ano seguinte. O que ficou claro, nesse momento, é que algumas professoras já se davam por satisfeitas em relação ao atendimento de sua demanda, mas outras demonstravam nitidamente que precisavam do grupo para continuar um processo que haviam começado. A metáfora do *“carro velho [que] funde o motor, depois pega de novo aí volta a andar”*, seguida do pedido: *“eu não sei, eu sinto que tem mais algo assim, para trabalhar no grupo”*, mostravam que a demanda ainda estava em aberto.

Para não confundir a análise da demanda nesse momento, foi explicitada para o grupo a separação entre a demanda das professoras e a demanda relativa à pesquisa, que nesse momento, já estava resolvida para a clínica-pesquisadora. Isso porque parecia que o grupo tentava se apegar na demanda da pesquisa como uma forma de continuidade da clínica. A partir desse momento, as próprias professoras trouxeram à tona a resistência que as fizeram afastar-se da clínica por um tempo, demonstrando que agora queriam avançar nesse processo. Para o coletivo de pesquisa, era claro que nesse pedido por continuidade havia uma dificuldade de romper os vínculos com o grupo, já que no contexto de trabalho a maioria dos laços sociais havia se rompido em função da condição de readaptação. Ao mesmo tempo, não havia tempo de

trabalhar essa separação nessas poucas sessões de 2015. Diante disso, foi deixado um espaço para quem quisesse permanecer no grupo no ano seguinte, desde que manifestasse seu interesse na secretaria do sindicato com antecedência. Nas seis sessões realizadas no ano de 2016, quatro professoras voltaram à clínica e compuseram o coletivo de professoras.

Nesse retorno à clínica do trabalho, o grupo esteve bastante mobilizado para entrar em contato com a dor do adoecimento e da readaptação, o que demonstra que as professoras estavam dispostas a trabalhar sua demanda de serem escutadas em sua dor para se sentirem mais fortalecidas para lidar com ela, referindo-se a esse espaço de escuta como um “oásis” – único reduto em que se sentiam compreendidas. Ao mesmo tempo, o grupo já sinalizava um fim próximo dessa clínica, explicitando a vontade de “*se testar*” sem o suporte dessa escuta. Mais três sessões foram suficientes para que as clínicas-pesquisadoras chegassem à conclusão de que a demanda do grupo já havia sido trabalhada, pelo menos até onde as professoras permitiram que assim o fosse, percepção que foi compartilhada com o grupo. Este, por sua vez, começou a dar um tom de retrospectiva sobre esse processo clínico, confirmando assim, o fim da clínica.

Trabalhar esse término trouxe manifestações de insegurança que pareciam ter relação com o pesar pela despedida, que lhes remetia a mais uma perda. Considerando que quanto mais uma demanda se desenvolve, mais vazio se experimenta (Mendes & Araújo, 2012; Mendes, 2014), era esperado que a falta do grupo as remetesse ao desejo de continuar fazendo parte desse espaço de escuta. De qualquer forma, as clínicas-pesquisadoras estiveram atentas se ainda havia alguma demanda a ser trabalhada, ao que as professoras responderam que tinham medo sobre o modo como ficariam após o término do processo clínico. Incerteza para a qual não havia resposta. Também houve manifestações sutis de raiva, como se quisessem deixar as clínicas-pesquisadoras culpadas por estarem abandonando-as. Nesse momento, resgatar a demanda do grupo e o seu movimento ao longo de todo processo clínico e trabalhar questões transferenciais foi importante para conduzir esse fim, que também colocava as clínicas-pesquisadoras em contato com seus limites, inclusive os limites em relação às contribuições dessa clínica do trabalho.

A análise da demanda permitiu verificar que as professoras passaram a se sentir mais fortalecidas para enfrentar as questões do trabalho. No início do processo clínico, elas estavam engatadas em uma postura onipotente de “salvadoras” que acabava por confrontar-lhes com sua impotência e ainda as colocava em uma armadilha de atenderem ao discurso ultraliberal pautado na ideia do absoluto e da plenitude, discurso esse que promete sucesso, segurança e proteção – ilusões que evitam o contato com o desamparo (Mendes & Ghizoni, 2016a). Assim, a posição

de salvadoras poderia levá-las a novos adoecimentos em função da relação onipotente que estabeleciam com o trabalho. À medida em que vivenciaram o vazio na clínica do trabalho, surgiu a metáfora da guerreira, com a qual se identificaram. Assim, as professoras puderam experimentar outra face do seu trabalho, pois como “guerreiras”, que lutam para sobreviver em um contexto de trabalho hostil e adoecedor, a cada batalha, renovam suas forças e estratégias. Mesmo que percam algumas dessas batalhas, continuam vivas. Aceitando que algumas batalhas serão perdidas, passaram a sentir-se mais fortes para se reerguerem. Assim, foi possível concluir que a demanda havia sido trabalhada. Ou seja, elas puderam ser escutadas em sua dor e pareciam se sentir mais fortalecidas para lidar com as situações de sofrimento no trabalho. Gama et al. (2016) apontam que, na clínica do trabalho, ajudar o trabalhador a desvelar e enfrentar seus medos e a partir daí produzir um novo discurso em um contexto capitalista de discursos totalitários – onde não há espaço para medos – é possível quando o clínico se disponibiliza a estar com o outro, ciente também de suas limitações.

Desse modo, pode-se perceber a transformação na passagem da posição de amado para aposição de amante, em que o sujeito deixa de buscar seu sentido na passividade de seu clamor por ser amado, que o enclausura na exigência de reciprocidade, para regozijar-se com sua atividade de amar (Maurano, 2006). Enquanto as professoras estiveram na posição de salvadoras, buscavam ser amadas e reconhecidas, engatando-se no discurso falacioso que promete plenitude. Na posição de guerreiras, encontravam-se em uma atitude mais ativa, inclusive escolhendo as lutas que queriam travar e se preservando de outras. Por outro lado, enquanto a clínica-pesquisadora esteve engatada na posição de salvadora do grupo, a análise da demanda ficou comprometida no sentido de vislumbrar o término dessa clínica. Diante da observação da estagiária-pesquisadora de que “*chegamos até onde as professoras permitiram / quiseram que chegássemos*”, foi possível dar os encaminhamentos para a finalização desse processo clínico. Corroborando com essa perspectiva, Gama et al. (2016) demarcam a atuação do clínico no sentido de atender a uma demanda real do sujeito, não respondendo à exigência do discurso de completude.

Recorrendo a Freud (1912b/1996), é possível perceber a necessidade de contentar-se com a (re)conquista de certo grau de capacidade de trabalho do sujeito, mesmo que moderado, sendo de pouca utilidade altas ambições terapêuticas. Nesse sentido, também se observa a ocupação do “lugar vazio” pelo clínico, já que não se tem, de antemão, os resultados que os sujeitos serão capazes de alcançar. Mas é a partir desse vazio que o sujeito tem a perspectiva de acessar uma parte de sua verdade, inscrevendo-se de maneira diferente no laço social (Périleux & Mendes, 2015), sendo a falta a possibilidade do exercício do desejo.

7.2 Transferência

As primeiras sessões foram marcadas por questões transferenciais que diziam respeito ao estabelecimento de vínculos. Segundo Freud (1912a/1996), o primeiro objetivo do processo clínico é ligar o sujeito a ele mesmo e à pessoa do clínico, sendo somente após o estabelecimento de uma transferência eficaz que se deve revelar o significado oculto das questões trazidas pelo paciente. Assim, o grupo precisou trabalhar os novos laços: entre as professoras novatas e as que já participavam do grupo anteriormente; entre todas as professoras e as duas clínicas pesquisadoras; e entre as duas clínicas-pesquisadoras. No início da construção desses laços, uma primeira resistência precisou ser trabalhada no sentido de rompimento do vínculo com a psicóloga que, até então, era responsável pela escuta clínica desse grupo. Em um primeiro momento, as professoras quiseram se certificar de que ela voltaria para esse grupo, ou seja, as duas clínicas pesquisadoras seriam figuras passageiras naquele grupo.

Para trabalhar essa resistência, foi preciso construir uma relação de confiança com o grupo, um processo que se estendeu por cerca de quatro sessões. Uma questão importante para a construção desse vínculo foi a possibilidade de o grupo falar abertamente sobre o incômodo com a troca da psicóloga que conduziria a escuta clínica no grupo, o que foi escutado tranquilamente pela clínica-pesquisadora, compreendendo a problemática das professoras que já haviam sofrido tantas perdas com o adoecimento e com a readaptação e, com isso, lamentavam mais essa perda.

Em um primeiro momento, a competência da clínica-pesquisadora foi testada, especificamente por meio do questionamento sobre sua condução do episódio que ocorreu na segunda sessão, em que uma participante novata acusou o grupo de professoras de serem pessoas queixosas e ressentidas. O questionamento foi no sentido de achar que sua postura deveria ser de defesa do grupo, ou seja, era esperada uma atitude assistencialista por parte da clínica-pesquisadora. Ao não corresponder a essa demanda e confiar que o próprio grupo poderia resolver esse conflito para, posteriormente, trabalhar o porquê desse desconforto, a clínica-pesquisadora demonstrou que acreditava no grupo e, assim, possibilitou que se fortalecessem os laços entre as participantes e delas para com as clínicas-pesquisadoras. A reclamação de uma professora que esperava uma atitude assistencialista de proteção por parte da clínica-pesquisadora, foi sutilmente confrontada pelas colegas cujas narrativas explicitavam a necessidade de mudanças na constituição daquele grupo, já que as professoras estavam

acomodadas com a constituição original e, portanto, pouco envolvidas no processo de entrarem em contato com seu sofrimento.

Na terceira sessão, houve espaço para se falar de mais uma questão importante que permeava a construção dos laços de confiança no grupo. Refere-se a uma coincidência que havia sido reparada logo no primeiro encontro e só agora explicitada: a estagiária-pesquisadora tinha sido aluna de duas das professoras do grupo. Nessa ocasião, elas relataram orgulho de terem sido professoras da clínica-estagiária, demonstração que pôde ser vista como um reconhecimento do trabalho, tanto das professoras, quanto da própria estagiária.

Na quarta sessão, a partir da homenagem ao Dia do Psicólogo, as professoras tiveram oportunidade de reconhecerem o trabalho da psicóloga que havia acompanhado o grupo nos últimos anos e assim, despedirem-se dela. Desse modo, puderam se abrir para construir novos laços e, daí em diante as duas novas clínicas-pesquisadoras sentiram que o grupo se vinculou mais com elas. A transferência supõe um investimento pulsional, pois se desenvolve a partir da inclusão na realidade psíquica do sujeito do novo campo de relações que passa a ser estabelecida com o clínico (Bezerra e Rinaldi, 2009). A partir desse momento do processo clínico, pôde-se perceber que o grupo se desligara afetivamente da psicóloga do sindicato, passando a investir psiquicamente na relação com as novas clínicas-pesquisadoras. Assim, estava instalada a transferência, condição que Freud (1912b/1996) sublinha como essencial para a condução do tratamento.

Nesse momento, a relação entre as duas clínicas-pesquisadoras também estava fortalecida, podendo ser percebida uma sintonia entre elas. Em relação aos laços entre as participantes novatas e as que já participavam da clínica do trabalho anteriormente, dois elementos foram decisivos para que a relação de confiança fosse construída: o compartilhamento de experiências e o acolhimento mútuo. O relato das que já haviam passado pelo processo de readaptação há mais tempo sobre a importância do espaço de escuta clínica e sobre as dificuldades já superadas foi importante para a instilação da esperança entre as participantes. E a sensibilidade para as dores compartilhadas foi importante para que pudessem acreditar que naquele espaço de escuta, seu sofrimento, tantas vezes desqualificado, invisível e desacreditado, pudesse ser de fato escutado e respeitado. Além disso, as professoras identificavam-se umas com as outras em relação aos problemas que enfrentavam, mais uma condição importante na criação de laços sociais de confiança e de apoio no grupo. Com efeito, Mendes e Araújo (2012) descreveram, também, o acolhimento afetivo entre os integrantes de um grupo (diante da necessidade de uma pessoa expressar sua dor) e a identificação com a dor do outro como elementos importantes na condução de intervenções com bancários adoecidos.

Na clínica com as professoras, já se observava a atuação de alguns fatores terapêuticos importantes para formação e manutenção de um grupo em processo clínico tais como os descritos por Yalom (2006). Um deles é a universalidade, em que os membros do grupo percebem que não estão sós em seu sofrimento, compartilhando com outras pessoas dilemas e experiências semelhantes, o que lhes gera grande alívio. O sentido da universalidade ganha ainda mais força quando se trata de pessoas estigmatizadas por seu sofrimento ou adoecimento, em que imperam sentimentos de vergonha e culpa. Outro fator terapêutico, observado nesse primeiro momento do grupo, foi a instilação da esperança, também descrito por Yalom (2006). As professoras que já estavam há mais tempo no processo de enfrentamento do sofrimento relativo ao adoecimento e da readaptação, compartilharam os avanços que já tinham alcançado por meio da clínica do trabalho. Assim, ajudava as participantes novatas a acreditarem que sua participação nessa clínica poderia, de fato, trazer algum tipo de alívio no enfrentamento dessa situação.

Nesse momento de construção de laços das primeiras sessões, a clínica-pesquisadora demonstrou dificuldade para colocar limite no grupo no que se refere ao término da sessão. Fisgada pela impressão de uma grande necessidade das professoras de serem escutadas em seus sofrimentos, a clínica-pesquisadora queria ajudá-las e, assim, tinha a sensação de que não poderia introduzir um corte nas suas falas. Sendo o estabelecimento da transferência baseado no endereçamento de uma demanda a alguém a quem se destina um suposto saber conforme definição lacaniana (Bezerra e Rinaldi, 2009; Torezan e Rosa, 2003), o manejo dessa transferência faz-se fundamental para que o analista/clínico não se sinta seduzido a responder a demanda desse lugar. Nesse sentido, a vontade da clínica-pesquisadora de ajudar as professoras, por meio da escuta clínica, precisou ser trabalhada na supervisão para que seu desejo não ofuscasse a capacidade dos sujeitos da clínica, dificultando sua escuta ao invés de favorecê-la (Freud, 1912b). Ou seja, era preciso, na posição de clínica, não se furtar às seduições do amor transferencial (Torezan & Rosa, 2003). Nesse contexto, o diário de campo da quarta sessão refletiu com clareza esse movimento por parte da clínica-pesquisadora:

Minha ansiedade por querer que a clínica com as professoras aconteça pode estar atrapalhando minha capacidade de escutá-las. E talvez isso esteja sendo passado para o grupo como insegurança [...]. Talvez eu acreditasse que eu deveria chegar pronta para a clínica, mas estou me deparando com questões inacabadas e com os imprevistos do real, que estão me fazendo entrar em contato com minhas limitações e potencialidades [...]. Ao mesmo tempo em que muitos questionamentos estão sendo suscitados, saí da supervisão tranquila com a possibilidade de “desconstrução”: pode ser que a clínica não aconteça, mas existem outras possibilidades e estou aberta ao novo. Pois é, acho que eu estava fechada para o “novo” e o grupo das professoras

também estava inseguro com as mudanças. [...] Eu também estou me deparando com as inúmeras possibilidades do novo, mas para viver o novo é preciso se haver com as dores que isso mobiliza. (Diário de Campo da clínica-pesquisadora referente à 4ª sessão).

No contexto inicial de delimitação de espaços e papéis dentro da clínica do trabalho, diante da tentativa de uma professora de tomar o controle na condução da clínica, no sentido de trazer mais leveza para aquele espaço por meio da leitura de um texto, a clínica-pesquisadora pôde retomar a condução por meio do memorial. Isso trouxe para a discussão a problemática do grupo quanto aos lutos e às perdas e assim, mostrando que as transferências presentes no grupo deixavam as professoras confiantes para trazerem temas difíceis, favorecendo a delimitação desse espaço de escuta do sofrimento. Nas palavras de Figueiredo (1997, p. 124), “é na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico”. Nesse sentido, o grupo começava a trabalhar. Assim, foi possível perceber que a clínica-pesquisadora, ao não entrar no jogo de sedução, pôde dar ao grupo o limite que este lhe demandava, apesar de ainda se ter a sensação de que era necessária uma postura mais incisiva no confronto com as defesas que insistiam em aparecer nele. Junto com a fala, emerge a resistência, já que a fala geralmente produz sofrimento, “na fala algo se revela, aparece e desaparece, não é bem o que deveria ser dito” (Figueiredo, 1997, p. 124).

Nesse momento da clínica, outra questão ficou clara: a identificação entre a clínica-pesquisadora e o grupo estava dificultando o processo transferencial e, conseqüentemente, o processo clínico de escuta e elaboração do sofrimento. O fato de todas serem professoras, ao invés de aproximá-las, estava gerando um certo distanciamento. Analisando o que estaria levando a esse distanciamento, um primeiro ponto pode ser destacado. Por parte das participantes, foi possível verificar que elas procuravam experimentar outros papéis que as afastassem do papel de professoras; assim, muitas vezes, identificavam-se como alunas, seja dentro do espaço da clínica ou fora dele, o que lhes remetia a um certo prazer.

Fora da clínica, algumas professoras faziam aula de inglês ou de música, situação em que podiam estar mais leves e até fazer brincadeiras em sala de aula: “*porque lá verdadeiramente sou aluna. Gente, eu consigo atrapalhar a aula [risos]. Gente, eu falo besteira. [Aí eu penso] ‘Você é uma professora!’ Aí ao mesmo tempo eu penso assim: ‘cara, mas aqui eu sou aluna, velho!’ [...] eu faço bagunça, eu faço barulho, questão de dever de casa às vezes eu não faço*”. Essa era uma postura adotada pelas professoras do grupo em alguns momentos da clínica, recusando-se ao trabalho que era proposto e trazendo mais leveza àquele

espaço de discussão e, assim, não entrando em contato com a dor e o vazio que precisavam ser trabalhados.

No contexto da clínica, elas tentavam determinar papéis para a clínica-pesquisadora, inclusive, às vezes, colocando-a como “professora” do grupo que passa “tarefa” para casa. Isso as afastava da implicação com seus sofrimentos. Certa vez, por exemplo, diante de questões colocadas pela clínica-pesquisadora sobre como elas se viam na condição de professoras readaptadas, uma das professoras chegou a verbalizar, em tom de brincadeira: “*dá para ser como dever de casa?*”. Por outro lado, isso refletia a preocupação da clínica-pesquisadora com as respostas que ela esperava do grupo, diante das quais, as professoras mostravam resistência. Nesse sentido, por parte da clínica-pesquisadora, era preciso se abster de suas expectativas e, para isso, fazia-se necessário se descolar dos papéis de professora e de psicóloga organizacional que lhe eram tão familiares.

Segundo Freud (1912a/1996), a transferência invariavelmente nos aparece desde o início do processo clínico, como a arma mais forte da resistência. Assim, colocando-se no papel de alunas, as participantes do grupo poderiam se abster de cumprir as “tarefas” que a “professora” lhes solicitava. Esse tipo de resistência aparece quando a libido é “retirada em seu esconderijo” (Freud, 1912a/1996, p. 114), irrompendo-se um combate para que as forças que fizeram a libido regredir se ergam como resistências ao trabalho clínico, procurando manter o novo estado das coisas. Isso porque não se deseja que os impulsos inconscientes sejam recordados da forma como o tratamento psicanalítico pretende fazê-lo, sendo necessário, portanto, que essa luta entre o clínico e o paciente, entre o racional e o instintual, entre a compreensão e a ação, seja trabalhada nos fenômenos da transferência (Freud, 1912a/1996).

Com esse intuito, Aparício (2015) aponta questões importantes sobre o amor no laço transferencial, ressaltando que, na transferência, o analisando dirige o amor a um saber, ou seja, àquele a quem se supõe um saber, imputando ao analista um saber que lhe diz respeito, mas que ele não conhece, por se tratar de um saber inconsciente. O analista, por sua vez, precisa se haver com um saber que lhe é suposto, mas do qual ele, a princípio, nada sabe, sendo portanto “o analisante, a quem ele dá a palavra, é que está no lugar do sujeito suposto saber” (Aparício, 2015, p. 22). Assim, o psicanalista devolve ao analisando a tarefa de produzir um saber inconsciente. E é nesse sentido que o analista não pode ceder ao seu desejo, devendo se furtar das seduções do amor transferencial (Torezan e Rosa, 2003). Trabalhadas essas questões, a clínica-pesquisadora pôde se descolar de suas expectativas quanto à realização dessa clínica e quanto à sua pesquisa de doutorado. Assim, a clínica pôde avançar no sentido de confronto com as defesas do grupo, mesmo diante do risco do vazio que isso poderia trazer.

Nessa perspectiva, a oitava sessão foi marcada por esse confronto direto com as defesas, favorecendo para que o grupo acessasse a dor ainda encoberta pelos mecanismos defensivos. E assim, o processo de elaboração começou a aparecer por meio do uso de metáforas que traziam a necessidade de realizar um “*mergulho fundo*” e de “*mexer na ferida*”. Com esse movimento de maior entrega, foi possível perceber que o grupo queria trazer questões difíceis, mas que precisavam ser trabalhadas, ou seja, de certa forma, o grupo demandava um trabalho sobre suas defesas. Nesse sentido, o grupo saiu da postura onipotente ou de sedução admitindo o que se passava com ele e a clínica-pesquisadora pôde acolher o que era trazido como algo suportável, ajudando-o a nomear os sentimentos, podendo ser observado o trabalho da transferência. Isso propicia a circulação do afeto e abre possibilidade de sair dos impasses repetitivos, já que o sujeito, pode encontrar na palavra um lugar para reconhecer sua identidade e assim, tem a chance de construção de novos sentidos para seu sofrimento (Mendes, 2014). Ao mesmo tempo, o amor ao sujeito suposto saber põe o analisando, no caso, o grupo, em posição de confiar sua fala ao clínico, situação em que aparecem seus segredos, seu padecer, suas fantasias, sua esperança de mudar, ou seja, ao falar, o sujeito se vê e se escuta de um lugar que lhe é estranho e familiar ao mesmo tempo (Figueiredo, 1997).

O coletivo de professoras parecia que caminhava nessa direção, mas em seguida, esvaziou-se. Era o real da clínica se impondo com bastante intensidade. Novas questões transferenciais passaram a surgir. Uma delas, que preponderou por um bom tempo, foi a volta da utilização de estratégias defensivas no espaço da clínica do trabalho. Uma dificuldade encontrada para trabalhar essas defesas foi o fato de ter sido comum que, entre a dupla, ou trio de professoras que compareceram a essas sessões esvaziadas, ter sempre uma pessoa mais disposta a trazer conteúdos que remetiam ao seu sofrimento e outra(s) que preferia(m) se manter na superficialidade. Outra dificuldade foi a dinâmica de presença/ausência nessas sessões, em que as professoras que participavam do grupo em uma semana, não compareciam na semana seguinte, trazendo uma descontinuidade ao processo clínico.

Além disso, lidar com o discurso totalmente desconectado de sentimentos foi bastante angustiante para a clínica-pesquisadora. E essa também parecia ser a vivência de algumas professoras – normalmente as menos resistentes –, que demonstravam nítido incômodo com as narrativas longas e desconectadas de algumas colegas. Essas sessões foram marcadas pela tentativa, por parte da clínica-pesquisadora, de ajudar o grupo a conectar-se com seus sentimentos em relação às narrativas que estava trazendo, mas não parecia haver disponibilidade do grupo para isso. A necessidade de falar era muito intensa, mas o grupo permanecia sem elaborações. Essa necessidade parecia mais voltada a preencher o tempo, sem

deixar brechas para algum confronto com as defesas. Muitas vezes, as narrativas traziam questões relativas à desilusão e à frustração com a educação e ao desânimo com o trabalho na readaptação, mas as professoras pareciam não se implicar, preferindo buscar causas externas para o que sentiam e viviam.

Nesse ponto, a recorrência das desilusões e frustrações nas narrativas das professoras pode remeter à perda do gozo da fantasia. Ou seja, ao se revelar a fantasia da onipotência na qual as professoras estavam engatadas e desvencilharem-se do gozo nela fixado, emergiu o vazio da falta. Nesse sentido, o que se poderia vislumbrar era o caminho do desejo no sentido de abrir mão de um gozo pelo qual se paga um preço muito alto (Figueiredo, 1997). Era o que estava emergindo na clínica das professoras, as falhas da defesa da onipotência as remetiam à frustrações e desilusões; nesses momentos, preferiam não se implicar. Figueiredo (1997, p. 158) aponta que muitas interrupções no processo clínico costumam acontecer no momento em que se depara com a necessidade de abrir mão de um gozo fixado, cabendo ao clínico contrabalançar a pressa com a espera, no sentido de não incidir precocemente sobre algo do qual o sujeito não pode ou não quer abrir mão.

Assim, foi preciso suportar esse vazio no que diz respeito ao esvaziamento do grupo, ao esvaziamento de significados, de sentimentos e de respostas. Segundo Freud (1940/1996, p. 193), “a superação das resistências é a parte de nosso trabalho que exige mais tempo e esforço. Ela vale à pena, contudo, pois ocasiona uma alteração vantajosa do ego, a qual será mantida independentemente do resultado da transferência e se manterá firme na vida”. Ainda retornando a Freud (1913/1996), diante da perturbação da transferência pelo aparecimento sucessivo de resistência, é preciso esperar que ela se dissolva para que, então, se possa voltar a ter uma comunicação no sentido de uma tradução de um desejo ou um sintoma. Portanto, foi preciso esperar o tempo do grupo, o momento em que se pudesse tentar compreender seu distanciamento da clínica. Ao mesmo tempo, o coletivo de supervisão foi se desafetando desse grupo. Ainda assim, a clínica-pesquisadora continuava investida nele, mesmo que esse movimento de esvaziamento lhe trouxesse frustração com relação às altas expectativas iniciais depositadas no grupo. Vivenciar esse vazio e suportá-lo junto ao grupo parece ter sido o grande desafio transferencial nesse momento.

Nesse sentido, a perspectiva de amar dando o que não se tem parece ter sido a dinâmica presente no coletivo; compartilhamos a falta. Considerando que o manejo da transferência na clínica visa criar condições para que o sujeito possa suportar a dor e o desamparo (Robert & Kupermann, 2012), percebeu-se que esse manejo, nesse momento da clínica, manteve o grupo investido afetivamente com a clínica-pesquisadora e ela também investida com o grupo. E,

assim, ele voltou. Nesse retorno, pôde ser observada uma postura um pouco diferente do coletivo de professoras. Menos passivas e mais dispostas a se implicarem no processo clínico, reconheceram suas defesas e pareciam dispostas a seguir adiante.

Nesse momento, aproximava-se o fim do ano, período que inicialmente havia sido colocado como uma data provável para o fim dessa clínica. Diante do fim iminente, o grupo se conectou novamente com os sentimentos envolvidos nas questões que traziam ao espaço de escuta. A análise da demanda permitiu observar que o tempo cronológico não coincidia com o tempo do inconsciente, ou seja, não daria para encerrar a clínica no mesmo período em que se iniciariam as férias. E assim, a decisão foi pela continuidade desse processo no ano seguinte.

O recomeço dessa clínica pôde sinalizar algumas questões sobre o movimento do grupo. Uma delas foi a presença contínua de quatro professoras até o final do processo (exceção apenas para uma eventualidade em que, a morte da irmã de uma delas fez com que ela se ausentasse nas duas últimas sessões), demonstrando que esse grupo menor estava, de fato, investido afetivamente nesse processo. Assim, não houve mais a inconstância que acontecia em relação às presenças/ausências nas sessões. Outra questão percebida foi o desejo do grupo de se tornar independente dessa clínica. As professoras já começavam a olhar para si mesmas em busca de uma resposta sobre sua capacidade de seguir sem esse grupo, apontando que o término da clínica aconteceria em breve. Por parte da clínica-pesquisadora, havia abertura para a finitude e para os limites da clínica.

O fato de todas se depararem com a falta da estagiária-pesquisadora, que antes compunha o grupo, foi lamentada com o argumento do apego. Mas ao mesmo tempo, parece ter sido positivo lidar com essa falta e com a possível saída de outra professora do grupo, o que talvez tenha suscitado esse encontro com a dinâmica do fim-recomeço. A presença positiva da nova estagiária-pesquisadora ajudou a trazer à tona essas possibilidades diante de um fim.

A partir da percepção de que, diante de alguns avanços no acesso a questões significativas, o grupo novamente entrava na resistência, o manejo da transferência aconteceu no sentido de explicitar esse movimento no memorial: “*em alguns momentos ficamos paralisadas*”. A partir desse momento, as falas estiveram mais conectadas com seus sentimentos e as narrativas mais fluidas, trazendo à tona um resgate do processo de adoecimento e de readaptação com algumas elaborações, donde surgiu a metáfora do “guerreiro” e a consciência do excesso de comprometimento com o trabalho como fator adoecedor. Assim, a onipotência como um dos elementos do adoecimento pôde ser explicitada e as narrativas traziam a busca das professoras por uma maior aceitação de seus limites.

Nesse movimento do grupo, as professoras mostravam algo de sua realidade por meio da transferência. A partir do laço transferencial, elas passaram a apostar em saber um pouco mais sobre aquilo que as afligia, tomando para si mesmas uma parcela de seu destino, sempre um campo variável de possibilidades imprevistas (Figueiredo, 1997). Quando uma professora questionou uma colega: “*você já parou pra pensar porque que você tem que ser tão eficiente no seu trabalho?*”, mostrava que o grupo estava produzindo esse saber. É o que Figueiredo (1997, p. 125) chama de um deslocamento da fala como desabafo, queixa ou pedido de alívio para uma perspectiva mais reflexiva ou indagativa, já que “é preciso, em algum momento, querer saber sobre o que se diz”.

Assim, ao não tentar atender à demanda do grupo no sentido de tirá-lo do vazio, foi possível vislumbrar a construção de novas possibilidades e saídas por parte das professoras. Passaram a relatar que se sentiam mais fortalecidas para enfrentarem a doença e a readaptação e mais realistas na relação com o trabalho, com o corpo e com as pessoas. Ainda se sentiam machucadas pelo adoecimento e pelo enfrentamento das adversidades do contexto de trabalho, principalmente pela condição de readaptação, mas com maior confiança em si mesmas para continuarem nas batalhas. Isso porque passaram a se sentir mais conectadas com seus sentimentos. De alguma forma desengatadas da onipotência, também passaram a aceitar melhor os limites para, a partir daí, poder encontrar novos sentidos no trabalho. É aí que se percebe o papel da clínica de produzir algo a partir da falta e não de completá-la ou eliminá-la (Dassoler & Palma, 2012; Maurano, 2006). Esse movimento pode ser ilustrado pelos seguintes relatos das professoras:

Aceitação: palavra que representa esse tempo aqui no grupo. Aceitar é diferente de acomodar, porque ainda há resistência, lutas.

Quando uma pessoa morria, pensava: eu estou tão doente, por que não eu? Eu devia ir, eu não estou servindo para nada. Até você descobrir que você pode também fazer alguma coisa, não da forma que você fazia antes, mas de uma outra forma.

Ao problematizar sobre o momento em que ocorre o fim da transferência, Gama et al. (2016) trazem a possibilidade desse fim quando se percebe que o grupo passa a alijar os clínicos do processo de trabalho. No caso da clínica com as professoras, o fato de o grupo iniciar um movimento de preencher o tempo com assuntos descolados da clínica foi o que fez o coletivo de pesquisa decidir pelo fim da clínica. Nesse ponto, uma questão foi cuidadosamente analisada. Refere-se ao preparo das clínicas-pesquisadoras para lidarem com esse fim, ou seja, o encontro delas com a falta; caso não estivessem preparadas, corria-se o risco de levantarem novas demandas para o grupo (Gama et al., 2016).

7.3 Interpretação

O dispositivo da interpretação era utilizado nas intervenções durante as sessões e ainda era potencializado por meio dos memoriais. A partir da terceira sessão a clínica-pesquisadora começou a fazer algumas intervenções, já que nos primeiros encontros o foco esteve mais voltado para a construção de laços e o estabelecimento da transferência. As primeiras interpretações tiveram o intuito de tentar clarear o que o grupo estava tentando trazer, pois ainda predominavam falas queixosas sobre o sofrimento. Havia impressão de que queriam pedir que houvesse aceitação entre elas, mas ainda não conseguiam perceber o que estava encoberto por suas queixas e ressentimentos. Ou seja, ainda era preciso se certificarem que seriam aceitas pelo grupo e pelas clínicas-pesquisadoras para, então, permitirem o início do trabalho clínico. Nas palavras de Fontenele (2002, p. 10): “sem o amor não há sentido nem saber possível”, o que remete à essencialidade do amor implicado na transferência para que se possa ter acesso ao saber inconsciente. A partir daí o sujeito é convocado a produzir um saber sobre sua verdade, e, sendo esse saber absolutamente singular, a interpretação não estaria ligada a nenhum sentido prévio (Fontenele, 2002).

Aos poucos, a clínica-pesquisadora foi percebendo as intervenções que ajudavam o grupo a realizar alguma elaboração e aquelas que geravam resistências. Nesse sentido, uma questão pôde ser observada: na medida em que se imperou a relação transferencial em que as participantes do grupo colocaram a clínica-pesquisadora no lugar de professora, as intervenções eram inócuas, pois as professoras se apegavam no papel de alunas para “não atenderem” às suas solicitações – no caso de perguntas que lhes eram endereçadas – ou não se manifestarem diante de afirmações. Nessa perspectiva, Duarte (2014) observou atitudes condescendentes por parte dos sujeitos de sua clínica diante de interpretações realizadas em forma de afirmativas, percebendo que isso lhes remetia a uma suposta autoridade do saber do psicólogo, repetindo o padrão de não apropriação do saber médico a que eram expostos nas perícias médicas. No caso das professoras, também podemos atribuir à suposição de um saber inquestionável da “professora”, saber este que elas estavam colocando em xeque pela situação de adoecimento na docência. Nesse sentido, reforça-se a importância de a clínica-pesquisadora ter se descolado desse papel para que as interpretações pudessem ser mais efetivas.

Com relação ao memorial, instrumento utilizado na clínica do trabalho para auxiliar as elaborações, o coletivo de pesquisa passou por um período de aprendizado no que se refere à forma de utilizá-lo com maior potência na condução do processo clínico com esse grupo. Sendo a interpretação sempre relativa ao processo que a produziu e considerando os sujeitos da clínica

como portadores de um saber inconsciente, portanto, um saber singular, a verdade de uma interpretação é sempre provisória e parcial, podendo existir outra igualmente verdadeira ou até mais útil. O que vai definir a fertilidade de uma interpretação são os seus efeitos em uma perspectiva de ampliar o olhar para novas compreensões do fenômeno, já que não se pretende fornecer uma resposta definitiva (Dockhorn e Mancebo, 2015). Assim, no início dessa clínica do trabalho, os memoriais muito extensos e com muitas perguntas ao grupo não produziram efeito em termos das elaborações. Talvez porque remetiam a busca de muitas respostas que o grupo ainda não era capaz de responder, ou jamais seria. A partir de adequações no estilo de apresentação desse instrumento, eles passaram a ser mais curtos e com frases literais proferidas pelas professoras durante as sessões. Isso facilitou com que as participantes se identificassem com o que estava sendo lido e, assim, se implicassem mais na clínica. Ou seja, passou de uma perspectiva extensamente explicativa e racional para uma perspectiva mais simples e provisória, deixando questões em aberto e espaço para elaborações.

Para além das adequações no estilo dos memoriais, o grupo ainda precisava de um tempo para vencer as resistências iniciais do processo clínico. Na sexta sessão, por exemplo, na tentativa de traduzir as vivências que as professoras haviam trazido sobre as situações de perdas e desilusões do processo de adoecimento-readaptação e de tentativas de se reinventarem nessa nova condição de trabalho, o memorial trouxe o tema “*do luto à luta*”. Esse tema foi retomado pela clínica-pesquisadora ao longo da sessão, mas o grupo ainda permaneceu na superficialidade. Na sétima sessão, a mesma situação se repetiu, ou seja, a necessidade de lutas constantes para sobreviverem num contexto de trabalho competitivo, violento e cruel (nas palavras das professoras) trazida pelo memorial, ao acessar vivências de inutilidade, desilusão e desistência, acabou levando o grupo para um momento de resistência.

Foi assim que se decidiu por uma abordagem de maior confronto com as defesas, o que começou com o memorial da oitava sessão, que trazia interpretações sobre a dificuldade do grupo de falar sobre o que era difícil. A leitura desse memorial foi seguida por um momento de defesa do grupo, que exemplifica um movimento recorrente nesse coletivo: recorrer a assuntos informativos como forma de não se envolver. Ao explicitar que esse movimento estava ocorrendo, a clínica-pesquisadora conseguiu desmontar o sistema defensivo e acessar o afeto mobilizado pelo sofrimento. E assim, algumas metáforas começaram a ser trazidas pelo grupo, o que demonstrava algum processo de elaboração.

Algumas interpretações eram feitas no sentido de apontar as diferentes formas de luta que as professoras estavam travando, incluindo a luta para não entrar em contato com a dor. Ou ainda no sentido de apontar a dor que sentiam não só pelo adoecimento ou pela readaptação,

mas também pela conseqüente quebra de grandes idealizações nas quais se apegaram por tanto tempo, momento retratado pelo grupo pela metáfora: “*a gente caiu do cavalo*”. Uma imagem muito trazida pelo grupo, a de “levantar e cair novamente” foi interpretada sob a perspectiva do movimento do próprio grupo que oscilava entre aprofundar e resistir. O dispositivo da interpretação procura trazer o invisível e o não dito para a discussão, desvendando a realidade da fala oculta em uma verdade subjetiva, um movimento difícil e que inclui ter que lidar com as resistências do sistema psíquico (Grippi, 2012). Nesse processo, o clínico busca interpretar as defesas coletivas com prudência para desnudar o sofrimento e desmontar estratégias defensivas (Mendes & Araújo, 2012).

Em alguns momentos, era comum surgirem narrativas distantes da vivência de sofrimento das professoras, como questões políticas do país, detalhes burocráticos de algumas rotinas escolares ou questões sobre valores e cidadania. Essas falas apareciam desconectadas de afeto. Nessas ocasiões, a clínica-pesquisadora tentava ver com o grupo como aquele tema o afetava, buscando o que naqueles fatos se relacionava com suas vivências de sofrimento ou, às vezes, fazendo interpretações nesse sentido. Com isso, o intuito era de tirar as professoras da repetição da resistência, de modo a chamá-las novamente para o trabalho da clínica. Maurano (2006) esclarece sobre esse objetivo da interpretação: antes de ser uma resposta, seria um enigma; seria um meio e não um fim. Mesmo que a interpretação esteja vinculada a alguma significação, ela tem sempre um limite em relação ao que pode ser significado, e é isso que rompe com a mesmice e a abre canal para o aparecimento do novo, do inesperado.

Assim, aos poucos, as interpretações começaram a possibilitar o aprofundamento das discussões no grupo, na medida em que traziam a tradução de signos inteligíveis e possibilitavam a construção de sentidos sobre o sintoma (Grippi, 2012). As professoras passaram a se questionar sobre os altos padrões de desempenho que elas mesmas se impunham (mesmo depois do adoecimento), sendo estes um dos motivos que contribuíram para seu adoecimento. Também explicitavam a dificuldade de se aceitarem na condição de readaptação que lhes impunha limites e novos patamares de produção. Isso trouxe à tona a falha na defesa da onipotência e a necessidade de se engajarem de uma forma diferente no trabalho, principalmente no que se refere às tentativas de não envolvimento em relacionamentos interpessoais hostis no contexto de trabalho.

Uma forma de potencializar a interpretação nesse processo clínico foi o trabalho a partir das metáforas trazidas pelo grupo. Uma delas remetia a um movimento muito comum no grupo: “*cair, se recuperar, levantar e cair novamente*”, ou “*parece que quando você está sarando da ferida, vem uma bomba e ‘bum!’, aí reabre*”, ou ainda “*agora que eu vou criar gás pra*

continuar nisso, aí vem uma pancada me arrebeta e me derruba assim". Ao longo do processo, foi possível perceber que essas metáforas se ligavam a uma outra trazida pelo grupo, a da guerreira: *"Eu sou uma guerreira, o guerreiro, se não matarem ele, ele jamais será vencido"*; *"Ele pega forças e continua"*; *"Sou guerreira, se não me matarem saio fortalecida, com novas estratégias e novas armas"*. Considerar-se guerreira remete a estar em uma guerra, onde há várias batalhas a serem travadas: em algumas serão vencidas, em outras, derrotadas, ou seja, era o movimento contínuo de "cair e levantar". Isso remetia a uma forma mais realista que as professoras estavam tentando construir para vivenciarem seu trabalho. Se no início do processo clínico se consideravam "salvadoras" dos alunos – por acreditarem que o professor, sozinho, teria o poder de mudar a realidade social – a partir dessas metáforas, foi possível perceber que elas passaram a lidar com outra realidade. De salvadoras a guerreiras, as professoras puderam vivenciar o vazio, através da perda das ilusões, do reconhecimento das adversidades da organização do trabalho e de uma maior aceitação de suas limitações.

O significado dessas metáforas e a relação entre elas foram trabalhados por meio de memoriais e de intervenções feitas ao longo das sessões. Na pesquisa de Duarte (2014), a interpretação sobre as metáforas surgidas no grupo também foi uma importante forma de elaboração, já que elas permitem um afastamento do sofrimento. É justamente esse afastamento que aproxima o grupo do sofrimento pois, ao ser explicitado e interpretado, os sujeitos voltam a dialogar com o que o sofrimento suscita.

Diante dos questionamentos das professoras sobre seus limites e possibilidades, a clínica-pesquisadora as convidou a pensarem na finitude e nos limites desse processo clínico. As professoras já sinalizavam um movimento de enxergar de forma mais realista o contexto de trabalho, enterrando algumas idealizações que haviam construído ao longo de sua trajetória profissional. Mas isso ainda não parecia acontecer no nível de uma elaboração, surgindo, algumas vezes, como falas mais racionais.

Retomar a metáfora do guerreiro no sentido de diferenciá-lo da imagem do vencedor foi importante para que o grupo passasse a perceber a ilusão da vitória definitiva. Assim, as professoras precisaram rememorar os enfrentamentos do passado no que se refere aos seus respectivos processos de adoecimento e de readaptação para poderem se ver no presente. E assim, passaram a explicitar os modos de enfrentamento de suas emoções e medos e dos problemas relativos ao trabalho, sabendo que eles não iriam desaparecer, mas enfocando nos recursos pessoais que dispunham para enfrentá-los.

Figueiredo (1997) aponta que uma palavra ou ação do clínico age no sentido de uma interpretação em um tempo posterior, visto que a elaboração também se dá nesse "só depois"

das sessões, ao longo do processo clínico, à medida em que varia a posição do sujeito em sua realidade psíquica. As professoras, ao saírem da posição de queixa para uma posição de se verem em lutas constantes contra a desestabilização psíquica frente às adversidades do trabalho e ao adoecimento, passaram a enxergar seus recursos pessoais para enfrentarem essas lutas e a agirem no sentido de se preservar de lutas desnecessárias. Ainda havia inseguranças e incertezas, que, de fato, nunca deixarão de existir. Mas as professoras sentiam que poderiam “*se testar*”, seguindo adiante sem o trabalho da clínica. Foi o saber possível de se alcançar naquele momento, e se contentar com o resultado desse trabalho foi importante para que o coletivo de professoras e de clínicas-pesquisadoras pudessem reconhecer o momento de encerrar essa escuta clínica. Conforme ressaltado por Figueiredo (1997), nunca se sabe tudo e, mesmo o saber alcançado, não garante uma modificação no gozo. Nesse sentido, o clínico toma partido da castração, já que sua resposta vai ao encontro da impossibilidade. Ou seja, o saber é sempre parcial, sendo esse o limite da interpretação e ainda o que permite a ação.

Do lamento à aceitação, foi possível observar uma mudança na posição subjetiva dos sujeitos da clínica frente ao sintoma. A queixa cedeu lugar a uma postura de maior autonomia frente ao sofrimento, possibilitando que as professoras pudessem se desapegar da onipotência e enxergarem sua potência para lidarem com as adversidades do real do trabalho e com o adoecimento. Aceitando a existência de adversidades que independem de suas lutas, puderam se afastar da onipotência que as prendia no discurso de salvadoras, o que, em um primeiro momento, as levaram ao eixo da impotência (Mendes, 2015), quando se sentiam frustradas, inúteis e desiludidas. As interpretações possibilitaram explicitar as falhas da onipotência e a vitimização da impotência para enredar as professoras em suas lutas como guerreiras, a partir das metáforas trazidas pelo grupo.

7.4 O uso dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento

A descrição sobre o uso dos dispositivos de escuta do sofrimento no percurso do processo clínico permite vislumbrar o caminhar do fazer clínico. Vale ressaltar a dificuldade de encontrar estudos científicos que descrevem o percurso do processo clínico pois, o foco maior costuma estar em explicitar os resultados. É comum, nesses estudos, abordar as características do caso clínico e, a partir daí, o momento em que a clínica deslanchou e os resultados alcançados a partir disso. O que ocorreu para se chegar nesse momento auge da clínica, incluindo os altos e baixos, os avanços e retrocessos, as dificuldades e dúvidas enfrentadas, normalmente não são

questões abordadas. Esse foi um dos desafios desse capítulo: encontrar trabalhos aos quais se pudesse referenciar no que tange ao manejo dos dispositivos clínicos e seus resultados para o grupo pesquisado.

No que se refere à clínica do trabalho, foco do nosso interesse, essa dificuldade se torna ainda mais clara. A maioria dos estudos traz poucos detalhes sobre a condução da clínica, enfocando os resultados, principalmente ao que se alude à psicodinâmica do trabalho do grupo de trabalhadores estudado. Sendo assim, não apresentam os bastidores que permitiram o desvelamento dessa realidade laboral e do seu sentido para os trabalhadores (Duarte, 2014). Essa constatação vai ao encontro do fato de a psicodinâmica do trabalho ser uma disciplina clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, sendo que a psicanálise – uma de suas bases teóricas – serve-lhe como um arcabouço teórico para inscrever os resultados da pesquisa em uma teoria do sujeito (Dejours, 2012).

A proposta de utilizar os dispositivos da psicanálise para fazer da clínica do trabalho a própria pesquisa, traz o fazer para um primeiro plano, sendo a partir dele que o sujeito pode se apropriar do seu sofrimento e dar um novo destino a ele. Nessa perspectiva, Mendes e Araújo (2012) propõem uma maior aproximação da clínica do trabalho com a psicanálise, como uma forma de trazer o afeto para o método, buscando maior apropriação dos sujeitos da clínica com seus desejos, sendo assim uma atuação mais política (Mendes, 2014). A partir daí, torna-se essencial a descrição dos dispositivos utilizados nessa clínica no sentido de revelar os resultados em sua relação com o engajamento dos clínicos-pesquisadores com os sujeitos participantes, a partir da qual se constrói um saber. Nesse sentido, a prática da clínica atende não só a demanda do pesquisador de saber fazer, mas dos sujeitos envolvidos que se arriscam quando entram no processo da pesquisa clínica (Duarte, 2014). Como essa é uma proposta nova, do ponto de vista científico, são poucos os trabalhos que apresentam a descrição dessa relação entre os dispositivos de escuta clínica do sofrimento e os resultados alcançados no coletivo de sujeitos em termos dos destinos do sofrimento.

Retomando a pesquisa bibliográfica do capítulo dois dessa tese sobre os dezessete estudos encontrados que descreviam os efeitos da clínica do trabalho sobre a mobilização subjetiva ou a ressignificação do sofrimento, apenas quatro descrevem a utilização dos dispositivos clínicos utilizados nesse processo, quais sejam: Duarte (2014), Gama et al. (2016), Ghizoni (2013a) e Medeiros (2012).

O estudo de Medeiros (2012) foi o primeiro a fazer essa descrição. Nele, utilizou-se os dispositivos propostos por Mendes e Araújo (2012), procurando demonstrar como seu uso influenciou a condução da clínica. Gama et al. (2016), utilizando os dispositivos propostos por

Mendes (2014) e se embasando nos três eixos estruturadores do método – os dispositivos, a formação do clínico e a supervisão –, descreveram como o coletivo de trabalhadores ressignificou o sofrimento vivido no trabalho, mostrando como foram trabalhadas a análise da demanda, a transferência e a interpretação.

De maneira bastante detalhada e aprofundada, Ghizoni (2013a) pôde demonstrar como o uso dos dispositivos clínicos (Mendes & Araújo, 2012) permitiu realizar uma escuta qualificada do sofrimento, levando os trabalhadores à mobilização subjetiva. O espaço de discussão criado favoreceu a fala, de forma que os trabalhadores puderam externar desejos, incômodos, angústias e sofrimentos, saindo das repetições e resistência para a elaboração e perlaboração. Nesse estudo, todo o processo clínico foi descrito de modo que se pudesse apreender a emergência do real do trabalho da clínica-pesquisadora, também com seus incômodos, sofrimentos, angústias e dúvidas, questões trabalhadas a partir da formação clínica, da análise pessoal e da supervisão, para que pudesse manejar adequadamente os dispositivos clínicos, o que não ocorreu sem erros, retrocessos e recomeços. Esses dispositivos, não só utilizados, mas vivenciados na clínica, foram os elementos norteadores da escuta clínica do sofrimento e dos resultados que dela se obtiveram para o coletivo de trabalhadores (Ghizoni, 2013a). Mais que isso, a autora ainda apontou para uma perspectiva importante dentro do processo clínico, a importância de se dirigir o olhar para quem conduz a clínica. Isso porque, uma não mobilização dentro do processo clínico pode advir não apenas do coletivo de trabalhadores, mas do próprio clínico-pesquisador. Foi assim que se concluiu pela importância da supervisão como um dispositivo para a mobilização tanto do clínico-pesquisador quanto do coletivo de trabalhadores.

Duarte (2014), ao comparar a condução de duas práticas distintas em clínica do trabalho – a da cooperação e a das patologias – concluiu que a vivência dos sujeitos da clínica em relação ao seu trabalho tem impactos no emprego dos dispositivos clínicos, o que convida o clínico-pesquisador a utilizar esses dispositivos de maneiras particulares de acordo com as singularidades dos grupos. Essa pesquisa também se destaca pela forma detalhada com que é descrito todo o processo clínico com os dois grupos pesquisados, permitindo vislumbrar os efeitos da clínica a partir do manejo dos dispositivos. Na mesma direção do estudo de Ghizoni (2013a), Duarte (2014) também enfatiza a elucidação do papel do clínico-pesquisador no processo clínico, valendo a pena recorrer às suas próprias palavras sobre essa questão:

O estudo dos dispositivos clínicos permitiu ainda visualizar a importância de uma dimensão muitas vezes esquecida quando da realização da prática em clínica do trabalho: a do próprio clínico, imerso em uma grande rede de sentidos e de poder e na

qual deve entrar mas não se deixar capturar, reinventando sempre o seu fazer. Pode-se dizer que é nesse fazer que nos encontramos com o real do trabalho do próprio pesquisador clínico, que a partir do uso dos dispositivos clínicos poderá acessar o grupo e junto a ele construir as vias da mobilização para o trabalho, sempre atento para que o dispositivo clínico se torne uma ferramenta de construção e não de destruição e violência em direção aos sujeitos pela imposição de novos modos de viver o trabalho (Duarte, 2014, p. 125).

Seguindo essa linha, no que se refere aos avanços necessários sobre o emprego dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento no trabalho, a presente pesquisa adotou a perspectiva de detalhar todo o percurso clínico. Essa decisão demanda a necessidade de o pesquisador se implicar e, com isso, publicizar seus acertos e conquistas, mas também seus erros, medos e inseguranças, sentimentos que parecem ser comuns por quem se disponibiliza a escutar o sofrimento do outro. Talvez esse seja um dos motivos pelo qual a maioria dos pesquisadores clínicos prefere focar os resultados do processo clínico que conduziu a destrinchar sobre seu caminhar. Nesta tese, optou-se por detalhar o processo da clínica com as professoras readaptadas, por entender que assim poderia se trazer o modo como os dispositivos foram utilizados e os efeitos deles advindos. Esse percurso remete à discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real do próprio processo clínico.

Na literatura científica sobre a psicologia clínica, há prescrições que descrevem as características desejáveis a um psicoterapeuta (Souza & Teixeira, 2004; Zimerman, 1999). Sem desconsiderar a essencialidade de alguns pré-requisitos na condução de um processo clínico, desde os de caráter técnicos até os que dizem respeito ao preparo psicológico, há que se observar o caráter prescritivo na definição desses atributos. A Psicanálise também aponta uma série de atitudes esperadas de um analista (Freud, 1912b/1996), incluindo uma das mais importantes que seria “assumir o lugar do vazio”. Compreender cognitivamente essa orientação é relativamente fácil diante da dimensão que ela assume na prática clínica, ou seja, vivenciar isso na relação transferencial requer do clínico um intenso trabalho psíquico, o que implica o seu percurso pessoal de análise. Além disso, ainda que pareça óbvio, cabe ressaltar que cada processo clínico é particular, assim como cada grupo atendido tem suas peculiaridades. E diante do real do trabalho de escuta, o clínico necessita fazer uma série de ajustes às prescrições, questão inclusive, que envolve sua subjetividade, sendo esta uma das dimensões do método, e que será tratada no próximo capítulo dessa tese.

8 MODOS DE SIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO DAS PROFESSORAS READAPTADAS

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados no que tange aos modos de significação do sofrimento das professoras readaptadas atendidas na clínica do trabalho. Para isso, parte-se dos dados referentes ao módulo analítico da clínica do trabalho, correspondente à análise dos da mobilização do coletivo de trabalho (etapa 3 da ACT). O capítulo está organizado em três seções. A primeira trata da mobilização do coletivo de pesquisa, o que inclui as questões da supervisão clínica. A segunda trata da mobilização do coletivo de trabalhadoras, ressaltando o movimento de reposicionamento subjetivo do grupo em relação ao sofrimento. E por fim, será discutida a significação do sofrimento do coletivo de professoras em uma perspectiva diferenciada em relação ao conceito de mobilização subjetiva.

8.1 A mobilização do coletivo de pesquisa

A partir da proposição metodológica de Mendes (2014) sobre a clínica do trabalho, são privilegiados, além dos dispositivos de escuta do sofrimento, a supervisão e a formação do clínico, sendo sobre esses três eixos que se estrutura a clínica. O último eixo, por se tratar de questões muito pessoais da clínica-pesquisadora, não será tratado de forma detalhada nessa tese, que tem como foco a mobilização do grupo de professoras. Mas sabe-se que a mobilização do coletivo de trabalhadores depende também da mobilização do coletivo de pesquisa. Por isso, questões referentes à supervisão clínica serão retratadas de modo a esclarecer as influências dessa dimensão nas formas de mobilização dos trabalhadores.

Cabe mencionar os limites que se tem para detalhar os acontecimentos da supervisão, uma vez que a introdução de uma forma sistematizada de registro desse eixo da clínica será proposta a partir desta tese. Apesar de já conhecida a essencialidade da supervisão para o processo da clínica do trabalho, seus desdobramentos, a partir do real do trabalho clínico desse processo de escuta, fizeram surgir a necessidade de criar diretrizes sobre esse registro, até então inexistentes. Como mencionado, os dados disponíveis para análise desse eixo na clínica com as professoras readaptadas, referem-se aos registros informais realizados pela clínica-pesquisadora a cada supervisão clínica.

Ghizoni e Mendes (2014) destacam a relação entre a subjetividade do clínico-pesquisador e a mobilização subjetiva do coletivo de trabalhadores na clínica do trabalho, já que o fato deste se deixar afetar pelo sofrimento do outro é um dos elementos essenciais para

que aconteça a mobilização do grupo. É por isso que a formação do clínico configura-se como um dos eixos do método proposto por Mendes (2014), pois, além da prática de escuta, a qualificação teórica e seu próprio processo de análise lhe instrumentalizam para que ele possa se afetar pela fala do outro, colocando-se à sua disposição, deixando-se surpreender e angustiar com o inesperado e suportando o incontrolável (Mendes & Araújo, 2012).

A supervisão clínica, outro eixo do método, também atua nessa perspectiva de propiciar o acesso à subjetividade do clínico-pesquisador para que ele possa acessar a subjetividade de quem ele se disponibiliza a escutar. Novas formas de se compreender o que acontece no espaço da clínica podem ser acessadas por meio da supervisão, uma vez que o supervisor ou o coletivo de supervisão pode atuar no sentido de reordenar as pulsões presentes no fazer clínico para além do que poderia ser prescrito (Mendes, 2014). A supervisão prepara os clínicos-pesquisadores, técnica e afetivamente, para trabalharem com a subjetividade do outro, posto que, o real do seu trabalho exige deles condições profissionais e psíquicas para se afetarem pelo sofrimento do outro sem se deixar capturar.

Feitas essas considerações, a primeira supervisão da clínica do trabalho realizada com as professoras readaptadas já ressaltou, de modo bastante confrontativo, a necessidade da assunção de uma postura de clínicas-pesquisadoras por parte de quem estava conduzindo o processo. Ao lado do medo e da insegurança diante da novidade do que essa clínica representava para a pesquisadora responsável por esta tese, convivía uma grande disposição para se entregar nesse processo. Nesse sentido, dedicava-se à sua análise pessoal e aos estudos sobre teoria psicanalítica. Ainda há que se destacar a indagação feita a ela pela supervisora sobre sua disponibilidade nesse processo, disponibilidade que envolvia o engajamento de sua subjetividade. Nesse ponto, não tinha dúvidas. Era claro o desejo da clínica-pesquisadora, mesmo ciente de que muitos desafios precisariam ser enfrentados.

Ao lado desse desejo, conviveram expectativas que chegaram a atrapalhar sua escuta do grupo, questão prontamente assinalada pelo coletivo de supervisão. Essas interferências iniciais que envolveram as três primeiras sessões foram trabalhadas em supervisão com colocações que muito mobilizaram a clínica-pesquisadora. Havia ficado claro que a supervisão estava sendo vivenciada por ela como eixo estruturante da escuta clínica do sofrimento no trabalho. A partir das elaborações da supervisão, que reverberavam em seu processo de análise pessoal e eram complementadas pelo suporte teórico de sua formação, a clínica-pesquisadora se viu verdadeiramente implicada nesse processo.

Nesse momento, o deslizamento da posição de pesquisadora-clínica para a posição de clínica-pesquisadora acontecia e, com ele, a disposição para a escuta, com os riscos que ela

envolvia. Procurar compreender-se ou compreender o outro sempre envolve um risco no sentido de ser transformado pelo que se compreende. Assim, a escuta arriscada pressupõe riscos não só para o coletivo de pesquisa, mas também para o coletivo de pesquisadores, que precisa estar aberto o suficiente para ser surpreendido por tudo o que lhe for relatado (Molinier, 2013). Aliás, a escuta só produz efeitos se envolver risco, sendo um desses riscos relativo aos desdobramentos de se envolver na compreensão do sofrimento do outro, algo que pode desestabilizar o equilíbrio psíquico de quem escuta (Dejours, 2011a). Aberta para os riscos da escuta e seus desdobramentos, a clínica-pesquisadora se viu subjetivamente implicada nesse processo.

Nesse primeiro momento, essa disponibilidade subjetiva foi decisiva para a análise da demanda e para a constituição, junto ao grupo, de um espaço de discussão coletivo, em que laços de confiança e de solidariedade puderam se consolidar. Ainda havia um caminho a percorrer, principalmente no que se refere a questões transferenciais com o grupo, detalhadas no capítulo anterior desta tese. Nesse ponto, ressalta-se a dinâmica da onipotência, tanto por parte do grupo de professoras quanto por parte da clínica-pesquisadora, que dificultava o acesso ao vazio, o que pode ser observado no seguinte trecho do diário de campo da sétima sessão:

Em um grupo, em que acontecem muitos processos transferenciais ao mesmo tempo, cada detalhe precisa ser observado, sentido e trabalhado. Achei que eu estava precisando sentir mais com o grupo, deixar espaço aberto para escutá-las e me escutar no grupo. Para isso, é preciso suportar o vazio... o meu e o delas. Não é preciso tentar nomear tudo o que o grupo traz, como eu às vezes eu estou fazendo; não é preciso que elas respondam às perguntas colocadas... nem tudo é nominável, nem todas as perguntas têm respostas. Talvez seja nesse vazio que possamos nos encontrar. [...] (Trecho do Diário de Campo da clínica-pesquisadora – referente à sétima sessão).

A partir dessa dificuldade, a supervisão foi incisiva sobre a necessidade de serem trabalhadas as defesas que imperavam no grupo. E a clínica-pesquisadora foi confrontada pela supervisora: “quando se quebra uma defesa, vem o vazio. Você consegue suportar isso?”. A intensidade da supervisão, vivenciada pela clínica-pesquisadora em sua potência, permitiu que houvesse avanços no grupo em relação ao uso das defesas e ao acesso à dor e ao vazio, como pode ser observado pelo diário de campo da sessão seguinte:

Havia ficado muito claro para mim, a partir da última supervisão, que era preciso desmontar os sistemas defensivos que estavam impedindo que o grupo entrasse em contato com o que realmente importava: seu sofrimento. Eu me dei conta de que, a partir daquele momento, eu estava preparada para suportar o vazio que a quebra das defesas traria... acho que antes eu realmente estava evitando isso. Senti que estava no momento de iniciar esse processo no grupo e o memorial foi construído com base nessa

perspectiva. [...] senti que, apesar da dificuldade em enfrentar as resistências, o grupo, de certa forma, gostou que isso tenha acontecido, era necessário. Senti-me aliviada por termos chegado nesse ponto. [...] (Diário de Campo da clínica-pesquisadora – referente à oitava sessão).

No entanto, o coletivo de supervisão parece não ter reconhecido esse avanço alcançado na clínica. Começaram a aparecer nesse coletivo algumas relações transferenciais que apontavam para a presença da onipotência também nesse grupo. Além da ocasião em que o coletivo focou em um detalhe considerado como erro na condução dessa clínica do trabalho, também houve uma situação em que o grupo fez várias referências irônicas sobre alguns erros que a supervisora confessou já ter cometido. Há que se destacar que, com exceção da clínica com as professoras readaptadas, os outros casos supervisionados eram atendidos por alunos de graduação, o que poderia remeter à hipótese de que, à clínica-pesquisadora doutoranda e, principalmente à supervisora, não era dada a permissão de errar. O erro quebrava a idealização daquele grupo que pertencia a um renomado laboratório de pesquisa, reconhecido nacional e internacionalmente. Nesse sentido, há que se considerar que a supervisão, para além de um espaço de ensino-aprendizagem, configura-se como uma situação de relações interpessoais em que as pessoas envolvidas estão sujeitas às comunicações conscientes e inconscientes que ali ocorrem (Saraiva e Nunes, 2007).

Os incômodos da clínica-pesquisadora relativos a essas questões transferenciais no coletivo de supervisão não foram explicitados, por perceber que o espaço do coletivo de supervisão era destinado a trabalhar as questões que envolviam os atendimentos. A literatura científica aponta para uma carência de estudos que enfoquem os elementos que interferem no próprio processo de supervisão. Normalmente, as pesquisas tratam de questões como os laços de trabalho, as funções do supervisor, o referencial teórico utilizado, os traços do supervisor e do supervisionando, sem discutir as transferências presentes na supervisão (Saraiva e Nunes, 2007). As autoras apontam questionamentos presentes na literatura sobre a não discussão da supervisão através de pesquisas empíricas, pelas relações de poder presentes em sua estrutura. Também há menções sobre dificuldades metodológicas para a concretização de tais estudos, como a forma adequada de coletar material: se por meio de gravações em áudio ou vídeo, ou por anotações do supervisor e/ou dos supervisionandos.

Avançando nessa perspectiva, a partir do real do trabalho com a clínica realizada com as professoras readaptadas, observa-se a necessidade de se estruturar uma maneira de realizar os registros das supervisões. Desde que a forma de registro seja validada pelo coletivo de pesquisa, esse material pode ser de grande valor na análise dos dados referentes a este eixo do

método, como também oportunizar que o coletivo possa pensar sua prática na própria supervisão. Assim como o diário de campo é um instrumento que permite ao clínico-pesquisador repensar cada sessão clínica, a partir dos sentimentos que lhe foram despertados e do registro dos eventos que mais lhe chamaram a atenção, um registro de cada supervisão pode ser uma oportunidade para que o próprio clínico possa aprofundar suas elaborações e interpretações sobre a clínica e se perceber nas relações com o coletivo de supervisão. Uma forma utilizada por esta clínica-pesquisadora na estruturação desse registro foi a organização das considerações em observações de caráter técnico/teórico, de um lado, e, de outro, as considerações voltadas para atitudes e questões que diziam respeito à própria clínica-pesquisadora. Ainda há que se mencionar que, ao fazer esse registro, algumas questões trabalhadas na supervisão ficavam mais claras, trazendo reverberações na condução clínica.

Uma questão que dominou boa parte das supervisões da clínica com as professoras readaptadas foi a tentativa de compreensão do esvaziamento do grupo durante mais de um mês. As hipóteses abrangiam desde a coincidência desse momento com o movimento grevista da categoria docente do Distrito Federal, até a incompatibilidade da demanda do grupo como um espaço de convivência com a da clínica do trabalho como um espaço de ressignificação do sofrimento. Nessa última perspectiva, o confronto com as defesas do grupo teria sido o momento em que essa incompatibilidade ficou clara. Também existia a possibilidade desse esvaziamento ter ocorrido pelo despreparo do grupo em lidar com a quebra das defesas nesse momento da clínica. Ao final do processo, foi possível perceber que todos esses fatores tiveram sua cota de contribuição. E assim, aquelas professoras que tinham como demanda o trabalho sobre seu sofrimento, voltaram para a clínica do trabalho e compuseram o grupo com o qual finalizou-se esse processo clínico. De qualquer modo, o período de esvaziamento colocou em xeque a onipotência presente entre o coletivo de pesquisadores e fez com que a clínica-pesquisadora vivenciasse momentos de incertezas e indefinições que lhe ajudaram a compreender o processo desconhecido que representa a readaptação para as professoras.

Diante do contexto político que os professores estão vivendo, fico me perguntando qual será o destino da clínica... Sei que não terei respostas para essa questão... Assim como as professoras também não sabem os desdobramentos que as greves e manifestações trarão para seu futuro profissional... pode ser que a condição de readaptados sofra mudanças. Passado e futuro se entrelaçando... incertezas e indefinições... por enquanto, é isso. (Diário de Campo da clínica-pesquisadora – referente à décima sessão).

Sobre isso, Molinier (2003) sublinha que o sofrimento do outro aparece ao clínico como um enigma, pois não se vê sofrimento, ele só pode ser sentido. E é por isso que a supervisão

precisa ser encorajadora para que o clínico possa acessar os sentimentos suscitados na sessão clínica, pois ao nomear o que sentiu, possibilita que ele possa experimentar o que o outro lhe faz experimentar. Entender o outro implica, em um primeiro momento, estar atento àquilo que acontece consigo mesmo e assim, o clínico usa a sua subjetividade para trabalhar em benefício da compreensão da subjetividade dos outros (Molinier, 2003). O instrumento diário de campo foi essencial para que esses sentimentos da clínica-pesquisadora pudessem ser experimentados e manejados ao longo das supervisões, conforme pôde ser observado pelos trechos acima mencionados.

Molinier (2003, 2013) destaca ainda que a subjetividade não tem em si um valor de interpretação, ela é um meio, na verdade, o único meio que existe para ter acesso à subjetividade do outro. Assim, a interpretação comporta três tempos: o primeiro seria o tempo subjetivo que, no caso da clínica com as professoras, corresponde ao momento em que a clínica-pesquisadora “sentia” que havia algo a mais a ser trabalhado com o grupo, tendo sido a supervisão encorajadora para que essa conexão entre a subjetividade da clínica-pesquisadora e a subjetividade do grupo acontecesse.

O segundo tempo seria o reflexivo e deliberativo, que implica em conhecimentos conceituais a respeito do mundo do trabalho e da psicologia (Molinier, 2003, 2013). Nesse caso, as hipóteses levantadas sobre os motivos do esvaziamento do grupo ao longo das supervisões foram importantes para ajudar a clínica-pesquisadora a trabalhar as resistências do grupo e, assim, acessar o sofrimento que as professoras insistiam em manter encoberto pelas defesas. Nesse aspecto, a supervisão também atua de modo bastante potente ao ajudar a diminuir os possíveis vieses em função das relações transferenciais que ocorrem no contexto clínico, possibilitando alguns ajustes para uma melhor condução do método (Mendes, Merlo, Duarte & Araújo, 2014). Ao longo da clínica com as professoras, por exemplo, a supervisão foi esclarecedora da dinâmica de identificação das professoras para com a clínica-pesquisadora que gerava, ora excesso de proximidade, ora distanciamento, dificultando os processos transferenciais e, conseqüentemente, a condução da clínica no sentido de elaborações por parte do coletivo de trabalho.

O terceiro tempo da interpretação é o tempo de restituição-validação junto aos trabalhadores. No caso das professoras aconteceu quando o grupo assumiu o que se passava com ele, estava se protegendo para não entrar em contato com a dor, conforme relato da professora: *“E o grupo estava num negócio bom, trabalhando um negócio bom [no momento que antecedeu o esvaziamento], mas é assim que funciona, quando o negócio começar a apertar a gente sai pela tangente, a gente sai pela tangente”*.

De qualquer forma, aos poucos, a repetição do grupo na dinâmica da resistência levou o coletivo de supervisão a ir se desinvestindo desse processo clínico. Mas a pesquisadora sentia que havia questões relativas à demanda das professoras ainda não trabalhadas e que, portanto, era preciso continuar o processo, mesmo diante da aparente paralisação do grupo. Não sendo possível encontrar argumentos que pudessem convencer o coletivo de supervisão dessa necessidade, ela seguiu adiante com a escuta do grupo, que pôde confirmar sua percepção de que ainda havia questões relativas à sua demanda que algumas professoras estavam dispostas a trabalhar.

Vale destacar que a potência da supervisão clínica também tem seu limite, o que foi detectado pela supervisora. Ela também conseguiu identificar que a clínica-pesquisadora estava preparada para dar continuidade a essa clínica do trabalho, uma vez que contava com o suporte da nova estagiária, que passou a acompanhá-la e que poderia contar com a supervisora em caso de dificuldades. Vivenciar esse vazio foi importante para que a clínica-pesquisadora saísse de sua onipotência e, assim, pudesse ajudar as professoras a acessarem a dor descobrindo o que era possível fazer a partir dela. Sem a supervisão clínica sistemática e sem a estagiária que, até então, acompanhava essa escuta, a clínica-pesquisadora também precisou criar algo a partir do vazio, posto que o fim da supervisão também ajudou a clínica-pesquisadora a vislumbrar o fim da clínica.

Toda condução desse processo de escuta foi cuidadosamente pensada e estruturada respeitando o coletivo de professoras. Desse modo, ainda que a literatura (Mendes, 2014) sinalize que o número de sessões coletivas em clínica do trabalho seja em torno de 10 a 15 encontros – podendo ter variações que vão depender do que a análise da demanda vai esclarecendo ao longo do processo -, a escuta das professoras estendeu-se por 22 sessões. Algumas particularidades desse grupo de professoras e do coletivo de pesquisa, além das intercorrências externas, foram fatores que interferiram na delimitação desse número. O importante é que essa clínica do trabalho esteve focada em objetivos que foram muito além da escrita dessa tese, corroborando a orientação de Mendes et al. (2014) quando ressaltam que:

O sofrimento dos trabalhadores não pode ser mero objeto de investigação para uma utilização estratégica de informações. Implica sempre uma expectativa de alívio e uma demanda de mudança por parte dos que sofrem. O clínico, ao escutar a palavra sobre o sofrimento, deve aceitar o risco de não estar mais na mesma posição subjetiva e social, e ainda de se lançar no inesperado junto com o coletivo de trabalhadores nos riscos políticos inerentes à prática clínica (Mendes et al., 2014, p. 74).

Nessa direção, o coletivo de pesquisadores responsáveis pela clínica com as professoras readaptadas seguiu com o grupo se orientando pela análise da demanda que ia acontecendo ao longo de todo processo clínico e pelos avanços que sinalizavam algum alívio ao sofrimento que era escutado.

8.2 A mobilização do coletivo de trabalho

A mobilização do grupo de professoras consolidou-se, inicialmente, a partir da necessidade de falar de seu sofrimento relativo à readaptação e ao adoecimento. Logo nas primeiras sessões, já compartilhavam dores, ressentimentos, mágoas, perdas, lutos, as violências do processo de readaptação, a falta de sentido e de utilidade das atividades que passaram a desempenhar e o sentimento de perda da identidade profissional. Mostravam-se solidárias com as diversas manifestações de sofrimento das colegas e procuravam construir, no grupo, um clima de esperança de que poderiam superar a dor a partir daquele espaço de escuta. Foi possível perceber um movimento integrador no grupo e uma necessidade de construírem um espaço de confiança e solidariedade, onde se sentiriam acolhidas e apoiadas. Assim, espontaneamente, já a partir do segundo encontro, passaram a construir regras de convivência para o grupo.

No entanto, tentaram, também, testar a proposta da clínica do trabalho no sentido de buscarem um espaço de convivência, ao mesmo tempo em que se mobilizaram para elaborar uma demanda coletiva. A partir do trabalho de análise dessa demanda, foi possível delinear a incompatibilidade da proposta de um espaço de convivência com a da clínica do trabalho. Pode-se dizer, então, que a mobilização inicial do coletivo caminhou no sentido de criar um espaço coletivo de discussão, tendo em vista que era muito nítida a necessidade de fala e de um trabalho sobre o sofrimento. Isso vai ao encontro da proposta do espaço público de discussão da psicodinâmica do trabalho, no sentido da construção de um ambiente em que os trabalhadores possam expressar livremente suas vivências em relação ao trabalho e sobre o sofrimento e o prazer advindos dessa relação. Define-se como um espaço em que se possa repensar sobre seu trabalho, interpretá-lo, e conseqüentemente, realizar algumas mudanças da situação vigente, podendo ser um longo processo clínico em que o sujeito reconstrói e ressignifica sua história com o trabalho (Merlo, Bottega e Magnus, 2013).

Mesmo nessa perspectiva, o acesso à dor ainda era difícil para as professoras. Era comum apresentar uma postura resistente, falas queixosas ou, até mesmo, tentativas de tomar o controle da sessão, o que as afastavam da dor e externavam o sintoma da onipotência. Na sexta sessão, começou a emergir uma mobilização no sentido de tentarem ressignificar situações

dolorosas vividas no trabalho, ainda que essa manifestação tenha surgido ao lado de mecanismos defensivos, até que eles foram explicitamente confrontados. Isso, inicialmente, levou o grupo a mobilizar-se no sentido de assumir a postura defensiva que estava utilizando e de enfrentar o sofrimento, mostrando que os dispositivos de escuta estavam sendo melhor manejados pela clínica-pesquisadora. No entanto, em seguida, o grupo esvaziou-se e houve uma paralisação na mobilização do coletivo, o que perdurou por cerca de cinco sessões, ao longo das quais predominavam as queixas principalmente em relação à perda da autoridade docente e à perda de seu papel de professoras. Vale lembrar que esse momento coincidiu com o período de manifestações grevistas da categoria docente, no qual o debate sobre a desvalorização social dos professores esteve muito em voga.

Com o retorno do grupo, o coletivo de professoras parecia querer resgatar o espaço público de discussão como um espaço para trabalhar questões relativas ao sofrimento, estando mais aberto a se conectar com os sentimentos. Já era possível vislumbrar um desejo de lidar com a dor e com o adoecimento de maneira diferente, ainda que isso gerasse estranhamento: “[...] *aceitar as mudanças, alguma coisa realmente mudou [...] Foi queda, foi uma lesão, [...] aí você levanta com dor, você levanta com a lesão, você levanta como uma pessoa que não pode ser tão proativa quanto eu era, entende? É difícil, gente, mudar, não é fácil não*”; “*a gente está aqui, a gente mexe com as emoções, a gente está trabalhando isso e a gente se fortalece*”.

Outro avanço importante foi o fato das professoras terem se mostrado menos queixosas e mais conscientes das ilusões às quais estiveram apegadas, ou seja, estavam se tornando mais conscientes da defesa que falhou: “*A gente trabalha como tivéssemos namorando [...] A paixão é o combustível, mas infelizmente nós sofremos uma flechada*”. Nesse processo, já apareciam tentativas de compreensão sobre o processo de adoecimento, até como forma de evitar que novas doenças pudessem acometê-las em função do grande envolvimento com o trabalho: “*Por que eu tenho que ser tão excelente no meu trabalho? Por que eu tenho que mostrar tanto serviço no meu trabalho? Deu vontade de chorar [choro]. Por que eu não posso ser tão competente parada? Não! Eu tenho que me movimentar. Mesmo sem poder*” [referindo-se à restrição física decorrente do seu acidente de trabalho]; “*Você está preste parar de vez [falando para uma colega cuja doença pode levá-la à paraplegia], cuide de você, esquece o seu trabalho um pouquinho*”; “*É por isso que a gente leva pancada, que eles acham que a gente aguenta [...]. A gente não é tão forte quanto a gente imagina*”.

Era preciso sair da queixa para enxergarem essas outras dimensões do adoecimento e do sofrimento no trabalho da readaptação. Segundo Mendes et al. (2014), pela experiência singular da escuta dos processos coletivos, é possível ressignificar as formas de sofrimento e

vislumbrar novos meios de trabalho. Os autores argumentam que a saúde é quando o sujeito tem possibilidade de habitar multiplicidades no sentido de construir recursos para reconfigurar suas práticas psíquicas e sociais. O sofrimento do qual, até então, não se podia falar em função do estigma envolto na questão do adoecimento, pôde ser revelado, possibilitando que as professoras pudessem se apropriar do seu sentir. Assim, “o nomear move o sujeito para a ação, para a busca de soluções que o libertem do universo contraditório que o aflige. É aí que se encontra a intuição do caminho que permitirá contornar o real e superá-lo” (Mendes et al., 2014, p. 73).

Na escuta das professoras, é possível perceber o papel do dispositivo da análise da demanda na definição e constituição do espaço público de discussão. Função complementada pelo dispositivo da transferência que foi trabalhado, a partir da supervisão, na perspectiva de desengatar a clínica-pesquisadora do desejo de atender à demanda de tirar o grupo do vazio, justamente deixando-o no vazio. A partir desse trabalho, o dispositivo da interpretação pôde ser utilizado de maneira a levar o grupo a confrontar suas defesas e a acessar o sofrimento que precisava ser elaborado. Nesse caminhar, o processo de elaboração do grupo foi acontecendo à medida em que as professoras puderam relembrar a história do adoecimento e os percalços da readaptação em uma perspectiva que possibilitava superar a simples repetição dos fatos. A partir da circulação da palavra no espaço público de discussão, começava a abrir algumas possibilidades de reconstruir significados que, conforme Mendes e Araújo (2012), estavam paralisados em lembranças com manifestações sintomáticas.

Nesse sentido, foi preciso caminhar na direção de decifrar o enigma dos sintomas que traziam sofrimento ao grupo de professoras. Um caminho que conduziria a uma modificação na relação subjetiva dos sujeitos da clínica com o trabalho, portanto, sujeito a riscos, já que leva a uma desestabilização de um sistema de produção que até antes do adoecimento das professoras funcionava em sua normalidade. Por parte da organização do trabalho, gerava eficiência e bons resultados. Por parte das professoras, podemos dizer que o sintoma da onipotência lhes trazia um conforto psíquico que não deixava o desamparo e o abandono existencial confrontá-las. Por isso, é comum um apego apaixonado do sujeito ao sintoma em situações de investimento no trabalho, em que o sujeito pode chegar a amar seu sintoma mais que a si mesmo, já que esse apego revela a onipotência do sujeito sobre si mesmo e esconde sua impotência diante do desejo do outro (Périlleux & Mendes, 2015).

Assim, a mobilização do coletivo de professoras voltou-se para construção de modos de significação da doença e seus limites para, então, a redefinição de sua relação com o trabalho. Procurando aceitar os limites que a cronicidade das doenças lhes impunha, as professoras

passaram a pensar em novas perspectivas de atuação no trabalho e avançaram em direção a uma maior aceitação da castração, o que as levaram a enxergar, também, suas forças e seus diferenciais, agora em uma perspectiva mais realista.

Um desses diferenciais refere-se ao fato de serem pessoas que não queriam e não aceitavam fazer parte dos grupos que esperavam favorecimentos por parte de gestores das escolas: *“Não sou do grupo da direção, eu sou do grupo de contestação, de resistência”*. E devido ao posicionamento de resistência, sentiam alguns avanços no sentido de ampliação da participação dos readaptados em situações em que antes eram excluídos, como determinadas votações ou em reuniões da Secretaria da Educação. Houve também, a recusa de uma professora em assumir atividades de secretaria que lhe designaram, pois desvirtuariam o objetivo pedagógico das funções que deveria realizar, o que lhe deu a chance de poder se dedicar a um projeto no conselho escolar no qual pôde sentir-se útil. Assim, era possível perceber que a assunção de um posicionamento firme na escola ia, aos poucos, possibilitando maior liberdade para agirem e trabalharem conforme suas potencialidades e respeitando suas limitações.

Na perspectiva de vislumbrar novas práticas psíquicas e sociais, as professoras passaram a relatar o envolvimento com atividades que lhe geravam entusiasmo e prazer, como atividades filantrópicas, investimentos no autocuidado e movimentos militantes. Em relação à militância, outra forma de posicionamento passou a ser adotada no sentido de não tomar para si responsabilidades que são dos outros. No contexto de trabalho, passaram a redefinir relações pelas quais valia à pena dedicar algum esforço e aquelas que não mereciam sua dedicação: *“até eu aposentar, o que eu puder fazer por aqueles meninos eu vou fazer; agora colegas, professores do matutino, eu ando meio desencantada, às vezes eu estou saindo mais com o pessoal da tarde”*. Desse modo, procurar assumir, de forma equilibrada, uma postura de enfrentamento no contexto de trabalho, também foi uma conquista relatada no grupo:

Aí ele [coordenador da escola] falou, “se não entregarem a nota tal dia o ponto será cortado”. [...] aí todo mundo calado [...]. Aí eu peguei levantei a minha mãozinha [...]. Eu consegui falar pausadamente, controladamente. [...]coloquei: “Nossa! Eu gostaria de nunca mais ouvir isso, ser ameaçado de cortar ponto! Isso não existe gente! Quantas vezes a gente fica aqui até mais tarde e a gente não chega em você e fala assim: paga a minha hora extra aí”. E eu falei: “E outra, entregar nota do terceiro bimestre está atrelado com a nossa luta de classe porque nós estamos ameaçados de perdas sérias, isso daí é uma arma de luta, se a gente parar, nota não vai ser entregue na secretaria, se a gente entrar em greve, diário não vai ser entregue, porque é uma luta de... é uma arma de luta”.

Voltei da greve, aí a minha colega lá da biblioteca, me olhou de cara fechada como se a gente tivesse...[...] Aí ela: “que bom que você voltou, mas que pena que pena que

vocês não conseguiram nada”. Falei desse jeito: “Vocês? Eu não entendi”, aí ela: “sim”. Eu: “estava lutando por todos nós! Mas não foi bem assim não, é bom você se informar”.

Quando eu falei que iria guardar os [livros] do sarau e pegar os outros, aí a pessoa da biblioteca disse assim: “É, mas você não vai devolver esse livro agora não porque primeiro você tem que olhar cada um, se eles estão em bom estado, restaurar e colocar lá de novo”. Oh, shiu, entrou aqui e saiu aqui, ignorei, eu não posso estar limpando livro, não desmerecendo ninguém. Primeiro, porque eu não fiz concurso pra ser faxineira, segundo ‘Ah, readaptado faz tudo’. Não, eu faço que está no meu limite e faço o pedagógico. Aí deixei pra lá. [...] Aí ela viu que eu não ia fazer.

Esse tipo de posicionamento mostra o grupo dando alguns destinos mais políticos para o sofrimento, donde é possível perceber a clínica do trabalho possibilitando uma articulação entre o psíquico e o social. Tomando a teoria da pulsão e, mais especificamente o circuito da invocação da pulsão, com base nos estudos de Jean-Michel Vivès, Mendes (2017) propõe a tentativa de compreensão da função da voz do trabalho como objeto da pulsão na invocação do sujeito. Essa voz estaria sustentada no discurso ultraliberal da excelência e do produtivismo, que se manifesta pelo imperativo: “Trabalhe e cale-se!”. O grupo das professoras, que atendia a esse imperativo antes do adoecimento, paralisou-se diante da impossibilidade de permanecer produtivo como era antes de adoecer. Assim, na clínica do trabalho, permaneceu por um tempo na queixa e no ressentimento, até que passou a aceitar o adoecimento como fazendo parte de um contexto de trabalho adverso, hostil e de muita cobrança. Daí, pôde sair da culpa, aceitar limites e assim, posicionar-se de maneira mais ativa. É nesse sentido que Mendes (2017) ressalta o papel da clínica do trabalho: o de ajudar o sujeito a se reposicionar para alguém que fala, tornando-se sujeito do trabalho.

Falei: “aqui não tem pessoas preguiçosas, tem pessoas readaptadas com problemas em algumas funções específicas no trabalho dela. [...] Mas assim, eu queria deixar claro que quando vocês recebem um não, [...] é um não que significa que eu tenho restrição a isso, não é um não porque eu sou preguiçosa, não é um não porque eu não quero trabalhar, não é um não porque eu deixei de ser uma pessoa”. Aí falei, falei, expliquei. Aí os readaptados: me representa, me representa!

Eu estou hoje me olhando assim e eu acho que eu estou melhor, porque eu estou fazendo o que eu posso. Lá na escola mesmo eu faço, faço... “Gente, agora eu vou parar um pouquinho aqui, porque se eu exceder hoje, amanhã eu não venho”. Devagar, tenho que fazer no meu limite.

Ainda recorrendo a Mendes (2017) para compreender esse reposicionamento dos sujeitos da clínica, existem dois tipos de chamamento do sujeito trabalhador: um articulado no modo de previsão e outro articulado ao modo de improvisação no trabalho. Esses modos de

trabalho são instituídos pelas vozes no trabalho, vozes que encarnam o supereu e instaura um apelo ao sujeito. A previsão é pautada nas dimensões do controle, do servilismo, da indiferença e da mudez. O sujeito engatado nesse modo de produção responde a uma voz encantadora que leva ao gozo, como no canto das sereias, em que os sujeitos encantados, hipnotizados, mortificados, ficam paralisados diante do real do trabalho. Aqui, o supereu tirânico produz sujeitos da necessidade; o sujeito é calado e cala-se.

Enquanto engatadas no discurso missionário da profissão docente, as professoras readaptadas respondiam a esse modo de produção, daí o sentimento de fracasso pessoal e de autoculpabilização pelo adoecimento. Caladas e sozinhas, por não mais conseguirem responder às expectativas profissionais que lhe eram endereçadas, foram vítimas de assédio moral e desenvolveram sintomas psíquicos com o agravamento do adoecimento já instalado. Os ambientes de trabalho, dominados pelos modelos de gestão pautados na excelência e no produtivismo, estão carentes de sofrimento ético, ou seja, vivencia-se a banalização da indiferença, em uma tentativa de exterminar desses ambientes o sofrimento e suas consequências. Assim, não há espaço para a vivência do sofrimento, que poderia promover algum tipo de mobilização e de mudança, no sentido do sofrimento como potência política.

Já a improvisação, pautada nas dimensões da confiança, da parceria, da compaixão e dos espaços de fala, possibilita o processo criativo. Nesse modo de produção, o sujeito responde a uma voz cantante, voz da invocação que supõe o sujeito do advir. Para esse processo acontecer, é preciso um ensurdecimento da voz tirânica expressa no imperativo “trabalhe e cale-se!”, a partir de uma fala em que possa emergir o sujeito do desejo e da criação. Aqui é possível buscar novos destinos para o sofrimento, dentre os quais Mendes (2017) destaca a desistência, a resistência e a insistência.

As professoras readaptadas estiveram aprisionadas em um ideal da profissão que jamais conseguiriam atingir, mas pelo qual esperavam um reconhecimento que apaziguaria o sofrimento do ideal não alcançado. Nesse ponto, estavam no âmbito da resistência. A partir do sofrimento provocado pelas limitações impostas pelo adoecimento, o sintoma da onipotência é colocado em xeque. No início da clínica, elas se apresentavam no estado de impotência e da desistência, pois o sofrimento não se fazia manifestar como força motriz questionadora; daí o gozo com a repetição e com a queixa tão comuns nesse estágio da clínica. No entanto, o próprio fato de se engajarem na clínica do trabalho, investindo na construção do espaço público de discussão, mostrava o desejo de se moverem para o campo da insistência, que se articula com a potência e com a sustentação do próprio desejo (Mendes, 2017).

Nesse sentido, se o compromisso de uma clínica de inspiração psicanalítica é com o desejo, não há como compactuar com a autodestruição proposta pelos modos de produção que convocam os indivíduos a se distinguirem por seus potenciais individuais fazendo-lhes exigências que eles jamais se sentirão à altura de responder (Gondar, 2003). Oscilando entre a onipotência e a impotência ao longo da clínica do trabalho, as professoras foram construindo perspectivas para lidar com o real do trabalho e com sua potência, a partir das quais se sentiam mais empoderadas no sentido de sustentarem o próprio desejo, como se observa nos seguintes relatos:

Eu vejo assim, um movimento agora, pelo menos o meu, até de querer estudar, voltar a estudar, desfocar um pouco daquele ambiente, sair um pouquinho, ver outras perspectivas, que eu acho que pode ser um estratégia de luta, não de desistência, não desistir.

Eu estava lá no seminário, já falaram: “nossa, você já vai se aposentar, você não está dando aula e fica se reciclando?”. Eu digo: “a vida inteira! Quando eu estiver aposentada também eu vou fazer”.

Eu adoeci, mas eu posso trabalhar, eu posso contribuir ainda um pouco, eu não posso parar, eu não quero.

Antes eu achava que o professor ia fazer milagre. Jamais. [...] compartilhar nos ajuda a entender e aceitar também a forma como a gente é, e cobrar menos.

Eu acho que a palavra para mim que representa esse tempo todo se chama ‘aceitação’, você aceitar essa nova condição, essa nova identidade, esse novo momento, esse novo local profissional, e essa nova situação. [...] Não que você tenha que conformar, porque eu não sou uma pessoa de conformar com coisas ruins e com coisas injustas.

Ao final do processo, foi possível perceber um menor apego das professoras ao discurso missionário, pois passaram a se ver como as guerreiras que estão em constantes lutas. Ainda que algum ressentimento e inconformismo pelo adoecimento fosse percebido no discurso das professoras, passaram a tentar elaborar as dificuldades de aceitação de uma nova condição de vida e de trabalho. Começava a aparecer uma perspectiva mais política em relação aos destinos do sofrimento. Estavam mais conscientes das condições adversas do trabalho e das armadilhas de se envolverem no discurso da excelência, parecendo que se mobilizavam para o estabelecimento de relações mais realistas com seu corpo, com o trabalho e com seus pares. Alcançaram um certo ponto de ensurdecimento da voz tirânica do trabalho, a partir do qual puderam dar novos destinos ao sofrimento, sentindo-se, então, mais preparadas no enfrentamento da readaptação e das respectivas doenças.

Nessa mesma direção, os casos clínicos relatados por Pérrileux e Mendes (2015) mostram como a clínica do trabalho possibilitou o acesso à relação onipotência-impotência presente na perversidade das organizações de trabalho, em que existe uma falsa promessa de reconhecimento do trabalho e, ao mesmo tempo, uma desqualificação. Por mais que os sujeitos dessas clínicas quisessem atender às demandas solicitadas, se deparariam sempre com a frustração, já que as respectivas organizações do trabalho eram baseadas na ideologia da excelência que não oferecem espaço para falhas do humano. A escuta política dos sintomas possibilitou-lhes a saída de uma posição subjetiva de assujeitamento para a possível alteridade a partir do deciframento dos sintomas e da função que esses ocupavam no assujeitamento dessas trabalhadoras a uma normalidade patogênica. Nesse sentido, Pérrileux e Mendes (2015) defendem que a escuta política do sofrimento no trabalho não busca livrar o sujeito do seu sintoma – pois isso não seria, necessariamente, sinônimo de cura – mas sim liberar o sintoma de sua cadeia mortífera que manteria o sujeito aprisionado nas forças que o mantêm.

Na clínica com as professoras, percebe-se a dimensão da insistência que se contrapõe à onipotência e à impotência, possibilitando a emergência da potência, como é possível observar no relato das três professoras que estiveram presentes no último dia da clínica do trabalho:

Eu acho que eu cresci em termos de pessoa, assim, fiquei mais segura, mas o medo continua, mas não tem nada a ver, medo é medo, a gente não discute, [outra colega diz: enfrenta ele], você enfrenta, mas ele volta. [...]. Foi um alívio e uma aceitação também das coisas, que eu era assim muito trancada, muito rígida [...]. Foi uma permissão de ter o sentimento, que eu não me permitia antes.

Hoje eu estou trabalhando, hoje eu tenho um conhecimento mais profundo de mim, hoje eu já não tenho mais sentimento de inutilidade, o pouco que eu estou fazendo para mim já é muito, e já é gratificante, já é responsável e já é eficiente, mas eu não estava vendo isso.

Tem dias que às vezes eu vou [trabalhar] sentindo dor, aí eu não fico falando para ninguém não, mas só faço o extremamente necessário, eu não faço muita coisa não. Quando eu estou bem eu me envolvo, faço tudo, aí eu tenho o meu limite.

Com efeito, colocar o seu limite, para si e para o outro, sem culpa, articula-se à sustentação do próprio desejo. Menos presas à necessidade de mostrar a eficiência do seu trabalho, as professoras podiam respeitar melhor os limites dos seus corpos e dos seus desejos. Menos assujeitadas pela voz tirânica do discurso da excelência, podiam se fazer sujeitos do seu trabalho, no contexto da escola ou fora dele. Nesse sentido, surgiram diferentes perspectivas de trabalho. Uma das professoras referiu-se à vontade de retorno aos estudos como forma de concluir seu projeto pessoal de realizar um mestrado e de se dedicar a uma atividade que lhe é

prazerosa por desafiá-la intelectualmente. Outra, que estava prestes a se aposentar (por tempo de serviço), já começava a preparar seu ateliê, onde, de alguma forma, poderia dedicar-se à sua área de formação (Artes), agora em uma perspectiva de trabalho voluntário. A outra professora sentia-se mais livre por ter se libertado do medo de seus sentimentos, questão que lhe era tão cara, dada a complexidade de sua batalha diária para lidar com a psicose. De maneiras diferentes, vimos surgir o sujeito do advir, esse sim, o sujeito do trabalho.

Mendes (2017) ressalta a importância da escuta clínica na sustentação do desejo que remete ao destino do sofrimento ligado à insistência, que vai exigir um trabalho do sujeito. Nesse caso, um trabalho que dê conta de dar novos destinos ao sofrimento. Entendendo aqui o sofrimento como força motriz questionadora do querer, do poder e do dever do sujeito frente ao real, que é inesperado, surpreendente, inusitado. O que implica suportar e aceitar a condição de sofrente, o vazio, a incompletude, a imperfeição, a finitude (Mendes & Ghizoni, 2016b). Nesse aspecto, o real que surgiu para as professoras como a impossibilidade de estarem em sala de aula em função de um processo de adoecimento e que, diante das consequências de tal fato, colocaram-nas diante de uma experiência desconhecida, estranha, incompreensível para os recursos que dispunham no momento, experiência na qual elas não mais se reconheciam.

Mendes (2017) afirma que o sofrimento pode se constituir no gozo do sujeito com seus sintomas, significando a paralisação dessa força motriz questionadora na medida em que se tenta atender à demanda impossível do real. As professoras, ao continuarem tentando atender a um ideal do eu, que pode ter sido um dos elementos presentes na dinâmica do seu adoecimento, permaneciam paralisadas no sintoma da onipotência. Esse ideal do eu, em uma sociedade em que as margens do permitido/não permitido se tornam tênues, traz uma noção de que se pode tudo. Na medida em que se tem que atender a um ideal impossível de ser alcançado, o que se procede é a produção de subjetividades inautênticas, a perda da experiência de si, um esvaziamento de sentido, além do rompimento do laço social, uma vez que o sujeito não se apropria do que ele sente e pensa, o que não se sustenta sem consequências.

Esse ideal de perfeição, sustentado no desespero de controlar o real, desmancha-se no ar quando o sofrimento como força motriz questionadora sobrevive, denunciando, por meio do adoecimento, acidentes, suicídio, ou modos de resistência e de luta, o modelo falacioso de promessa do ‘paraíso perdido’, a onipotência. (Mendes & Ghizoni, 2016b, p. 3).

A invisibilidade do trabalho docente e a desvalorização social dessa categoria profissional eram fatores que já dificultavam a dinâmica do reconhecimento que essas professoras buscavam diante de tamanha entrega e dedicação ao trabalho. Depois do

adoecimento, ainda entraram em cena, a inutilidade ou a pouca relevância das atividades que passaram a exercer e a inconveniência de suas respectivas doenças, que ameaçavam as defesas coletivas das equipes de trabalho das quais faziam parte. Como mais um elemento que bloqueava a dinâmica do reconhecimento, ressalta-se a forma desrespeitosa e até violenta pela qual foram tratados os professores militantes nas reivindicações da categoria em curso naquele momento. Assim, o sofrimento estava colocando em xeque o sintoma da onipotência. Foi aí que começaram a se perceber diante das adversidades da organização do trabalho.

É nesse sentido que se começava a reverter o quadro do sofrimento como modo de denúncia de si mesmo, no sentido de culpabilização individual pelo adoecimento, para o sofrimento como denúncia do contexto social, como verbalizado por uma professora do grupo: *“realmente acontece no nosso trabalho e confirma realmente o adoecimento da categoria, sabe? Doenças complexas, doenças complicadas de lidar”*. Se considerarmos os modos de sofrimento psíquico como uma resistência aos modelos de reprodução da vida social, ele pode ser visto como uma forma de expressão, e não só como doença (Safatle, 2017). Ele expõe algo que no interior da vida social não circula, ao invés do sentido comum de atribuir ao sujeito algo que ele não deu conta. Nessa mesma direção, para Gondar (2003), um sintoma ou um sofrimento subjetivo seria uma denúncia de que a produção de uma subjetividade padronizada falhou em algum momento. Sendo assim, um sintoma não seria um transtorno a ser eliminado, mas representaria uma tentativa de solução, uma forma particular de criar rotas de fuga diante dos imperativos universais, ou seja, uma possibilidade de resistência aos projetos homogeneizadores.

Portanto, há uma demanda de reconhecimento na doença e no sofrimento psíquico (Safatle, 2017). E a clínica do trabalho possibilita isso, como expresso pela fala de uma professora: *“é um grupo [referindo-se ao grupo da clínica] que te entende, que sabe as coisas que você passa na escola, que são os seus parceiros, suas parceiras, e que sabem o momento doloroso que a gente passa indo trabalhar, que é doloroso, que é violento!”*. Enquanto as organizações atuais levam à taylorização da subjetividade no trabalho forjando estratégias que expulsam delas o sofrimento e produzindo sujeitos da repetição, sujeitos assujeitados, iludidos pela promessa do capital de se ter mais e, com isso, ser mais (Mendes & Ghizoni, 2016b), a clínica do trabalho propõe um caminho que leva à emergência de sujeitos da construção do saber. Para isso, é preciso vivenciar a falta como o vazio diante da impossibilidade de controle do real, abrindo mão da crença no discurso ideal que promete a plenitude.

É aí que reside a potência política da clínica. Gondar (2003) aponta dois vetores pelos quais pode-se conceber a clínica psicanalítica como prática política. O primeiro seria seu

compromisso com o desejo. O desejo aqui visto como um espaço social e político a se conquistar, ao qual se lança sem o suporte de qualquer regra prévia. Portanto, trata-se do quanto e do como o desejo pode se produzir e se expressar diante das injunções de assujeitamento. O segundo vetor seria a perspectiva de mudança possibilitada pela clínica, no sentido de transformação na condição dos sujeitos; muito além da eliminação dos sintomas, está em jogo um novo modo de subjetivar-se. Seria uma prática que se realiza no plano micropolítico, com pequenas e constantes conquistas em relação aos jogos de poder. Para isso, muito mais que desvelar verdades estabelecidas no passado, a prática clínica psicanalítica, como ação política, visa colocar em xeque o sistema de crenças sobre as quais essas verdades se erigiram. A partir daí, tornam-se possíveis a construção de novas possibilidades, de novas formas de vida, combatendo práticas de assujeitamento do sistema capitalista que procura padronizar subjetividades tirando delas seu potencial desejante, para se perpetuar. É nesse sentido que a autora reforça que as mudanças subjetivas, sendo uma forma de singularização e não cedendo à lógica do mercado, aparecem como eixo de mudança e núcleo de resistência política.

Nessa perspectiva, quando as professoras passaram a vislumbrar escolhas que se distanciavam da norma tirânica capitalista representada pelo comando “trabalhe e cale-se”, observa-se a possibilidade de emergência do desejo. Entra-se no campo do sujeito do trabalho, em que os indivíduos assumem sua condição sofrente, a partir do qual se pode articular sofrimento como força motriz que leva ao desejo. Desse modo, a partir de um espaço de escuta, puderam experimentar um lugar de quem fala e não de alguém que se cala diante do discurso totalitário que impede o reconhecimento do próprio sofrimento: *“É violento ser readaptado e eu não aceito! [...] Não aceito ser tratada dessa forma!”*.

É nessa direção que Périlleux e Mendes (2015) afirmam a importância da posição política e ética do clínico do trabalho para ouvir o testemunho do sujeito, de modo que se possa nomear os eventos traumáticos, desbanalizar as violências que se passam por fatos ordinários do trabalho, denunciar o que não pode se passar por normal. Há que se destacar as limitações quanto à intervenção direta na organização do trabalho possibilitada pela clínica do trabalho. Sendo assim, sua maior contribuição seria no sentido de aproveitar a crise provocada pelo sofrimento no trabalho como uma possibilidade de explicitar as controvérsias sobre os valores do trabalho para, assim, restaurar a voz de sujeitos críticos. Nas palavras dos autores, “onde a voz é quebrada, deve emergir a possibilidade de uma palavra em que a pessoa se surpreenda com a sua própria verdade” (Périlleux & Mendes, 2015, p. 71). Eis aí a potência política da clínica do trabalho.

8.3 A mobilização do coletivo: mobilização subjetiva?

Como visto pelo percurso apresentado de todo processo da clínica do trabalho com as professoras readaptadas, houve um reposicionamento desses sujeitos em termos dos novos destinos que puderam dar ao sofrimento. Mas será que é possível considerar esse reposicionamento subjetivo como um processo de mobilização subjetiva?

Nesses termos, faz-se necessário resgatar o conceito de mobilização subjetiva apresentado na parte teórica dessa tese. Trata-se de uma operação simbólica de resgate do sentido do trabalho (Mendes & Duarte, 2013a), implicando, então, a ressignificação do sofrimento advindo do encontro do sujeito com o real do trabalho (Mendes, 2007a). Essa mobilização emerge quando os trabalhadores agem no sentido de subverter os efeitos prejudiciais da organização do trabalho, inserindo-se em uma dinâmica de troca para o alcance de seus objetivos e os objetivos do coletivo de trabalho (Mendes & Duarte, 2013b). A mobilização subjetiva é composta por quatro dimensões indissociáveis: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento. Portanto, trata-se de um processo que depende do coletivo de trabalho, donde há a possibilidade de reafirmação da identidade do trabalhador por meio do reconhecimento do trabalho realizado e da sua marca pessoal deixada na realização da tarefa (Mendes & Duarte, 2013b). Trata-se, assim, do engajamento do trabalhador diante do real do trabalho, de modo que ele possa expandir sua subjetividade, fazer uso de sua inteligência prática e do coletivo de trabalho e ser reconhecido, transformando, assim, o sofrimento em prazer, e mantendo-se na luta pela saúde mental (Mendes & Duarte, 2013a).

Trazendo essa conceituação para o grupo de professoras readaptadas que fez parte dessa clínica do trabalho, primeiramente, é preciso destacar que esse grupo não se constituiu em um coletivo de trabalho fora do contexto clínico. Isso porque, essas professoras trabalhavam em escolas diferentes e, muitas vezes, distantes geograficamente. Portanto, o único espaço de convivência era o espaço da clínica. Ao longo do processo, houve situações em que elas combinavam encontros informais entre si, em uma perspectiva de manterem laços que ultrapassavam a questão profissional. Foram situações isoladas, ainda que os relatos eram entusiasmados sobre essas oportunidades de convivência. De qualquer forma, como não conviviam dentro do contexto profissional, a questão do reconhecimento, elemento central na mobilização subjetiva, ficava comprometido. Pelos relatos que compartilhavam no espaço coletivo de discussão, havia momentos em que podiam reconhecer o trabalho das colegas, tanto no sentido da execução das atividades, quanto no sentido da marca pessoal pelo trabalho

realizado. Eram momentos importantes na clínica, já que elas sabiam das dificuldades que enfrentavam, enquanto professoras readaptadas, na execução de um trabalho significativo e de qualidade. Entretanto, há que se considerar que esse reconhecimento era feito com base nos relatos das colegas, o que pode trazer uma certa artificialidade nessa dinâmica, ou seja, sabia-se que o que estava sendo reconhecido era algo verbalizado como um trabalho e não o trabalho em sua materialidade. Talvez por isso, esses momentos de reconhecimento não reverberavam com a intensidade que poderia ser esperada desse processo.

De qualquer forma, era importante para as professoras terem um espaço onde poderiam falar de um trabalho que lhe foi significativo, já que em seu contexto profissional, eram mal vistas ou desconsideradas. Nesse ponto, pode-se trazer uma outra dimensão do reconhecimento que se refere ao reconhecimento da condição sofrida a qual todas estavam submetidas. Desse modo, a partir do reconhecimento entre si de seus respectivos sofrimentos, puderam compartilhar a angústia e o medo, sair da negação, da repetição e do ressentimento e buscar novos destinos ao sofrimento. Portanto, ao se reconhecerem como companheiras de sofrimento, puderam se confrontar com o real, suportando e aceitando melhor o vazio, a incompletude, a imperfeição e a finitude, o que possibilita articular o sofrimento como força motriz questionadora (Mendes & Ghizoni, 2016b).

A mobilização subjetiva, como um processo que permite o sujeito (se)criar e (se)inventar, muitas vezes não tem encontrado espaço para se manifestar nas organizações, dado o caráter falacioso dos discursos empresariais que prometem a plenitude aos trabalhadores excelentes e comprometidos. Esse tipo de chamamento conduz os sujeitos à negação de sua humanidade, posto que não há espaço para falhas, sendo os sujeitos convocados a estarem prontos a atender às exigências que lhe são colocadas incessantemente. Nesse contexto desafetado, produz-se sujeitos assujeitados, engatados nas narrativas de plenitude e que não encontram espaço para a emergência do seu desejo, para a criação ou a elaboração (Mendes, 2016). A clínica do trabalho, ao promover um espaço de fala e escuta do sofrimento no trabalho, permite que o sujeito acesse sua experiência no mundo e se sinta mais livre para se expressar em sua individualidade, podendo usufruir do trabalho como espaço para se constituir e não só para sobreviver (Mendes & Duarte, 2013b). O que se pôde perceber é que essa dimensão da mobilização subjetiva de reapropriação do sentido do trabalho, como meio de se constituir, não foi possível ser alcançada na clínica com as professoras readaptadas. A partir da readaptação, o trabalho delas passou a ter um sentido de sobrevivência, pois lhes eram designadas tarefas repetitivas e sem continuidade, em que não encontraram caminho para exercer funções

pedagógicas, fazendo com que seu trabalho se tornasse sem sentido, o que defendemos como um não-trabalho ou como um trabalho morto.

Retomando a definição de Ferreira (2016) sobre as três condições que caracterizam um trabalho como um trabalho morto, tem-se: as situações de violência ou de assédio moral; as situações de excesso de prescrição, controle e coerção; ou as situações de total falta de prescrição. No caso das professoras readaptadas, percebe-se a mortificação do seu trabalho por essas três vias. Vivenciavam desde situações de violência e de assédio moral nas relações com os pares e com as chefias, passando por situações em que a falta de prescrição as deixava no ostracismo ou à mercê das necessidades ocasionais da instituição ou dos gestores, até situações em que eram submetidas a uma hierarquia que as tolhia e limitava sua atuação, inclusive no âmbito pedagógico. Diante da mortificação do trabalho docente na condição da readaptação, foi importante para as professoras perceberem e se situarem nessa nova condição laboral. Nesse sentido, o depoimento de uma professora do grupo foi importante para explicitar sua recusa de se agarrar em uma falsa ilusão de que, como professora readaptada, continuava nutrindo uma relação genuína com aluno:

Não considero: “ah, estou com aluno!”; não vem que não é, você auxilia [...]. Eu não consigo, depois de vinte e dois anos de profissão, ver que, como coordenadora de laboratório, eu tenho influência e igualdade. [...] Não passei num concurso para isso, para acreditar que eu estou fazendo alguma coisa, não estou.

Ferreira (2011b) ressalta um elemento importante na amplificação da mobilização subjetiva, que é a ressonância simbólica, e defende que o trabalho resultante da escolha do sujeito possibilita condições mais favoráveis à ressonância simbólica e, conseqüentemente, ao prazer no trabalho, pela possibilidade diferenciada de engajamento para a criação e a transformação do sujeito. Nesses termos, o trabalho na readaptação não decorre de uma escolha dos sujeitos, pois eles não são envolvidos na escolha e definição das atividades que passam a desempenhar a partir de suas limitações funcionais. Pelo contrário, é comum o relato desses profissionais terem que travar embates para que os projetos que planejam colocar em prática sejam considerados pelas instâncias deliberativas institucionais. Agravando ainda mais esse cenário, costuma-se compensar a falta de pessoal nas funções técnico-administrativas pela determinação de tais atividades aos readaptados. No caso das professoras readaptadas, a escolha pela docência que elas haviam feito com convicção em determinado momento de sua vida, era incompatível com as atividades repetitivas e burocráticas que as elas passaram a desempenhar depois da readaptação. Nesse contexto, o trabalho não é favorável à ressonância simbólica.

Assim, também é possível constatar o bloqueio do uso da inteligência prática. Mesmo quando as professoras tentavam atuar de forma diferenciada dentro das atribuições que lhe eram designadas, eram desencorajadas, criticadas ou até impedidas pelos gestores ou por colegas de trabalho. Além disso, ainda que pudessem mobilizar o uso de sua inteligência prática, não havia espaço para que essas situações pudessem ser conhecidas, compartilhadas e reconhecidas por um coletivo de trabalho, o que descaracteriza o uso desse tipo de inteligência. Conseqüentemente, também não se pode conceber a cooperação – outro elemento constitutivo da mobilização subjetiva – dentro desse espaço de atuação profissional.

A mobilização subjetiva, sendo uma operação subjetiva de resgate do sentido do trabalho, pode ser pensada na dinâmica de um trabalho que ultrapassa o sentido de sobrevivência. No caso, o trabalho das professoras readaptadas, pela falta de perspectivas de aproveitamento de seus potenciais, não proporciona mobilização subjetiva, pois não há como falar em um resgate do sentido do trabalho em um trabalho morto, a não ser que mudanças estruturais na forma de condução do processo de readaptação sejam realizadas. Mudanças pelas quais as professoras sentiam-se impotentes para lutarem. Primeiro, por envolver questões políticas e estruturais muito amplas, em um contexto em que se tem observado a retirada de direitos desses profissionais. Segundo, porque a própria classe dos professores readaptados é muito desunida; muitos encontram-se fragilizados pelo processo de adoecimento e de exclusão, desmobilizando-se para esse tipo de luta. As professoras do grupo encontravam algum tipo de apoio para terem uma postura de resistência no sindicato e assim, participavam dos movimentos do SinPro/DF que diziam respeito à busca de melhorias para os readaptados. E ainda havia, no grupo, algumas professoras envolvidas diretamente na militância da categoria docente. De tal modo, a batalha é longa e árdua, com efeitos que não podem ser vislumbrados em um curto ou médio prazos.

Diante de todos esses argumentos, defendemos a tese de que não há como se obter mobilização subjetiva se não há trabalho. Ou seja, se o trabalho não pode ser vivenciado como uma atividade que envolve o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir e o poder de sentir, de pensar e de inventar, conforme conceituação dejouriana, não há como se conceber a possibilidade de mobilização subjetiva. Na verdade, pode-se pensar nesse tipo de mobilização quando os trabalhadores que fazem parte de uma mesma organização do trabalho conseguem, principalmente a partir de um espaço público de discussão, subverter os efeitos negativos dessa organização do trabalho. Nessas circunstâncias, mesmo que inicialmente a mobilização subjetiva esteja comprometida, a clínica do trabalho pode ajudar a resgatá-la. Porém, quando estamos diante de um quadro de

trabalhadores adoecidos e não pertencentes a uma mesma organização do trabalho, o adoecimento e o isolamento seriam impeditivos para uma mobilização subjetiva. Primeiro, porque, diante de tal quadro, a prioridade para esses sujeitos passa a ser o enfrentamento da cronicidade da doença e suas consequências para a vida pessoal e profissional. Segundo, porque, o retorno ao trabalho, não tem sido pensado, em termos de políticas públicas, como um processo digno de readaptação ou de reabilitação, na acepção mais ampla do que esses termos poderiam representar.

Desse modo, até o momento, o que se observa em termos do trabalho de docentes readaptados é um processo de mortificação do trabalho conforme caracterização de Ferreira (2016), pela subtração da capacidade inventiva dos trabalhadores e pelas vivências de silenciamento e de solidão. Uma situação que leva ao que o autor chamou de paralisia das formas de vida no trabalho, o que também podemos pensar como a subtração do desejo desses sujeitos. O fato de seu adoecimento representar uma denúncia das falhas de um sistema que promete plenitude, pode fazer com que, ao retornar ao trabalho, esses sujeitos sejam colocados no limbo, como uma forma de silenciar o que não se cala, a doença.

Assim, ainda que a mobilização subjetiva não seja possível com um grupo de trabalhadores como o das professoras readaptadas, a clínica do trabalho pode trazer avanços significativos quanto ao reposicionamento subjetivo dos sujeitos, no sentido de resgatar a voz desses trabalhadores e, com isso, possibilitar a emergência do seu desejo. Os efeitos da clínica do trabalho com as professoras readaptadas foram visíveis, conforme descrito ao longo desse capítulo. Por estarem isoladas em diferentes contextos organizacionais, não dispunham da força do coletivo para mudar a organização do trabalho, subvertendo seus efeitos prejudiciais. Contudo, encontraram outras formas de lutarem por sua saúde física e mental no trabalho.

Foi possível verificar a construção do espaço público de discussão e seus efeitos sobre a forma de vivenciar o sofrimento advindo do adoecimento e da readaptação e sobre as novas formas de relação com o corpo adoecido, com o trabalho e com os pares. As professoras puderam elaborar questões relativas à sua identidade profissional, que se encontrava abalada pelo adoecimento, em função das perdas de capacidades laborativas e da reinserção profissional pelo complexo processo de readaptação. Desvencilhar-se de algumas ilusões que permeavam sua imagem do trabalho docente e reconhecer as adversidades da organização do trabalho foi importante para que pudessem se desengatar da onipotência e vivenciar o lugar do vazio do trabalho. A partir daí, as professoras puderam dar novos destinos ao sofrimento. As narrativas, inicialmente presas na repetição das queixas, do ressentimento e da raiva, passaram a ser mais voltadas para tentativas de se aceitarem em uma nova situação profissional, ainda que essa

situação fosse bastante desfavorável e requeresse delas uma postura de busca de respeito e de reconhecimento, enfrentamento para o qual passaram a se sentir mais fortalecidas. Ou seja, a aceitação não foi no sentido de resignação, mas de uma conscientização quanto à sua condição sofrida e de um reposicionamento subjetivo diante dessa força motriz questionadora.

Diante de tais argumentos, o conceito dejouriano de mobilização subjetiva mostrou-se insuficiente para explicar os efeitos dos dispositivos de uma escuta clínica do sofrimento no trabalho em um grupo de trabalhadoras adoecidas, não podendo ser identificados a inteligência prática, o reconhecimento e a cooperação no coletivo em questão. A mobilização subjetiva, nessa perspectiva, não parece se aplicar a trabalhadores adoecidos, restringindo-se a contextos onde há trabalho formal, assalariado e nos moldes de uma organização capitalista. Essa limitação conceitual não consegue abarcar o trabalho psíquico que, na teoria freudiana, refere-se ao trabalho do inconsciente e que, portanto, é ininterrupto e abrangente. Pode-se dizer que esse seria o trabalho do devir do sujeito, a partir do qual se pode emergir o sujeito do desejo, que não mais coloca demandas ao trabalho no sentido de tamponar sua falta. Contrapondo a essa perspectiva, o trabalho da readaptação visa re-adaptar o sujeito ao trabalho capitalista, colocando-o em uma posição de submissão às exigências crescentes, em busca de algo que não vai encontrar sua realização nessa dimensão. Assim, o trabalho das professoras na readaptação estava em processo de mortificação, um trabalho paralisado, reduzido a atividades laborais fragmentadas e sem sentido e que, portanto, não permite o surgimento do sujeito. É aí que vemos a dimensão da readaptação como uma promessa que não se cumpre, pois ela enreda o sujeito em um relação mortífera com o trabalho, relação em que o sujeito é tido como objeto.

Entretanto, ainda restava às professoras, o trabalho psíquico, que foi intensificado durante o processo da clínica do trabalho. Nesse sentido, houve mobilização da subjetividade desses sujeitos a partir do seu trabalho psíquico, que se difere da mobilização subjetiva da proposta dejouriana. Foi possível perceber o trabalho dos sujeitos dessa clínica, que foram construindo novas formas de ser no trabalho e fora dele. Esse sim, um trabalho vivo e cujo movimento está em consonância com o devir do sujeito. Os efeitos que se conseguiram alcançar com essa clínica referem-se a novos modos de significação do sofrimento, a partir de um reposicionamento subjetivo das professoras em relação ao seu trabalho. Esse reposicionamento consistiu em uma compreensão mais clara sobre as adversidades da organização do trabalho, não em uma perspectiva vitimizada, mas de forma a deslocar a culpabilização individual do adoecimento para uma denúncia do contexto social. Nessa direção, outro aspecto constituinte desse reposicionamento subjetivo foi uma melhor aceitação de seus limites e de sua potência, o que permitiu um maior investimento em relações e atividades mais saudáveis e significativas.

Dessa maneira, para romper com o ciclo mortífero que envolvia o processo de adoecimento-readaptação-novos adoecimentos, o reposicionamento subjetivo alcançado também envolveu um certo desapego do discurso missionário que as envolvia na promessa da plenitude.

A partir do espaço público de discussão, construiu-se um terreno fértil para que os sujeitos pudessem dar novos destinos ao sofrimento, o que nos leva a defender a potência política da clínica do trabalho. A partir do momento em que as professoras puderam se desengatar do discurso missionário e deslizar da posição de “salvadoras” para a posição de “guerreiras”, verificou-se um processo de alteridade e de assunção de maior autoridade sobre si mesmas. Nesses termos, não precisavam mais atender ao imperativo “trabalhe e cale-se”, podendo escolher as lutas que queriam lutar e engajando-se em outros projetos de vida. Para tanto, Mendes et al. (2014, p. 73) defendem que a “saúde, nesse sentido, é a possibilidade de o sujeito colocar-se em condições de habitar as multiplicidades, de construir recursos capazes de reconfigurar suas práticas psíquicas e sociais de modo mais criativo”. Assim, nomear o sofrimento move o sujeito para a ação no sentido de buscas para caminhos que o libertem do universo contraditório que o aflige. A partir desse ponto, pode-se pensar em alternativas diante dos imperativos universais, em possibilidades de resistência aos projetos homogeneizadores.

As professoras que permaneceram até o final dessa clínica parecem ter começado a caminhar nessa direção. Enfrentando seus sentimentos, suas doenças e suas dores, tentavam combater algumas injustiças no trabalho e investir em outros projetos pessoais que lhe desafiariam. Esse foi o limite dessa clínica e, nas palavras de Figueiredo (1997, p. 159), o tempo que concerne os efeitos de uma clínica é o *só depois*. A autora declara ainda que, o fim de um processo de análise só pode ser satisfatório quando essa palavra toma o sentido de *o bastante*. Essa dimensão é visível na clínica do trabalho realizada quando, na avaliação da estagiária-pesquisadora sobre o fim desse processo, ela observa: “*Fomos até onde as professoras quiseram e permitiram que pudéssemos ir*”. Abel (2009), tratando sobre os efeitos do trabalho psicanalítico, defende que esses efeitos referem-se à modificação de perspectiva, com a produção de novas significações que, por sua vez, geram novos modos de se lançar no devir. Nessa perspectiva, as professoras alcançaram novas significações em seu modo de ser e em sua relação com a doença e com o trabalho, o que estamos chamando de reposicionamento subjetivo. A partir daí os efeitos da clínica do trabalho são da ordem da imprevisibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo central analisar os modos de significação do sofrimento de professores readaptados por meio da análise dos efeitos do uso dos dispositivos de escuta clínica do sofrimento no trabalho sobre a mobilização subjetiva. O método adotado, a clínica do trabalho, foi adequado aos propósitos da investigação, visto que, a partir do uso dos dispositivos de escuta do sofrimento preconizados por essa clínica, foi possível observar os destinos do sofrimento em um grupo de professoras readaptadas.

Seguiu-se todos os procedimentos indicados pela clínica do trabalho e utilizou-se os instrumentos sugeridos – diário de campo, memorial e registro das sessões –, acrescentando o registro das supervisões, ainda não previsto pelo método. Isso permitiu caracterizar a clínica realizada com as professoras readaptadas como clínica do trabalho conforme o método proposto por Mendes e Araújo (2012) e Mendes (2014), além de reforçar a utilização dos dispositivos clínicos, dos procedimentos e dos instrumentos desse método, como adequados para esse tipo de clínica-pesquisa.

A partir do real do trabalho dessa pesquisa, sugere-se que a clínica do trabalho possa introduzir o instrumento do registro das supervisões como parte do método. A partir da reformulação dos dispositivos clínicos proposta por Mendes (2014), a supervisão passa a ser um eixo do método, dado o seu caráter estruturante para o processo da clínica do trabalho. Sendo assim, propõe-se que o coletivo de pesquisa delibere sobre um modo de registrar as supervisões que seja confortável para todos. Acredita-se que, criando diretrizes sobre esse registro, as pesquisas conduzidas na perspectiva da clínica do trabalho possam obter ganhos nas análises das reverberações da supervisão clínica para o trabalho clínico e para o próprio processo de supervisão. Assim como o diário de campo é um instrumento que permite ao clínico-pesquisador repensar cada sessão clínica, a partir dos sentimentos que lhe foram despertados e do registro dos eventos que mais lhe chamaram a atenção, um diário de supervisão poderia ser uma oportunidade para que o próprio clínico aprofunde suas elaborações e interpretações sobre a clínica e se perceba nas relações com o coletivo de pesquisa. No caso da presente pesquisa, as análises sobre a mobilização do coletivo de pesquisa foram facilitadas pelo registro das supervisões organizado em dois eixos, um relativo às considerações e observações de caráter técnico/teórico, e outro relativo às considerações voltadas para atitudes e questões que diziam respeito à própria clínica-pesquisadora.

O real do trabalho dessa clínica-pesquisa também trouxe alguns avanços sobre a necessidade de alguns ajustes no que tange à técnica de Análise Clínica do Trabalho – ACT –

(Mendes & Araújo, 2012), principalmente quando se trata de processos clínicos com trabalhadores adoecidos. O grupo de professoras readaptadas esteve muito mais mobilizado com questões referentes ao seu sofrimento no processo de adoecimento e de readaptação do que com questões referentes à organização do trabalho. Assim, as bases constitutivas da ACT se mostraram insuficientes para darem conta das categorias que emergiram dessa clínica.

A partir dessas considerações, propõe-se que essa técnica se proceda em duas etapas: a análise inicial, realizada a partir de uma leitura flutuante de todo material de pesquisa, e a análise clínica, que acontece em três etapas. A primeira, referente à análise dos dispositivos clínicos, é realizada conforme já preconizado por Mendes (2014), acrescentando-se apenas o registro e análise das defesas utilizadas pelo grupo ao longo do processo clínico e o momento em que essas defesas aparecem. A segunda etapa, a análise da psicodinâmica do trabalho, foi redefinida de forma a torná-la mais fluida e mais coerente com o que os sujeitos da clínica trouxeram para o espaço de discussão. De tal modo que, ao invés dos três eixos de análise propostos inicialmente, foram definidos dois eixos: o eixo do trabalho vivo e o dos destinos do sofrimento (que abrange os eixos II e III do método original). Na terceira etapa, a da análise da mobilização do coletivo de trabalho, acrescenta-se a análise da mobilização do coletivo de pesquisa, a partir da qual podem ser contempladas as questões relativas ao trabalho da supervisão, não previstas pelo método original.

Outra novidade acrescida ao método, a partir da realização da presente pesquisa, refere-se ao modo de apresentação dos resultados, que foram descritos a partir de três módulos que se convencionou denominá-los de: Módulo Descritivo do Trabalho Vivo, Módulo Interpretativo da Clínica do Trabalho e Módulo Analítico da Clínica do Trabalho. O primeiro módulo é destinado à descrição do trabalho vivo e dos destinos do sofrimento. Partindo para um nível maior de aprofundamento, o segundo módulo abrange o processo clínico e o emprego dos dispositivos clínicos. Já o terceiro módulo descreve os dados que dependem de uma análise ainda mais aprofundada sobre eles, pois abarca a análise da mobilização do coletivo de trabalho, o que requer uma articulação entre o uso dos dispositivos e seus efeitos sobre os destinos do sofrimento. Essa perspectiva de aprofundamento gradual na apresentação e análise dos resultados permite que o clínico-pesquisador se debruce sobre os dados da pesquisa de uma forma estruturada e com menos risco de se perder no exame de um processo em que ele esteve envolvido subjetivamente. Além disso, permite uma melhor visualização do processo clínico por parte do leitor.

No que se refere ao uso dos dispositivos clínicos de escuta do sofrimento, destaca-se a análise da demanda como um dispositivo que foi colocado em ação ao longo de todo o processo

clínico, inclusive em função da interrelação que acontece entre todos os dispositivos. Foi possível compreender que a demanda do grupo de professoras era a criação de um espaço para falar da dor do adoecimento e da readaptação, de modo a se sentirem fortalecidas para realizarem alguma mudança e se tornarem independentes deste grupo. Contudo, para chegar a essa delimitação, um longo caminho precisou ser percorrido, desde o descolamento com a demanda relativa à pesquisa, até a diferenciação da clínica do trabalho com trabalhos de autoajuda ou com espaço de convivência. Para isso, questões transferenciais precisaram ser trabalhadas, inclusive o fato da clínica-pesquisadora querer atender ao desejo do grupo de tirá-lo do vazio. Ao fim do processo clínico, a análise da demanda permitiu verificar que as professoras se sentiam mais fortalecidas para lidar com o sofrimento do adoecimento e da readaptação. Além disso, pareciam mais mobilizadas para o autocuidado, já que a clínica permitiu que se desapegassem das ilusões missionárias sobre seu trabalho e construíssem uma narrativa mais autônoma.

A análise do dispositivo da transferência permeou todo o trabalho clínico, e o seu manejo era refinado no contexto da supervisão. Nesse grupo de professoras, uma questão muito presente foi a resistência, que precisou ser confrontada diversas vezes e de diferentes modos pela clínica-pesquisadora. As dificuldades de acessar a dor, como um dos motivos que levou ao esvaziamento temporário do grupo, trazia muitos elementos transferenciais para o processo clínico. A partir da emergência do vazio vivenciado por todo o grupo, inclusive pela clínica-pesquisadora, alguns avanços no processo clínico puderam ser observados. Foi o que permitiu o deslocamento da repetição, o desengate da onipotência e a assunção de uma perspectiva de melhor aceitação dos limites do corpo, do trabalho e das relações e, a partir daí a busca de novas significações do sofrimento.

O dispositivo da interpretação era utilizado nas intervenções durante as sessões e ainda era potencializado por meio dos memoriais. Os memoriais, que inicialmente traziam uma perspectiva mais explicativa e racional, não favoreciam as elaborações do grupo. Passando para uma perspectiva mais simplista e provisória, deixava questões em aberto e espaço para o advir, o que fez com que esse dispositivo fosse potencializado no processo clínico. O dispositivo da interpretação muitas vezes foi utilizado para tentar reconectar o grupo aos sentimentos relativos ao que estava sendo trazido para o espaço de discussão, e assim, desmontar a resistência do grupo. Pela interpretação, foi possível trabalhar o movimento do grupo expresso pela metáfora “de salvadoras a guerreiras”, sendo possível a explicitação das falhas da onipotência e da vitimização da impotência, enredando as professoras em suas lutas como guerreiras.

A descrição sobre o uso dos dispositivos de escuta do sofrimento no percurso do processo clínico permitiu vislumbrar o caminhar do fazer clínico e os efeitos dos dispositivos nos novos modos de significação do sofrimento que emergiram. O real do trabalho de escuta explicitou a necessidade de ajustamentos às prescrições do trabalho clínico, inclusive em relação a aspectos que envolvem a subjetividade do clínico-pesquisador. Daí a necessidade de a supervisão atuar como encorajadora para que o clínico possa acessar os sentimentos suscitados na sessão, de modo que, nomear o que sentiu possa levá-lo a experimentar o que o outro lhe fez vivenciar. A experiência dessa clínica com as professoras reforça a assertiva de que o clínico do trabalho usa a sua subjetividade para trabalhar em benefício da subjetividade do outro. Nessa direção, o coletivo de pesquisadores seguiu com o grupo se orientando pela análise da demanda que ia acontecendo ao longo de todo processo clínico, pelas transferências que emergiam e pela forma como estavam sendo realizadas as interpretações e seus efeitos sobre as sinalizações de avanços no grupo no que se referem ao alívio do sofrimento que era escutado.

A mobilização do grupo de professoras se consolidou, inicialmente, a partir da necessidade de falar do sofrimento relativo à readaptação e ao adoecimento. Compartilharam dores, ressentimentos, mágoas, perdas, lutos, as violências do processo de readaptação, a falta de sentido e de utilidade das atividades que passaram a desempenhar e o sentimento de perda da identidade profissional. Mas muitas vezes, ao longo do processo clínico, o grupo paralisava-se em suas defesas, resistindo em acessar as dores que o sofrimento trazia. Interpeladas pelas interpretações, pela forma como as transferências eram manejadas e pelo resgate constante da demanda do grupo, o processo de elaboração das professoras foi acontecendo e sendo perceptível, muitas vezes, por meio das metáforas trazidas pelo grupo. Puderam lembrar a história do adoecimento e os percalços da readaptação em uma perspectiva que possibilitava superar a simples repetição dos fatos, abrindo algumas possibilidades de reconstruir significados sobre a doença e seus limites, primeiramente, e, posteriormente, sobre a relação com o trabalho. Avançaram em direção a uma maior aceitação da castração, o que as levaram a enxergar também suas forças e seus diferenciais, agora em uma perspectiva mais realista.

Desse modo, as professoras passaram a relatar o envolvimento com atividades que lhe geravam entusiasmo e prazer, como trabalhos filantrópicos, atividades artesanais, investimentos no autocuidado e em movimentos militantes, além da perspectiva de retomar os estudos. No contexto de trabalho, passaram a redefinir relações pelas quais valia à pena dedicar algum esforço e aquelas que não mereciam sua atenção, além de procurarem assumir, de forma mais equilibrada, uma postura de enfrentamento em situações injustas e opressoras. Foi possível

vislumbrar o papel da clínica do trabalho no sentido de ajudá-las a reposicionarem-se como alguém que fala, tornando-se sujeitos do trabalho, saindo da posição de sujeitos assujeitados e aprisionados no discurso ultraliberal pautado nos imperativos da excelência e do produtivismo que promete o inalcançável, a plenitude.

Oscilando entre a onipotência e a impotência ao longo da clínica do trabalho, as professoras foram construindo perspectivas para lidar com o real do trabalho e com sua potência, a partir das quais se sentiam mais empoderadas no sentido de sustentarem o próprio desejo. Foi possível perceber um menor apego das professoras ao discurso missionário, que foi substituído pela visão que passaram a ter delas mesmas como as guerreiras que estão em constantes lutas. Estavam mais conscientes das condições adversas do trabalho e das armadilhas de se envolverem no discurso da excelência, mobilizando-se para o estabelecimento de relações mais realistas com seu corpo, com o trabalho e com seus pares. Desse modo, o sofrimento como modo de denúncia de si mesmo – no sentido de culpabilização individual pelo adoecimento – passou a ser visto como denúncia do contexto social. A partir daí, começava a aparecer uma perspectiva mais política em relação aos destinos do sofrimento.

Assim, o uso dos dispositivos de escuta clínica do trabalho possibilitou que emergissem novos modos de significações e novos destinos ao sofrimento, reafirmando a supervisão clínica, a formação clínica e os dispositivos de escuta como eixos do método, conforme preconizado por Mendes (2014). Os procedimentos e instrumentos propostos pelo método por Mendes e Araújo (2012) também mostraram-se adequados, incluindo apenas a necessidade de inclusão de um diário de supervisão, o que pode potencializar esse seu eixo estruturante.

A mobilização subjetiva, como um processo que permite o sujeito (se)criar e (se)inventar e possibilita a reapropriação do sentido do trabalho não foi possível ser alcançada na clínica com as professoras readaptadas. Isso não se deve ao uso inadequado dos dispositivos clínicos ou à insuficiência deles, já que permitiram explicitar a potência política da clínica do trabalho a partir de novos destinos que puderam ser dados ao sofrimento. O que parece ter contribuído para a não observância da mobilização subjetiva, nesse grupo de professoras readaptadas, além de sua insuficiência conceitual para explicar a mobilização que ocorre no trabalho psíquico, é o fato do trabalho na readaptação se constituir em um trabalho morto. Essa organização do trabalho contribuía para o isolamento e a exclusão dessas profissionais. Isso leva ao desmoronamento dos laços sociais e à impossibilidade de mobilização coletiva que seja potente o suficiente para mudar as questões estruturais desse trabalho morto a que estão submetidas.

Com a readaptação, passa-se a trabalhar mais em uma perspectiva de sobrevivência, pois lhes são designadas tarefas repetitivas e sem continuidade, em que não encontram caminho para exercer funções pedagógicas. Portanto, não era possível mobilizar sua inteligência prática, pois, mesmo quando as professoras tentavam atuar de forma diferenciada dentro das atribuições que lhes eram designadas, eram desencorajadas, criticadas ou até impedidas pelos gestores ou por colegas de trabalho. E mesmo que pudessem mobilizar o uso dessa inteligência, não havia espaço para que essas situações pudessem ser conhecidas, compartilhadas e reconhecidas por um coletivo de trabalho, o que descaracteriza o uso desse tipo de inteligência. Excluídas pelo processo do adoecimento, também não acontecia a cooperação no contexto laboral. Assim, não é possível vislumbrar a emergência dos elementos constitutivos da mobilização subjetiva no contexto de atuação profissional das professoras readaptadas.

Defende-se a tese de que não há como se obter mobilização subjetiva se não há trabalho, entendido aqui como trabalho nos moldes capitalistas. O que se observa em termos do trabalho de docentes readaptados é um processo de mortificação do trabalho, pela subtração da capacidade inventiva dos trabalhadores e pelas vivências de silenciamento e de solidão. Uma situação que leva à paralisia das formas de vida no trabalho (Ferreira, 2016), com a subtração do desejo desses sujeitos. Vivenciando situações de violência nas relações de trabalho, de coerção e de controle por parte de alguns gestores, e de falta de prescrição das atividades na readaptação com a consequente subutilização de suas capacidades e de seu potencial, as professoras readaptadas estavam em uma situação de trabalho morto. Soma-se a isso a frustração de não poder atuar em uma perspectiva pedagógica em que poderiam sentir que contribuía para a formação de seus alunos, o que gerava perda da identidade profissional. Desse modo, diante de um trabalho morto, não é possível observar a mobilização subjetiva, principalmente quando o coletivo de trabalho da clínica não pertence a uma mesma organização do trabalho. Essa constituição torna-se um grande empecilho para que esses trabalhadores, fragilizados pelo adoecimento e pela consequente exclusão, se mobilizem coletivamente para realizar mudanças na organização do trabalho. Diante desse quadro, esses sujeitos chegam para a clínica do trabalho tendo como prioridade demandas que se referem ao enfrentamento da cronicidade da doença e suas consequências para a vida pessoal e profissional.

Portanto, o “trabalho” das professoras readaptadas, pela falta de perspectivas de aproveitamento de seus potenciais, não proporciona mobilização subjetiva, pois não há como falar em um resgate do sentido do trabalho em um trabalho morto, a não ser que mudanças estruturais na forma de condução do processo de readaptação sejam realizadas. O retorno ao trabalho não tem sido pensado, em termos de políticas públicas, como um processo digno de

readaptação ou de reabilitação, na acepção mais ampla do que esses termos poderiam representar. Mesmo alijadas do processo de educação, condenadas a um trabalho morto, carregando as consequências de doenças crônicas e excluídas dos laços sociais no contexto de trabalho, as professoras trabalharam ao longo do processo clínico construindo novos modos de significação desse sofrimento.

Destarte, pode-se dizer que essa significação do sofrimento aconteceu, não pela mobilização subjetiva, mas pelo trabalho psíquico que possibilitou um reposicionamento subjetivo dos sujeitos em relação ao seu trabalho. Esse reposicionamento se constituiu, primeiramente, em conscientização das adversidades da organização de trabalho, deslocando seu sofrimento como denúncia de si mesmas para uma denúncia do contexto social. Desculpabilizando-se, puderam aceitar melhor seus limites e, assim, reconhecer suas forças e investir no autocuidado e em atividades e relações significativas. Ainda como parte desse reposicionamento subjetivo, o movimento de salvadoras a guerreiras mostrou o processo de ir se desengatando de um discurso onipotente e falacioso em direção a uma posição de sujeitos capazes de sustentar seu próprio desejo. Nessa perspectiva, pode-se dizer que construíram um saber sobre si mesmas que possibilitou que pudessem dar destinos mais políticos ao sofrimento.

A partir dos resultados alcançados e das reflexões suscitadas no presente trabalho, uma agenda de sugestões de novas pesquisas endereçadas aos clínicos-pesquisadores interessados em avançar na consolidação da clínica do trabalho pode ser proposta. Sugere-se novas investigações que contemplem a realização da clínica do trabalho com trabalhadores adoecidos e não pertencentes a uma mesma organização do trabalho, de modo que se possa ampliar a perspectiva desse método e consolidar as especificidades no atendimento a demandas desse tipo de coletivo. Faz-se necessário, também, a realização de novas investigações que contemplem os destinos do sofrimento para além da mobilização subjetiva, mediante o uso dos dispositivos de escuta do sofrimento no trabalho. E ainda sugere-se a utilização e a ampliação das adaptações da técnica de Análise Clínica do Trabalho para que se possa consolidá-la de forma cada vez mais estruturada e aprofundada. Além disso, pode ser promissor, do ponto de vista de consolidação do método, que o trabalho do coletivo de pesquisa, principalmente no momento da supervisão, seja pensado e se constitua em objeto de pesquisa em investigações futuras.

REFERÊNCIAS

- Abel, M. C. (2009). Efeitos do trabalho psicanalítico: condições e causa. Em V. Zanello, C. Carneiro, & M. N. Campos (Orgs.) *Fronteiras em Psicanálise*. Guarapari: Ex Libris.
- Alves, J. J. (2014). *Mobilização subjetiva para o prazer-sofrimento no trabalho dos taquígrafos parlamentares: uma prática em clínica psicodinâmica da cooperação*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Antunes, S. M. P. S. N. (2014). *Readaptação docente: trajetória profissional e identidade*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Aparício, S. (2015). Transferência, laço e discurso analítico. *Stylus Revista de Psicanálise*, 31, 19-28.
- Aquino, J. G. (1998). A violência escolar e a crise de autoridade docente. *Cadernos Cedes*, 19(47), 07-19.
- Arbex, A. P. S., Souza, K. R., & Mendonça, A. L. O. (2013). Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência dos professores de uma universidade pública. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 263-284.
- Arendt, H. (2011). *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2014. 7ª ed.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. Ed. revista e ampliada.
- Barreto, M., & Heloani, R. (2015). Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social & Sociedade*, 123, 544-561.
- Bastos, G. G., Faustino, G. G., Almeida, L. T. R., & Romão, L. M. S. (2010). A voz dos sujeitos-readaptados em discurso : o lugar do bibliotecário. *Ponto de Acesso*, 4 (2), 76-94.
- Batista, J. M. (2008). *Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

- Batista, J. M., Juliani, C. M. C. M., & Ayres, J. A. (2010). O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (1), 87-93.
- Bauman, Z. (1998) *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bendassoli, P. F., & Soboll, L. A. P. (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. Em P. F. Bendassoli, & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho* (pp. 3-21). São Paulo: Atlas.
- Bezerra, D. S., & Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (2), 342-355.
- Brito, J., Bercot, R., Horellou-Lafarge, C., Neves, M. Y., Oliveira, S. E., & Rotenberg, L. (2014). Saúde, gênero e reconhecimento: trabalho das professoras: convergências e diferenças no Brasil e na França. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 (1), 589-605.
- Cacciari, P., Haddad, M. C. L., Vannuchi, M. T. O., & Dalmas, J. C. (2013). Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readaptação e readequação funcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (6), 860-865.
- Carlotto, M. S. (2002). A síndrome de burnout e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 21-29.
- Cruz Lima, S. C. da (2011a). A fala em ação: experiência em psicodinâmica do trabalho no serviço público. Em A. M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone, & E. P. Facas (Orgs.). *Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 365-380). Curitiba: Juruá.
- Cruz Lima, S. C. da (2011b). *Coletivo de trabalho e reconhecimento: uma análise psicodinâmica dos cuidadores sociais*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.

- Cruz Lima, S. C. da (2013). Reconhecimento no trabalho. Em F. de O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 351-355). Curitiba: Juruá.
- Dassoler, V. A., & Palma, C. M. de S. (2012). A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(01), 94-107.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (5a ed.). São Paulo: Cortez – Oboré.
- Dejours, C. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. Em J. F. Chanlat (Coord.). *O indivíduo na organização – dimensões esquecidas*, vol. 1. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1999). Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap EAESP/FGC.
- Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. Em A. M. Mendes, S. C. da Cruz Lima & E. P. Facas (Orgs.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho* (pp. 13-26). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2011a). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 57-123). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011b). Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. Em S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 287-339). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011c). Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. Em S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 433-448). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011d). Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. Em S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 381-408). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Dejours, C. (2011e). O trabalho como enigma. Em S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 151-166). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011f). Saúde mental entre impulsos individuais e requisitos coletivos (sublimação e trabalho). Em S. Lancman, & L. Sznelwar (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 409-430). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2012) *Trabalho Vivo – Trabalho e Emancipação – tomo II*. Brasília: Paralelo 15. Trad.: Franck Soudant.
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33 (2), 9-28.
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (2009). Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. Em C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejuriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 119-145). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C., & Bègue, F. (2010). *Suicídio e Trabalho – o que fazer?*. Brasília: Paralelo 15.
- Dockhorn, C. N. B. F., & Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia clínico-interpretativa: um recurso à pesquisa psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 529-535.
- Duarte, F. S. (2014). *Dispositivos para escuta clínica do sofrimento no trabalho: entre a clínica da cooperação e das patologias*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Duarte, F. S., & Mendes, A. M. (2013). Cuerpo docente: análisis psicodinámico del trabajo de profesores reubicados de Brasilia, Brasil. *Praxis Revista de Psicología* 23, 115-131.
- Fantini, A. J. E., Silveira, A. M., & La Rocca, P. F. (2010). Readaptação Ocupacional de servidores públicos: a experiência de uma universidade pública. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20 (2 Supl2), 59-65.
- Feitoza, M. J. S., & Moraes, R. D. (2015). Subversão do sofrimento em prazer: clínica do trabalho com socioeducadores em um Centro para Adolescentes em Manaus. Em R. D. de

- Moraes, & A. C. L. Vasconcelos. *Trabalho e emancipação: a potência da escuta clínica* (pp. 177-194). Curitiba: Juruá.
- Fernandes, A. L. S. (2004). Sujeito falante e a resistência à demanda de análise. *Cógitto*, 6, 49-51.
- Ferrari, I. F., & Araújo, R. S. (2005). Mal-estar do professor frente à violência do aluno (2005). *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 05(2), p. 261-280.
- Ferreira, J. B. (2011a). Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. Em A. M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone, & E. P. Facas (Orgs.). *Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 123-135). Curitiba: Juruá.
- Ferreira, J. B. (2011b). *O poder constituinte do trabalho vivo: análise psicodinâmica da criação literária*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ferreira, A. S. (2013). *A psicodinâmica do trabalho de profissionais de odontologia do centro ambulatorial de um hospital universitário*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ferreira, J. B. (2016). Quantos anos de solidão? Violência, assédio moral e paralisia das formas de vida no trabalho. Em B. Farah (Org.). *Assédio Moral e Organizacional: novas modulações do sofrimento psíquico nas empresas contemporâneas* (pp. 127-135). São Paulo: LTr80.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Fontenele, L. B. (2002). *A interpretação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Freitas, L. G. (2006). *Processo de saúde-adoecimento no trabalho dos professores em ambiente virtual*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

- Freitas, L. G. (2013). Docentes, seu trabalho e a dinâmica de prazer-sofrimento. Em L. G. Freitas (Coord.), *Prazer e Sofrimento no Trabalho Docente – pesquisas brasileiras* (pp. 35-47). Curitiba: Juruá.
- Freud, S. (1912a/1996). A Dinâmica da Transferência. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira – Volume XII* (pp. 107-120), Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912b/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira – Volume XII* (pp. 122-133), Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o Início do Tratamento. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira – Volume XII* (pp. 135-158), Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1996). Recordar, Repetir, Elaborar. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira – Volume XII* (pp. 159-172), Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1940/1996). Sobre o início do tratamento. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira – Volume XII* (pp. 187-196), Rio de Janeiro: Imago.
- Gama, L. P., Mendes, A. M. B., Araújo, J. P., Galvão, M. G. A., & Vieira, F. O. (2016). Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola. *Laborativa*, 5(1), 38-63.
- Gaviraghi, D., De Antoni, C., Amazarray, M. R., & Schaefer, L. S. (2016). Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 16(01), 61-72.
- Gerlin, M. N. M. (2006). *Fiando textos e contextos: a narrativa tece o trabalho de professoras em bibliotecas escolares*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2011). Avaliação do trabalho e reconhecimento. Em P. F. Bendassoli & L. A. P. Soboll (Orgs.) *Clínicas do trabalho* (pp. 61-70). São Paulo: Atlas.

- Ghizoni, L. D. (2013a). *Clínica psicodinâmica da cooperação na Associação de Catadores e Catadoras de materiais recicláveis da região Centro Norte de Palmas – TO (ASCAMPA)*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ghizoni, L. D. (2013b). Cooperação. Em F. de O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 99-102). Curitiba: Juruá.
- Ghizoni, L. D., & Mendes, A. M. (2014). Dispositivos para uma escuta clínica do sofrimento no trabalho dos catadores de materiais recicláveis. *Contextos Clínicos*, 7(1), 15-26.
- Ghizoni, L. D., Mendes, A. M., & Corgozinho, J. P. (2013). Uma proposta brasileira para a clínica psicodinâmica do trabalho. Em V. de L. dal C. Schlindwein (Org.), *Saúde mental e trabalho na Amazônia: múltiplas leituras sobre prazer e sofrimento no trabalho* (vol. I) (pp. 25-38). Porto Velho: Editora da Universidade Federal de Rondônia.
- Gomes, D. R. G., & Próchno, C. C. S. C. (2015). O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?. *Revista Saúde & Sociedade*, 24 (3), 780-791.
- Gomes, M. L. B. de M., Cruz Lima, S. C. da, & Mendes, A. M. (2011). Experiência em clínica do trabalho com profissionais de T&D de uma organização pública. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11 (3), 841-855.
- Gondar, J. (2003). A clínica como prática política. *Lugar Comum*, 19, 125-134.
- Grippi, R. (2012). Construção e interpretação em construções em análise (1937), de Sigmund Freud. *Stylus Revista de Psicanálise* (Rio de Janeiro), n. 25, 99-105.
- Ieto, V., & Cunha, M. C. (2007). Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(4), 329-334.
- Jorge, B. (2010). Adolescência e Violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. *Psicologia Política*, 10(19), 95-106.
- Lancman, S., Barros, J. de O., Manna, V., & Azevedo, M. J. (2016). Saúde mental e trabalho: apontamentos teóricos e relato de experiência em equipe multiprofissional. Em K. B.

- Macêdo (Org.) *O diálogo que transforma - a clínica psicodinâmica do trabalho* (pp. 133-153). Goiânia: Editora da PUC Goiás.
- Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das funções públicas federais. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112compilado.htm.
- Levandoski, G., Ogg, F., & Cardoso, F. L. (2011). Violência contra professores de Educação Física no ensino público do Estado do Paraná. *Motriz*, 17 (03), 374-383.
- Macaia, A. A. S. & Fischer, F. M. (2015). Retorno ao trabalho de professores após afastamento por transtornos mentais. *Saúde e Sociedade*, 24 (3), 841-852.
- Martins, S. R. (2011). Intervenções em grupo na clínica do trabalho: uma experiência anunciada em sonho. Em A. M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone, & E. P. Facas (Orgs.). *Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 123-135). Curitiba: Juruá.
- Martins, S. R., & Mendes, A. M. (2012). Espaço coletivo de discussão: a clínica do trabalho como ação de resistência. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 12(2), 171-184.
- Maurano, D. (2006). *A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Medeiros, A. M., Barreto, S. M., & Assunção, A. A. (2006). Professores afastados da docência por disfonia: o caso de Belo Horizonte. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 14(4), 615-624.
- Medeiros, R. C. F. (2010). *Para uma ecologia (mais) humana do professor readaptado*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília.
- Medeiros, S. N. (2012). *Clínica em Psicodinâmica do Trabalho com a Unidade de Operações Aéreas do DETRAN: o prazer de voar e a arte de se manter vivo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Meirelles, C. E. F. (2012). O manejo da transferência. *Stylus Revista de Psicanálise*, 25, 123-135.

- Mendes, A. M. (2007a). Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. Em A. M. Mendes, (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M. (2007b). Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. Em A. M. Mendes (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 49-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M. (2008). Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. Em A. M. Mendes (Org.). *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão* (pp. 13-25). Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M. (2014). Escuta analítica do sofrimento e o saber-fazer do clínico do trabalho. Em A. M. Mendes, R. D. Moraes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Trabalho & Sofrimento: práticas clínicas e políticas* (pp. 65-80). Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M. (2015, abril). Entrevista: Ana Magnólia Mendes - Meu trabalho me adocece? Entrevista concedida a Patrício Reis. *Jornal (En)Cena*. Recuperado a partir de: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=entrevista+ana+magn%C3%B3lia+meu+trabalho+me+adocece
- Mendes, A. M. (2016, setembro). Entrevista: Ana Magnólia Mendes. Entrevista concedida a Sonielson Luciano de Sousa. *Jornal En(Cena)*. Recuperado a partir de: <http://encenasaudemental.net/post-destaque/parte-das-atuais-patologias-sociais-e-decorrente-da-negacao-da-dimensao-do-sujeito-diz-a-profa-dra-ana-magnolia/>
- Mendes, A. M. (2017, outubro). O sujeito do trabalho e o trabalho do sujeito. *Anais, V Congresso Brasileiro de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho e VI Simpósio Brasileiro de Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Universidade Católica de Brasília e Universidade de Brasília.
- Mendes, A. M., & Araújo, L. K. R. (2007). Ressignificação do sofrimento no trabalho de controle de tráfego aéreo. Em A. M. Mendes, S. C. da Cruz Lima, & E. P. Facas (Orgs.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho* (pp. 27-41). Brasília: Paralelo 15.
- Mendes, A. M., & Araújo, L. K. R. (2012). *Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação*. Curitiba: Juruá.

- Mendes, A. M., Araújo, L. K. R., & Merlo, A. R. C. (2011). Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. Em P. F. Bendassoli, & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho* (pp. 169-187). São Paulo: Atlas.
- Mendes, A. M., & Duarte, F. S. (2013a). Mobilização subjetiva. Em F. de O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 259-262). Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M., & Duarte, F. S. (2013b). Notas sobre o percurso teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Em: Freitas, L. G. (coord.) *Prazer e Sofrimento no Trabalho Docente – pesquisas brasileiras* (pp. 13-24). Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M., & Ghizoni, L. D. (2016a). Editorial - O trabalho e as desmesuras do consumismo: do sujeito invocado ao sujeito invocante. *Trabalho En(Cena)*, 01(01), 02-05.
- Mendes, A. M., & Ghizoni, L. D. (2016b). Editorial – Sofrimento como potência política para o trabalho do sujeito vivo. *Trabalho En(Cena)*, 01(02), 01-03.
- Mendes, A. M., Merlo, A. R. C., Duarte, F. S., & Araújo, L. K. R. (2014). Práticas clínicas no contexto da psicodinâmica do trabalho brasileira. Em P. F. Bendassoli, & L. A. P. Soboll (Orgs.). *Métodos de pesquisa e intervenção em Psicologia do Trabalho* (pp. 63-79). São Paulo: Atlas.
- Mendes, A. M., Takaki, K., & Gama, L. P. (2016). Do sujeito invocado ao sujeito invocante: a violência no trabalho como recusa do desamparo. Em B. Farah (Org.). *Assédio Moral e Organizacional: novas modulações do sofrimento psíquico nas empresas contemporâneas* (pp. 151-160). São Paulo: LTr80.
- Merlo, A. R. C. (2014). Processo de globalização, sofrimento psíquico e atenção à saúde mental no trabalho. Em A. M. Mendes, R. D. Moraes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Trabalho & Sofrimento: práticas clínicas e políticas* (pp. 177-184). Curitiba: Juruá.
- Merlo, A. R. C., Bottega, C. G., & Magnus, C. de N. (2013). Espaço Público de Discussão. Em F. de O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 147-151). Curitiba: Juruá.

- Merlo, A. R. C., Jacques, M. da G. C., & Hoefel, M. da G. L. (2001). Trabalho de Grupo com Portadores de Ler/Dort. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 253-258.
- Merlo, A. R. C., & Mendes, A. M. B. (2009). Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(2), 141-156.
- Molinier, P. (2003). Sujeito e subjetividade: questões metodológicas em Psicodinâmica do Trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 14(01), 43-47.
- Molinier, P. (2013). Subjetividade e Cooperação dos pesquisadores. Em P. Molinier. *O trabalho e a psique – uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. (pp.315-326). Brasília: Paralelo 15.
- Moser, I. R. F. (2012). *A crise da autoridade na educação: o discurso e a imagem docente reformulada*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Moraes, R. D. (2005). Prazer e sofrimento no trabalho docente: estudo com professores de ensino fundamental em processo de formação superior. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 5 (1), p. 159-183.
- Moraes, R. D. (2014). Mobilização subjetiva: experiências em clínica do trabalho no Amazonas. Em A. M. Mendes, R. D. Moraes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Trabalho & Sofrimento: práticas clínicas e políticas* (pp. 65-80). Curitiba: Juruá.
- Moraes, R. D. (2015). Trabalho e emancipação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. Em R. D. de Moraes, & Vasconcelos, A. C. L. *Trabalho e Emancipação: a potência da escuta clínica* (pp.61-69). Curitiba: Juruá.
- Moraes, R. D., Garcia, W. I., Carvalho, G. M., & Moura, P. M. (2015). A busca da subversão do sofrimento em prazer no trabalho: pesquisas no tribunal de Justiça do Amazonas. Em J. K. Monteiro, F. de O. Vieira, & A. M. Mendes. *Trabalho e prazer: teoria, pesquisas e práticas*. Curitiba: Juruá (pp. 151-173).
- Neves, M. Y. R., & Seligmann-Silva, E. (2006). A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (1), p. 63-75.

- Nunes, B. O. (2000). *O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Ogeda, T. de A., & Cruz Lima, S. C. da (2016). A vivência subjetiva dos servidores readaptados do município de rio das ostras. *Trabalho En(Cena)*, 01(02), 176-186.
- Paniago, I. M. L., & Viana, T. de C. (2008). O refúgio psíquico como o estranho recurso da resistência. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8 (4), 1099-1119.
- Périleux, T. (2016). Os poderes da palavra: reflexões sobre o quadro em psiquiatria e clínica do trabalho. Em K. B. Macêdo (Org.). *O diálogo que transforma - a clínica psicodinâmica do trabalho* (pp. 46-69). Goiânia: Editora da PUC Goiás.
- Périleux, T., & Mendes, A. M. (2015). O enigma dos sintomas: proposição para uma escuta psicanalítica e política do sofrimento no trabalho. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 7(1), 61-73.
- Pezzuol, M. de L. M. (2008) *Identidade e trabalho docente: a situação do professor readaptado em escolas público do Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Semiótica, Tecnologia da Informação e Educação, Universidade Braz Cubas, Mogi das Cruzes.
- Pigatto, N. (2010). A docência e a violência estudantil no contexto atual. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 18 (67), 303-324.
- Ricardo, G. L. C., Barreto, M. J. C., Campos, C. de O. & Castro, T. da C. M (2014). Clínica do trabalho: a aposta em uma categoria saudável no SINPRO-DF. Em A. M. Mendes, C. G. Bottega, & T. da C. M. Castro. *Clínica Psicodinâmica do Trabalho de Professores: práticas em saúde do trabalhador*. Curitiba: Juruá.
- Ristum, M. (2010). Violência na escola, da escola e contra a escola. Em S. G. de Assis, P. Constantino & J. Q. Avanci (Orgs.). *Impactos da violência na escola: um diálogo com professores*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Robert, P. P., & Kupermann, D. (2012). Dor e resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud. *Cadernos de Psicanálise*, 34 (26), 37-49.

- Rossi, E. Z. (2008). Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT: análise psicodinâmica. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília.
- Safatle, V. (2017, outubro). Patologias do social, trabalho e capitalismo contemporâneo. *Anais, V Congresso Brasileiro de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho e VI Simpósio Brasileiro de Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Universidade Católica de Brasília e Universidade de Brasília.
- Santos-Júnior, A. V., Mendes, A. M., & Araújo, L. K. R. (2009). Experiência em clínica do trabalho com bancários adoecidos por LER/DORT. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29(3), 614-625.
- Saraiva, L. A., & Nunes, M. L. T. (2007). A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. *Estudos de Psicologia*, 12(3), 259-268.
- Sawaia, B. (2011). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em B. Sawia (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial da desigualdade social* (pp. 99-119). Petrópolis: Vozes.
- Schindwein, V. de L. D. C. (2013). Histórias de vida marcadas por humilhação, assédio moral e adoecimento no trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 430-439.
- Silva, M. C. dos S. Q., & Mendes, A. M. (2012). A prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. *Tempos Actas de Saúde Coletiva*, 6 (2), 195-207.
- Sindicato dos Professores do Distrito Federal. (2015). *Informativo do Sindicato dos Professores no DF, Folha do Professor*, Ano XIX, nº 190, novembro de 2015. Recuperado de: <http://www.sinprodf.org.br/folha-do-professor/>
- Souza, M. M., & Teixeira, R. P. (2004). O que é ser um “bom” psicoterapeuta? *Revista Aletheia*, 20, 45-54.
- Vasconcelos, A. C. L. (2013). Inteligência prática. Em F. de O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Orgs.). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 237-242). Curitiba: Juruá.

- Vieira, R. C. (2013). *Readaptação funcional de professores no serviço público: a organização como determinante de conflitos intersubjetivos e dramas pessoais*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Torezan, Z. C. F., e Rosa, A. C. (2003). Escuta Analítica no Hospital Geral: implicações com o desejo do analista. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (2), 84-91.
- Yalom, I. D. (2006). *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed (pp. 23-36).
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar do trabalho intitulado “**ANÁLISE DOS EFEITOS DA CLÍNICA DO TRABALHO NA MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DE PROFESSORES READAPTADOS**” desenvolvido pela pesquisadora Grazielle Alves Amaral, Professora no Curso de Psicologia da UFG / Regional Jataí e aluna do Doutorado em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações na UnB.

Fui informado(a) de que a pesquisa é coordenada por Grazielle Alves Amaral, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone nº (64)8111-6166 ou e-mail graziamaral@yahoo.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro. Fui informado(a) dos objetivos do trabalho, que, em linhas gerais pressupõe analisar os efeitos da prática clínica psicodinâmica do trabalho em um grupo de professores readaptados ligados ao SINPRO/DF. Minha colaboração se fará por meio de participação em sessões de clínica do trabalho, a serem gravadas (em áudio) a partir da assinatura desta autorização. Os encontros serão realizados nas dependências da SINPRO/DF, em horário a ser acordado entre os participantes e terão duração aproximada de uma hora e meia. Participarão do grupo somente professores readaptados ligados ao SINPRO/DF.

O acesso aos dados coletados será permitido à orientadora/supervisora deste estudo, professora Ana Magnólia Mendes, coordenadora do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - UnB. Todo o material coletado ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Grazielle Alves Amaral por cinco anos.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão em conformidade às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Fui ainda informado(a) de que posso me recusar a responder qualquer pergunta e de que posso me retirar desse trabalho a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza.

Estou ciente de que o resultado do trabalho poderá ser publicado em artigo científico ou outro meio científico de divulgação, preservando em sigilo o nome dos(as) participantes.

O presente documento encontra-se redigido em duas vias com igual teor e forma, sendo uma via para o participante e outra para a pesquisadora.

Brasília, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Grazielle Alves Amaral

Professora Dr^a. Ana Magnólia Mendes