



UnB

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

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

**TRABALHADORES NO DIVÃ:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOPATOLOGIA
CLÍNICA DO TRABALHO**

Fernanda Sousa Duarte

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

Brasília

2020

FERNANDA SOUSA DUARTE

**TRABALHADORES NO DIVÃ:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA DO TRABALHO**

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

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

Brasília

2020

Tese defendida em 27 de março de 2020, avaliada pela banca examinadora constituída por:

Profa. Dra. Ana Magnólia Bezerra Mendes
Presidente da Banca Examinadora
Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Patrick Brown
Membro Externo
Universiteit van Amsterdam (UvA)

Prof. Dr. Jean Michel Vivès
Membro Externo
Université Nice Sophia Antipolis (UNS)

Prof. Dr. João Batista Ferreira
Membro Externo
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof. Dr. Alexander Hochdorn
Membro Interno
Universidade de Brasília (UnB)

eu: tu acha mesmo?

paranóias: tu num acha não?

eu: rapaz eu sei lá

paranóias: e se for, num acha não?

eu: eu não sei, tu acha?



Fonte: Emerson Lobo

Aos meus pais
que fizeram porto em todos os mares
(e sertões e cerrados) que atravessamos

*“Geen karwei is ons te machtig,
geen vraagstuk waarvoor wij uit de weg gaan.”*
De Leus van de Reus van Bickerseiland

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta tese marca 10 anos de trabalhos com a prof. dra. Ana Magnólia Mendes no Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho - e também fora dele - e um e meio com o prof. dr. Patrick Brown do grupo de Sociologia Política da Universidade de Amsterdam. Terminei esta tese com mais perguntas que respostas, mas também com muito mais agradecimentos que lamentos.

Aos professores que me reprovaram em 2014 e aos que me aprovaram em 2015 no processo seletivo para o doutorado, minha gratidão eterna. Esse percurso possibilitou a viagem que me proporcionou encontros que mudaram minha trajetória profissional e pessoal: com Luiza, a quem também dedico este trabalho; com Caspar, o holandês que me disse que a confiança é sempre a melhor opção; e com Orlando Reade, doutorando de um programa em Princeton com quem estabeleci diálogos que me reconectaram com interesses em Antropologia e Sociologia Médica. Esses encontros me motivaram buscas que me levaram aos trabalhos do professor dr. Patrick Brown da Universidade de Amsterdam, com quem realizei meu doutorado sanduíche e sem os quais esta tese não seria a mesma.

À profa. dra. Ana Magnólia Mendes: seu apoio, generosidade, inteligência, irreverência e subversão me inspiram todos os dias, dentro e fora da academia. Obrigada pelas viagens e estadias nessa jornada - *we will always have Paris*. Palavras não são suficientes para expressar minha gratidão pelo nosso encontro.

Agradeço ao prof. dr. Patrick Brown pela generosidade e acolhimento. Por me aceitar e receber como pesquisadora visitante na Universidade de Amsterdam durante meu estágio no exterior. Sua generosidade, entusiasmo e admiração pela Teoria da Ação Comunicativa de Habermas mudou os rumos da minha pesquisa. Obrigada pela confiança.

Aos professores doutores Jean-Michel Vivès, João Batista Ferreira e Alexander Hochdorn que aceitaram gentilmente constituir a banca de defesa desta tese, contribuindo de forma imensurável para este trabalho.

Aos psicólogos e pacientes que participaram do Estudo III. Obrigada por compartilharem suas experiências de dor, de confiança e de transformação.

Ao meu analista por me proporcionar a chance de apreciar os diálogos ao longo dos anos. Nosso trabalho analítico me transformou (e transforma) de maneira que nenhuma outra relação poderia.

Agradeço ao PPG-PSTO - à prof. dra. Elaine Neiva pela coordenação do Programa e aos demais professores do programa pela recomendação para o doutorado sanduíche. Aos servidores Thiago e Onofre pela disponibilidade para me atender e facilitar os processos burocráticos durante o doutorado.

Agradeço também à FAP-DF e CAPES pelos apoios financeiros que me permitiram a realização deste doutorado no Brasil e no exterior. Ao Amsterdam Institute for Social Science Research pelo apoio institucional.

Agradeço aos professores que fizeram parte de minha trajetória acadêmica na Universidade de Brasília, especialmente às professoras e professores doutores Lucia Helena Pulino, Camila Costa Torres, Hartmut Gunther, Isolda Gunther, Ronaldo Pilati, Laércia Abreu Vasconcelos, Marcelo Tavares, Dyego Costa, Danielle Coenga, Emílio Peres Facas e a minha supervisora de estágio Thiele Costa Muller. Suas perspectivas singulares sobre as intersecções entre o psíquico e o social me desafiaram e me acalentaram ao longo do caminho.

A todas estagiárias(os), psicólogas, profissionais e pacientes com quem tive o prazer de trabalhar nesses anos de pesquisa e intervenção: Solange Silva, Maria Júlia Martinez, Augusto de Carolina Teixeira, Thomaz Augusto, Laura Novaes Andrade, Victor Vasconcelos, Neusa Maria de Souza e Tatiane Chianca.

Aos meus colegas de doutorado no Brasil (alguns deles agora doutores!) - Luiza Mariana Soares, dra. Grazielle Amaral, Arij Chabrawi, Giuliane Pimentel, dra. Kelma Soares, dr. Ronaldo Souza e dra. Juliana Seidl - pelo apoio, pelas trocas teóricas e metodológicas.

À profa. dra. Ana Lúcia Galinkin por ter me dado de presente seu livro sobre a cura no Vale do Amanhecer na defesa da minha dissertação - através dele descobri meu interesse pela Antropologia e Sociologia Médica.

Aos doutores que conheci em Amsterdam: dr. Choolwe Muzyamba, prof. dr. Erik Rietveld e prof. dr. Michael Eze - por dividirem suas trajetórias e *epistemic blueprints* comigo. Seus olhares interdisciplinares e a coragem de se movimentar me inspiraram em momentos cruciais.

Aos meus colegas de doutorado e vizinhos no exterior, Kali Carrigan e Richard Girling, que me ensinaram a navegar o campus e a vida social do imigrante acadêmico. Nossa curta convivência me marcou com ensinamentos anacrônicos - “leia só o começo e o final” (Girling, 2018) - e os admiro profundamente pelas trajetórias pessoais e acadêmicas.

Aos meus vizinhos pós-graduandos e companheiros de jantares multiculturais no Feniks e em Bickerseiland - Nithin, Lotta e Shulin - pela doçura e generosidade. Obrigada

por me fazerem sentir em casa e também no mundo todo ao mesmo tempo em qualquer apartamento.

À Carla Van der Zwan, Paul Enthoven e Mark Enthoven - por me acolherem em sua família e me proporcionarem tantos momentos preciosos.

À minha amiga brasileira em Amsterdam, Carmem Castellani, que trouxe um pouco de Brasil para minha vida holandesa e não me deixou esquecer a importância das raízes. Obrigada por dividir os perrengues, as saudades e as farofas.

Ao meu amigo Kevinho que me fez sentir em casa em Amsterdam com livros anarquistas, poesias modernas, trajetos de bicicleta e cafês. Sua inteligência, carisma e *work ethics* são incomparáveis. Ao Sam que me ajudou a ressignificar incertezas e vulnerabilidades com seu olhar antropológico, seu entusiasmo e gifs de animais. Ao Aleksy pelas maratonas de trabalho na biblioteca do Singel e por me motivar a sempre recomeçar. Obrigada por confiarem que eu terminaria esta tese quando eu duvidei.

A todas as minhas amigas e amigos brasileiros que me apoiaram de várias partes do mundo em momentos diferentes desse processo: minha amiga mais antiga, Gessica Mascêne, que nem os anos e nem a distância afastaram. Sua fé, otimismo, doçura, carinho e persistência me ensinam sempre. Ao Victor Corrêa e Silva, anfitrião em Munich e companheiro de viagem em Salzburg, por me lembrar da soberania da natureza, do tempo e do poder da espontaneidade - nunca se sabe se você vai acordar no mesmo país em que dormiu. À Marcelly Costa - artesã de pensamentos, palavras, linhas e queijos veganos, minha anfitriã em Edimburgo e primeira visita em Amsterdam - pela amizade profunda e ao mesmo tempo leve. À Janaina Chaikovsky - minha anfitriã em Chicago e em qualquer lugar do mundo - sua alma viajante, indiscutível humanidade e amorosidade me acompanharam em todas as viagens. Ao Eduardo Santos - companheiro de Atacama e Uyuni, meu anfitrião em Haia e São Paulo. Em Scheveningen, enquanto eu explicava meu projeto na areia, nasceu esta tese. Em São Paulo, me acompanhou ao consulado para emitir o visto de pesquisadora que sonhei por anos. Sua existência iluminada me inspira a ser uma pessoa melhor. Obrigada. Sem vocês, tudo seria mais difícil - ou menos engraçado.

À Marcella Albo, companheira inseparável de graduação, por ter compartilhado o interesse por Antropologia e o amor por viagens de mochila. Por ter me incentivado a realizar a disciplina Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, onde iniciei o trajeto acadêmico que culminou nesta tese.

Às minhas amigas Ana Paula Morais e Bruna Jalles Lima, profissionais que admiro e amigas amadas com quem tenho o prazer de partilhar a vida desde que começamos a graduação em Psicologia em 2007. Por irem até mim quando eu paralisava, por lembrarem de

mim quando eu esquecia, por me ensinarem a arte de cair e de levantar, a arte do impulso e da moderação, por entrarem e saírem dos “será?” comigo - “*eu não sei, tu acha?*”. Por me ensinarem, na prática, o poder da vulnerabilidade e as delícias das incertezas. As nossas diferenças me fazem superar a necessidade de espelhos.

Ao Tim, *echte schat*. Nossa convivência me ensinou o que eu precisava sobre confiança para escrever esta tese. Palavras não explicam a natureza processual e comunicativa da nossa relação de confiança e amor constituída em três idiomas e muitos *leaps of faith*.

E, principalmente, agradeço à minha família. Aos meus avós, tias e tios, primas e primos - nosso pouco convívio me ensinou muito sobre as realidades do Brasil. À minha avó Maria Valda Duarte que me ensinou a escutar as histórias que não podemos ler e a recontá-las até que a periferia se torne centro. Ao meu irmão, por pavimentar o caminho dos estudos com seu exemplo. À minha cunhada, por me proporcionar a alegria de ser tia da Maria Eduarda. Aos meus pais, que me ensinaram tudo o que era importante para aprender sobre todo o resto - a ler, a escrever, a observar, a ouvir, a (des)confiar e a amar. A dedicação, a persistência, a humildade, a disciplina, a ousadia e alegria de viver dos dois me inspira e acalenta todos os dias. Eu poderia escrever outra tese inteira para tentar explicar a minha gratidão - sua natureza, suas dimensões e seus impactos - mas prefiro demonstrá-la de outras formas.

Agradeço, enfim, a confiança de todos vocês que a memória não me permitiu citar. Perante os abismos, foi a confiança de vocês em mim que criou pontes - ou me deu a coragem de saltar - para o desconhecido. Eu sou porque vocês são.

Só quem é, sabe.

RESUMO

Esta tese apresenta uma proposta sobre as contribuições da Psicopatologia Clínica do Trabalho para as Psicologia do Trabalho, Organizacional e Clínica. Tem como objetivo geral caracterizar a psicoterapia de queixas de trabalho a partir de um modelo de (des)confiança de psicólogos. Para sustentar essa proposta, apresenta três estudos que investigam a relação entre adoecimento mental, formação e atuação em Psicologia no Distrito Federal, focando na confiança no contexto de psicoterapia de queixas de trabalho. O primeiro estudo "*Healthcare professionals' trust in patients: a review of the empirical and theoretical literatures*" consiste em revisão de literatura sobre a confiança de profissionais de saúde em pacientes com objetivo de identificar e comparar as contribuições da literatura para o tema. O segundo estudo "*Relações entre trabalho e adoecimento mental na formação em Psicologia*" consistiu em estudo documental sobre as relações entre trabalho e adoecimento mental na formação em Psicologia e analisou as proposições curriculares de cursos públicos e privados de graduação em Psicologia no Distrito Federal com objetivo de averiguar como a temática das relações entre trabalho e doença mental vem sendo contemplada nas propostas de curso de Psicologia. O terceiro estudo "*O trabalho da psicoterapia e a psicoterapia do trabalho: confiança de psicólogos clínicos no tratamento de queixas de trabalho*", também qualitativo e transversal, analisou o atendimento psicoterápico a queixas de trabalho a partir de entrevistas individuais semi-estruturadas com psicólogos e pacientes com o objetivo de caracterizar modelo de (des)confiança no trabalho clínico de psicólogos nesses casos, descrevendo antecedentes, níveis e consequências da confiança. O estudo III revelou as contribuições da Psicanálise, das Ciências Sociais em abordagens sociohistóricas e das experiências pessoais das psicólogas entrevistadas para atender de modo satisfatório pacientes com queixas de trabalho. Foram identificados diferentes níveis de confiança - autoconfiança, confiança psicólogo-paciente, (des)confiança no sistema - no contexto psicoterápico de queixas de trabalho. Os três estudos apontaram como antecedentes da (des)confiança o contexto das relações de trabalho, a comunicação nas relações psicólogo-paciente e os pressupostos epistêmicos da Psicologia para adoecimento mental relacionado ao trabalho - a regionalidade do campo saúde mental e trabalho, a escassez de discussões sobre aspectos psicopatológicos da relação trabalho-trabalhador, a preferência pelas abordagens que enfatizam saúde mental no trabalho. Assim, defende-se que a emergência de uma Psicopatologia Clínica do Trabalho, fundada em aspectos comunicativos e visão sociohistórica de fenômenos do trabalho, praticada com reflexividade por parte dos psicólogos clínicos, tem potencial para contribuir teórica e empiricamente para a Psicologia Clínica e a Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil. Futuros estudos devem ser feitos para comparar esses achados em outras regiões do país e em outras partes do mundo.

Palavras-chave: Trabalho; Confiança; Clínica; Psicopatologia; Psicologia.

ABSTRACT

This thesis presents a proposal on the contributions of Clinical Psychopathology of Work to Work, Organizational and Clinical Psychology. For this, its general objective is to characterize the psychotherapy of work complaints based on a model of psychologists' (dis)trust. To support this proposal, it presents three studies that investigate the relationship between mental illness, training and performance in Psychology in the Federal District, focusing on trust in the context of psychotherapy of work complaints. The first study "Healthcare professionals' trust in patients: a review of the empirical and theoretical literatures" introduces contributions of the theoretical and empirical literatures on healthcare professionals' trust in patients. The second study "Relations between work and mental illness in Psychology academic formation" consisted of an investigation on how relations between work and mental illness have been approached in Psychology courses proposals. This documental study analyzed the curricular proposals of public and private undergraduate courses in Psychology in the Federal District of Brazil. The third study "The work of psychotherapy and the psychotherapy of work: clinical psychologists' trust in the treatment of work complaints", also qualitative and transversal, analyzed individual psychotherapy to patients with work complaints. Based on semi-structured individual interviews with psychologists and patients, it aimed to characterize a trust model in the clinical work of psychologists in these cases, describing antecedents, levels and consequences of trust. Study III revealed the contributions of Psychoanalysis, Social Sciences in socio-historical approaches and personal experiences of psychologists to provide adequate care to patients with work complaints. Different levels of trust were identified - self-confidence, psychologist-patient trust, (dis)trust in systems - in the psychotherapeutic context of job complaints. The three studies pointed out as antecedents of (dis)trust: the broad context of work relations, communication in psychologist-patient relations and the epistemic assumptions of Psychology for work-related mental illness - the regionality of the mental health and work field, the scarcity of discussions about psychopathological aspects of the work-worker relationship, the preference for approaches that emphasize mental health at work. Thus, this thesis argues that the emergence of a Clinical Psychopathology of Work, founded on communicative aspects and socio-historical view of work phenomena, practiced with reflexivity by clinical psychologists, has potential to contribute theoretically and empirically to Clinical Psychology and Work and Organizational Psychology in Brazil. Future studies should be conducted to compare these findings within and outside of Brazil.

Keywords: Work; Trust; Clinical Psychology; Psychopathology; Psychology.

SUMÁRIO

Introdução.....	13
I. Confiança de profissionais de saúde em pacientes: uma revisão das literaturas teóricas e empíricas.....	20
II. Relações entre trabalho e adoecimento mental na formação em Psicologia.....	22
III. O trabalho da psicoterapia e a psicoterapia do trabalho: confiança de psicólogos clínicos em queixas de trabalho.....	42
IV. Contribuições teóricas e metodológicas da Psicopatologia Clínica do Trabalho para Psicologia.....	69
Referências.....	72

INTRODUÇÃO

*“Sou um técnico, mas tenho técnica só dentro da técnica.
Fora disso sou doido, com todo o direito a sê-lo.
Com todo o direito a sê-lo, ouviram?”*
Fernando Pessoa

Esta tese aborda o atendimento psicológico a trabalhadores com queixas de trabalho enfatizando a perspectiva de psicólogos clínicos no Brasil. Nos últimos anos, tem havido um aumento no afastamento de trabalhadores em função de Transtornos Mentais e Comportamentais e profissionais de saúde desempenham papel fundamental no diagnóstico da relação trabalho-doença mental. Porém, embora regulações trabalhistas do país reconheçam o trabalho como desencadeador ou agravante de Transtornos Mentais e Comportamentais, o debate teórico sobre aspectos psicopatológicos ou psicopatologizantes do trabalho ainda é permeado por dissensos e antagonismos teóricos e metodológicos entre as diversas disciplinas interessadas nas relações entre trabalho e saúde.

Pesquisadores tem demonstrado preocupação com a identificação do nexos trabalho-doença mental ao observar a formação e atuação de profissionais de saúde (Last, 1995; Jacques, 2007). De acordo com a literatura, o reconhecimento do nexos entre trabalho e adoecimento mental não é uma tarefa simples (Camargo & Neves, 2004). O tema, de um lado, evoca controvérsias entre profissionais de saúde (Parparelli, Sato & Oliveira, 2011) e coloca em xeque a formação voltada para a identificação dos processos de adoecimento mental. Estudos com médicos peritos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), um dos principais órgãos responsáveis no país pelo reconhecimento do nexos trabalho-doença e concessão de licenças-saúde, tem revelado falhas nos registros médico-periciais de transtornos mentais de segurados (Siano, Ribeiro & Ribeiro, 2010) assim como impactos negativos para os pacientes, que percebem suspeitas e desconfianças por parte dos médicos como obstáculos que alongam o itinerário até o diagnóstico e tratamento adequados (Siqueira & Couto, 2013).

Entre psicólogos, a atuação em saúde mental no trabalho tem sido associada geralmente à Psicologia Organizacional e do Trabalho (Fairman, 2012; Alves, 2015), porém estudos realizados com psicólogos organizacionais apontam para o despreparo dos

profissionais frente a problemas de saúde de trabalhadores em seus locais de trabalho (Heloani & Capitão, 2003; Ferreira, 2007; Pires, 2009; Zanelli, 2012; Coelho Lima, Bendassoli & Yamamoto, 2014; Matsumoto & Fairman, 2014; Ferreira & Maciel, 2015). Outro problema para a atuação é o comprometimento ético do psicólogo com a organização, considerado um obstáculo para a atuação voltada para a promoção de saúde dos trabalhadores (Heloani & Capitão, 2003). Saúde Mental e Saúde do Trabalhador tem se apresentado como campos distantes na Psicologia no Brasil, tanto na teoria quanto na prática, e são associadas à Psicologia Clínica e à Psicologia Organizacional e do Trabalho respectivamente. Dessa forma, nesta tese optou-se por focar em psicólogos clínicos em relação a pacientes que apresentam queixas de trabalho durante psicoterapia individual.

Atualmente no Brasil, a formação em Psicologia é proposta como generalista, mas autores tem argumentado que há um predominante “clanicismo” que influencia no despreparo para atuações voltadas para demandas emergentes em contextos sociais específicos, como é o caso do trabalho, por exemplo (Zanelli, 2012). Esse debate se centra, em certa medida, nas discussões sobre a preponderância do psíquico ou do social que perpassa diversas áreas da Psicologia no Brasil (Bastos & Gomes, 2012), assim como a constituição do currículo de Psicologia e o perfil do psicólogo brasileiro. Seria possível endereçar, na teoria e na prática, dimensões psíquicas e sociais ao mesmo tempo? Seria possível para uma área da Psicologia atuar em diferentes níveis - individuais, grupais e organizacionais?

Autores tem creditado ao “clanicismo” excessivo o enfoque individual na atuação de psicólogos assim como uma separação entre público e privado. Contudo, Mendes (2018) propõe em sua obra “Desejar, Falar e Trabalhar” interlocuções entre o psíquico e o social utilizando Psicanálise lacaniana, crítica social e reflexões sobre a História do trabalho no Brasil. Considerando a possibilidade de destinos políticos para o sofrimento psíquico, a autora estrutura uma Clínica Psicanalítica do Trabalho inaugurando uma abordagem singular que pode se situar na intersecção entre Psicologia Clínica e do Trabalho. Sua abordagem parte do pressuposto de que o trabalho é tão estruturante quanto a sexualidade, especialmente no seio do capitalismo. Porém, embora seus trabalhos anteriores sejam referência em Psicologia do Trabalho, abordagens como a sua que propõem tais diálogos ainda são marginais no país (Fairman, 2012; Alves, 2015).

A proposição de Mendes (2018) de que o trabalho é tão estruturante quanto a sexualidade para a Psicanálise, referencial bastante presente na formação de psicólogos

brasileiros (Neufeld & Carvalho, 2017; Neufeld et al., 2018; Cury et al., 2018), nos permite propor algumas questões de pesquisa: como psicólogos clínicos percebem as relações entre trabalho e adoecimento mental? São profissionais capacitados para identificar essas relações? E se sim, tratam as patologias emergentes da relação entre sujeito e trabalho no modelo capitalista de organização do trabalho? Como? Dessa forma, propomos um olhar para os atendimentos psicoterápicos individuais em que queixas de trabalho são apresentadas pelos pacientes. No caso desta tese, focamos na confiança dos psicólogos clínicos nesse processo.

O conceito de confiança tem sido abordado por diversas áreas do conhecimento como a Filosofia, Economia, Medicina e Psicologia, porém nesta tese adota-se a perspectiva sociológica para o estudo de confiança no contexto de atenção à saúde. A confiança é vista às vezes como *algo* que se *dá*, em outras como *dinâmica* triangulada entre níveis, atores e direcionalidade. Às vezes como escolha racional de um ator, em outras como afetivamente motivada. Entre conceitualizações distintas, alguns consensos: ela é estruturante das sociedades, permitindo o estabelecimento de relações em contextos de incertezas, vulnerabilidades e riscos (Mollering, 2006). Dessa forma, é importante para compreender o estabelecimento de relações de cuidado à saúde, o engajamento dos pacientes assim como sua satisfação com os serviços prestados (Calnan & Rowe, 2008; Pilgrim et. al, 2011; Brown & Calnan, 2012).

Parte significativa da literatura nesse contexto utiliza o conceito para analisar relações médico-paciente ou paciente-instituições, priorizando a confiança por parte do paciente e negligenciando o estudo da confiança de profissionais de saúde (Rogers, 2002; Calnan & Rowe, 2008; Wilk & Platt, 2016). As pesquisas empíricas disponíveis sobre o tema são limitadas e geralmente focadas em médicos (Douglass & Calnan, 2016) em países anglófonos do Norte Global (Calnan & Rowe, 2008; Thom et al., 2011). Em termos teóricos, as pesquisas também são limitadas (Rogers, 2002; Pilgrim et al., 2011), e em “*Trust Matters for Doctors? Towards an Agenda for Research*” (Douglass & Calnan, 2016), argumenta-se que a confiança de profissionais de saúde também é relevante, uma vez que profissionais de saúde são tanto aqueles que confiam – *trusters* - quanto aqueles que são confiados – *trustees* (Brown & Calnan, 2016).

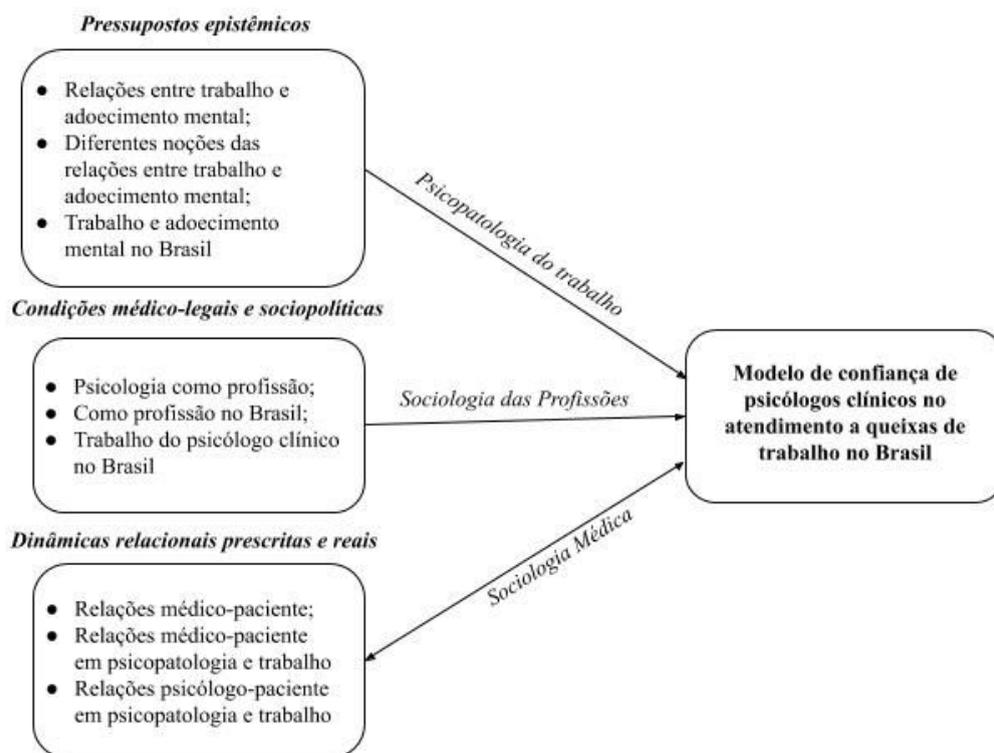
O referencial conceitual proposto por Douglass & Calnan (2016) supõe as relações de confiança de médicos como um entrelaçado de várias entidades em diferentes níveis: autoconfiança, confiança em pacientes, confiança no local de trabalho e confiança no sistema.

Os autores sugerem ainda pensar na confiança dos médicos como parte de correntes de confiança (*chains of trust*) conforme em estudos empíricos anteriores (Gilson *et al.* 2015; Brown & Calnan, 2016). Nesse sentido, o trabalho de Douglass e Calnan (2016) apresenta proposição de um referencial conceitual preliminar para o estudo da confiança de médicos focando na relação entre atuação e identidade profissionais e confiança, assim como no papel da confiança no manejo das incertezas advindas da complexidade da prática médica contemporânea.

Ressalta-se aqui, novamente, que as pesquisas focam na confiança de *médicos* no Norte Global, sendo o estudo de confiança de psicólogos no Brasil um estudo inédito que demanda reflexões sobre o profissionalismo, especificidades epistêmicas da Psicologia, especificidades regulatórias da profissão de psicólogo e características das relações de trabalho no Brasil. Resumindo, devemos considerar que as formações e exercícios da Psicologia enquanto profissão são especificidades a serem examinadas detalhadamente quando se propõe o estudo da confiança de psicólogos clínicos. Destaca-se aqui além das peculiaridades regionais que designam as relações de trabalho, o entendimento legal e teórico de relações entre trabalho e doença e a regulação de Psicologia enquanto prática profissional no Brasil como fatores a serem considerados.

Em linhas gerais, propõe-se nesta tese um modelo de confiança de psicólogos clínicos no atendimento a queixas de trabalho no Brasil. O termo “modelo de confiança” é referido em pesquisa realizada por Ward *et al.* (2015) onde investigou-se a natureza e as razões (“*nature and reasoning*”, p. 1) da (des)confiança de pacientes usuários de sistema público e privado de saúde na Austrália. Dessa forma, pode-se dizer que um modelo de confiança pressupõe antecedentes de diversos tipos assim como a expressão da confiança na relação. O diagrama a seguir ilustra a proposta teórica para a construção desta tese listando tópicos relevantes a serem estudados assim como disciplinas a eles associadas:

Figura 1: Proposta de referenciais teóricos para construção da tese



Fonte: Elaborada pela autora

Nesse sentido, o objetivo geral desta tese é investigar a atuação profissional de psicólogos clínicos em psicoterapia individual de queixas de trabalho através de um modelo de confiança. São objetivos específicos desta tese:

- I. Identificar a abordagem às relações entre trabalho e adoecimento mental durante a graduação em Psicologia;
- II. Caracterizar a percepção de psicólogos sobre trabalho e adoecimento mental;
- III. Identificar as percepções de psicólogos e pacientes com queixas de trabalho sobre a atuação de psicólogos clínicos em psicoterapia individual; e
- IV. Descrever modelo de confiança na atuação de psicólogos clínicos na psicoterapia individual de queixas de trabalho.

Ou seja, esta tese contém descrições da abordagem às relações entre trabalho e adoecimento mental na Psicologia como ciência e como formação assim como do trabalho clínico de psicólogos em casos de queixas de trabalho a partir das perspectivas dos psicoterapeutas e dos pacientes. Do ponto de vista estrutural esta tese é apresentada por meio

de três estudos independentes mas complementares que atendem a diferentes objetivos específicos desta tese ao articular os eixos teóricos e empíricos essenciais para responder às questões de pesquisa. Assim, além desta introdução geral sobre o objeto a ser investigado, os três estudos serão apresentados separadamente.

O primeiro é apresentado em resumo estendido. O segundo e o terceiro estudos são apresentados em formato de artigo científico e contém introdução, método, resultados, discussão e conclusão próprios. Ao final, apresenta-se a conclusão da tese em que os achados dos três estudos são analisados de forma compreensiva para delinear as contribuições deste estudo para a proposta de uma Psicopatologia Clínica do Trabalho enquanto teoria e prática. Vale ainda destacar que os estudos que compõem esta tese receberão contribuições de co-autores posteriormente à defesa de tese e serão submetidos a periódicos científicos para publicação, sendo este documento de tese um ponto de partida para inauguração de uma linha de pesquisa e agenda para futuros estudos.

O primeiro estudo “**Healthcare professionals’ trust in patients: a review of the empirical and theoretical literatures**”, é apresentado resumidamente em português em razão de já ter sido encaminhado para publicação em coautoria com os orientadores brasileiro e estrangeiro. O estudo foi escrito em língua inglesa e submetido à revista *Sociology Compass* em dezembro de 2019. O estudo apresenta revisão de literatura sobre a confiança de profissionais de saúde em pacientes com objetivo de identificar contribuições de estudos teóricos e empíricos sobre o tema.

O segundo estudo “**Relações entre trabalho e adoecimento mental na formação em Psicologia**” consistiu em estudo documental sobre as relações entre trabalho e adoecimento mental na formação em Psicologia e analisou as proposições curriculares de cursos públicos e privados de graduação em Psicologia no Distrito Federal com objetivo de averiguar como a temática das relações entre trabalho e adoecimento mental vem sendo contemplada nas propostas de curso de Psicologia.

O terceiro estudo “**O trabalho da psicoterapia e a psicoterapia do trabalho: confiança de psicólogos clínicos no tratamento de queixas de trabalho**”, também qualitativo e transversal, analisou o atendimento psicoterápico individual a queixas de trabalho a partir de entrevistas individuais com psicólogos e pacientes com o objetivo de caracterizar o modelo de confiança no trabalho clínico de psicólogos nesses casos, descrevendo antecedentes, níveis e consequências da confiança.

Como mencionado anteriormente, pesquisas sobre confiança por parte de psicólogos não foram identificadas, assim como sobre o trabalho clínico individual com pacientes com queixas de trabalho a partir da perspectiva de ambas partes. Considerando essas lacunas teóricas e empíricas, espera-se que os três estudos apresentados contribuam para os estudos: 1) em confiança; 2) da prática profissional em Psicologia Clínica; e 3) das relações entre trabalho e do adoecimento mental na Psicologia Organizacional e do Trabalho. Assim, esta tese se destina a psicólogos, futuros psicólogos e estudiosos de confiança em contextos de atenção à saúde e das relações trabalho-saúde/doença mental. Espera-se que sua leitura possa esclarecer aspectos da relação psicoterápica em questões relacionadas ao trabalho e também fomentar debates interdisciplinares.

I. CONFIANÇA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PACIENTES: UMA REVISÃO DAS LITERATURAS EMPÍRICA E TEÓRICA

“Candour ends paranoia.”

Allen Ginsberg

Aqui se apresenta o resumo do primeiro estudo “Healthcare professionals’ trust in patients: a review of the empirical and theoretical literatures” (Duarte, Brown & Mendes, s.d.) em português, uma vez que foi encaminhado para publicação em coautoria com os orientadores brasileiro e estrangeiro. Contribuições mais detalhadas deste estudo para a tese poderão ser encontradas no terceiro estudo “O trabalho da psicoterapia e a psicoterapia do trabalho: confiança de psicólogos clínicos no tratamento de queixas de trabalho” e serão sempre identificadas pela referência “Duarte, Brown & Mendes (s.d.)”. Este primeiro estudo apresenta revisão de literatura sobre a confiança de profissionais de saúde em pacientes com objetivo de identificar contribuições de estudos teóricos e empíricos sobre o tema.

Confiança é um processo relevante para que relacionamentos positivos entre profissionais de saúde e pacientes sejam estabelecidos, assim como para a qualidade do cuidado à saúde e seus resultados. Enquanto muitos estudos enfatizam a natureza mútua e a reciprocidade da confiança, a tendência é que os estudos se embasem na perspectiva de pacientes, considerando os profissionais apenas como aqueles que recebem confiança. O estudo objetivou identificar e comparar contribuições teóricas e empíricas a partir de uma revisão de literatura para propor uma agenda de pesquisa.

Foram identificados 31 estudos teóricos e empíricos em inglês publicados em periódicos internacionais após revisão cega de pares. Buscas em outros idiomas - português, espanhol, francês - foram realizadas sem resultados conclusivos. Os artigos incluídos na análise tratavam de confiança de profissionais de saúde em pacientes de forma primária ou secundária. Apesar de os artigos selecionados serem frutos de pesquisas realizadas em vários países, a maioria deles proveio dos Estados Unidos ou do Reino Unido e investigou a confiança de médicos em pacientes com dor crônica sujeitos ao tratamento medicamentoso com opióides.

O estudo identificou três características da confiança de profissionais de saúde em pacientes: “pré-confiança” - incertezas e vulnerabilidades contextuais; (des)confiança e suas

dinâmicas conflituais; e “confiança post-hoc” - desdobramentos de dinâmicas relacionais que modelam vulnerabilidades e incertezas. Incertezas e vulnerabilidades nesse contexto podem ser compreendidas a partir de entendimentos de sistema e mundos da vida - *lifeworlds*. O estudo concluiu que a confiança de profissionais de saúde ainda é negligenciada nos estudos empíricos sobre confiança, embora os estudos teóricos tenham enfatizado a importância de considerar profissionais de saúde também como aqueles que confiam.

Propõe-se que no futuro estudos teóricos reflitam a conceitualização da confiança dos profissionais de saúde e que estudos empíricos, além de se debruçarem sobre a confiança dos profissionais de saúde, também considerem incertezas e vulnerabilidades que emergem da prática profissional de cuidados à saúde. Também propõe-se que a confiança em sistemas é fundamental para compreender não só a confiança de pacientes em profissionais de saúde, mas também a de profissionais de saúde em pacientes uma vez que os sistemas abstratos nos quais os pacientes estão inseridos - legais, profissionais, organizacionais e éticos - também explicam como as incertezas e vulnerabilidades da prática médica se desenvolvem no trabalho cotidiano.

II. RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

*“Nunca a Psicologia poderá dizer a verdade
sobre a loucura, já que é esta que detém a
verdade da Psicologia.”*

Michel Foucault

Embora psicólogos sejam reconhecidos como profissionais habilitados para desenvolver atividades na área da saúde e do trabalho (Brasil, 2010), a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) enquanto área de estudo no Brasil tem sido caracterizada por uma abordagem multidisciplinar (Parparelli, Sato & Oliveira, 2011). Porém o saber sobre adoecimento mental relacionado ao trabalho tem sido atribuído a médicos (Spink, 2009). A participação da Psicologia em termos teóricos na Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Brasil, que se intensificou no fim dos anos 80, pode ser dividida em três abordagens: as associadas a teorias do stress, as sócio-históricas e as psicanalíticas (Seligmann-Silva, Bernardo, Maeno & Kato, 2010). É importante notar, entretanto, que essas abordagens não tem sido utilizadas exclusivamente por psicólogos e pesquisadores em Psicologia, e muitos médicos e outros profissionais de saúde estão envolvidos nas discussões sobre Saúde Mental Relacionada ao Trabalho. Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de investigar a abordagem às relações entre trabalho e doença mental na graduação em Psicologia.

Dentro da Psicologia, o estudo e as intervenções em saúde mental tem sido associados à Psicologia Clínica enquanto questões de saúde mental relacionadas ao trabalho tem sido abordadas majoritariamente pela Psicologia do Trabalho e das Organizações. Dos estudos sobre atuação do psicólogo em organizações, diversos tem revelado dificuldades para o exercício profissional nesse campo e debatem a influência da formação na atuação do psicólogo (Heloani & Capitão, 2003; Ferreira, 2007; Pires, 2009; Zanelli, 2012; Coelho Lima, Bendassoli & Yamamoto, 2014; Matsumoto & Fairman, 2014; Ferreira & Maciel, 2015). Sem ser considerado prioridade da Psicologia Organizacional, da Psicologia do Trabalho ou da Psicologia Clínica, o adoecimento mental relacionado ao trabalho permanece em um limbo para a Psicologia e seus profissionais (Matsumoto & Fairman, 2014; Keppler & Yamamoto, 2016). A culpabilização do sujeito, a preferência pela discussão ou de aspectos psíquicos ou sociais para explicar o adoecimento mental de trabalhadores e as intervenções de

caráter paliativo continuam característica da maioria das abordagens de saúde mental relacionada ao trabalho da Psicologia (Fairman, 2012).

Estudos sobre a formação do psicólogo também revelam insatisfações com relação ao modelo atual de formação, considerado o foco clínico na formação como limitante para a atuação do psicólogo fora dos consultórios e frente às demandas atuais do contexto brasileiro (Yamamoto & Cunha, 1998; Japur & Guanaes, 1999; Aguirre et al., 2000; Bettoi & Simão, 2002; Carneiro, 2006; Pires, 2008; Lisboa & Barbosa, 2009; CFP, 2012). Essas demandas são caracterizadas pelo estabelecimento da saúde como direito social na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que ampliou as possibilidades de atuação profissional de psicólogos a partir dos anos 90. De certa forma, a emergência de novas demandas impactou na discussão de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Psicologia, regulação que instituiu a base para todos os cursos de Psicologia no Brasil em 2004 (Brasil, 2004). Essa discussão também refletiu insatisfações de outros atores envolvidos na formação em Psicologia, e reiterou críticas à fragmentação teórica da Psicologia, assim como recomendações para uma formação generalista. No entanto, as discussões sobre formação são constantes e em 2019 uma nova versão estava prestes a ser instituída.

Neste estudo, consideramos a educação em Psicologia como elo entre a teoria e a prática, de forma que a investigação da formação, em seus aspectos prescritos, pode esclarecer tanto aspectos teóricos da Psicologia quanto do exercício profissional do psicólogo brasileiro em relação ao adoecimento mental do trabalhador. Nas sub-seções seguintes apresentamos o adoecimento mental relacionado ao trabalho enquanto objeto de estudo, abordagens teóricas da Psicologia brasileira ao tema e aspectos históricos da formação do psicólogo no Brasil. Descrevemos então o método para realização de análise documental de Planos Pedagógicos de Cursos de Psicologia e procedemos com a descrição dos resultados e discussão dos aspectos relevantes para a compreensão da abordagem às questões do adoecimento mental do trabalhador durante a formação de psicólogos brasileiros.

Relações entre trabalho e adoecimento mental no Brasil

Os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) tem sido a terceira causa de afastamento do trabalho desde os anos 80 no Brasil (Brasil, 2007). A determinação da relação

desse tipo de doença com o trabalho, no entanto, permanece um desafio desde então. A legislação concernente a essa relação e suas implicações para a vida dos trabalhadores, para as empresas e para o Estado no Brasil partem do pressuposto do reconhecimento das relações entre trabalho e doença. Dessa forma, ainda que diante de impasses ontológicos, epistemológicos e técnicos, há uma demanda legal de reconhecimento das relações entre trabalho e doença que é imposta pelo Estado brasileiro para trabalhadores, empresários e profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico dessa condição (Jacques, 2007).

No Brasil, a condição legal para o reconhecimento das relações entre doença e trabalho é resultado de uma construção sociopolítica dos Transtornos Mentais e Comportamentais como relacionados ao trabalho. Tal construção ocorreu a partir de condições favoráveis ao debate entre academia, entidades sindicais, empresas e Estado. Entre essas condições estão a redemocratização do país, a Reforma Sanitária que culminou na proposta do Sistema Único de Saúde e da inclusão do debate sobre saúde do trabalhador e a crescente precarização das condições e organização do trabalho assalariado a partir da inserção de novas tecnologias nos anos 80 (Alves, 2015). Sob essa perspectiva, em consonância com a concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais e comportamentais são vistos como doenças comuns em que o trabalho amplia sua etiologia ou a complexifica. Ou seja, o trabalho soma-se ou multiplica-se junto aos fatores desencadeadores dos quadros nosológicos para a ocorrência e agravamento (Brasil, 2001).

Contudo, ao mesmo tempo em que “rupturas políticas, epistemológicas e éticas” (Alves, 2015) por parte de diversos atores tenham permitido a construção sociopolítica das relações entre TMC e trabalho, essa nova compreensão do papel do trabalho na etiologia de quadros sintomáticos nos remete a antigas tensões epistemológicas da doença mental, do trabalho e da relação entre esses dois fenômenos de trajetórias singulares e entrelaçadas no curso da História. As visões a respeito dos dois temas são dinâmicas, mas se constroem em torno de vivências de normalidade e desvio, de pertencimento e de exclusão. O grande paradoxo da doença (Augé, 1984) é também um grande paradoxo do trabalho: “tanto a mais individual quanto a mais social das experiências” e entender a história da loucura é também entender a história do proletariado (Foucault, 1979).

Psicologia e adoecimento mental relacionado ao trabalho

Frente à evidente hegemonia do modelo médico, a fragmentação da Psicologia e a escassez de modelos da Psicologia para investigação das relações entre trabalho e adoecimento mental, tornou-se difícil a construção de um discurso próprio e independente da Psicologia em relação às concepções biomédicas do processo de saúde/doença (Spink, 2009). Assim, a relação da Psicologia enquanto ciência com os estudos sobre as relações entre trabalho e adoecimento mental se constituíram como campo dinâmico de disputas, discursos e práticas (Parparelli, Sato & Oliveira, 2011). Em termos mais gerais, as três linhas que se projetam na Psicologia para compreender as relações entre saúde e trabalho se situam na Psicologia Industrial, na Psicologia Organizacional e na Psicologia do Trabalho (Alves, 2015). Embora alguns autores e instituições – como o Conselho Federal de Psicologia – considerem as Psicologia Organizacional e do Trabalho como uma única abordagem, neste tese considera-se fundamental tratá-las como duas áreas diferentes marcadas pela distinção de paradigmas para tratar a questão da saúde e do adoecimento mental no trabalho.

A participação da Psicologia no campo da saúde do trabalhador no Brasil se evidenciou entre as décadas de 80 e 90. Frente à epidemia de LER/DORT nessas décadas, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional mantiveram seus focos em fatores químicos, físicos e biológicos do trabalho (Seligmann-Silva et al., 2010). A Psicologia Organizacional ocupou-se de aspectos intrassubjetivos ou intersubjetivos, negligenciando aspectos sociais, econômicos e organizacionais e suas consequências para a saúde do trabalhador. A Psicologia do Trabalho, ainda que em distintas abordagens teóricas, considerou o trabalhador como parte importante para a construção do conhecimento sobre a relação ser humano-trabalho. Destacando-se da Psicologia Organizacional em termos de objeto de estudo e referenciais teóricos, a Psicologia do Trabalho tem se voltado para a saúde mental do trabalhador empiricamente (Oliveira, Silva & Sticca, 2018). Entre as abordagens que se destacam no país estão a Psicodinâmica do Trabalho, Clínica da Atividade, Psicossociologia e Ergologia - assim como os modelos que adotam o conceito de desgaste mental, estresse, as abordagens de base epidemiológicas e os estudos em subjetividade e trabalho (Alves, 2015).

Dessas, a mais utilizada no país tem sido a Psicodinâmica do Trabalho. Porém, embora seja a abordagem mais presente no Brasil em termos de saúde e trabalho (Fairman,

2012) ainda pode ser considerada marginal. A Psicodinâmica do Trabalho enquanto abordagem teórica-metodológica advinda da França, e desenvolvida por Christophe Dejours, teve grande projeção no Brasil na década de 90 e nos anos 2000. No Brasil, seu expoente é Mendes (2007) com seus estudos com diversas categorias profissionais no Brasil, além do desenvolvimento de um método de clínica do trabalho (Mendes & Araújo, 2011; Fairman, 2012; Deusdedit Junior, 2014; Alves, 2015). Entretanto, embora alguns estudos de Mendes e colegas tenham abordado as relações entre trabalho e adoecimento, a Psicodinâmica do Trabalho na tradição dejouriana foca na normalidade em detrimento do adoecimento (Merlo e Mendes, 2009; Alves, 2015).

Relações entre trabalho e adoecimento mental e a formação de psicólogos no Brasil

Em geral, os estudos sobre formação em Psicologia tem se debruçado sobre a formação em Psicologia Escolar, da Saúde e do psicólogo para atuar em Saúde Pública (Velden & Leite, 2013; Ferreira Neto & Penna, 2006; Leite, Silva, Mennocchi & Capellini, 2011; Ribeiro & Luzio, 2008) e descrevem dilemas profissionais de psicólogos formados frente à atuação nesses campos. Os estudos focados em saúde pública na formação do psicólogo, por exemplo, retomam as tensões teóricas entre psíquico e social como obstáculos para repensar o papel da Psicologia e do psicólogo no país (Coelho Lima, Bendassoli & Yamamoto, 2014). Ou seja, mesmo com as propostas de atenção à saúde do trabalhador como política pública (Keppler & Yamamoto, 2016) e a ênfase dada ao psicólogo como profissional capaz de promover saúde (Brasil, 2004), nesse sentido a formação em Psicologia tem apresentado deficiências que são fonte de insatisfação para pesquisadores, estudantes, profissionais.

Apesar da ausência de estudos específicos sobre a abordagem das relações entre trabalho e doença mental na graduação de Psicologia, estudos indicam que a questão da saúde do trabalhador permanece um enigma para a maioria dos psicólogos (Keppler & Yamamoto, 2016). Os psicólogos que buscam alternativas à realidade do status quo pela atuação em serviços de saúde pública ou multidisciplinar continuam se sentindo despreparados para atuar nessas realidades (CFP, 2012). No caso da atuação em saúde do trabalhador, algumas características da formação são creditadas para o despreparo dos profissionais conforme descrito por psicólogos atuando em organizações: a falta de cursos específicos sobre

Psicologia do Trabalho e relações Trabalho-Saúde durante os anos de graduação, as horas limitadas de cursos oferecidos e a fragmentação da Psicologia em subáreas (Coelho Lima, Bendassoli & Yamamoto, 2014). Coelho Lima, Bendassoli e Yamamoto (2014) também afirmam que a performance dos psicólogos frente a questões de saúde mental e trabalho são prejudicadas pelo o que os autores consideram falhas na estrutura curricular dos cursos universitários em Psicologia.

Zanelli (2012) credita as dificuldades em identificar relações entre trabalho e saúde mental ao “clanicismo” dos cursos de graduação, reconhecidos pelo foco no ensino de abordagens em Psicologia Clínica e suas linhas mais convencionais. Estudo com psicólogos clínicos (Souza, 2007) constatou prática profissional embasada em concepções biomédicas de saúde e doença, com tendências à visões individualizantes de demandas. No entanto, os mesmo profissionais apresentaram críticas à hegemonia do modelo médico, o que pode ser reflexo das tensões epistemológicas dentro da própria Psicologia Clínica, que no Brasil é marcada pelos debates entre a tese psiquiatrizante e a antítese antipsiquiatrizante (Schneider, 2009). Se por um lado há evidências de uma lacuna na Psicologia Clínica como teoria e prática para compreender o adoecimento mental em relação ao trabalho, estudos com psicólogos organizacionais relatam a precariedade da formação profissional e seus impactos na inserção no mercado de trabalho (Pires, 2009). Os psicólogos organizacionais na pesquisa de Pires (2009) apontaram como pontos negativos: a fragmentação teórica e metodológica da Psicologia enquanto ciência, a distância entre teoria e prática na formação assim como o antagonismo entre psíquico e social.

Em suma, a formação em Psicologia no Brasil está longe de ser considerada uma formação satisfatória para o atendimento das necessidades da população brasileira (Aguirre et al., 2000; Carneiro, 2006; Bettoi & Simão, 2002; Lisboa & Barbosa, 2009) e é também causa de insatisfação entre estudantes e psicólogos formados (Pires, 2009). Defasagens teórica, técnica e ético-política na formação de psicólogos também são reconhecidas pelo próprio Conselho Federal de Psicologia, que defende atuação profissional mais crítica e “politicamente engajada” (CFP, 2012). Nesse sentido, considerando que o currículo representa dimensões políticas pré-estabelecidas ao qual o próprio currículo busca sustentar na formação de psicólogos pelo estabelecimento de conteúdos obrigatórios (CFP, 2012;

Oliveira & Destro, 2005) que designam relações hegemônicas com expectativas sobre o perfil do futuro psicólogo e seus objetivos, a investigação da formação por meio da análise dos currículos permite acesso a projetos ético-políticos gerais e específicos – ou a falta deles – que fundamentam a formação de profissionais de uma área.

MÉTODO

Este estudo consistiu em análise documental de Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), Matriz Curricular (MC) e Ementas de Disciplinas (ED) de cursos de Psicologia do Distrito Federal. Para poder atuar como psicólogo no Brasil é necessário portar diploma de nível superior em cursos autorizados e reconhecidos pelo Ministério da Educação e Ciência do Brasil (MEC). Um curso de graduação só pode ser ofertado por Instituição de Educação Superior (IES) credenciada junto ao MEC como faculdade, centro universitário ou universidade. Com exceção de centros universitários e universidades, uma IES depende da autorização do MEC para iniciar um curso. Porém, para todos os tipos de IES, o reconhecimento do curso, também realizado como ato autorizativo pelo MEC, é necessário como “condição necessária à validade nacional dos diplomas” (Brasil, 2017). O reconhecimento do curso se dá por análise documental e avaliação *in loco* e deve ser periodicamente renovado. No caso dos cursos de Psicologia, tanto o processo de autorização como o de reconhecimento estão sujeitos a interferências do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Considerando esse contexto, caracterizamos a amostra e descrevemos os procedimentos de coleta e análise de dados a seguir.

Cursos de Psicologia no Distrito Federal

No ano da coleta dos dados deste estudo (2018), haviam 11 cursos de Psicologia autorizados e seis autorizados e reconhecidos pelo MEC no Distrito Federal. Os cursos começaram a ser autorizados em 1963 e o mais recente foi autorizado em 2017. Com relação ao reconhecimento, as graduações começaram a ser reconhecidas em 1974. O último reconhecimento de curso aconteceu em 2016. Neste trabalho, optamos por incluir apenas cursos autorizados e reconhecidos pelo MEC para coleta de dados. O número de vagas anuais oferecidas por esses variaram entre 48 e 500, com média de 320 vagas. Os conceitos do

Enade - Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - variaram entre 3 e 5 (nota máxima). Apenas um dos cursos atingiu nota máxima. Desses cursos, foram acessados PPC de três cursos e matrizes curriculares e ementas de quatro cursos. Agrupamos, a partir de agora, os dados referentes a cada curso como IES1, IES2, IES3 e IES4. A tabela a seguir indica a disponibilidade de documentos de cada uma das IES.

Tabela 1: Documentos disponibilizados pelas IES

IES	PPC	MC	ED
IES 1	•	•	•
IES 2	•	•	•
IES 3	•	•	•
IES 4		•	•

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme ilustrado, os cursos IES1, IES2 e IES3 disponibilizaram PPC, matrizes e ementas. Para IES4, apenas matrizes e ementas foram consultados. A seção a seguir detalha como foi realizado o acesso a esses documentos.

Procedimentos

Para selecionar os cursos de Psicologia que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, foi consultado o Portal e-MEC (<http://emec.mec.gov.br>) para verificar os cursos autorizados e reconhecidos. Após a identificação, foi realizada busca online dos PPC, MC e ED. Nessa primeira busca, dois PPC (IES1, IES2) e três MC e ED (IES, IES e IES4) estavam disponíveis ao público. Posteriormente, entramos em contato com a Coordenação dos cursos de Psicologia de mais três instituições, recebendo retorno de apenas uma (IES3) que providenciou o acesso ao PPP, MC e ED após autorização da pró-Reitoria da IES e acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido. Ao todo, compilaram-se três PPC integrais, quatro MC com fluxo de disciplinas e quatro listas de ED.

Análise

Conforme em Silva e Yamamoto (2013), o PPC foi classificado em três blocos no que concerne relações entre trabalho e adoecimento mental na formação em Psicologia: 1) fundamentos teóricos, filosóficos e pedagógicos, analisados a partir do perfil do egresso, do processo formativo, das competências e habilidades; 2) ênfases curriculares e disciplinas – quais ênfases estão presentes no curso e quais disciplinas; e 3) prática profissional a partir da determinação de estágios básicos e específicos. Para realizar a classificação, primeiro realizou-se a leitura integral dos PPC disponíveis. Em seguida, definiu-se descritores a partir da literatura na área para identificar, ao longo do texto, temas vinculados às relações entre trabalho e adoecimento mental - trabalho, trabalhador, psicopatologia do trabalho, bem estar no trabalho, qualidade de vida no trabalho, saúde mental do trabalhador, saúde mental no trabalho, doença profissional e doença ocupacional.

Pela marcação dos descritores nos três blocos do texto, essa etapa sintetizou cada bloco caracterizando a abordagem das relações trabalho-adoecimento mental desde os fundamentos do curso até a prática profissional. Em termos de disciplinas, foram incluídas, como resultado desse processo, 28 disciplinas de quatro IES que apresentaram descritores relacionados ao tema investigado na MC, na ED ou em ambas. Após leitura das ementas, foram excluídas da análise disciplinas que não abordaram o tema investigado, restando seis disciplinas e dois estágios de quatro IES. Foram então identificadas características das disciplinas como posição no fluxo de formação, obrigatoriedade e se faziam parte do núcleo central ou de ênfase específica. Os dados foram agrupados por instituição (IES) para possibilitar comparações.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três eixos pré-determinados para a análise de currículos: 1) Fundamentos teóricos, filosóficos e pedagógicos; 2) Ênfases curriculares e disciplinas; e 3) Prática profissional. Cada um desses tópicos se divide nos seguintes subtópicos: 1.1) Perfil do egresso; 1.2) Processo formativo; 1.3) Competências e habilidades; 2.1) Ênfases curriculares; 2.2.) Disciplinas; 3.1) Estágios básicos; e 3.2.) Estágios supervisionados específicos. No primeiro tópico, a análise foi realizada a partir dos PPC e,

dessa forma, três instituições são citadas ao invés de quatro. A tabela seguinte indica a tópicos que continham um ou mais dos descritores determinados para análise.

Tabela 2: Presença de descritores por IES

<i>IES</i>	Fundamentos teóricos, filosóficos e pedagógicos			Ênfases curriculares e disciplinas		Prática Profissional	
	<i>Perfil do egresso</i>	<i>Processo formativo</i>	<i>Competências e habilidades</i>	<i>Ênfases curriculares</i>	<i>Disciplinas</i>	<i>Estágios Básicos</i>	<i>Estágios Supervisionados</i>
IES 1					•		
IES 2		•		•	•		•
IES 3		•		•	•		
IES 4					•		

Fonte: Elaborada pela autora

1. Fundamentos teóricos, filosóficos e pedagógicos e o adoecimento mental do trabalhador

Neste eixo, descritores associados às relações entre trabalho e adoecimento mental foram identificados em apenas uma IES, no tópico Processo Formativo. A seguir, descrevemos características gerais, semelhanças e particularidades do perfil do egresso, do processo formativo, das competências e habilidades identificados nas IES.

1.1. Perfil do egresso

Menções às relações entre trabalho e adoecimento (ou saúde) mental não foram identificados no perfil do egresso de nenhuma das instituições. O perfil do egresso das instituições pesquisadas foi composto pelo ideário do profissional polivalente, capaz de atuar com populações diferentes em contextos diversos a partir de conhecimentos

teóricos-metodológicos adquiridos na graduação, sem especificação de abordagens teóricas ou contextos. O egresso também foi descrito em duas das IES como “profissional empreendedor”, “humanizado” (IES3), dotado de “responsabilidade social” (IES2), “compromisso humanista”, “valores humanos”, “valores cristãos” (IES3) e “sensibilidade” (IES2 e 3). Os perfis do egresso nas IES1, 2 e 3 também descreveram um psicólogo com um olhar crítico aliado à uma postura ética na aplicação de conhecimentos teórico-metodológicos para questões sociais, econômicas, culturais e políticas do país, considerando o fenômeno psicológico como biopsicossocial.

Enquanto as IES 2 e 3 destacaram a dimensão técnica como parte importante do perfil do egresso, a IES 1 focou na capacidade de reflexão a partir do conhecimento científico a despeito da técnica, e enfatizou o psicólogo com capacidades para também ser pesquisador. Os futuros psicólogos foram descritos também como promotores de saúde e qualidade de vida em níveis variados: individual, grupal, organizacional e comunitário. Apesar de um núcleo comum no perfil do egresso, a IES1 focou em competências e habilidades em detrimento da definição um perfil específico. A formação científica foi valorizada como base para a atuação do psicólogo e sua visão crítica foi creditada à reflexão associada à ética. A capacidade de articulação com diferentes áreas do conhecimento também foi vista como característica do egresso dessa instituição, assim como a compreensão das relações entre fenômenos sociais e biológicos.

1.2. Processo formativo

Nesse tópico, as instituições apresentaram bases e objetivos do processo formativo, além de suas características. Tanto IES2 quanto IES3 fizeram menções à saúde do trabalhador em seu processo formativo. No caso da IES3, ao especificar seus eixos de formação, citou a saúde do trabalhador como parte dos estudos com campos afins do conhecimento que deviam compor a formação do psicólogo. A IES2 especificou que seu processo formativo se baseava no “compromisso social da profissão” para possibilitar ao psicólogo a aquisição de competências e habilidades específicas para “prática na área da Psicologia Organizacional e do Trabalho”. Ao descrever a prática em contextos de trabalho como uma possibilidade profissional para o psicólogo, a IES2 também sugere contextos para tal como programas de saúde do trabalhador, seguridade social e sistema prisional.

Apesar dessa diferença, assim como nas IES 1 e 3, o processo formativo das instituições pesquisadas foi proposto com o objetivo de criar as competências e habilidades indicadas nas DCN pela integração entre teoria e prática como núcleo comum a todos os psicólogos, propondo aproximações entre o mundo acadêmico e a comunidade em projetos de estágio (IES1, IES2 e IES3), projetos de extensão e projetos de pesquisa (IES1 e IES2). Outra característica comum entre as instituições foi a proposição de uma formação axiológica e generalista visando superar a fragmentação histórica no ensino da Psicologia, integrando campos do saber pela possibilidade de mobilidade entre departamentos de diferentes áreas do saber durante a formação. Além disso, todas as IES indicaram a possibilidade de formação continuada, descrevendo suas ofertas de pós-graduação *lato sensu* (IES 1, 2 e 3) e *stricto sensu* (IES 1 e 2).

Apesar do consenso entre as IES de que o mercado de trabalho é altamente mutável, as instituições apresentaram distintas visões da relação do processo formativo com as demandas do mercado de trabalho. As IES 2 e 3 frisaram que o processo formativo devia preparar o futuro psicólogo para se inserir no mercado, enquanto a IES1 criticou a formação voltada para o mundo do trabalho: “deve-se ir além da preparação apenas para o mundo do trabalho, a fim de capacitar o indivíduo para ser um profissional ativo na construção do saber da Psicologia, da atuação de psicólogo, da própria trajetória de vida e do exercício da cidadania”.

1.3. Competências e habilidades

Todas as instituições afirmaram seu compromisso em promover competências e habilidades definidas nas DCN e não foram identificados nenhum dos descritores relacionados ao tema pesquisado. Ao invés de formações especializadas, as competências deveriam estar voltadas para que o futuro psicólogo seja capaz de atuar em todas as áreas com objetivo de avaliar criticamente os contextos e situações a fim de realizar ações preventivas e terapêuticas que promovam saúde e qualidade de vida. Também indicaram que era preciso reconhecer a pluralidade da Psicologia a partir de habilidades para diferenciar seus conceitos, métodos e técnicas. Foram também definidas como competências: a contribuição à construção científica da Psicologia, diálogos interdisciplinares e trabalho em

equipe, compreensão da interação entre as dimensões biológica, psíquica e social no fenômeno psicológico, capacidade de atuar em níveis individuais e coletivos, a busca por educação permanente. No caso da educação permanente, a IES3 ressaltou que deve ser buscada tendo em vista as demandas do mercado.

2. Adoecimento relacionado ao trabalho em ênfases curriculares e disciplinas

Todas as IES apresentaram disciplinas que abordaram temas relacionados à saúde do trabalhador e tanto a IES 2 e IES 3 ofereceram ênfases curriculares que incluíam o tema.

2.1. Ênfases curriculares

Na IES2, uma das três ênfases abordou temas de saúde do trabalhador: “Gestão, Formação e Promoção da Saúde”. A ênfase foi proposta com objetivo de ampliar possibilidades de atuação profissional em Psicologia a partir de uma formação que ofereça conteúdos que viabilizem ao futuro psicólogo conhecimentos teóricos e metodológicos e visão crítica. Mais precisamente, menções a atuação em saúde do trabalhador foram feitas. Na IES3, uma das duas ênfases oferecidas, “Processos de Desenvolvimento e Promoção Humana”, também citou saúde do trabalhador no eixo “Interfaces com Campos Afins do Conhecimento”, mas sem informações adicionais.

2.2. Adoecimento mental do trabalhador em disciplinas

Todas as quatro IES apresentaram disciplinas que abordaram saúde ou adoecimento relacionado ao trabalho. A tabela a seguir detalha o nome da disciplina, o período do curso em que deve ser realizada, a carga horária, a obrigatoriedade da disciplina e os referenciais teóricos adotados para a abordagem do tópico.

Tabela 3: Adoecimento mental do trabalhador em disciplinas

IES	Disciplinas	Período	Carga Horária	Núcleo	Tipo	Referenciais teóricos
IES 1	Psicologia do Trabalho	-	90h	Comum	Obrigatória	Psicodinâmica do Trabalho; Desgaste Mental

	Psicopatologia 1	4	60h	Comum	Obrigatória	-
IES 2	Estudos Avançados em Gestão, Formação e Promoção da Saúde	8	60h	Ênfase	Obrigatória	Psicodinâmica do Trabalho
	Tópicos Especiais em Psicologia Organizacional e do Trabalho	-	60h	Ênfase	Eletiva	Psicodinâmica do Trabalho
IES 3	Saúde do Trabalhador	8	60h	Ênfase	Obrigatória	Psicodinâmica do Trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho (Ergonomia), Estresse Ocupacional
IES 4	Campos de atuação e investigação : Psicologia Organizacional II	7	75h	-	-	Qualidade de Vida no Trabalho (Ergonomia), Psicodinâmica do Trabalho, Estresse Ocupacional

Fonte: Elaborada pela autora

Em apenas uma das instituições (IES1) relações entre trabalho e adoecimento mental foram identificadas como tema de uma disciplina, Psicopatologia 1 - associada à área da Psicologia Clínica na IES. Na ementa da disciplina, o objetivo geral da matéria foi fornecer uma visão crítica dos conceitos de normal e patológico e citou a psicopatologia do trabalho como um tema dentro da última unidade da disciplina, “Doença Mental e Sociedade”. Outros temas presentes na unidade foram as relações entre doença mental e contexto social assim como antipsiquiatria e movimentos alternativos à Psiquiatria. Apesar da abordagem do tema, não foi identificado referencial teórico ou bibliografia específica relacionada ao tópico. Em todas as outras disciplinas identificadas, inclusive na própria IES1 (Psicologia do Trabalho), as disciplinas estavam associadas à Psicologia Organizacional ou do Trabalho e seguiram a tendência a abordar “saúde mental do trabalhador” e “saúde mental e trabalho” utilizando predominantemente a Psicodinâmica do Trabalho ($n=4$) como referencial teórico. Outros

referenciais foram Qualidade de Vida no Trabalho ($n=2$), Desgaste Mental no Trabalho ($n=1$) e Estresse Ocupacional ($n=1$), com preferência pelo uso de trabalho de pesquisadores brasileiros ou franceses como referência.

Predominou, em termos teóricos, a compreensão do interacionismo entre psíquico e social, onde a saúde do trabalhador se situa nas interações entre homem, ambiente e relações de trabalho. Em termos práticos, a tendência foi descrever o psicólogo como agente promotor e preventor no que diz respeito à saúde do trabalhador. Duas das disciplinas, “Saúde do Trabalhador” (IES3) e “Campos de atuação e investigação : Psicologia Organizacional II” (IES4), tinham o objetivo de apresentar as principais abordagens teóricas para as temáticas relacionadas à saúde do trabalhador e discutir intervenções para promoção de saúde no trabalho. As duas IES se voltaram para o desenvolvimento de competências e habilidades para atuação em promoção e prevenção em saúde do trabalhador. Apresentaram bibliografia diversa contemplando três dos quatro referenciais identificados nesta análise, porém “Campos de atuação” situou o tema na última unidade da disciplina de título “Psicologia do Trabalho e Saúde do Trabalhador” privilegiando a Qualidade de Vida no Trabalho sob a perspectiva da Ergonomia da Atividade como forma de realizar diagnósticos e intervenções. Nas outras três disciplinas, duas da IES2 e uma da IES1, identificou-se tendência a desenvolver análises críticas sobre o trabalho enquanto atividade e contexto, implicando em uma compreensão de trabalho como base para compreender seus desdobramentos na subjetividade e saúde dos trabalhadores.

3. Prática profissional e adoecimento mental relacionado ao trabalho

Apenas a IES3 apresentou a possibilidade de atuação voltada para saúde do trabalhador como parte dos estágios profissionais necessários para a obtenção do grau de psicólogo. Em termos gerais, a tendência foi de estágios situados em áreas específicas da Psicologia com descrições genéricas.

3.1. Estágio Básico

Todas as IES propõem o início precoce da prática por meio de estágios básicos que incluem visitas a locais de trabalho de psicólogos e diálogos com esses profissionais,

evidenciando relações entre processo formativo e futuro profissional, mas não foram identificados os descritores pré-definidos nos estágios básicos de nenhuma das instituições.

3.2. Estágio Supervisionado

Na IES3, o Estágio Supervisionado na Ênfase Gestão, Formação e Promoção de Saúde foi destinado a desenvolver competências teóricas e técnicas para diagnósticos e intervenções baseadas em abordagem institucional. Ao voltar-se para intervenções com grupos em organizações e instituições, a ênfase foi proposta com o objetivo de ampliar possibilidades de atuação profissional de psicólogos. Nesse sentido, o trabalho do futuro psicólogo foi definido nessa área como preventivo, interventivo e educativo, devendo ser observado o contexto e o nível de ação: individual ou coletivo. Saúde e bem-estar psicológico de indivíduos devem ser promovidos em nível individual e aprimoramento de processos de gestão deve ser visado em termos de atuação em organizações. Mais especificamente, foi descrito que o estágio poderia viabilizar, entre outras 16 possibilidades, o “acompanhamento psicológico no âmbito da saúde mental do trabalhador, discriminando e elegendo diferentes estratégias pertinentes de intervenção: institucional, individual e grupal”. Ao examinar a disciplina ofertada para o estágio, no entanto, não houve menções específicas a esse tipo de atuação em sua ementa ou objetivos, mas um texto em Psicodinâmica do Trabalho foi citado como uma das referências bibliográficas.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicaram a negligência das relações entre adoecimento mental e trabalho na formação em Psicologia. As disciplinas identificadas abordaram prioritariamente “saúde mental do trabalhador” com duração prevista de 60 a 90 horas, o que constituiria entre 1,5% e 2,25% da carga horária mínima de 4000 horas de um curso de Psicologia. Observou-se ainda que nem todos esses cursos são integralmente sobre saúde/doença mental e trabalho. Uma tendência similar foi encontrada em outros dois estudos: um com psicólogos organizacionais que atuavam em empresas e se queixaram da insuficiência do tema durante a formação (Pires, 2009) e um sobre a produção acadêmica em Psicologia do Trabalho, subdisciplina da Psicologia a qual geralmente se atribui o interesse em saúde e doença mental no trabalho (Oliveira, Silva & Sticca, 2018). O volume de estudos

produzidos foi considerado pouco expressivo, representando 4,24% de toda a produção acadêmica em Psicologia. Desta quantia, pouco mais da metade se voltou para investigações em saúde do trabalhador, o que representaria 2,20% da produção acadêmica.

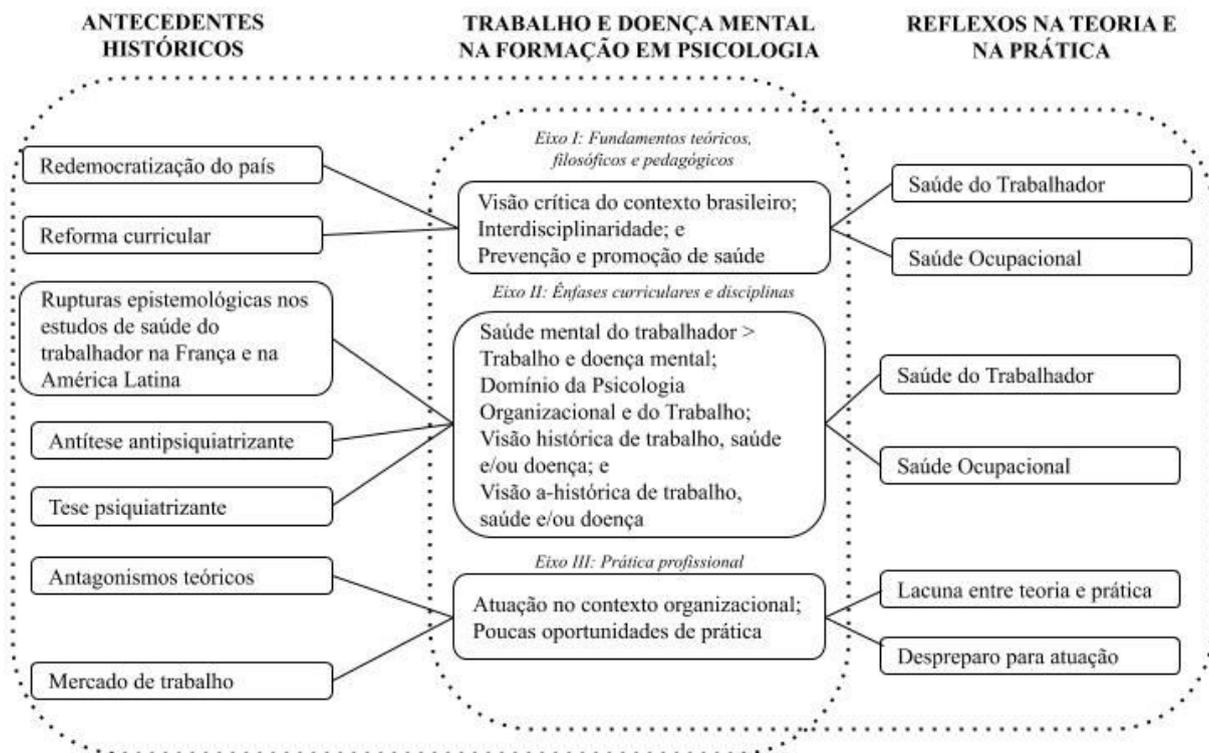
Também foi identificada tendência à eufemização de aspectos psicopatologizantes do trabalho. Essa característica pode estar relacionado à predominância da Psicodinâmica do Trabalho como referencial teórico - que enfatiza a normalidade como seu objeto de estudo (Dejours, 1992) - e à apropriação do tema pela Psicologia Organizacional. Vieira (2014) discute o uso de aspectos discursivos eufemísticos no seio da “sedução organizacional” e seus efeitos de ocultação de violência, sofrimento e adoecimento no trabalho. Como exemplo, o autor refere os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) - referencial presente em duas IES - como símbolo da sedução organizacional em que a promoção de tal qualidade geralmente não envolve debates sobre configurações de trabalho nas empresas ou no mundo do trabalho contemporâneo. Nesse sentido, o “estresse do trabalho” é naturalizado ou ignorado, e lidar com ele e promover qualidade de vida se tornam tarefas individuais apartadas de seu contexto - o trabalho, o que pode levar à desqualificação do adoecimento mental relacionado ao trabalho como problema de saúde pública.

A partir de uma perspectiva interacionista que entende a saúde mental como relação entre ser humano, ambiente e trabalho e como possível campo de atuação profissional para o psicólogo, os cursos propuseram formar psicólogos capazes de “diagnosticar” e “intervir” na “promoção e prevenção de saúde mental do trabalhador”, focando em competências conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (2004). A tendência quando da definição das atribuições do psicólogo como prevenção e promoção de saúde mental do trabalhador remetem a características específicas da Saúde Ocupacional que, alicerçada na Medicina Preventiva e enunciada pela OIT/OMS, enfoca riscos, prevenção, proteção e adaptação como fundamentos para intervir na saúde dos trabalhadores (Mendes, 1980). Nesse sentido, o que vem se nomeando como práticas em Saúde do Trabalhador, principalmente nas IES 3 e 4, se alinha mais à perspectiva da Saúde Ocupacional (Lacaz, 2007). Por outro lado, a demanda por um profissional crítico e atento para a diversidade de contextos assim como condições sociais, políticas e econômicas pode ser relacionada à perspectiva histórica da Saúde do Trabalhador enquanto campo multidisciplinar (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997; 2003).

Nas ementas das disciplinas, majoritariamente vinculadas ao campo da Psicologia Organizacional e da Psicologia do Trabalho, predominaram aspectos já reconhecidos na literatura na abordagem da saúde mental do trabalhador no Brasil na Psicologia enquanto campo do conhecimento: ausência de menções ao adoecimento ou aspectos psicopatológicos do trabalho (Fairman, 2012); preferência pelo uso de referências brasileiras e francesas (Oliveira, Silva & Sticca, 2018); visão histórica e contextualizada do trabalho x visão a-histórica remetendo aos antagonismos entre Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional (Seligmann-Silva et al., 2011); e multiplicidade de referenciais teóricos multidisciplinares como Psicodinâmica do Trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho e Teoria do Estresse Ocupacional (Alves, 2015). Dessa forma, pode-se dizer que a abordagem teórica proposta à saúde mental do trabalhador nos cursos de graduação em Psicologia no DF é marginal, predominantemente realizada no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho, apartada da Psicologia Clínica e marcada por divergências.

Por fim, apesar do foco em formação de competências e habilidades, quando analisamos o Eixo 3, apenas uma IES ofereceu possibilidades em seu currículo de prática profissional em formato de estágio supervisionado, o que sugere desconexão entre teoria e prática nos temas de saúde/doença e trabalho durante a graduação em Psicologia. Em geral, a desconexão entre teoria e prática também aparece em outros estudos sobre formação (Pires, 2009). Hipotetiza-se que no caso da saúde/doença mental do trabalhador o distanciamento entre teoria e prática, entre academia e comunidade, pode ser atribuído a impasses teóricos, ou seja, à abordagem da Psicologia às relações trabalho-saúde/doença. A diversidade de referenciais teóricos além de fragmentar uma temática restrita a menos de 3% de toda a formação em Psicologia, ainda revela tensões epistemológicas frutos das rupturas dentro do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil e na França nos anos 70 e 80 (Deusdedit Junior, 2014; Alves, 2015). Em sua raiz, a abordagem à saúde ou ao adoecimento mental do trabalhador na Psicologia, com exceções, tem se aproximado mais do caráter higienista de processo saúde/doença da Saúde Ocupacional, havendo poucas considerações históricas do trabalho como categoria perpassada por relações econômicas, sociais, políticas e tecnológicas para compreender o processo saúde/doença. O diagrama abaixo ilustra as relações entre antecedentes históricos, formação e atuação sobre as relações entre trabalho e adoecimento mental.

Figura 2: Relações entre antecedentes históricos e epistemológicos, formação e atuação em adoecimento mental e trabalho



Fonte: Elaborado pela autora

Deve-se considerar que a regionalidade do estudo pode ter interferido nos resultados por questões 1) sociodemográficas - grande oferta de empregos públicos e pouca expressividade do setor de indústrias no Distrito Federal; 2) institucionais - presença de grupos de pesquisa de projeção nacional tanto em Psicodinâmica do Trabalho quanto em Qualidade de Vida no Trabalho; e 3) éticas - impossibilidade de comparação entre IES públicas e privadas em função da presença de apenas uma IES pública, o que poderia identificar outras IES. Tendo em conta os resultados do estudo e contemplando também suas limitações, sugere-se que estudos incluindo instituições de todo o Brasil sejam realizados, assim como pesquisas com recém-formados e psicólogos atuando em diversas áreas para consultá-los sobre adoecimento mental e trabalho em suas formações.

CONCLUSÃO

Com o objetivo de estudar a presença do adoecimento mental relacionado ao trabalho na formação em Psicologia no Distrito Federal, o presente estudo constatou a escassez de discussões sobre aspectos psicopatológicos do trabalho, a preferência pela saúde mental do trabalhador ao invés da psicopatologia do trabalho enquanto objeto de estudo e dificuldades na integração entre teoria e prática na formação em Psicologia. Esses refletem rupturas epistemológicas que são moldadas e moldam o contexto social, histórico, político e econômico no qual se inserem. Fruto dessas rupturas, dentro das diversas abordagens à saúde mental do trabalhador preferidas pela Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil, há mais aproximações do caráter higienista da Saúde Ocupacional que da perspectiva crítica da Saúde do Trabalhador, especialmente no que diz respeito à perspectiva de atuação profissional de psicólogos na área conforme determinado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Repensar a predominância da saúde em detrimento do adoecimento mental na Psicologia assim como a ausência de conceitualização da “saúde mental do trabalhador” é preciso para dirimir incoerências e inconsistências éticas, teóricas e metodológicas que refletem na formação e atuação dos psicólogos brasileiros. Os frutos dessa reflexão podem dar emergência a modelos teóricos de fato locais e que façam frente a teorias importadas que, considerando o Brasil um país periférico e tendo se estruturado em países que se beneficiaram da exploração dos recursos de colônias e do tráfico humano com fins de escravização para seu desenvolvimento, desconsideram problemas fundamentais como a escravidão, o colonialismo e o imperialismo na estruturação das relações de trabalho no Brasil assim como seus impactos.

III. O TRABALHO DA PSICOTERAPIA E A PSICOTERAPIA DO TRABALHO: CONFIANÇA DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS NO TRATAMENTO DE QUEIXAS DE TRABALHO

*“It's a secret society
All we ask is trust
All we got is us
Loyalty, loyalty, loyalty”
Kendrick Lamar*

A formação em Psicologia tem negligenciado as relações entre trabalho e adoecimento mental e apresentado antagonismos teóricos e metodológicos que perpassam os fundamentos filosóficos, as ênfases curriculares e disciplinas e a prática profissional em suas abordagens às questões de saúde mental do trabalhador. No entanto, o generalismo da formação proposto nas DCN parece fomentar a tendência de lidar com a fragmentação teórica por via do sincretismo psicológico na prática profissional característico dos psicólogos no Brasil (Gondim et al., 2010) também no que diz respeito à atuação em saúde mental no trabalho. Fundamentos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador como a visão histórica do trabalho e da relação entre psíquico e social, por exemplo, se fundem com práticas higienistas da Saúde Ocupacional voltadas para as esferas intra e intersubjetivas.

Psicólogos clínicos também são, por força regulatória, profissionais de saúde que podem atuar em casos de adoecimento mental no trabalho (CFP, 1996). No entanto, a saúde mental do trabalhador tem sido dominada por perspectivas da Psicologia Organizacional e do Trabalho que mesmo em sua pouca expressividade dentro da Psicologia enquanto tema de pesquisa apresenta antagonismos que interferem na prática de psicólogos organizacionais e do trabalho quando o tema é saúde mental no trabalho, conforme visto no estudo II. Supõe-se assim que, durante sua formação, psicólogos clínicos tenham tido pouco contato com as escassas perspectivas hegemônicas da Psicologia para compreender as relações entre trabalho e saúde/doença mental. A partir dessa suposição, psicólogos clínicos são capazes de identificar e tratar queixas de trabalho no contexto de psicoterapia individual?

Frente aos antagonismos teóricos da Psicologia para abordar o tema e a resistência de futuros psicólogos em sua formação para reconhecer relações entre trabalho e adoecimento mental (Parparelli, Sato & Oliveira, 2011; Bernardo et al., 2011), este estudo tem o objetivo de caracterizar a confiança de psicólogos clínicos em psicoterapia individual envolvendo

queixas de trabalho. Para isso, caracteriza o trabalho clínico de psicólogos nesses casos, descrevendo antecedentes, natureza, níveis e consequências da confiança na relação psicoterapêutica. Confiança é fundamental no estabelecimento de boas relações entre psicólogos e pacientes assim como de resultados benéficos para pacientes (Rogers, 2002; Calnan & Rowe, 2008; Pilgrim et al., 2011) e para a identidade profissional desses profissionais de saúde (Douglass & Calnan, 2016). Embora a natureza de mutualidade e reciprocidade da confiança seja enfatizada em diversos estudos, a literatura em confiança em contextos de atenção à saúde tem focado na perspectiva de pacientes, considerando os profissionais apenas como receptores de confiança (Brown & Calnan, 2016). Entretanto, ainda que negligenciada conceitualmente em estudos empíricos, diversos trabalhos teóricos enfatizam a necessidade de desenvolver compreensões sobre a confiança de profissionais de saúde.

Confiança de profissionais de saúde

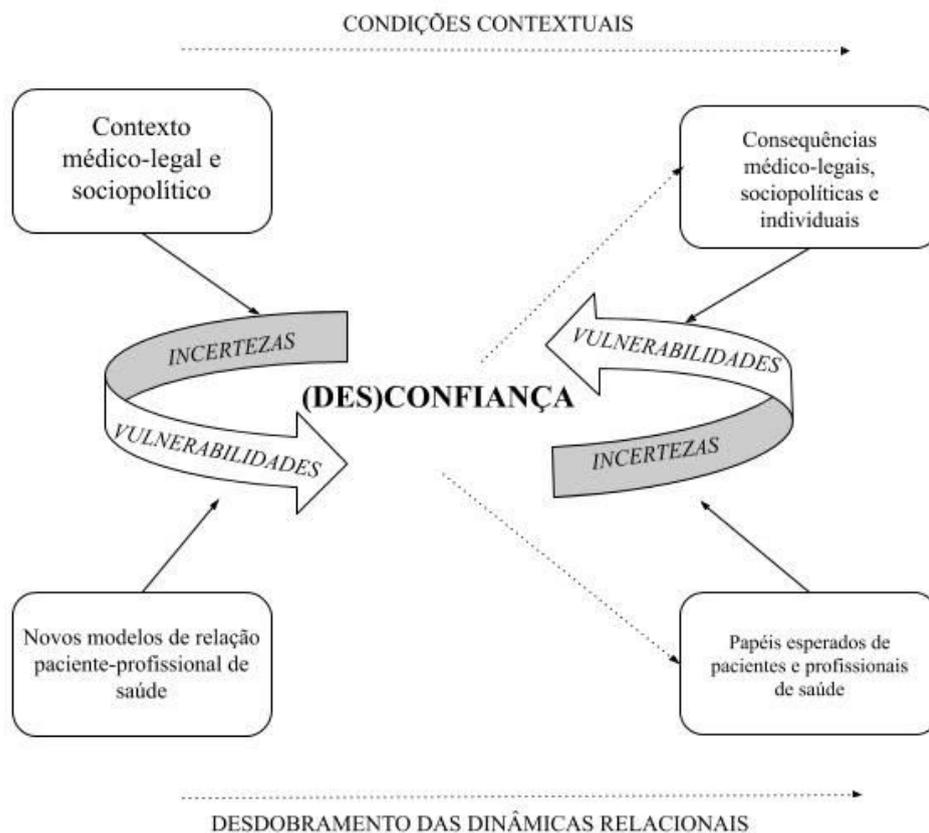
Em revisão de literatura sobre confiança de profissionais de saúde em pacientes, Duarte, Brown e Mendes (s.d.) identificaram 31 artigos teóricos e empíricos publicados majoritariamente nos Estados Unidos e no Reino Unido por pesquisadores vinculados à Medicina, com enfoque na confiança de médicos no manejo de dor crônica com opióides. Desses, $\frac{1}{3}$ não apresentou nenhuma conceitualização de confiança. Essa literatura que foca no estudo de (des)confiança de médicos em relações com pacientes estigmatizados, em condições das quais a Medicina ainda não chegou a um consenso diagnóstico e de tratamento, apresentou três tendências teóricas para confiança: 1) perspectivas éticas de confiança como um fenômeno complexo; 2) confiança como avaliação da confiabilidade do outro; e 3) confiança como um processo complexo envolvendo dinâmicas contextuais e comunicativas.

Entre esses escassos olhares para a confiança dos profissionais de saúde, as duas primeiras tendências teóricas enfatizaram os benefícios da confiança de profissionais para os pacientes por um lado e a responsabilidade dos profissionais em casos de danos iatrogênicos de outro. Em comum entre os estudos, identificou-se três características da (des)confiança em pacientes: 1) incertezas e vulnerabilidades contextuais; 2) dinâmicas comunicativas e conflituosas da (des)confiança; e 3) dinâmica relacional da confiança e seu impacto em vulnerabilidades e incertezas. Essas características se relacionaram de forma que incertezas e

vulnerabilidades vinculadas às práticas médicas contemporâneas podem ser contextuais ou emergir a partir da dinâmica que emerge no encontro profissional-paciente.

Ainda de acordo com Duarte, Brown & Mendes (s.d.), as incertezas e vulnerabilidades contextuais incluem respectivamente condições médico-legais e sociopolíticas e as novas dinâmicas relacionais entre profissionais de saúde e pacientes em que a comunicação é centrada no paciente. As incertezas e vulnerabilidades relacionais compreendem as novas expectativas sobre papéis de profissionais de saúde e pacientes assim como consequências médico-legais, sociopolíticas e individuais das ações de cuidado. Nesse processo, a (des)confiança é central, determina e é determinada pelas várias formas de vulnerabilidade e incerteza. A confiança emerge quando há aceitação dessas vulnerabilidades e incertezas - essas, quando não assumidas ou impostas por quebras de confiança, levam à desconfiança. A figura abaixo sumariza esse processo:

Figura 3: Características da confiança de profissionais de saúde em pacientes



Fonte: Sousa-Duarte, Brown & Mendes (s.d.)

Tendo em vista a emergência das vulnerabilidades e incertezas não só nas relações interpessoais mas também nas condições contextuais que moldam as práticas profissionais, a revisão de literatura também ressaltou que a compreensão da confiança em sistemas - profissionais, éticos, organizacionais, legais - é relevante para entender os processos de confiança de profissionais de saúde em pacientes, especialmente no caso de pacientes em condições estigmatizadas.

Questões de confiança: uma abordagem sociológica

A literatura em confiança de profissionais de saúde em pacientes enfatiza a confiança interpessoal (Duarte, Brown & Mendes, s.d.; Brennan et. al, 2013), porém outros trabalhos sobre confiança em serviços de atenção à saúde discutem diferentes níveis de confiança (Pilgrim et al., 2011; Douglass & Calnan, 2016; Wilk & Platt, 2016) e como se relacionam (Douglass & Calnan, 2016; Brown & Calnan, 2016). Neste estudo considera-se confiança a partir da conceitualização proposta por Mollering (2001, 2005, 2006) em que vulnerabilidade e incerteza caracterizam as circunstâncias para a emergência da confiança. Assim, abordamos confiança como um processo complexo envolvendo dinâmicas contextuais e comunicativas (Duarte, Brown & Mendes, s.d.) em que diferentes níveis de confiança se relacionam (Simmel, 1950; Luhmann, 1979; Giddens, 1990; Gilson et al., 2005; Brown & Calnan, 2016).

Estudos anteriores sobre confiança de profissionais de saúde descrevem quatro níveis de confiança - mas de formas distintas. A partir do exame da literatura, Wilk & Platt (2016) descreveram confiança em pacientes, confiança em outros profissionais de saúde, confiança em instituições e confiança em sistemas, dados ou tecnologias. Em proposta conceitual para o estudo da confiança de médicos, Douglass e Calnan (2016) sugerem confiança no paciente, autoconfiança, confiança no local de trabalho e confiança no sistema, assim como a existência de um entrelaçado formado por esses diferentes níveis, fazendo referência aos trabalhos empíricos de Gilson et al. (2005) e Brown & Calnan (2016) sobre correntes de (des)confiança.

Ambas concepções - de níveis de confiança e relações entre eles - se sustentam nas diferenças entre indivíduo e sistema, entre confiança pessoal e confiança impessoal, nos remetendo a duas características da confiança: as diferenças entre confiança pessoal e impessoal (Simmel, 1950; Luhmann, 1979; Barber, 1983; Giddens, 1990) e o potencial da

confiança de criar pontes entre micro e macro nível (Lewis & Weigert, 1985). A distinção entre esses dois tipos de confiança aparece primeiro no trabalho de Simmel (1950), que influencia posteriormente Luhmann (1979) e Giddens (1990) em seus desenvolvimentos sistemáticos do conceito de confiança (Lane & Bachmann, 1998; Mollering, 2001). Neste estudo, optamos por privilegiar os trabalhos desses dois autores para conceitualizar confiança em sistemas e suas relações com a confiança pessoal em termos mais abrangentes.

Frente à complexidade da sociedade moderna, a confiança interpessoal se torna insuficiente (Jalava, 2006) e formas impessoais de confiança se fazem necessárias como extensões da confiança pessoal - baseada na familiaridade da vida cotidiana, uma vez que confiança não tem como principal fim atestar a legitimidade de fatos ou se preocupa com uma verdade essencial, mas sim com a redução da complexidade pelo manejo de incertezas (Luhmann, 1979). Assim, a distinção comum entre confiança pessoal e impessoal está não só na diferenciação entre sistema e indivíduo (Douglass & Calnan, 2016) como também na complexidade social e na (im)possibilidade de familiaridade.

Nesse sentido, a confiança pessoal serve para lidar com a incerteza suscitada pela imprevisibilidade das ações dos outros e, ao se basear na familiaridade, é limitada conforme a complexidade social cresce, precisando ser estendida. Como resultado, temos a confiança em sistemas em que se arrisca conscientemente a renúncia a outras informações possíveis, o que implica em uma forma precavida de indiferença assim como controle contínuo dos resultados (Luhmann, 1979, p.76). Essa confiança se refere a uma espécie de convicção (*confidence*) em uma entidade abstrata (Luhmann, 1988). Consequentemente, a mudança da confiança interpessoal para a confiança em sistemas implica também uma mudança nas bases da confiança - de primariamente emocional para baseada em performance.

Ainda de acordo com Luhmann (1979), a confiança em sistemas se constrói e se mantém através de experiências positivas com o sistema por seu caráter difuso baseado em impessoalidade que possibilitam generalizações que sustentam e são sustentadas pela indiferença precavida citada anteriormente: *the person trusting knows he is unable to make corrections; he then feels himself exposed to unforeseeable circumstances, but nevertheless has to continue trusting as though under compulsion to do so*” (p.55). Assim, a confiança em sistemas cria uma espécie de certeza equivalente que permite generalização que descarta a necessidade de antecipar situações específicas e não se aplica apenas a sistemas sociais mas

também a pessoas, uma vez que também se trata, em sua base racional, da suposição de que todos os outros também confiam no sistema.

O contato do indivíduo com o sistema, no entanto, ocorre pelo contato com as performances de representantes do sistema - *experts* que personificam o sistema e por ele são personificados. Para Giddens (1990), esses representantes se tornam “pontos de acesso” que fazem face à confiança sem face (“*faceless*”) que é a confiança em sistemas, dessa forma, indivíduos trabalham a favor da manutenção do sistema pelo controle de suas performances enquanto outra parte dos indivíduos aceita o sistema a partir do contato com essas performances. No caso de profissionais de saúde, esses representam seus respectivos sistemas - Medicina, Enfermagem, Psicologia - dando face a esses e outros sistemas abstratos aos quais estão conectados. Para Hall et al. (2002), a falta de confiança em sistemas impossibilitaria a prática da Medicina Moderna, por exemplo, uma vez que através de mecanismos sociais e institucionais como registros profissionais e regulações se estabelecem as condições para que um médico desconhecido seja confiável, pela suposição de que ele faz parte desse sistema e opera de acordo com ele.

Embora Luhmann (1988) e Giddens (1990) difiram na interpretação do papel dos indivíduos no estabelecimento da relação entre confiança pessoal e impessoal, é consenso em suas obras que a confiança interpessoal e a confiança em sistemas se relacionam e se influenciam (Mollering, 2006; Douglass & Calnan, 2016; Brown & Calnan, 2016). Além disso, a distinção entre confiança interpessoal e em sistema permite o reconhecimento de interesses e implicação social e moral dos indivíduos (Mollering, 2006). Ao considerar a confiança em sistemas, consideramos o contexto em que se desenvolvem as relações entre indivíduos e, no caso da atenção à saúde, isso inclui compreender as bases e o funcionamento de sistemas de atenção à saúde, como são regulados e quais seus pressupostos epistêmicos (Douglass & Calnan, 2016).

Aqui favorecemos o estudo dos alicerces da confiança - natureza, níveis, relações entre os níveis - na compreensão de um modelo de confiança ao invés de focar apenas em suas consequências. Nesse sentido, tanto a visão de trabalho quanto a de adoecimento mental em suas dimensões históricas, sociais, políticas e econômicas para a Psicologia devem ser consideradas para compreender a dinâmica da relação entre profissionais de saúde e trabalhadores acometidos por adoecimento mental. Mais explicitamente, isso se refere aos pressupostos epistêmicos da Psicologia sobre as relações entre trabalho e doença mental, as

condições regulatórias para a prática profissional em Psicologia no país e como a confiança de sistemas e a confiança interpessoal se relacionam na relação psicólogo-paciente.

Psicologia, trabalho e trabalhadores no Brasil

No Brasil, a Resolução 015/1996 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) considera que psicólogos podem diagnosticar condições mentais que incapacitam indivíduos para o trabalho. A emissão de atestados psicológicos e outros documentos seriam uma medida para “promover saúde mental, garantir condições de trabalho necessárias para o bem-estar individual e social, e valorizar os direitos do cidadão” (CFP, 1996). Embora essa e outras regulações do país reconheçam nexos entre trabalho e adoecimento mental, as relações entre trabalho e adoecimento mental são negligenciadas como objeto de estudo na Psicologia e o estudo II, sobre a formação do psicólogo, indicou distanciamento entre teoria e prática.

A atuação do psicólogo em saúde do trabalhador ainda é limitada de acordo com a recente e escassa literatura sobre o tema. Entre 229 estudos encontrados no Scielo com os descritores “atuação” e “psicólogo” seis tratam da atuação do psicólogo em saúde do trabalhador de maneira teórica ou como relato de experiência (Bastos & Gomide, 1989; Malvezzi, 1990; Merlo, Jacques & Hoefel, 2001; Eidelwein, 2005; Santos, Goulart Junior, Canêo, Lunardelli & Carvalho, 2010; Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo & Goulart Junior, 2011). Quando se trata de adoecimento mental e trabalho, o número de produções é ainda menor. Desses, Merlo, Jacques e Hoefel (2001) e Santos et al. (2010) abordam o tema: os primeiros em relato de experiência com um grupo de portadores de LER/DORT e os segundos com levantamento bibliográfico sobre neurose profissional.

Todos esses estudos tocam em pontos comuns sobre a atuação do psicólogo em saúde e doença mental no trabalho: o papel do psicólogo e da Psicologia Organizacional na prevenção e promoção do bem-estar no trabalho, a insegurança para diagnosticar ou intervir nesses casos, os dilemas éticos que emergem do conflito de interesses empresa-trabalhadores e o uso acrítico de modelos teóricos e metodológicos (Heloani & Capitão, 2003; Jacques, 2007; Zanelli, 2012; Coelho Lima, Bendassoli & Yamamoto, 2014; Matsumoto & Fairman, 2014; Ferreira & Maciel, 2015). Dentre esses, não foram encontrados estudos sobre a atuação de psicólogos clínicos.

Os psicólogos brasileiros estão inseridos majoritariamente em contextos clínicos de consultórios ou clínicas privados desde a regulamentação da profissão de psicólogo nos anos 60, mesmo com a emergência de novas possibilidades de atuação profissional para psicólogos em contextos vinculados à Saúde Pública nos anos 80 (Bessa, 1992; Chaves, 1992; Bastos & Gomide, 1989; Bastos, Gondim & Borges-Andrade, 2010; Lhuilier & Roslindo, 2013). Os emergentes campos de atuação na Saúde Pública geraram debates sobre a pertinência das teorias e modelos da Psicologia para atender às demandas da sociedade brasileira. Críticas ao caráter excludente da teoria e prática da Psicologia emergiram, apontando o caráter excludente e elitista de práticas psicológicas baseadas em modelos teóricos europeus e norte-americanos que desconsideravam aspectos sociais brasileiros (Bastos et. al, 2010).

No entanto, o foco no desenvolvimento de competências para trabalhar em Psicologia Clínica e avaliação psicológica permanecem nos cursos de Psicologia, assim como a predominância de abordagens psicanalíticas, humanistas e sistêmicas - com destaque para a Psicanálise, como em outros países da América Latina (Neufeld & Carvalho, 2017; Neufeld et al., 2018). A esse “clanicismo” na formação que gera tendência de atuação profissional em um “modelo clínico liberal privatista” caracterizado pela psicoterapia individual de abordagem psicanalítica (Cury et al., 2018) é atribuída a dificuldade para atuação de psicólogos fora de contextos clínicos, em níveis de grupos e organizações e no reconhecimento de relações entre trabalho e saúde mental (Costa, Amorim & Costa, 2010; Zanelli, 2012). Neste sentido, o presente estudo tem o objetivo de investigar o modelo de confiança de psicólogos clínicos no atendimento psicoterápico individual de queixas de trabalho através da descrição da atuação dos psicólogos por eles mesmos e por pacientes.

MÉTODO

Participantes

Foram entrevistadas sete psicólogas e sete pacientes individualmente. As pacientes foram indicadas pelas psicólogas entrevistadas ou por outros psicólogos que não concederam entrevista mas tiveram acesso à divulgação da pesquisa. Como critérios de inclusão para psicólogos foram considerados: atuação em psicoterapia com adultos há pelo menos 1 ano; formação há no máximo 10 anos; formação e atuação no Distrito Federal; identificação de queixas relacionadas ao trabalho em psicoterapia. O critério de inclusão para pacientes foi

afastamento do trabalho por motivos de saúde, acidente de trabalho ou queixas sobre o trabalho levadas para a psicoterapia.

Psicólogas

Todas as psicólogas eram do sexo feminino, o que pode estar relacionado à constituição demográfica da categoria profissional no Distrito Federal. De acordo com censo publicado pelo CFP em 01 de janeiro de 2018, existiam 9137 psicólogos registrados no Conselho Regional de Psicologia da 1ª Região, sendo 7634 do sexo feminino, 1274 do sexo masculino e 229 não informados. A idade média das profissionais foi de 30 anos e estavam formadas há em média cinco anos e com média de experiência clínica também de cinco anos - esse tempo incluiu estágios profissionais clínicos na graduação. Seis das entrevistadas tinham especialização e/ou mestrado. Todas eram trabalhadoras autônomas no exercício da prática clínica e trabalharam em clínicas privadas em algum momento da carreira. No momento da pesquisa, quatro trabalhavam exclusivamente em consultório próprio ou sublocado, duas exclusivamente em clínica e uma em clínica e consultório sublocado. Três tinham outras ocupações remuneradas concomitantes em outras atividades. Cinco das sete profissionais entrevistadas indicaram a Psicanálise como sua abordagem para a clínica. Das outras duas, uma declarou estar mudando de abordagem - da Psicanálise para a Gestalt - e a outra identificou a Análise do Comportamento como abordagem principal.

Pacientes

Todas as sete pacientes eram do sexo feminino, com idade média de 29 anos e em sua maioria, casadas ou em união estável ($n=4$) e sem filhos ($n=7$). Todas tinham pelo menos nível superior de escolaridade. No momento da pesquisa estavam empregadas em ocupações diversas (professoras, psicólogas, assistentes administrativas, servidoras públicas em cargos administrativos) nos setores públicos e privados e tinham em média oito anos de trabalho. Em termos de motivos para buscar psicoterapia, o grupo se dividiu em dois: questões pessoais ($n=4$) e questões de trabalho ($n=3$). A maioria ainda estava em tratamento ($n=5$), todas com profissionais de abordagem psicanalítica. Para as queixas relacionadas ao trabalho, duas pacientes afirmaram também terem realizado acompanhamento com psicólogos de abordagem Cognitivo-Comportamental. Algumas pacientes ainda relataram experiências com

psicólogos de outras abordagens (Terapia Cognitivo-Comportamental, Gestalt-terapia e Psicodrama) antes do tratamento atual.

Instrumentos

Os roteiros de entrevista para psicólogas e pacientes, embora contivessem perguntas diferentes, foram estruturados em três eixos comuns: 1) trabalho; 2) relação trabalho-saúde/doença mental; e 3) atuação do psicólogo. No caso dos psicólogos, o eixo Trabalho também incluiu dados sobre a formação dos entrevistados. Dados sociodemográficos também foram coletados para ambos os subgrupos.

Procedimentos

Foram realizadas entrevistas abertas e semi-estruturadas com psicólogas e pacientes recrutadas entre maio e agosto de 2018 na cidade de Brasília. A pesquisa foi divulgada em redes sociais, no site do Conselho Regional de Psicologia da Região do Distrito Federal - CRP 01, em listas de e-mails de faculdades do DF, em cartazes impressos e afixados em locais públicos da cidade. Clínicas com atendimento psicológico também foram contactadas para divulgação da pesquisa. A partir da divulgação, profissionais entraram em contato para conceder entrevista ou indicar pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, resultando em um total de sete psicólogas e duas pacientes. Durante as entrevistas com psicólogas, solicitava-se a indicação de pacientes que atendessem aos critérios de inclusão. Posteriormente à entrevista com as psicólogas, cinco pacientes de três psicólogas entrevistadas entraram em contato se voluntariando para participar da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Todas as participantes firmaram termo de consentimento livre e esclarecido afirmando o caráter voluntário de sua participação.

Análise

A partir das transcrições foi realizada análise de conteúdo categorial-temática (Bardin, 1977). A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações com objetivo de obter indicadores, por meio de procedimentos sistemáticos e

descritivos, para inferir conhecimentos a partir das mensagens – neste caso, as entrevistas. Conforme indicado por Bardin, é importante manter “vigilância crítica” neste processo. As seguintes fases devem estar presentes na organização da análise: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase da pré-análise organizou-se os dados para constituir o corpus da pesquisa. O corpus, segundo Bardin (1977) é o conjunto de documentos considerados para os procedimentos analíticos posteriores. Nessa fase realizou-se a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a preparação do material e a referenciação dos índices junto com a elaboração de indicadores. Assim, os resultados brutos, as transcrições, foram tratados para que se tornassem registros significativos e válidos.

Constituído o corpus, partiu-se para a exploração do material, fase onde estabeleceu-se unidades de registro e unidades de contexto a partir do corpus. As unidades de registro são o menor recorte de ordem semântica do texto – palavras-chave, tema, objetos – e as unidades de contexto compreendem as unidades de registro. A realização adequada da pré-análise permite que essa fase se torne um momento de administrar sistematicamente as decisões realizadas na fase anterior. A partir da codificação pode-se realizar análise quantitativa ou qualitativa. Neste estudo optou-se pela análise qualitativa dos conteúdos codificados para identificar as categorias, processo de redução de dados a partir de critérios específicos. Classificando por semelhança e analogia entre as unidades de registro, o critério utilizado para a categorização dos dados desta pesquisa foi o semântico, que originou as categorias temáticas. As qualidades de uma categoria adequada são exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Na fase do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação sistematizaram os resultados obtidos com os objetivos iniciais, relacionando a interpretação com o corpus existente.

RESULTADOS

Foram identificadas cinco categorias: 1) formação do psicólogo e as relações entre trabalho e adoecimento mental; 2) mercado de trabalho; 3) o trabalho da psicoterapia; 4) a psicoterapia do trabalho; e 5) abordagens às relações entre trabalho e adoecimento mental. Dessas, apenas a primeira é exclusiva de psicólogas enquanto as outras quatro são compartilhadas por psicólogas e pacientes. As categorias são apresentadas a seguir com

descrições dos resultados de pacientes e psicólogas em um mesmo tópico, destacando diferenças e apontando similaridades.

1. Formação do psicólogo e as relações entre trabalho e adoecimento mental

Temas: vocação, interesses pessoais, Psicologia Clínica e Psicologia Organizacional, educação formal, educação informal, educação permanente, visão crítica x visão técnica, ser psicólogo x agir como psicólogo

Nesta categoria exclusiva de psicólogas, as profissionais enfatizaram aspectos formais e informais de sua formação profissional, assim como seu caráter continuado, caracterizado por uma educação permanente. Destacam também suas pré-disposições pessoais para cursar Psicologia: curiosidade para entender o ser humano e interesses em questões sociais que perpassam a existência humana. Essas predisposições se relacionam posteriormente na graduação com a ênfase clínica escolhida para a formação, sendo que nesta raramente abordaram relações entre o psíquico e o social. Dessa forma, as psicólogas relatam a preponderância de experiências informais - fora do contexto acadêmico ou educacional tradicional - para a formação: *“A educação formal, as coisas que você na universidade não é o mais importante, mas você tem que ter”*. Tanto educação formal e informal se constituíram de forma permanente, se estendendo para além do pré-requisito formal do diploma de graduação. A educação formal foi geralmente associada pelas profissionais com a necessidade de atender demandas do mercado de trabalho enquanto aspectos da educação informal foram relacionados a investimentos em interesses pessoais.

Com relação à educação formal, dividiu-se em duas: a graduação em Psicologia, pré-requisito para a atuação profissional enquanto psicólogo; e pós-graduação, pré-requisito desejável para a atuação como psicólogo clínico ou obrigatório para emprego em clínicas. As respondentes descreveram o curso de graduação em Psicologia como generalista, característica interpretada tanto positiva quanto negativamente - positiva pelo contato com a diversidade, negativa pela fragmentação da Psicologia em seu ensino. Também relataram contato com perspectivas críticas de psicopatologia e sociedade e a preferência por uma educação reflexiva em detrimento de uma formação técnica. A essa ênfase crítica se associou autoconfiança de *“ser psicólogo”* em detrimento de *“agir como psicólogo”*, assim como os resultados da relação entre vocação, educação formal e informal na construção de uma identidade profissional: *“a gente é estruturado de forma que faz bem o que faz”*.

Pós-graduações *lato e stricto sensu* também constituíram parte da educação formal. Nesse sentido, o mestrado acadêmico em universidade pública se tornou uma possibilidade acessível frente às pós-graduações privadas para estender a educação formal. As respondentes relatam pouca ou nenhuma abordagem às relações entre trabalho e adoecimento mental na educação formal em Psicologia, tendo tido contato com reflexões sobre trabalho e outros aspectos sociais a partir de leituras em Sociologia, Antropologia e Filosofia que ocorreram dentro ou fora do contexto formal da universidade. A maioria das respondentes critica a hegemonia da Psicologia Organizacional para apreender o trabalho, assim como seu distanciamento da realidade de trabalho notada por alguns respondentes em experiências de estágio em empresas ou ao trabalhar em empresas com Psicologia ou não.

O aspecto mais relevante em suas formações para a atuação profissional em clínica foi, unanimemente, composto pela prática - experiências de estágio supervisionado em clínica ou em outros contextos como o hospital ou empresas e participação em grupos de pesquisa: *“A leitura é importante, mas a experiência clínica é mais”*. A partir disso, as psicólogas enfatizaram a importância das experiências informais no mercado de trabalho antes, durante e depois da graduação em Psicologia em atividades diversas dentro e fora dos modelos assalariados para aprender sobre as relações entre trabalho e adoecimento mental. As psicólogas tiveram experiências de trabalho com trabalhos voluntários, em organizações não-governamentais, no contexto de economia solidária, em hospitais, em restaurantes, lojas e de docência em faculdades.

As psicólogas também ressaltaram a importância de fazer psicoterapia como parte da formação, enfatizando novamente a continuidade da educação para ser psicólogo. Junto a isso, algumas também buscavam supervisão ou intervisão fora de contextos acadêmicos, além de permanecer fazendo leituras informais de textos teóricos de suas abordagens. As psicólogas ressaltaram o caráter contínuo da educação formal e informal como uma busca individual e solitária que, por vezes, sobrecarrega ainda antes da entrada oficial como psicólogo no mercado de trabalho. Dessa forma, para todas o trabalho se tornou parte da formação e a formação se tornou parte do trabalho.

2. Mercado de trabalho

Temas: sentidos do trabalho, qualificações, vínculos de emprego, remuneração, gestão do trabalho, experiências negativas nos ambientes de trabalho

Esta categoria descreve as condições e organização do trabalho de psicólogas e pacientes. Ambos grupos relataram estar inseridos em um mesmo contexto socioeconômico mais amplo e, de formas específicas, sujeitos a tendências semelhantes de emprego e relações de trabalho no Brasil: trabalho como vocação ou como obrigação, relações com o mercado de trabalho através das relações com colegas, chefias e empresas, trabalho informal e/ou autônomo como problema e como solução, instabilidade em empregos formais e perspectiva de estabilidade em empregos públicos, constante busca por qualificação profissional, remuneração considerada incompatível com as cargas de trabalho, tempos e ritmos de trabalho e sobrecarga de trabalho. O mercado de trabalho foi percebido, a partir desses temas, como “*precário*” e “*cruel*” por pacientes e psicólogas, havendo relatos de adoecimento físico ou mental relacionado ao trabalho nos dois grupos.

As psicólogas indicam a vocação como parte importante para realizar seu trabalho mesmo face às dificuldades financeiras advindas das instabilidades materiais características de seus trabalhos em clínicas ou consultórios: “*o que dá dinheiro é Psicologia Organizacional, mas não rola - parece que o que dá dinheiro não é o que me gratifica*”. Ressaltaram o risco de “*viver só de clínica*” para justificar o trabalho em múltiplos empregos ou um vínculo de trabalho formal com remuneração fixa - em Psicologia ou não: “*a clínica de ar-condicionado não paga as contas*”. Geralmente o trabalho clínico se inicia em clínicas de psicólogos ou multiprofissionais que exigem qualificações às quais não se atribui mudança na remuneração, e assim buscar uma pós-graduação ou outro emprego que pague a pós-graduação se torna frequente, gerando sobrecarga: “*Estou sempre trabalhando*”, diz uma das psicólogas que relata manter três atividades remuneradas.

Em função da baixa remuneração advinda dos planos de saúde junto com a irregularidade do pagamento, a desconfiança com relação aos planos de saúde se estabeleceu no discurso das psicólogas. Esse foi um dos motivos para buscar consultório sublocado ou abrir o próprio consultório após alguns anos de prática, se tornando também empresárias e secretárias do próprio negócio. O trabalho por vínculos celetista também é visto negativamente em função da desconfiança que emerge do contato com o mercado de trabalho - experiências de assédio moral no trabalho, adoecimento no trabalho seu ou de familiares, relações conflituosas com colegas ou chefias. No entanto, a gratificação de ser um “*agente*

catalisador de mudanças” na vida de pacientes foi citada como motivação para se manter no mercado de trabalho da clínica.

O discurso das pacientes também destacou o trabalho não só como vocação mas também como necessidade, constituindo assim parte da sobrevivência mas também da identidade: *“Ai, o trabalho... (silêncio). Eu acho que é a minha identidade né. Era minha identidade. Na verdade, não é a identidade. É a foto na carteira de identidade. É como eu me apresento pro mundo”*. Para as pacientes, com vínculos empregatícios e trabalhos formais em sua maioria, a percepção de instabilidade do mercado de trabalho é similar à das psicólogas e se caracteriza pela desconfiança seja do segmento privado - vinculado às instabilidades e rotatividade de emprego - ou do segmento público. Essa desconfiança se fundou em experiências negativas caracterizadas pela vivência ou testemunho de assédio moral ou episódios de humilhação no local de trabalho, boicote de colegas e intromissão de chefes na vida privada por parte de todas as psicólogas e pacientes entrevistadas. Frente a esse cenário de incertezas e vulnerabilidades, o medo do desemprego ou de *“ser pior lá fora”* levaram à submissão a relações de trabalho degradantes no caso das pacientes. Para as psicólogas, serviu como ponto de partida para mudança de emprego ou de área da Psicologia.

3. O trabalho da psicoterapia

Temas: natureza da relação terapêutica, partes envolvidas, recursos necessários, meios, desenvolvimento, objetivos esperados, objetivos reais

Esta categoria descreve o estabelecimento da relação terapêutica, sua especificidade e suas implicações para psicólogos e pacientes. Para que se estabeleça, necessita de tempo, disponibilidade e investimento de ambas partes. A escuta da psicóloga, para as pacientes, depende também de sua própria disponibilidade para ir às sessões, falar e (se) escutar. Para psicólogas e pacientes, trata-se de uma relação única que não é possível com amigos ou familiares. Assim, a psicoterapia é definida como uma relação entre duas partes que se desenvolve ao longo do tempo caracterizada por dinâmicas comunicativas em que o discurso do paciente é fundamental - *“na terapia tudo se conversa”*, disse uma psicóloga. A essa relação única é atribuído um poder específico capaz de modificar a relação do paciente consigo mesmo e com o mundo: *“a relação terapêutica tem um poder incrível. Se todo psicólogo soubesse de fato o poder que uma salinha, duas poltronas e um rótulo tem... só*

isso já é meio caminho andado". Para as pacientes, a configuração da relação também é relevante, sentindo que os psicólogos estão disponíveis e dedicados para refletir sobre suas histórias e problemas a partir de uma perspectiva "*neutra*" mas que ao mesmo tempo se afeta e "*se importa*" com o paciente.

Os pacientes buscam a psicoterapia, de acordo também com psicólogas e pacientes, quando: 1) há um problema de saúde física que não consegue ser explicado por médicos ou outros profissionais de saúde; 2) em função de problema relacional - com familiares, amigos, cônjuges, trabalho; 3) quando são encaminhados por médicos ou outros profissionais de saúde; ou 4) quando sentem algo desagradável que não conseguem denominar. A psicoterapia é descrita pelas psicólogas como "*o espaço para parar e entender o que está acontecendo*", caracterizando-se em oposição às relações estabelecidas fora do setting clínico. Nesse espaço, o trabalho das psicólogas na psicoterapia consistiu em identificar as demandas dos pacientes, incentivando os pacientes a nomear seus estados emocionais indefinidos assim como situações problemáticas para o sujeito. Pacientes que relataram indefinição de motivos para buscar psicoterapia relatam o trabalho do psicólogo como o de desvelar os motivos da angústia. Também foi relatado que alguns pacientes buscam terapia com queixa medicalizada a partir de autodiagnósticos - "*o paciente chega aqui dizendo que sofre de ansiedade, mas e aí? O que é essa ansiedade pra você? E eu tento trabalhar com ele esses significados*".

Diante disso, seis das cinco psicólogas afirmaram não trabalhar com diagnósticos psiquiátricos ou psicológicos, e todas indicaram desconfiança com relação aos sistemas diagnósticos CID e DSM em função de possíveis impactos negativos para os pacientes e para o tratamento - "*eu não gosto de trabalhar com rótulo, diagnóstico. Até porque o paciente fica muito focado nesse rótulo, pesquisam, querem saber, dizem que viram na internet e de repente começam a ter sintomas que nem tinham porque leram na internet*". A partir da percepção do sistema de diagnósticos também fizeram críticas à Psiquiatria, à atuação de psiquiatras no DF "*que só medicam*" e que é difícil encontrar, para casos "*mais graves*", aqueles que demandam medicação, um psiquiatra de confiança - "*um com visões semelhantes*" à dos psicólogos em termos de psicopatologia, "*crítico e humanizado*". A maioria das pacientes também via psiquiatras com desconfiança.

As psicólogas contrastam a medicalização e pharmaceuticalização das intervenções psiquiátricas com o trabalho psicoterápico. Para as psicólogas, a psicoterapia é baseada no reconhecimento e respeito à singularidade do paciente e é feito através da escuta "*sem*

juízo”, da interpretação e da devolução dos conteúdos interpretados em forma de questionamentos com o objetivo de promover a autonomia - “*de sentir, de lidar com suas questões, de tomar decisões*” - do paciente. Para os pacientes, esse objetivo se tornou desejável em contraste com a primeira expectativa de cura que os levaria a um estado sem angústias - a esse resultado, nomearam “*amadurecimento*”. Ao longo do tratamento, as pacientes dizem assimilar a ideia de que esse estado não existe e que ao contrário de “*obter todas as respostas*”, o importante é ter um espaço de “*troca*” nesse “*processo sem fim*”.

No processo terapêutico, a dúvida é considerada um ponto de partida e um meio para as psicólogas e é usada para questionar a narrativa sem deslegitimar os afetos compartilhados pelo paciente no espaço clínico. Para as pacientes, os questionamentos representam uma ruptura em seu discurso que leva a reflexão e reorganização de suas experiências pessoais. A abertura para esses questionamentos aumentou ao longo do tempo, conforme pacientes percebiam que foram “*criando intimidade*” com a psicóloga. Para isso, psicólogas e pacientes afirmam que confiança é fundamental para que a relação terapêutica se estabeleça, porém de formas distintas. Para as psicólogas, “*dar confiança*” para o paciente faz parte do trabalho terapêutico e fazem isso pelo acolhimento e consideração de diversos aspectos da narrativa do paciente, sem buscar “*uma verdade*” no discurso do paciente. As pacientes percebem isso como reconhecimento e legitimação de suas experiências e, conseqüentemente, de suas singularidades. Para as pacientes, “*falar com a psicóloga não é igual falar com meus amigos no bar, eu sei que ela não vai tomar lado, vai me ajudar a perceber de outra forma, mais neutra*”. Nesse sentido, depositam confiança não só em sua psicóloga como também no funcionamento da psicoterapia, confiança que é criada e mantida na experiência positiva com as psicólogas que as acompanham.

Por parte das psicólogas, uma delas afirma que “*eu não preciso confiar no paciente*” mas sim em sua disponibilidade e disposição para o tratamento - “*eu, enquanto psicóloga, preciso acreditar que o paciente vai estar lá porque meu tempo é precioso*”. A confiança então exerce sua função: “*sempre que você deposita confiança no paciente, cara, é uma outra relação. Se você confia nos medos, e nos piores medos dele, é outra relação*”. De fato, as pacientes percebem isso: “*jamais diminua o sentimento da outra pessoa que tá compartilhando isso com você, porque isso vai fazer quebrar o ciclo de confiança, então a pessoa já não vai mais compartilhar as coisas com você. Porque ela vai perceber que você tá diminuindo, você não tá dando o devido grau de importância pra esse sentimento. Então isso*

eu entendi também, não sei se os psicólogos aprendem isso na faculdade de Psicologia, a não diminuir. Mas eu gostava que ela [a psicóloga] tratava os meus problemas com a mesma intensidade”.

Embora as pacientes tenham falado da disponibilidade e citado os benefícios assim como a satisfação advindos de seus processos terapêuticos - *“hoje eu acho que todo mundo tinha que fazer terapia”*; *“eu largo meu marido mas não largo minha psicóloga [risos]”*, algumas relataram preconceitos que tinham com relação a psicoterapia antes do início do tratamento - *“eu achava que não era pra mim, que terapia era coisa de rico”*; *“eu achava que psicólogo era pra gente doida”* - que se dissiparam na experiência ainda que o preconceito de familiares de algumas das pacientes tenha permanecido - *“minha mãe falava que esse negócio de depressão, não precisa de terapia, sua terapia é Jesus, hoje ela fala menos isso mas ainda não aceita”*.

4. A psicoterapia do trabalho

Temas: O trabalho como questão para psicoterapia, o estado inicial, a (não) delimitação da queixa do trabalho, expectativas e realidade da psicoterapia do trabalho, desenvolvimento da psicoterapia do trabalho, relação com outros profissionais de saúde, resultados da psicoterapia do trabalho

Esta categoria descreve como queixas de trabalho são percebidas, recebidas e tratadas no processo psicoterapêutico de acordo com psicólogas e pacientes. As psicólogas relatam que queixas de trabalho são uma das razões mais comuns para a busca de psicoterapia, junto com problemas de relacionamentos conjugais e familiares e queixas sem foco específico. Pacientes e psicólogas concordam que problemas relacionais no trabalho são os conteúdos mais comuns das queixas de trabalho e relataram situações de abusos de poder no trabalho que, em alguns casos, chegaram a caracterizar assédio moral. Ambos grupos pontuaram que os abusos no trabalho geralmente estavam ligados a aspectos mais estruturais das relações de trabalho - hierarquização, rigidez na organização de trabalho, disputas de poder nas chefias - do que de conflitos interpessoais de fato. Como resultado das situações de abusos, ambos grupos identificaram impactos para a saúde física e psicológica das pacientes acompanhados de prejuízos a relações conjugais e familiares. Também relatou-se a emergência de desconfiança do trabalho e de si mesmo por parte das pacientes. De acordo com duas pacientes: *“eu só conseguia pensar que se eu me afastasse do trabalho, se eu adoecesse, eu*

ia ser demitida”, “eu não conseguia mais trabalhar, eu achava que ia ser tudo igual [assédio]”.

A psicoterapia surgiu como alternativa para lidar com os problemas do trabalho de três formas diferentes: a partir da consciência do mal-estar ligado ao trabalho por parte das pacientes, a partir do encaminhamento por outros profissionais de saúde e a partir da percepção das psicólogas nos casos que já acompanhavam ou que buscaram psicoterapia com queixa difusa de mal-estar, sem necessariamente medicalizar suas queixas. Entre as pacientes que identificaram relações entre trabalho e “*angústia*” ou não, buscar a psicoterapia ou levar essas queixas para a psicoterapia teve o objetivo de aplacar a angústia, “*a dor, o sofrimento*” e/ou lidar com as situações causadoras de angústia. Assim, parte do trabalho das psicólogas frente às queixas de trabalho consistiu em identificá-las, delimitando um foco sem necessariamente separar as dimensões psíquica e social - “*a gente foca, mas não tem como separar o que é a vida pessoal da de trabalho, é um continuum*”.

Ambos grupos descrevem similaridades com o processo da psicoterapia para outras queixas, considerando que não há diferenças no acolhimento da queixa, que foi recebida como legítima pelas psicólogas ainda que as pacientes, com auto-estima e auto-imagem deterioradas, duvidassem da legitimidade das próprias queixas - “*minha chefe falava que era problema no meu casamento, e eu ficava ‘será?’, eu não sei... será?*”. Porém para uma das psicólogas “*é igual [qualquer outra queixa], se me falar do trabalho a gente vai acolher aquilo e tratar aquilo, o que significa, o que está fazendo com você e o que você está fazendo com isso*”. Essa tendência entre psicólogas foi, principalmente, sustentada pela percepção negativa do mercado de trabalho obtida por meio de experiências profissionais das psicólogas - “*eu sei que o trabalho pode ser uma merda, eu já passei por coisas assim*”.

A conduta de psiquiatras foi citada por ambas, psicólogas e pacientes, para contrastar a abordagem das queixas de trabalho pela Psiquiatria e pela Psicologia. Uma das pacientes cita que, frente às suas queixas, a psiquiatra “*só sabia medicar, eu vivia dopada, teve um momento que eu tomava nove medicamentos. Toda vez que eu dizia que não tinha melhorado, ela aumentava a dose*”. Por outro lado, de acordo com as pacientes, a psicoterapia teve a função de “*refletir*”, “*repensar*”, “*questionar*” e “*ver as coisas de outra perspectiva*” a partir do diálogo estabelecido em uma “*relação de confiança*”. Do ponto de vista de uma das psicólogas, confiança se torna um elemento fundamental nesse contexto em que há poucos espaços na sociedade para tratar do mal-estar que emerge no trabalho: “*o paciente chega*

desconfiado do local de trabalho e reproduz isso no setting, e então o psicólogo tem que se atentar para ganhar a confiança do paciente por meio da escuta sem julgamentos”.

As psicólogas relatam que, para isso, buscam identificar características nocivas do trabalho das pacientes e características das pacientes dentro de um contexto mais amplo de relações de trabalho no Brasil para entender o significado e sentido do trabalho e do emprego para as pacientes. Para isso, usam procedimentos clínicos semelhantes de interpretação e questionamentos a partir da escuta do paciente, *“legitimando a vivência do paciente”* ao mesmo tempo que a construção de uma nova narrativa se faz possível. O objetivo é *“fortalecer o sujeito diante dessas vivências”* para que tenha *“autonomia para decidir sobre seu trabalho, não aceitar mais abusos ou se retirar daquele emprego”*. Embora parte das psicólogas reconheça a importância da psicoterapia individual, também abordam a tênue linha entre responsabilização e culpabilização que pode ser facilmente cruzada nesse tratamento, e afirmam que, em geral, as pacientes chegam se sentindo muito culpadas pelas violências que sofreram ou pelas suas insatisfações e faz parte do trabalho clínico desenvolver um entendimento de implicação dos sujeitos nas situações que vivem, reconhecendo potencialidades individuais para lidar com a situação sem legitimar o comportamento do agressor: *“o sujeito tem que entender que tem opções, mas que isso não significa que é culpado por ter sofrido as agressões”, “não pode culpar o indivíduo, mas também não dá pra favorecer o vitimismo”*. Nesse sentido, duas das pacientes mencionam a importância da forma como as psicólogas abordam suas questões, respeitando o tempo e espaço do paciente.

Em casos específicos, as psicólogas relataram a possibilidade de intervenção no trabalho por meio da emissão de documentos recomendando afastamento ou remoção do local de trabalho. Nesse contexto, pela primeira vez uma das psicólogas relata hesitação para atuar. O diálogo abaixo ilustra, brevemente, aspectos já abordados nesta categoria também:

“Psicóloga F: Eu já peguei pessoas que especificamente vieram por questões de trabalho. Por exemplo, a pessoa chegar relatando não conseguir mais ir ao trabalho porque está sofrendo assédio moral no trabalho, muito grande, e está em um nível de ansiedade terrível de não conseguir dormir, de não conseguir comer e começar a ter problemas dentro de casa (...). E chega em nível de desespero absurdo e chega no consultório com essa demanda específica, relatando que sente uma culpa enorme porque chegou ao ponto de agredir os filhos por causa do que acontecia no trabalho. E nesse sentido, além da gente precisar fazer todo um trabalho clínico, a gente precisa fazer uma intervenção mesmo, fazer uma solicitação de afastamento e de remoção do local de trabalho. Eu fiquei muito na dúvida nesse caso, mas fiz. Fiquei me perguntando se era isso [caso de intervenção no trabalho], será que...? Mas era.

Entrevistadora: Então você fez a intervenção no trabalho?

PF: Fiz, eu fiz. Fiquei na dúvida mas fiz.

E: Isso acabou se tornando um recurso clínico?

PF: Claro, com certeza. Eu preciso tentar (...) eu nem sabia se meu laudo ia ser aceito porque ela trabalhava em um órgão público, não sabia se ia ser levado em consideração, mas foi. E aí ela entrou e o chefe acolheu e deu certo. Essa mulher melhorou da água para o vinho, ela realmente estava sofrendo um assédio de uma supervisora que... claro que a gente pode discutir questões analítica aqui, o que é que essa supervisora trazia e blá blá blá, mas não é o caso, é uma coisa séria de boicote no trabalho mesmo, pesada. Toda a equipe também começou a fazer isso com ela. Foi um coisa horrível."

Por fim, o trabalho psicoterápico das queixas de trabalho foi considerado satisfatório pelas pacientes de forma unânime, levando-as a recomendar para "todas as questões da vida". Foi creditado ao trabalho clínico nesse contexto um percebido "crescimento pessoal" e um novo posicionamento nas relações de trabalho:

"Paciente A: Uma pena que a gente não tem esses acompanhamentos no trabalho. Porque ia ajudar muito a gente também.

Entrevistadora: E você recomendaria terapia pra alguém que estivesse passando por situação de assédio ou uma situação dessas no trabalho?

PA: Com certeza. Até pra ajudar a construir uma solução. Ajudar a pensar assim... porque você tem os espaços no trabalho, é...as comissões de ética, né, espaços onde você pode é... relatar o que está acontecendo. Mas muitas vezes você não consegue chegar nesses espaços por todo o medo, por toda a culpa. E eu acho que na terapia, ela te fortalece pra você chegar nesse espaço. No meu caso não foi necessário porque as situações não foram... mas assim... eu hoje eu sei que hoje eu tenho mais condição de se for necessário chegar nesse espaço, eu chego. Eu chegaria. Tanto como não aconteceu lá atrás na minha história como estagiária. Porque eu poderia também ter levado isso para um superior, ou então num lugar que 'olha, isso aqui é assédio'. Mas eu também não fiz isso, como agora nos últimos anos eu também passei por tudo isso e segurei, segurei, segurei, antes de chegar a levar pra esse diretor. Que também não sei se ia resolver. Mas poderia ter levado. Mas foi o que me ajudou a também entender que eu tenho mais condição de, se um dia isso acontecer de novo, eu saber me defender e me posicionar.

E: Ter outra postura?

PA: Exatamente. Mas isso foi construído assim [com a psicóloga], não foi sozinha não, porque não sei se eu daria conta."

5. Abordagens

Temas: abordagens teóricas, abordagens técnicas, abordagens pessoais, relação entre abordagens, impactos para o tratamento, impactos para pacientes.

Esta categoria apresenta as abordagens teóricas, técnicas e pessoais das psicólogas às queixas de trabalho no contexto da psicoterapia individual a partir da perspectiva das próprias psicólogas e das pacientes. Descreve como essas abordagens se relacionam entre si para basear a atuação psicoterápica a partir das experiências de formação e no mercado do trabalho descrita nas duas categorias anteriores. Para as psicólogas, seus interesses por

questões sociais, as leituras em Ciências Sociais com inclinações sociohistóricas, os pressupostos epistêmicos da Psicanálise, as experiências de estágio supervisionado, a experiência clínica, a própria terapia e as experiências negativas no mercado de trabalho contribuíram para construir suas abordagens particulares às queixas de trabalho em psicoterapia, que reconhecem como distante da abordagem da Psicologia Organizacional e do Trabalho mas semelhante às suas atuações com queixas diversas enquanto psicólogas clínicas.

As psicólogas vinculadas à Psicanálise destacaram as obras *Mal-estar na civilização* e *Psicologia das Massas* de Freud como pontos de partida importantes para pensar as intersecções entre psíquico e social, assim como abordagens sócio-históricas da Sociologia que sustentam suas visões críticas ao trabalho no capitalismo neoliberal. As psicólogas, em sua abordagem teórica construída com elementos de Psicanálise e de visões sociohistóricas sobre trabalho e adoecimento mental, tenderam a se voltar para a contextualização dos sujeitos e de seus sofrimentos e angústias ao invés de diagnósticos, a partir do pressuposto de centralidade do discurso do paciente e da “*verdade do sujeito*”. Além do olhar social, as psicólogas relataram que essa visão social junto à abertura para a incerteza e vulnerabilidade são fundamentais, sendo essas manejadas a partir de pressupostos que atribuem à abordagem psicanalítica. O trecho a seguir ilustra como a abordagem teórica junto à auto-confiança sustenta intervenções no contexto do paciente caso seja necessário:

“Entrevistadora: E o que levou você a duvidar se era o caso de intervir no trabalho ou não?”

Psicóloga F: Eu ficava: “será que é um sintoma? Será que se eu entrar com um laudo solicitando uma... solicitando não, sugerindo uma remoção de setor e etc, ela não vai chegar lá no setor e repetir o mesmo problema?” E aí eu fiquei nessa por um tempo, óbvio que não fiz isso [emitir o documento] imediatamente. A gente ficou um tempo trabalhando isso, foi construindo uma narrativa e entendendo o que estava acontecendo. E aí eu falei pra mim mesma, depois que percebi a culpa e angústia dessa mulher, eu falei “não, eu vou fazer esse laudo”.

E: Foi um salto no escuro?

PF: Foi, mas eu pensei: ‘tem que ter uma tentativa, mas é só a posteriori que eu vou saber. Se isso for um sintoma, eu só vou ter como saber depois. E só depois é que vou poder trabalhar isso com ela de fato, se é um sintoma dela. É o après-coup, como já dizia Lacan.’

Posteriormente a psicóloga acima também ressaltou como sua experiência clínica também impactou a confiança nos pressupostos epistêmicos de sua abordagem teórica. De acordo com as psicólogas, uma vez que não buscam certeza diagnóstica, não há erros - tudo é

passível de manejo por via da relação da psicoterapia de forma que possíveis equívocos se tornam materiais que dizem mais a respeito do sintoma paciente - sua verdade - e da abordagem teórica do que da capacidade das psicólogas. Ao mesmo tempo em que esses pressupostos lhes conferem convicção em como proceder, também há críticas às teorias e rigidez, havendo consenso de que as teorias e técnicas devem ser usadas como meios a partir do reconhecimento da singularidade do paciente, havendo reflexividade sobre o lugar do psicólogo clínico em relação ao paciente e também ao mundo.

As percepções das pacientes sobre as psicólogas se voltam mais para as abordagens teóricas e técnicas das profissionais, descrevendo a “*postura ética*” no estabelecimento de uma relação de respeito e troca. À abordagem teórica é conferida grande importância nos resultados considerados satisfatórios pelas pacientes:

“Parece que a minha psicóloga é mais para Psicanálise. Eu não sabia o que era, não escolhi, me encaminharam na triagem lá na clínica. Mas acho que encaixou direitinho. Ela ouve muito, mas também fala. Faz umas perguntas... a da minha esposa é outra coisa, mais comportamental, pra ela funciona mas pra mim não acho que daria certo” (Paciente A)

Foram comuns queixas às terapias comportamentais, mas também houve reconhecimento sobre eficácia em termos de planejamento de ações para se inserir no mercado de trabalho por parte das pacientes que tiveram experiências com esse tipo de psicoterapia em algum momento.

Embora a maioria das percepções sobre as psicólogas e suas posturas se refira mais a características de adequação a uma esperada boa prática profissional, as pacientes também enfatizam, em menor proporção, características individuais de suas psicólogas: “*ela tem uma voz que me passa uma segurança*”, “*não conheço ela na vida pessoal dela, mas tenho certeza que ela é uma mulher muito forte só pelo jeito que ela fala*”, “*eu senti que era um profissional humano*”, “*ela é muito dedicada, não anota nada que eu falo e lembra coisas de três anos atrás*”. Essa combinação de características, profissionais e pessoais das psicólogas, para as pacientes, deve ser compatível com suas características - “*eu acho que deu muito certo, eu e minha psicóloga, eu me identifico com ela*”. Ainda a respeito da identificação, psicólogas também relataram a importância de se identificar em certo nível com as pacientes, lembrando-se de sua condição humana marcada por vulnerabilidades, como parte importante

para construir sua abordagem clínica - “o que me ajudou a perceber o adoecimento no trabalho dos pacientes foi o sofrimento do psicólogo [risos]”.

As pacientes também descrevem como, através de uma postura técnica que se dá a conhecer através do trabalho clínico, é possível a construção da confiança no processo terapêutico e no psicólogo:

“Porque se eu for pensar, parar pra pensar assim, poxa, 'será que numa mesa de bar a minha psicóloga compartilha os meus problemas?'. Eu jamais ia conseguir me abrir com ela. Então ter essa confiança de que dentro do consultório, meus problemas ficavam ali, me dava a liberdade pra tratar de assuntos muito doloridos, muito difíceis, pra outras pessoas eu jamais faria isso pelo medo justamente de compartilhar com outras pessoas. Então essa questão da confiança pra mim era muito importante”. (Paciente B)

Assim, por via das abordagens das psicólogas que não hierarquizaram, fragmentaram ou deslegitimaram as queixas de trabalho, e pelo respeito às normas profissionais de psicólogas como o sigilo, a psicoterapia se configurou como “espaço de confiança” para as pacientes.

DISCUSSÃO

Frente à escassez de olhares para as relações entre trabalho e adoecimento mental da Psicologia Organizacional e do Trabalho durante a educação formal - conforme visto nos estudos II e III, as psicólogas deste estudo ressaltaram a relevância de seus estudos de outras disciplinas baseados em inclinações pessoais para temas sociais assim como suas experiências de estágio clínico e experiências pessoais negativas no mesmo mercado de trabalho brasileiro “cruel” e “precário” do qual suas pacientes fazem parte. A atuação profissional da maioria, que reconhece a possibilidade da emergência de psicopatologias através da relação com o trabalho, se baseou em uma abordagem teórica fundada nos pressupostos epistêmicos da Psicanálise e nas contribuições das Ciências Sociais para o estudo das relações de trabalho.

Apesar do predomínio de psicólogas de abordagem psicanalítica, a crítica ao modelo biomédico de doença, à CID e ao DSM, foi unanimidade e as profissionais relataram a preferência por trabalhar dinâmicas - o sintoma, em seu significado psicanalítico ou não - de maneira contextualizada. Essa crítica pode ser relacionada, mais amplamente, à Reforma

Psiquiátrica no Brasil e suas consequências para o estabelecimento e regulação da atenção à saúde mental como parte do campo da Saúde Pública descrita como:

“A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (p.6, Brasil, 2005)

Com a participação de diversas áreas e disciplinas para estabelecer críticas de práticas asilares, emergiu em concomitância com a Reforma Sanitária nos anos 70 - essa última vinculada às rupturas epistemológicas que fundaram um campo de Saúde do Trabalhador no Brasil. Hipotetiza-se que a influência desses fatos históricos na formação em Psicologia Clínica no Brasil possa explicar o alinhamento da atuação das psicólogas entrevistadas com princípios da Saúde do Trabalhador e a crítica às atuações da Psicologia Organizacional, geralmente alinhada com a Saúde Ocupacional.

Esses pressupostos epistêmicos distintos dos da Medicina, tão caracterizada pela busca da certeza diagnóstica, assim como a importância dada às dinâmicas comunicativas para estabelecer relações de confiança com pacientes também revelou a aceitação da incerteza e da vulnerabilidade como recurso clínico, especialmente para as psicólogas de abordagem psicanalítica, e possibilitou o tratamento dessas pacientes que compartilharam experiências estranhamente familiares e familiarmente estranhas reconhecidas por uma espécie de consciência de classe construída através da reflexividade que fez as psicólogas refletirem constantemente seu lugar nas relações com as pacientes em um mundo em mudanças. Podemos dizer que o modelo de confiança construído a partir dessas abordagens pessoais das psicólogas autônomas institui a confiança como base do tratamento e modelo de governança dessa relação a partir da “vontade de confiar” - *will to trust* (Brown & Calnan, 2012).

O que foi comum na atuação dessas psicólogas ainda que em abordagens diferentes foi a (des)confiança em sistemas. A confiança nos sistemas que estabelecem as relações terapêuticas - e no caso da Psicanálise, como possibilidade de olhar o psíquico e o social em relação - junto à desconfiança nos sistemas psiquiátricos e dos que estabelecem as relações de trabalho no Brasil a partir do mundo da vida que os pacientes também habitam basearam a atuação profissional das psicólogas clínicas. Relacionaram-se ainda a essa (des)confiança de sistemas: a autoconfiança, a (des)confiança em psiquiatras e a confiança no paciente. Esse modelo de inter-relações de diferentes níveis de confiança por parte das psicólogas remete às proposições conceituais de Douglass e Calnan (2016) e empíricas de Gilson et al. (2005) e Brown e Calnan (2016) de que a confiança é relevante também para profissionais de saúde e impacta suas identidades profissionais pelo entrelaçamento (*lattice*) entre esses níveis de confiança.

Ressalta-se ainda que a ideia de confiança no paciente que emerge da (des)confiança em sistemas que pressupõe “*a verdade do sujeito*”, questiona sistemas sociais e econômicos e incorpora incertezas e vulnerabilidades assim como saltos de fé - *leap of faith* - na relação psicólogo-paciente e nos remete à função da confiança definida por Luhmann (1979):

“Trust is not concerned with knowing the essential truth, about a matter but with the success of the reduction of complexity, with the fact that the taking of the risk involved has proved itself in social life and thus becomes a motivating force, which yields further attestation. Trust is concerned with itself in so far as it is necessary to ensure its ability to extend the fulfilment of its function. And in this form it can absorb more uncertainty with less risk” (p.76)

Essa definição enfatiza as contribuições deste estudo para a compreensão das relações entre condições contextuais - contextos legais, médicos e sociopolíticos - e desdobramentos das dinâmicas relacionais entre profissionais de saúde e pacientes, reconhecendo a importância da análise de vulnerabilidades e incertezas também para a investigação de confiança de profissionais de saúde e não só de pacientes. A presente pesquisa também destacou o papel da confiança no estabelecimento de boas relações entre psicólogos e pacientes assim como sua influência em resultados positivos. Reiterou as pontes que a (des)confiança cria entre micro e macro níveis, facilitando a compreensão e tratamento das questões que emergem das intersecções entre psíquico e social.

Este estudo visou contribuir para o estudo em profundidade da confiança por parte de profissionais de saúde, tema constituído por uma lacuna empírica, assim como do reconhecimento das relações entre trabalho e psicopatologia na prática profissional de psicólogos clínicos, e seus resultados não podem ser generalizados. Em sua pequena escala, a principal limitação deste estudo é sua amostra constituída por psicólogas quase todas de mesma abordagem clínica formadas em um período específico e que se voluntariaram para este estudo a partir de divulgação que buscava pacientes e psicólogos que tinham experiência com queixas de trabalho em psicoterapia, o que pressupõe, de certa forma, o acolhimento desse tipo de queixa. Novos estudos com psicólogos de outras abordagens clínicas devem ser realizados a partir de chamados amplos para investigar o trabalho do psicólogo clínico. Para os estudos de confiança em contextos de saúde, este estudo permite refletir não só sobre a natureza da desconfiança, como também sua funcionalidade.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou as relações entre (des)confiança em sistemas e confiança interpessoal perpassadas por condições contextuais e dinâmicas relacionais possíveis a partir de especificidades teóricas e metodológicas que definem o campo da saúde mental no Brasil. São características do modelo de (des)confiança de psicólogas clínicas em queixas de trabalho em psicoterapia individual: 1) abordagens próprias que mesclam elementos teóricos da Psicanálise e das Ciências Sociais em contraponto a discursos hegemônicos da Psicologia Organizacional e do Trabalho sobre as relações entre trabalho e saúde - vinculado à confiança no sistema da Psicanálise ou da psicoterapia e na autoconfiança fomentada por suas experiências clínicas, 2) elementos técnicos estabelecido por normas regulatórias da prática clínica da Psicologia como o sigilo - confiança no sistema que regula a profissão; e 3) elementos pessoais baseados em experiências negativas no mercado de trabalho - desconfiança dos sistemas que sustentam as relações de trabalho no Brasil. Esses dados trazem perspectivas sobre funcionalidades da desconfiança que não foram exploradas anteriormente na literatura. Conclui-se que a atuação profissional das psicólogas entrevistadas se alinhou mais aos estudos em Saúde do Trabalhador que da perspectiva de Saúde Ocupacional que caracteriza a visão da Psicologia, predominantemente Organizacional, das intervenções em saúde mental do trabalhador.

IV. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA DO TRABALHO PARA A PSICOLOGIA

*“Allons! the road is before us!
It is safe - I have tried it - my own feet have tried it well - be not detain'd!*

*Let the paper remain on the desk unwritten, and the book on the shelf unopen'd!
Let the tools remain in the workshop! let the money remain unearn'd!
Let the school stand! mind not the cry of the teacher!
Let the preacher preach in his pulpit! let the lawyer plead in the court, and
the judge expound the law.*

*Camerado, I give you my hand!
I give you my love more precious than money,
I give you myself before preaching or law;
Will you give me yourself? will you come travel with me?
Shall we stick by each other as long as we live?”
Walt Whitman*

A literatura em Psicologia voltada para a formação em saúde do trabalhador tem criticado o “clanicismo” dos cursos de Psicologia no Brasil, atribuindo a ele as subseqüentes dificuldades na atuação em saúde do trabalhador por parte de psicólogos organizacionais (Zanelli, 2012). A pouca atenção dada à Psicologia para o tema na teoria e na prática durante a formação, conforme abordado nos estudos II e III, coaduna com achados de estudos anteriores. No entanto, este estudo indicou que uma abordagem clínica junto a abordagens sociohistóricas praticada a partir de - e com - uma postura reflexiva através de uma relação de confiança baseada em processos comunicativos possibilita não só o reconhecimento das relações entre trabalho e adoecimento mental, como também intervenções consideradas satisfatórias pelas trabalhadoras que levaram queixas de trabalho para psicoterapia individual. Logo, hipotetiza-se que as dificuldades de atuação para a saúde do trabalhador mencionadas em estudos com psicólogos organizacionais não se situam especificamente no “clanicismo” mas na indefinição conceitual de saúde do trabalhador enquanto objeto e às tendências da Psicologia Organizacional de se alinhar mais à Saúde Ocupacional que à Saúde do Trabalhador. Assim, enquanto a passagem do interesse pela doença para o interesse pela saúde vem de uma tradição de rupturas políticas e epistemológicas - mesmo ontológicas - que refletem a crítica à medicalização e modelos biomédicos de patologias para compreender as psicopatologias, a apropriação do termo sem consciência de sua história e antagonismos que

suscita acabou relegando a compreensão das relações entre trabalho e psicopatologia (ou qualquer coisa identificada como negativa) à marginalidade.

Nessa marginalidade, a abolição do estigmatizante termo “doença mental” e a opção por uma compreensão de *psicopathologias* - com “h”, nos remetendo à sua etimologia - tem se sustentado, teoricamente, na obra freudiana “Mal-Estar na Civilização” em que o autor esboça costuras entre sua teoria de sujeito e uma teoria social, como citaram algumas das psicólogas entrevistadas. Também tem se apoiado em críticas à medicalização e modelos biomédicos, conforme pressuposto na Reforma Psiquiátrica. Nesse âmbito, mesmo que em formações com foco clínico, essas psicólogas foram capazes de compreender intersecções entre as duas dimensões, realizando atualizações dessa concepção sistematizada pioneiramente por Freud. Em termos gerais, suas abordagens se assemelhavam aos pressupostos da Psicopatologia Clínica do Trabalho proposta por Mendes (2018).

Em termos práticos, os vínculos empregatícios também podem se relacionar com a dificuldade de atuação voltada para saúde do trabalhador de psicólogos organizacionais expressa na literatura, uma vez que o trabalho autônomo das psicólogas clínicas assim como outras experiências de mercado de trabalho se relacionaram com um senso de identificação com as pacientes e suas angústias advindas do trabalho que permitiu a elaboração de críticas aos modos de gestão sem que, necessariamente, se sentissem ameaçadas de demissão, medo comum de pacientes com queixas de trabalho associado ao silêncio frente aos abusos no trabalho. Assim, a (des)confiança desse sistema de trabalho foi estruturante da escuta e da fala de psicólogas e pacientes. As psicólogas relataram ainda inconformidade com *“dois tipos de conformismo [identificados por Freud] que poderiam atrapalhar o processo analítico: o furor sanandi médico por um lado, e a moralização religiosa normatizante, por outro”*, como relembrou Vivès (2019) ao abordar a ética da psicanálise. Assim, na dimensão prática do trabalho das psicólogas podemos afirmar que só a Psicanálise, enquanto teoria ou método, não foi suficiente.

Essa hipótese sobre a prática só pôde emergir ao analisar a relação psicólogo-paciente através da conceitualização sociológica de confiança. A partir dela pôde-se investigar também interesses e forças contextuais que atuam implícita e explicitamente na relação psicólogo-paciente, revelando a relevância de aspectos históricos e sociais da construção da saúde do trabalhador enquanto objeto de estudo para a Psicologia, assim como nas maneiras como são usados. Essa análise apontou a (des)confiança de sistemas, principalmente a

desconfiança dos sistemas que sustentam as relações de trabalho no Brasil, como relevante para o reconhecimento das relações entre trabalho e psicopatologia. As críticas ao modelo de trabalho assalariado capitalista neoliberal aliadas à possibilidade de trabalho autônomo formam uma possibilidade de atuação que não é possível para psicólogos organizacionais - restritos na atuação voltada para a saúde do trabalhador em função dos interesses da empresa (Heloani & Capitão, 2003).

Da desconfiança das psicólogas emergiu uma espécie de consciência de classe que, na concepção de uma delas, as distanciava da Psicologia Organizacional não só em termos teóricos e técnicos, mas também políticos - *“depois que eu terminei um ano de práticas [na Psicologia Organizacional] que também levou muito da minha saúde mental junto, eu falei: ‘é isso aí, não vai rolar. Eu sou ‘comuna’ mesmo e não vai rolar Psicologia Organizacional mesmo!’*”. Ao mesmo tempo que as distanciava de uma visão de Saúde Ocupacional, geralmente mais associada ao aumento da produtividade como objetivo ou diminuição do absenteísmo, essa desconfiança também as aproximou das pacientes marcadas pela desconfiança das relações de trabalho após vivências de violência moral no trabalho, conectando dimensões políticas e psíquicas através da clínica, como proposto por Périlleux (2013) e Mendes (2018).

Quando o assunto é lidar com trabalhadores e as *psicopatologias* que emergem no trabalho assalariado no capitalismo neoliberal brasileiro, colonizado e colonizante, este trabalho conclui que é melhor ser um psicólogo clínico com um “Mal-estar na civilização” e críticas aos contextos de trabalho e à medicalização na mão que várias abordagens antagônicas de Saúde Ocupacional em um emprego em empresa voando. Chistes à parte, este trabalho permitiu identificar a importância não só de sistemas como também de mundos da vida para o estabelecimento de relações de confiança e, conseqüentemente, para um trabalho que atenda a trabalhadores e seus interesses frente a abusos de gestões autoritárias ao invés de buscar soluções de compromisso pelo uso de abordagens teóricas embasadas em razão instrumental ou pelo uso instrumental de abordagens fundamentadas em razão crítica. Assim, esta tese não propõe soluções ou receitas para atender aos trabalhadores em psicoterapia, mas reclama a atenção às psicopatologias de forma contextualizada e crítica por meio da Psicopatologia Clínica do Trabalho como uma possibilidade teórica e metodológica adequada para pensar e agir frente à realidade do trabalhador brasileiro.

REFERÊNCIAS

- Aguirre, A. M. B., Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E. C., Carmo, H. M. S. & Santiago, M. D. E. (2000). A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. *Psicologia USP*, 11(1), 49-62.
- Alves, N. C. R. (2015). *A construção sociopolítica dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho*. 495 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. In: M. Augé & C. Herzlich (Eds.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- Barber, B. (1983). *The Logic and Limits of Trust*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, A. V. B. & Gomes, W. B. (2012). Polaridades conceituais e tensões teóricas no campo da Psicologia: o falso paradoxo indivíduo/coletividade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 662-673.
- Bastos, A.V. B.; Gomide, P. I. C. (1989). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicol. cienc. prof.*, 9(1), 6-15.
- Bastos, A. V. B; Gondim & Borges-Andrade, J. E. (2010). As mudanças no exercício profissional da psicologia no Brasil: o que se alterou nas duas últimas décadas e o que

vislumbramos a partir de agora? In A. V. Bastos; S. M. Gondim. *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; Bookman.

Bernardo, M. H. et al. Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 8-11.

Bessa, H. (1992). 30 anos de regulamentação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 12(2), 4-9.

Bettoi, W., & Simão, L. M. (2002). Entrevistas com profissionais como atividade de ensino-aprendizagem desejável na formação do psicólogo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 613-624.

Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

Brasil (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/doencas-relacionadas-trabalho-manual-procedimentos-os-servicos-saude>

Brasil (2004). Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Parecer CES/CNE 62/2004, homologação publicada no DOU 12/04/2004, Seção 1, p. 15. Resolução CES/CNE 08/2004, publicada no DOU 18/05/2004, Seção 1, p. 16.

Brasil (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

- Brown, P. and Calnan, M. (2012) *Trusting on the Edge: Managing Uncertainty and Vulnerability in the Midst of Serious Mental Health*. Bristol: Policy Press.
- Brown, P. and Calnan, M. (2016) Chains of (dis) trust: Exploring the underpinnings of knowledge-sharing and quality care across mental health services. *Sociology of Health & Illness*, 38(2): 286–305.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2008). *Trust matters in healthcare*. Maidenhead: Open University Press.
- Camargo, D.A. & Neves, S.N.H. (2004). Transtornos mentais, saúde mental e trabalho. In Guimarães, L.A.M.; Grubits, S. (Eds.). *Saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, V.3, p. 23-40.
- Carneiro, V. T. (2006). *Tornando-se Clínico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.
- Conselho Federal de Psicologia (2012). Documento do CFP sobre a Formação de Psicólogas e Psicólogos. Acessado em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Documeto-do-CFP-sobre-a-Formação-de-Psicólogas-e-Psicologos.pdf>
- Chaves, A. M. (1992). 30 anos de regulamentação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 12(2), 4-9.
- Coelho-Lima, F.; Bendassoli, P.F. & Yamamoto, O.H. (2014). Características da Psicologia do Trabalho e das Organizações na formação do psicólogo no Brasil. *Psico*, Porto Alegre, 45(4), 445-53.

- Costa, A. L. F., Amorim, K. M. O., & Costa, J. P. (2010). Profissão de psicólogo no Brasil: análise da produção científica em artigos. In O. H. Yamamoto & A. L. F. Costa (Orgs.), *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil* (pp. 31-58). Natal: EDUFRN.
- Cury, B. M.; Barbosa, C. D. O.; Cardoso, G. de S.; Silva, P. A. (2018). Cultura Profissional do psicólogo no Brasil. *Revista UniScientiae*, 1(2), 117-128.
- Dejours, C. (1992). *Travail: Usure Mental* (reedition). Paris.
- Deusdedit Junior, M. (2014). *O papel do trabalho na redução da distância entre os serviços da saúde mental e da saúde do trabalhador*. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Douglass, T., Calnan, M.W. (2016). Trust Matters for Doctors? Towards an Agenda for Research. *Social Theory and Health*, 14 (4), 393-413. doi:10.1057/s41285-016-0010-5
- Eidelwein, K. (2005). A psicologia em projetos sociais de educação e trabalho. *Psicol. Soc.*, 17(3), 62-66.
- Fairman, C. J. S. (2012). *Saúde do Trabalhador*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, M. A.; Maciel, H. M. O. (2015). Psicologia e promoção da saúde do trabalhador: estudo sobre as práticas de psicólogos no Ceará. *Psicologia Argumento*, 33(81), 266-281.

- Ferreira Neto, J. L., & Penna, L. M. D. (2006). Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 381-390.
- Ferreira, M. A. (2007). *Psicologia, trabalho e saúde: um estudo sobre a atuação dos psicólogos no campo da saúde do trabalhador* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Fortaleza, Fortaleza.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Gilson, L., Palmer, N. and Schneider, H. (2005) Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine*, 61, 1418–1429.
- Gondim, S. M. G.; Bastos, A. V. B.; & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In A. V. Bastos; S. M. Gondim. *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; Bookman.
- Hall, M., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. (2002). Trust in physicians and medical institutions. Does it matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639.
- Heloani, J. R.; Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *Perspec.*, 17(2), 102-108.
- Jacques, M. G. (2007). O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 112-119.

- Jalava, J. 2006. *Trust as a Decision. The Problems and Functions of Trust in Luhmannian Systems Theory*. University of Helsinki, 58–59.
- Japur, M., & Guanaes, C. (1999). A percepção de alunos e professores sobre a motivação, como mediadora do processo de formação em Psicologia. *Psico*, 30 (2).
- Keppler, I. L.S. & Yamamoto, O. H. (2016). Psicólogos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 16(1), 48-60.
- Lacaz, F. A. C (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(4).
- Lane, C. & Bachmann, R. (1998). *Trust Within and between organizations*. Oxford: Oxford University Press.
- Last, J.M. (1995). *A dictionary of epidemiology*. 3 Ed. Oxford: Oxford University Press.
- Leite, L. P., Silva, A. M., Mennocchi, L. M. & Capellini, V. L. M. F. (2011). A adequação curricular como facilitadora da educação inclusiva. *Psicol. educ.*, 32, 89-111.
- Lhullier, L. A., & Roslindo, J. J. (2013). As psicólogas brasileiras: Levantando a ponta do véu. In L. A. Lhullier (org), *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho*. Brasília: CFP.
- Lisboa, F. S., & Barbosa, A. J .G. (2009). Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 718-737.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. Chichester: Wiley.
- Luhmann, N. (1988) 'Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives'. In D. Gambetta (ed.): *Trust: Making and Breaking of Cooperative Relations*. Oxford: Blackwell, 94-107.

- Malvezzi, S. A (1990). Atuação do psicólogo do trabalho nas organizações. *Psicol. cienc. prof.*, 10(1), 5.
- Matsumoto, L.K.; Fairman, C.J.S. (2014). Saúde mental e trabalho: um levantamento da literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). *Saúde, Ética e Justiça*, 19(1), 1-11.
- Mendes, A. M. e Araújo, K. R. (2011). *Clínica da psicodinâmica do Trabalho: práticas brasileiras*. Brasília: ExLibris.
- Mendes, A. M. e Araújo, K. R. (2012). *Clínica da psicodinâmica do Trabalho: O Sujeito em Ação*. Curitiba: Juruá
- Mendes, R. (1980). *Medicina do Trabalho: doenças profissionais*. São Paulo: Sarvier.
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Mendes, A. M. (2018). *Desejar, Falar, trabalhar*. Porto Alegre: Editora FI.
- Merlo, A. R. C. e Mendes, A. M.(2009). Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(2), 141-156.
- Merlo, A. R. C.; Jacques, M. G. C.; Hoefel, M. G. L. (2001). Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. *Psicol. Reflex. Crit.*, 14(1), 253-258.
- Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S. M. F (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, 13(2).

Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S. M. F. (2003). Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1).

Möllering, G. (2001). The Nature of Trust: From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension. *Sociology*, 35(2), 403-420.

Möllering, G. (2006). *Trust: Reason, routine, reflexivity*. Oxford: Elsevier.

Möllering, G. (2005). The Trust/Control Duality: An Integrative Perspective on Positive Expectations of Others. *International Sociology*, 20(3), 283-305.

doi:10.1177/0268580905055478

Neufeld, C. B., & Carvalho, A. V. (2017). Clinical Psychology therapy in Latin America. In S. G. Hofmann (Ed.). *Clinical Psychology: A Global Perspective* (pp. 121-137). New Jersey: Wiley-Blackwell.

Neufeld, C., Carvalho, A., Ohno, P., Teodoro, M., Szupszynski, K., Lisboa, C., Carvalho, M., Almeida, N., Barletta, J., Barbosa, L., Monteiro, Y., Donato, I., Araújo, D., Hayasida, N., Busetto, T., Perez, N., Silva, N., Galdino, M., Araújo, N., Filho, M., Khoury, H., Marquezan, R., Penido, M., Hartmann, R., & Nóbrega, N. (2018). Terapia Cognitivo-Comportamental nos cursos de graduação em Psicologia: Um mapeamento nacional. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 20(1), 86-97.
<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i1.1139>

Oliveira, O. V. & Destro, D. S. (2005). Política curricular como política cultural: uma abordagem metodológica de pesquisa. *Revista Brasileira de Educação*, 28, 140-151.

- Oliveira, L. P.; Silva, F. H. M.; Sticca, M. G. (2018). Revisão sistemática da produção acadêmica em Psicologia do Trabalho no Brasil. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, 18(2), 354-363.
- Paparelli, R., Sato, L., & Oliveira, F. (2011). A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 118-127.
- Périlleux, T. (2013). O trabalho e os destinos políticos do sofrimento. Em Merlo, A. R. C.; Mendes, A. M; Moraes, R. D. (org.) *O Sujeito no Trabalho: Entre a saúde e a patologia*. Curitiba: Juruá.
- Pilgrim, D., Tomasini, F. and Vassilev, I. (2011) *Examining Trust in Health Care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pires, F. V. (2009). *Identidade, papel e significado do trabalho de psicólogo em organizações privadas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pires, L. H. S. (2008). *Formação do psicólogo: perspectivas de alunos de um curso de graduação*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Ribeiro, S.L.; Luzio, C.A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicol. Rev.*, 14(2), 203-208.

- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C. & Goulart Júnior, E. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 623-633.
- Rogers, W. A. (2002). Is there a moral duty for doctors to trust patients? *Journal of Medical Ethics*, 28(2), 77-80. doi: 10.1136/jme.28.2.77
- Santos, L. C. et al. (2010). Psicologia e profissão: neurose profissional e a atuação do psicólogo organizacional frente à questão. *Psicol. cienc. prof.*, 30(2), 248-261.
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 62-76.
- Seligmann-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M. & Kato, M. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 187-191.
- Siano, A. K., Ribeiro, L.C. & Ribeiro, M. S. (2010). Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 131-138.
- Silva, C. A. & Yamamoto, O. H. (2013). As políticas sociais na formação graduada do psicólogo no Piauí. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 824-839.
- Simmel, G. (1950). *The Sociology of Georg Simmel*. New York: Free Press.

- Siqueira, Anna Carolina Arena, & Couto, Márcia Thereza. (2013). As LER/DORT no contexto do encontro simbólico entre pacientes e médicos peritos do INSS/SP. *Saúde e Sociedade, 22*(3), 714-726.
- Spink, M. J. (2009). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, Saberes e Sentidos*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Thom, D. H., Wong, T. S., Guzman, D., Wu, A., Penko, J., Miaskowski, C., & Kushel, M. (2011). Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *Annals of Family Medicine, 9*(2), 148-154. doi: 10.1370/afm.1224.
- Velden, H. F. V. & Leite, L. P. (2013). Método de pesquisa da temática deficiência nos currículos de psicologia. *Psicologia em Estudo, 18*(3), 497-507.
- Vieira, F. O. (2004). “Quem vê cara, não vê coração”: aspectos discursivos e eufemísticos da sedução organizacional que disfarçam violência e sofrimento no trabalho. *Revista Economia & Gestão, 14*(36), 194-220.
- Vivès, J. M. (2019). Il n’y avait pas d’autre choix possible: conformisme, conformité et confirmation - une approche psychanalytique du devenir-desistant ou du devenir-persistent. *Psicanálise & Barroco em revista, 17*(3), 31-48.
- Ward, P.R.; Rokkas, P.; Cenko, C.; Pulvirenti, M.; Dean, N.; Carney, S.; Brown, P.; Meyer, S. (2015). A qualitative study of patient (dis)trust in public and private hospitals: the importance of choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia. *BMC Health Services Research, 15*[297]. doi:10.1186/s12913-015-0967-0

Wilk, A. S., & Platt, J. E. (2016). Measuring physicians' trust: a scoping review with implications for public policy. *Social Science & Medicine*, 165, 75-81.
doi:10.1016/j.socscimed.2016.07.039

Yamamoto, O., & Cunha, I. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 11(2), 345-362.

Zanelli, J.C. (2012). Formação profissional e atividades de trabalho dos psicólogos nas organizações: proposições alternativas de análise na perspectiva de sistemas. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 11(1), 41-49.