



Universidade Federal de Uberlândia
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Andressa Fonseca Felice de Oliveira

Tecendo diálogos entre Saúde do Trabalhador e Construcionismo Social

Uberlândia
2022

Andressa Fonseca Felice de Oliveira

Tecendo diálogos entre Saúde do Trabalhador e Construcionismo Social

Relatório de defesa de dissertação apresentado
ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia
— Mestrado, do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maristela de Souza Pereira

Uberlândia

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

O48
2022

Oliveira, Andressa Fonseca Felice de, 1993-
Tecendo diálogos entre Saúde do Trabalhador e
Construcionismo Social [recurso eletrônico] / Andressa
Fonseca Felice de Oliveira. - 2022.

Orientadora: Maristela de Souza Pereira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.637>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Psicologia. I. Pereira, Maristela de Souza, 1975-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 417, PPGPSI				
Data:	Vinte e seis de outubro de dois mil e vinte e dois	Hora de início:	9:00	Hora de encerramento:	11:30
Matrícula do Discente:	12012PSI002				
Nome do Discente:	Andressa Fonseca Felice de Oliveira				
Título do Trabalho:	Tecendo diálogos entre Saúde do Trabalhador e Construcionismo Social				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Capitalismo, trabalho e processos de saúde: intersecções a partir da Psicologia Social				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Márcia Espanhol Bernardo - USP; Emerson Fernando Rasera - UFU; Maristela de Souza Pereira, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Márcia Espanhol Bernardo participou da cidade de Campinas - SP, o Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera, a Prof.^a Dr.^a Maristela de Souza Pereira e a discente participaram desde a cidade de Uberlândia - MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr.^a Maristela de Souza Pereira apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Maristela de Souza Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/10/2022, às 13:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Emerson Fernando Rasesa, Professor(a) do Magistério Superior**, em 30/10/2022, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Hespanhol Bernardo, Usuário Externo**, em 31/10/2022, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4029396** e o código CRC **F3828B86**.

Andressa Fonseca Felice de Oliveira

Tecendo diálogos entre Saúde do Trabalhador e Construcionismo Social

Relatório de defesa de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela de Souza Pereira

Banca Examinadora

Uberlândia, 26 de outubro de 2022.

Profa. Dra. Maristela de Souza Pereira (Orientadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Emerson Fernando Rases (Examinador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Marcia Espanhol Bernardo (Examinadora)

Universidade de São Paulo – São Paulo, SP

Profa. Dra. Lucianne Sant’Anna de Menezes (Examinadora suplente)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Pedro Pablo Sampaio Martins (Examinador suplente externo)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA - 2022

À minha amada avó,
Beatriz Helena Fonseca de Carvalho Felice (in memoriam),
que tanto me ensinou sobre escuta genuína e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, a professora Dra. Maristela de Souza Pereira por sua paciência, orientação e companheirismo durante toda a trajetória do mestrado.

À meus pais amados, Erika Fonseca de Carvalho Felice Oliveira e Fausto Alves de Oliveira e meus irmãos, Gabriela Fonseca Felice de Oliveira e Matheus Fonseca Felice de Oliveira, pelas palavras de incentivo e apoio incondicional.

Aos meus amigos de vida e colegas de profissão: Ana Flávia Manfrim, Angela Vinhal, Flaviana Naves, Lara Martins, Mariana Arantes, Pedro Martins, Neftali Centurion, Ingrid Boaventura e Ana Carolina Oliveira, por suportarem minhas ausências, por me inspirarem e me ensinarem tanto sempre.

SUMÁRIO

Introdução.....	8
ARTIGO 1 : Construcionismo Social e Saúde do Trabalhador: contribuições para a prática clínica.....	13
1. Apresentando o campo Saúde do Trabalhador.....	15
2. Apresentando o Construcionismo Social.....	18
3. Tecendo algumas aproximações.....	21
3.1. A importância da compreensão do sujeito como histórico e socialmente situado.....	22
3.2. Trabalho e identidade: a constituição do sujeito na relação com o mundo social.....	24
3.3. A linguagem e as práticas sociais como permanentes construtoras da realidade: a produção de efeitos sobre os sujeitos.....	27
3.4 O cliente e o trabalhador enquanto especialistas: autonomia em saúde, valorização de saberes e reconhecimento de si como ser situado.....	30
Concluindo.....	32
Referência.....	34
ARTIGO 2: Aportes da SMRT para terapeutas colaborativos: o trabalho e a clínica construcionista.....	39
Perspectivas sobre a relação entre saúde mental e trabalho.....	42
A Terapia Colaborativa no âmbito do Construcionismo Social.....	46
Situação Clínica 1: Impactos da organização do trabalho.....	51
Situação Clínica 2: Identificando o Assédio Moral.....	54
Situação Clínica 3: A vivência do desemprego.....	56
Situação Clínica 4: As noções de sucesso, felicidade e realização.....	57
Conclusão.....	59
Referências.....	60
Considerações Finais.....	67
Anexo 1: Comprovante de submissão do artigo.....	70

INTRODUÇÃO

Ao longo da minha graduação em Psicologia, tive duas experiências especialmente revolucionárias em minha trajetória. Aqui, uso o termo “experiência” em referência à Bondía (2002), que descreve a experiência com algo que nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma, que tem a capacidade de formação ou de transformação, que é uma paixão. É essa a caracterização que melhor descreve meu encontro com a Saúde do Trabalhador (S.T) e com o movimento Construcionista Social (CS) e é sobre isso que conto a seguir.

Foi através do estágio obrigatório em clínica entre 2015 e 2016, orientado pela professora Dra. Maristela de Souza Pereira, que pude conhecer o campo Saúde do Trabalhador. Neste estágio, em articulação com o CEREST e o programa de Reabilitação Profissional do INSS realizamos a promoção de diferentes grupos de escuta e acolhimento com trabalhadores. Seguidamente, tive a oportunidade de participar de um projeto de extensão com o atendimento em grupo de trabalhadores que haviam sofrido um acidente coletivo de trabalho e também da escrita do Trabalho de Conclusão de Curso voltado à compreensão de agressões vindas de clientes sofridas por trabalhadores no exercício de seu trabalho. Foram, nesses espaços, mediados pela profa. Maristela, que vivi a oportunidade de conhecer uma prática atenta e engajada à mudança social, considerando os recortes de classe e, de forma reflexiva, considerando os efeitos das intervenções psicológicas individual e coletivamente. Simultaneamente, participei de um projeto de extensão (PEIC) entre 2015 e 2017, coordenado pela professora Dra. Paula Cristina Medeiros Rezende, nomeado “Parangolé: Brincando com Arte”. O projeto se propunha a realizar projetos de intervenção que garantam a brincadeira como alavanca de desenvolvimento infantil; desenvolver oficinas de literatura, desenho,

música, teatro, pintura, dança e oferecer acesso à fruição e produção cultural no espaço da Brinquedoteca, alocada no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesse espaço, tive minha segunda experiência transformadora durante a graduação: meu encontro com o movimento Construcionista Social, em que também descobri uma psicologia que propõe um olhar curioso, um ouvido generoso e não patologizante sobre o outro. Essa descoberta me levou a realizar o estágio profissionalizante na ênfase de Psicologia Escolar e Educacional entre 2016 e 2017, especificamente no campo da Psicologia Escolar Crítica, ainda orientada pela professora Paula, que se caracterizou pela avaliação psicoeducacional de crianças encaminhadas com queixas escolares para a Clínica de Psicologia (CLIPS) da UFU, sendo as práticas realizadas também baseadas na perspectiva do Construcionismo Social, questionando discursos estigmatizantes e culpabilizadores do sujeito e propondo uma mudança nos processos tradicionais de avaliação e diagnóstico.

E então, em 2017, já entusiasmada pelos efeitos da postura construcionista na prática clínica, participei do curso Construcionismo Social na Prática, financiado pelo Taos Institute, ministrado pelo Dr. Pedro Pablo. S. Martins e pela psicóloga Marina Arantes Silva. Nesse curso, tive contato com as origens do movimento construcionista, com a Terapia Narrativa de Michael White e David Epston, com os processos reflexivos propostos por Tom Andersen e com a abordagem colaborativa de Harlene Anderson. Percebi como as propostas construcionistas não são mecânicas, e como seu foco no significado, no relacionamento, no dialogismo e nas potencialidades incentivam a criatividade dos terapeutas em suas práticas.

Ao final da graduação, a convicção de que o campo Saúde do Trabalhador oportuniza uma prática coerente com meus ideais, me levou a buscar o Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde e Trabalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), que é subsidiado pelo Programa de Bolsas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ali, atendi trabalhadores do hospital no Serviço

Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e trabalhadores externos ao hospital, encaminhados ao Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do HC, em um ambulatório especializado no atendimento de pacientes cujo adoecimento relaciona-se ao trabalho.

Desde o fim da especialização, me dediquei à clínica particular, atuando como terapeuta, atendendo adolescentes e adultos. Não foi surpresa constatar que, mesmo nos contornos existentes nessa modalidade de atendimento (que recebe, principalmente, pessoas integrantes da classe média), as queixas relacionadas ao trabalho ainda são frequentemente presentes. Assim, tenho refletido sobre como a Saúde do Trabalhador, que nasce em meio à Saúde Coletiva, me auxilia na prática cotidiana da clínica individual e particular. Nesse caminho, também tenho buscado possíveis recursos terapêuticos que me auxiliem a olhar e intervir nessas e em outras demandas. Nesse sentido, o Construcionismo Social tem me oferecido infinitas possibilidades de atuação, me convidando, assim como a S.T, à uma postura dialógica, colaborativa e de valorização do saber do outro. Assim, esse movimento e campo, me apresentaram, cada um à sua forma, uma psicologia em que eu acredito: uma psicologia extremamente atenta aos efeitos das construções de mundo que produzimos em nossos encontros com o outro, reflexiva e crítica aos discursos dominantes. Ao longo da minha formação acadêmica, estes não foram campos que se encontram, não houve espaço para um diálogo entre eles. Circulei entre espaços paralelos, que não se conectaram. Mas percebo, desde a graduação e agora, em minha prática clínica, que são conhecimentos que me atravessam, que influenciam grandemente meu fazer profissional e que se entrelaçam em mim. Então, a ideia dessa pesquisa surge quase como uma necessidade de apresentar dois amigos muito queridos. São amigos e companheiros que fazem diferença em minha vida e em meu fazer enquanto psicóloga, mas não mantêm relações, habitualmente. Sempre me questioneei quais seriam os efeitos dessa relação, de um encontro entre eles. Apostei no início,

de maneira mais específica, na postura construcionista como recurso potente para as práticas atentas à Saúde do Trabalhador.

Desta forma, este trabalho se relaciona a esta empreitada: construir um espaço comum para que esse movimento e esse campo possam dialogar e existir juntos, colocando em movimento uma psicologia crítica e reflexiva.

Até o momento da Qualificação, o trabalho vinha sendo desenvolvido na direção de delinear aproximações teóricas entre Construcionismo Social e Saúde do Trabalhador, buscando um diálogo entre essas duas perspectivas, considerando tanto as possibilidades de aproximação entre seus conceitos e propostas centrais, como a compreensão sobre as tensões teóricas e epistemológicas que possam se fazer presentes nesse movimento de avizinhamiento. Como objetivos mais específicos estavam: explicitar as possíveis simetrias; e investigar a saúde do trabalhador como um campo possível para a aplicação do construcionismo na qualidade de ferramenta teórica para a compreensão dos conflitos relacionados ao trabalho, sistematizar/organizar as contribuições práticas que o construcionismo pode oferecer à saúde do trabalhador e analisar as possíveis tensões existentes

Porém, os apontamentos da banca nos auxiliaram a compreender que os objetivos da pesquisa estavam muito amplos e nos auxiliaram a encontrar uma nova direção de pesquisa que fosse mais adequada ao nosso tempo e recursos disponíveis. De forma que, o projeto inicial e o projeto de qualificação passaram por uma considerável mudança e seguimos com a escolha de desenvolver dois artigos distintos, no lugar de uma dissertação.

O primeiro artigo, que já havia sido escrito, alinhava-se à proposta de delinear aproximações teóricas entre Construcionismo Social e Saúde do Trabalhador, apontando algumas contribuições para a prática clínica, ao reconhecer o C.S. como um aporte teórico-metodológico que oferece recursos relacionais de intervenção que podem ser aliados nas práticas de atenção do psicólogo à saúde na relação com o trabalho. O segundo artigo faz

o movimento contrário e trabalha com recortes mais específicos, apresentando possíveis contribuições que as discussões do campo Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (subcampo da Saúde do Trabalhador) podem oferecer aos terapeutas colaborativos (uma perspectiva clínica associada ao Construcionismo Social), buscando sensibilizar esses terapeutas quanto a essa temática e ampliar os entendimentos construídos nas clínicas individuais, convidando o social para a conversa.

A seguir, os artigos citados serão apresentados, sendo o primeiro nomeado: “Construcionismo Social e Saúde do Trabalhador: contribuições para a prática clínica” e o segundo: “Aportes da SMRT para terapeutas colaborativos: o trabalho e a clínica construcionista”, nesta ordem.

ARTIGO 1 : Construcionismo Social e Saúde do Trabalhador: contribuições para a prática clínica psicológica individual

Resumo

Partindo da defesa de uma pluralidade teórica e metodológica, e da crença na necessidade de debates interdisciplinares na área da Psicologia, o presente artigo busca promover diálogos entre o campo Saúde do Trabalhador e o Construcionismo Social, reconhecendo esse último como um aporte teórico-metodológico que oferece recursos relacionais de intervenção que podem ser aliados nas práticas de atenção do psicólogo à saúde na relação com o trabalho. Parte-se de uma breve apresentação dessas duas áreas de conhecimento e intervenção, com vistas à identificação de pontos de contato entre ambas perspectivas – especialmente no que diz respeito à importância da compreensão do sujeito como histórico e socialmente situado; a interligação entre trabalho, identidade e posicionamento; a ênfase na linguagem e nas práticas sociais como construtoras da realidade; e a noção do trabalhador enquanto especialista de si - para ensaiar algumas possibilidades fecundas de intervenção no âmbito da prática clínica dos profissionais de psicologia.

Palavras-chave: construcionismo social; saúde do trabalhador; psicoterapia individual

Abstract

Based on a theoretical and methodological plurality and belief in the need for interdisciplinary debates in Psychology, this article seeks to promote dialogues between the perspectives of Workers Health and Social Constructionism, recognizing this last one as a theoretical and methodological approach that offers contributions to relational intervention resources, which can be allies in work-related health care practices. It makes an historical conceptualizations of these two areas of knowledge and intervention, identifying points of contact between both - especially the importance of understanding the subject as historical and socially situated; the interconnection between work, identity and positioning; the emphasis on language; and the notion of the worker as a specialist of himself. Also it points out some possibilities of intervention in the context of the clinical practice of psychologists.

Keywords: Social Constructionism; Worker's Health; psychotherapy

Diversas são as abordagens clínicas que têm se debruçado sobre a problemática da saúde em intersecção com o trabalho, podendo ser mencionadas a Ergonomia, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade, a Ergologia, a Psicossociologia do Trabalho, dentre outras. s As clínicas do trabalho", para além de abordagens para o atendimento psicológico, são aquelas que tentam compreender o trabalho e a relação das pessoas com o trabalho, etc.

Estas, variam entre si, no que diz respeito ao foco, à forma de intervenção e à proposição de modificações sobre os aspectos intrínsecos da atividade laboral. Em comum, divergem sensivelmente daquelas perspectivas que visam à intervenção somente sobre os sujeitos trabalhadores e sobre a percepção destes em relação aos fatores que impactam sua saúde, tais como as teorias sobre o Estresse, Qualidade de Vida no Trabalho e outras visadas relacionadas à Psicologia, entre outras áreas, que historicamente têm se mostrado mais alinhadas ao discurso gerencial e produzido intervenções voltadas para a produtividade e lucratividade empresarial, tal qual discutido em Sato (2010), Bernardo, Oliveira, Souza & Sousa (2017), Pereira et al, (2018), dentre outros.

As abordagens clínicas anteriormente mencionadas são compreendidas no âmbito das Clínicas do Trabalho e possuem afinidade com as premissas do campo Saúde do Trabalhador, que volta-se para a perspectiva dos dominados, ao contrapor-se às práticas que visam à manutenção da sua exploração (Lacaz, 2007), buscando denunciar e modificar os aspectos do trabalho que tenham participação na construção do adoecimento, compreendido como uma forma de violência sobre o trabalhador (Pereira, 2017).

O presente ensaio propõe-se a contribuir com esse debate interdisciplinar, focalizando o Construcionismo Social como um aporte teórico, que oferece recursos relacionais de intervenção, que podem ser aliados nas práticas dos psicólogos na promoção de saúde relacionada ao trabalho. Desse modo, seu objetivo reside em buscar pontos de aproximação entre o Construcionismo Social e o campo Saúde do Trabalhador, com vistas a produzir comunicação entre estes universos e descortinar possíveis contribuições do Construcionismo Social com a atenção em saúde na interseção com o trabalho, sob o enfoque mais específico da prática clínica individual no campo da Psicologia¹.

¹ Cabe destacar que a Saúde do Trabalhador se configura a partir da Saúde Coletiva e, nesse sentido, abarca propostas que não se centram unicamente na assistência, mas que visam à prevenção, educação e promoção de saúde. No presente artigo, não propomos considerar toda essa abrangência, centrando nossas reflexões apenas sobre a dimensão da intervenção junto dos sujeitos, ainda que sem desconsiderar a premissa fundamental do campo, relacionada à transformação do processo produtivo e da organização do trabalho.

Tal aproximação se justifica pela necessidade de fazer avançar o conhecimento científico, e compreendendo que a saúde não se resume ao aspecto biológico, mas é atravessada por condicionantes históricos, produtivos e sociais, consideramos útil buscar modos de ampliar o alcance das intervenções sobre o processo saúde-doença-cuidado, e lançar mão das ferramentas disponíveis em vários campos de conhecimento.

Ressalta-se o caráter inovador dessa iniciativa que busca ampliar essa discussão promovendo reflexões sobre a articulação desses diferentes campos na prática psi em um contexto clínico individual, posto que na literatura pertinente foi encontrada apenas uma publicação que apresenta diálogos iniciais e pouco sistematizados entre essas perspectivas (Lima & Matias, 2010). Não foram localizadas publicações que busquem pensar a articulação entre as duas abordagens a partir do trabalho clínico do psicólogo, sendo encontrados somente estudos relacionados à atuação em políticas públicas a partir de uma postura construcionista, como em Guanaes e Matos (2011) e Cadoná e Scarparo (2015).

Assim, parte-se inicialmente de uma breve caracterização do campo Saúde do Trabalhador, seguida de uma exposição sobre os aspectos mais gerais do movimento construcionista, para então produzir alguns pontos de contato entre essas duas perspectivas e sinalizar possibilidades de intervenção.

1. Apresentando o campo Saúde do Trabalhador

Um retrospecto do surgimento das preocupações com as questões de saúde dos trabalhadores remonta à Revolução Industrial e às origens da Medicina do Trabalho, de cunho fortemente biologicista e assentada em uma visão individualista e unicausal da doença (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997), centrada na figura do médico, tido como uma espécie de braço do empresário para recuperação e retorno do trabalhador à linha de produção (Mendes & Dias, 1991). Tal perspectiva é questionada pela Saúde Ocupacional, que

apregoava a ampliação dos cuidados da saúde para além da atuação do médico e propunha uma perspectiva interdisciplinar, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, buscando incorporar a teoria da multicausalidade e deixando de centrar-se na ideia do agente/hospedeiro, característica do período anterior (Mendes & Dias, 1991). Todavia, também a Saúde Ocupacional se mostrou insatisfatória, pois não considera os fatores associados ao modo de produção como determinantes para as diversas formas de adoecimento dos trabalhadores, além de não ter atingido a proposta de interdisciplinaridade almejada e continuar a tomar o trabalhador como mero objeto das ações empreendidas para garantia da produtividade (Dias & Hoefel, 2005).

A Saúde do Trabalhador surge na década de 70 do século passado, se colocando como um contraponto a essas perspectivas que não confrontam os interesses econômicos imediatistas e não reivindicam transformações nas condições e na organização do trabalho, necessárias para garantir a dignidade e a saúde no trabalho (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997). Se configura a partir das contribuições oriundas da Medicina Social Latinoamericana, no sentido de demonstrar o caráter histórico da doença e que o processo saúde-doença é viabilizado por fatores que são ao mesmo tempo sociais e biológicos (Laurell, 1983); da Saúde Coletiva, pelo reconhecimento dos efeitos que as interações socioeconômicas produzem sobre os sujeitos que compõem uma dada coletividade (Lacaz, 2007); e do Movimento Operário Italiano (MOI), no que tange à articulação dos trabalhadores com os técnicos de saúde, sendo reconhecida a validade do saber dos primeiros e reivindicadas melhorias nas condições de trabalho, ao invés da mera monetização do risco, aspectos que ficaram conhecidos sob o lema “A saúde não se vende nem se delega” (Minayo-Gomez, Vasconcellos & Machado, 2018).

Tais premissas ganharam corpo no processo da redemocratização no Brasil na década de 1980, com o suporte dos movimentos organizados dos trabalhadores, inserindo-se na rede

pública de saúde e sendo apoiadas pela produção acadêmica (Lacaz, 2007). Na atualidade, a Saúde do Trabalhador recebe contribuições de várias áreas, sendo notória sua articulação com a Psicologia Social do Trabalho. Pode ser definida como um campo de práticas e conhecimentos, de caráter interdisciplinar, o qual assenta-se em uma perspectiva materialista, ao compreender as relações concretas de produção como determinantes das demais formas de relação social vivenciadas pelo sujeito no âmbito de uma dada coletividade, em um dado momento histórico. Destaca a centralidade do trabalho como protoforma do ser social, como elemento principal que nos constrói como humanos, que contribui para nossa emancipação e para a realização plena de nossas capacidades, sendo promotor de saúde. Assume também que sob o capitalismo, o trabalho degrada-se e degrada seu realizador, promovendo sua alienação e adoecimento.

O objeto da Saúde do Trabalhador é o processo saúde-doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho (Mendes & Dias, 1991), tendo como características marcantes a produção de conhecimentos compartilhados com os trabalhadores, vistos como protagonistas no processo de construção de saúde e não como meros repositórios de práticas medicalizantes e/ou adaptacionistas, o enfoque na prevenção e a busca de intervir sobre os aspectos produtivos promotores de adoecimento, em detrimento das medidas que visam à adequação dos trabalhadores aos contextos patogênicos.

Como assegura Lacaz (2007), além de ampliar o enfoque da atenção à saúde, privilegiando medidas de prevenção e incorporando o conhecimento dos próprios trabalhadores, através desse modelo é possível contribuir para a elaboração de políticas públicas e formular maiores níveis de consciência política, que visam construir um conhecimento da realidade mais integrado e participativo e manter os determinantes da saúde sob controle dos trabalhadores. O campo Saúde do Trabalhador também oportuniza a compreensão da organização do trabalho como um importante determinante no processo

saúde-doença mental e reconhece o trabalho como fator etiológico do sofrimento psíquico e da doença mental. Tal constatação recoloca as bases de intervenção nesse âmbito, evitando que os profissionais de saúde mental tratem as questões de adoecimento psíquico relacionadas ao trabalho como se fossem exclusivamente de ordem individual (Bernardo & Garbin, 2011), de forma que as ações nesse âmbito devem se dar no sentido de ampliar a consciência do sujeito sobre o entendimento das origens sociais do seu processo de sofrimento e adoecimento, oferecendo ferramentas para que esse possa construir novas compreensões sobre si, sobre o mundo, e sobre as possibilidades de ação sobre o trabalho e suas formas de organização, como discutem Bonilha, Pereira e Pereira (2021).

A atuação do psicólogo nesse campo não está restrita à prática clínica e ao adoecimento mental, mas assumindo que este é o foco nesse trabalho, trataremos mais especificamente sobre essa atividade. Assim, considera-se que essa deve pautar-se na compreensão mais ampliada sobre o engendramento do adoecimento mental e no fomento de práticas alinhadas a essa concepção. Todavia, nota-se que tal posição mantém-se ainda restrita ao âmbito de alguns serviços de saúde e de setores da academia, não atingindo o cerne da produção do adoecimento pelo trabalho, o contexto produtivo, e também não comparecendo nas práticas clínicas de muitos profissionais de Psicologia que recebem sujeitos adoecidos pelo trabalho em busca de seus cuidados profissionais. Esse último ponto é o que nos interessa de modo mais destacado no espaço desse artigo.

2. Apresentando o Construcionismo Social

O Construcionismo Social pode ser entendido como um empreendimento teórico resultante de diversas vozes, advindas especialmente da crise da Psicologia Social da década de 70, do campo da terapia familiar, e de outros movimentos de críticas teóricas anteriores a ele, que marcam o processo de uma “consciência compartilhada” sobre a produção de

conhecimento (Gergen, 1985). Apesar de não ser um movimento teórico específico do campo da Psicologia, nessa seção nos dedicaremos a tratar de suas perspectivas na prática clínica individual em Psicologia, quando seu surgimento é frequentemente associado à publicação de dois importantes textos (Gergen, 1973; 1985), em que a lógica e o convite à noção da “construção social” são reconhecidamente marcados.

Essa perspectiva se desenvolve inicialmente em um contexto acadêmico-teórico e, aos poucos, suas contribuições se expandem para outros campos, como o terapêutico. Mais que um campo especificamente teórico ou interventivo, se inicia como uma metateoria que irá pensar desdobramentos para a ação em diversas áreas. Assim, apesar de não ser definido de uma única maneira consensualmente aceita (Rasera & Japur, 2005), o Construcionismo Social pode ser descrito como um conjunto variado de contribuições teóricas, com algumas características aproximadoras², cuja premissa central parte do mesmo ponto: a noção de construção social, ou seja, o entendimento de que as formas de descrição do mundo (e nós mesmos) são fruto de processos culturais e históricos específicos. Desse pressuposto, segundo Rasera & Japur (2018), derivam as principais ideias construcionistas: a especificidade cultural e histórica das formas de se conhecer o mundo; a primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento; a interligação entre conhecimento e ação; a valorização de uma postura crítica e reflexiva.

Como afirma Grandesso (2000), há um entendimento de que as formas e explicações sobre o mundo constituem e engendram formas de ação social, entendendo que a nossa descrição do mundo não é, portanto, determinada pelo mundo em si, rejeitando uma visão representativa da linguagem, e compreendendo a realidade como um fenômeno histórico, cultural e dinâmico.

² Destacamos que o Construcionismo Social influenciou o desenvolvimento de diferentes propostas terapêuticas, sendo possível nomear a Terapia Narrativa, proposta por Michael White e David Epston, os processos Reflexivos propostos por Tom Andersen, a Terapia Focada na Solução de Steve de Shazer e a Abordagem Colaborativa de Harlene Anderson. Não tomamos aqui uma proposta em específico, embora nossas discussões se aproximem mais dessa última.

Ao considerar esses pressupostos, em uma perspectiva construcionista, o pesquisador/interventor, compreende que nos processos de produção de conhecimento e nas ações sobre a realidade, estamos, simultaneamente, construindo uma noção sobre o que ela é, ao mesmo tempo em que a modificamos com nossas ações. O foco construcionista, seja na pesquisa, ou na prática em outros contextos distintos, passa, assim, a centrar-se nos processos de interação entre os interlocutores, e nas possibilidades de produção de sentido, significado e ação que emergem a partir disso. A pesquisa e a intervenção construcionista, desta forma, prioriza também a explicitação daquele que as realiza sobre quais são seus valores, interesses e as interpretações que guiam suas ações, assim como a valorização da reflexividade sobre e com a comunidade que as realiza. Nesse sentido, o Construcionismo se preocupa então, em como as descrições funcionam e quem se prejudica ou se beneficia com elas, quais atividades são facilitadas ou impedidas. Spink (2010) salienta que o aspecto crítico-político é um dos elementos constituintes do pensamento construcionista.

Gergen (1996) apresenta como objetivos de uma prática sensível ao Construcionismo Social: (a) a constante avaliação das práticas culturais que estamos inseridos - a partir de perguntas, tais quais: a quem essa prática serve? que ações privilegia? que formas de vida mantém ou exclui?; (b) a construção constante de formas inteligíveis para ações, tanto no âmbito pessoal, mas especialmente relacionais e coletivas; (c) a alteração de padrões de conversa, entendendo que, se a linguagem é fundamental para a sustentação de determinadas formas de vida, ao colocarmos em questionamento diferentes linguagens, metáforas e mudanças de argumento, os sentidos e as relações podem ser modificados, contribuindo assim; (d) para a construção de imagens de futuros alternativos para a vida dos interlocutores de cada conversa.

Algumas concepções fundamentais para o Construcionismo Social são a noção de diálogo, entendido como “uma investigação compartilhada, na qual o ouvinte e seu

interlocutor entrelaçam seus sentimentos, opiniões e ideias de tal modo que ambos podem se modificar” (Rezende, 2011, p.79), configurando uma prática social transformadora para os que nele estão envolvidos (Grandesso, 2000); e a ênfase na postura colaborativa, em que o papel do profissional seria o de possibilitar condições para que possam surgir conversas que gerem novos sentidos, em uma perspectiva colaborativa de intervenção compartilhada (Rasera & Japur, 2004). Dessa forma, o Construcionismo Social também nos convida, enquanto profissionais, a nos movermos de uma posição de especialista e de autoridade, para uma postura colaborativa para com a pessoa ³, adotando aquilo que Anderson e Goolishian (1998) nomeiam como a postura do “não saber”, uma forma de parceria entre os interlocutores, em que o profissional adota posição, atitudes e convicções que denotam que ele não tem acesso a informações privilegiadas sobre o outro, de modo que as indicações e elucidações fornecidas pelos clientes são indispensáveis para o processo conversacional. Enfatiza, dessa forma, a mudança como fruto de ação conjunta da produção de significados.

Partindo dessa caracterização do Construcionismo Social, é possível considerá-lo uma perspectiva teórica útil, crítica-política e potencialmente promotora de saúde. Seria possível, então, pensar essa perspectiva enquanto uma ferramenta útil para a intervenção em saúde dentro de contextos clínicos, em sintonia com as proposições do campo Saúde do Trabalhador?

³ No campo do discurso construcionista social, tradicionalmente usa-se o termo “cliente” para se referir àqueles que acompanhamos em nossas conversas profissionais, para demarcar uma posição ativa destes indivíduos, em oposição a outras noções como “pacientes” ou “usuários”. No campo Saúde do Trabalhador, entendemos que esse termo pode gerar estranhamentos e que são utilizados os termos trabalhadores e trabalhadoras, afastando-se de algumas noções capitalistas. Marcada essa diferença, nesse artigo utilizaremos as duas maneiras, como forma de remeter à tradição das duas perspectivas, além da expressão “sujeito” ou “pessoa”, cujo uso é corrente na Psicologia.

3. Tecendo algumas aproximações

Nos concentramos agora na busca de pontos de contato⁴ entre as abordagens apresentadas, com vistas a promover reflexões sobre as práticas de cuidado no âmbito da saúde dos sujeitos trabalhadores, guiadas pela teoria construcionista e pelo interesse nos aspectos que podem representar acercamentos entre essas duas perspectivas, com o intuito de vislumbrar diálogos e caminhos possíveis para a intervenção clínica.

Neste sentido, serão apresentados e discutidos quatro eixos abrangentes: a compreensão do sujeito como ser situado; a importância do trabalho para a construção de identidade; linguagens e práticas como produtoras de efeitos; e o reconhecimento do saber do sujeito. Em cada um deles, situaremos convergências teóricas e debateremos propostas metodológicas relacionadas à prática clínica sob a ótica construcionista, na interface com as problemáticas relacionadas ao trabalho.

3.1. A importância da compreensão do sujeito como histórico e socialmente situado

Gergen (2009) pontua que a investigação construcionista é atraída às bases históricas e culturais das várias formas de construção do mundo, e se direciona a investigar os processos pelos quais o mundo é descrito ou explicado, reconhecendo, assim, que a realidade está sendo constantemente construída, em um processo atravessado pelas condições sociais, históricas e culturais do momento. Nesse sentido, descortina-se um ponto em comum entre a perspectiva construcionista e o campo Saúde do Trabalhador, dado que as duas abordagens demarcam que cada contexto social, em diferentes períodos históricos, está relacionado ao modo como compreendemos o mundo e, conseqüentemente, o trabalho, os trabalhadores e os efeitos produzidos pelo primeiro sobre os segundos.

⁴ As autoras estão cientes das tensões entre ambas perspectivas, como o fato do construcionismo Social ser alinhado a perspectivas pós-modernas, enquanto a Saúde do Trabalhador se centra em uma base materialista histórica. Há diferenças ontológicas importantes: a ST aponta o trabalho como protoforma do ser social e situa trabalho e modos de produção como determinantes dos processos de adoecimento, já o Construcionismo situa a linguagem como fenômeno fundador da realidade e não reconhece necessariamente um organizador a priori sobre os processos de sofrimento e adoecimento. Todavia, dado o escopo desse artigo, tais aspectos tensionadores não serão discutidos aqui.

Nesse sentido, Seligmann-Silva (1988), destaca a necessidade de se considerar as influências “do contexto social, econômico e político da vida dos trabalhadores, ao qual as condições de trabalho estão vinculadas” (p.16), não se restringindo apenas aos fatores genéticos e da vida familiar, quando se pensa sobre as questões de saúde mental. Essa autora aponta, ainda, a necessidade da compreensão da dimensão psicossocial do trabalho tanto para fins diagnósticos quanto preventivos Paparelli, Sato e Oliveira (2011) também explicitam a necessidade de se considerar fatores mais ampliados na relação com a saúde dos sujeitos. Citam o patamar internacional, os contextos nacionais, o contexto empresarial, o espaço microsocial do local de trabalho e a individualidade: analisar todos esses aspectos têm se mostrado uma tarefa complexa. Por isso, essa questão também é cara ao campo da Saúde do Trabalhador, como aponta Sato (2010) ao afirmar que entender a “pessoa em contexto”, a “pessoa em situação” é caracterizado como “um desafio para a Psicologia do Trabalho, para a Psicologia da Saúde e para a clínica psicológica” (p. 47).

A empreitada de integrar as análises “macro” e aquelas que se debruçam sobre os fenômenos microsociais é caracterizada como um desafio por Paparelli, Sato e Oliveira (2011). Portanto, a utilização de uma postura construcionista social pode ser proveitosa, uma vez que essa valorização da observação do contexto se mostra presente e necessária em ambas as perspectivas. Conectados com o desafio de se atentar à presença do “macro” nas relações “micro”, Souza, Lion, Vidotto & Moscheta (2020) nos oferecem algumas perguntas que podem auxiliar a explorar discursos sociais presentes nas narrativas. Porém, esses são apenas exemplos de perguntas, que não devem ser replicadas mecanicamente, uma vez que as práticas construcionistas não nos oferecem fórmulas prontas ou intervenções ideais tecnicistas. Ao contrário, qualquer pergunta é entendida como um caminho possível, como um convite a conversas atentas ao contexto social, econômico e cultural do interlocutor, desde que seja mantida uma postura reflexiva que enfatiza um foco contínuo e permanente no

processo pelo qual determinadas maneiras de se relacionar constroem diferentes mundos sociais. As perguntas oferecidas por estes autores são:

1. Não me parece que essa forma de se pensar/agir/sentir/lidar foi inventada por você sozinho. Como você aprendeu? Onde? Com quem?
2. O que essa forma de pensar te faz sentir enquanto (papéis sociais exercidos)?
3. Existem expectativas/pressões/padrões sociais envolvidos na construção desse problema?
4. Como as coisas seriam se não existisse essa expectativa/pressão/padrão?

(Souza et al, 2020, p.17)

O mesmo se mostra válido para os profissionais que prestam seus serviços aos sujeitos trabalhadores, sendo necessário que o psicólogo se reconheça como também socializado em um contexto específico e como pertencente ao mundo social. Como apontam Oddone, Re e Briante (2008), não basta ao psicólogo buscar conhecer a “caixa preta” dos trabalhadores, ou seja, buscar desvendar junto a esses seu saber e suas premissas sobre o mundo, mas deve também conhecer o conteúdo da sua própria “caixa preta”, quer dizer, buscar ampliar sua própria consciência sobre seu trabalho e sobre os pressupostos e implicações desse. Considerando que o Construcionismo Social parte da dúvida radical em relação àquilo dado como estabelecido e nos convida a questionar a noção de que entendimentos ou categorias são construídos apenas através de observação, duvidando da superioridade ou soberania de descrições existentes (Gergen, 2009), ele pode contribuir com esse processo autorreflexivo. Ou seja, tampouco o próprio terapeuta está imune a questionamentos, sendo que a perspectiva construcionista contribui para o processo de autocrítica constante por parte dos psicólogos, seja sobre os fundamentos de sua atuação, como sobre sua implicação nesse processo.

3.2. Trabalho e identidade: a constituição do sujeito na relação com o mundo social

Antunes (2018) analisa que o trabalho concreto, aquele que produz bens úteis e necessários, que é organizado a partir das potencialidades e da criatividade do sujeito, e que expressa sua autonomia, produz formas autênticas de subjetividade, sendo vital para a saúde daquele que trabalha. Nesse sentido, é um marcador da maior importância para sua constituição subjetiva e identitária. Já o trabalho abstrato, destinado à produção de mercadorias, característico do modo de produção capitalista, impõe-se de forma heterônoma ao trabalhador, promovendo formas de subjetividade inautênticas, ou seja, promovendo alienação e estranhamento ao sujeito, que não se reconhece naquilo que produz e nem como dotado de valor pelo trabalho que realiza. Portanto, o trabalho – e o modo como ele se estrutura – é um vetor fundamental para a configuração da identidade, construída nas experiências sociais e em um movimento dialético entre o olhar do outro e visão do sujeito sobre si.

Retomando as ideias construcionistas, podemos entender que os sentidos construídos sobre o trabalho nas relações com o outro em uma determinada comunidade, bem como do sujeito para consigo próprio, influenciam na composição de sua identidade – cuja noção é enfatizada pelos autores construcionistas a partir de uma perspectiva dinâmica. Spink (2010) utiliza o conceito de posicionamento ao descrever a identidade ou self como fluída e contextual, sendo esse conceito entendido como a construção discursiva de histórias pessoais que tornam as ações das pessoas inteligíveis e relativamente determinadas como atos sociais, dentro dos quais os membros de uma conversa têm localizações específicas, em que diferentes posições são assumidas, mesmo que de forma não nomeada, no processo de interação. Ou seja, estamos sempre posicionados em uma relação (Anderson & Goolishian, 1998) e a compreensão que temos sobre quem somos no mundo social surge de um contínuo

movimento de reivindicar, aceitar e refutar posições no discurso, como apontam Pozzer e Novaes (2019). Isso influencia diretamente nas possibilidades de ação do sujeito no mundo.

Desse modo, essa parece ser uma aproximação entre essas duas perspectivas, a partir do entendimento de que a produção de sentido do sujeito sobre si e sobre o mundo, tem uma grande participação das relações sociais estabelecidas. Tal posicionamento também nos ajuda ainda a compreender como certos discursos produzidos nas esferas sociais de poder, amparados em aparatos legais e impulsionados pela mídia de grande alcance podem levar a um assujeitamento e serem incorporados no arsenal identitário do sujeito. Um exemplo nesse sentido pode ser encontrado nos discursos do “empreendedorismo”, que buscam promover uma falsa ideia de autonomia do sujeito frente ao sistema produtivo, mas que efetivamente se constituem como ferramentas que mantêm o trabalhador sob uma relação de exploração ainda mais opressora, pois para a esmagadora maioria da população as atividades de trabalho ditas autônomas representam uma grande precarização da atividade laboral e dos direitos trabalhistas. Vemos diuturnamente esse discurso sendo reproduzido por trabalhadores que se declaram “patrões de si mesmo” e que enaltecem as vantagens de serem autônomos, ainda que seja evidente a situação de desproteção e sobrecarga que isso representa em suas vidas. Podemos pensar que abordagens de escuta clínica que compreendem que as configurações identitárias do sujeito são marcadas pela sua inserção no mundo laboral, e que suas formas de expressão subjetiva são indissociáveis das suas vivências no meio social, podem ser de grande valia para que esse se reconheça como um ser social e para sua compreensão de que os elementos do seu percurso individual são também coletivos, podendo assim construir novas narrativas sobre si. E, pensando na construção relacional dos sentidos, essa nova narrativa só poderá ser sustentada se houver relações em que esse novo discurso possa ser compartilhado e confirmado, como por exemplo na relação terapêutica.

Portanto, seria imperativo que o psicólogo se dispusesse a ouvir o sujeito enquanto trabalhador: como ele vivencia seu trabalho, com quem ele vivencia essa experiência, o que ele valoriza, como ele experiencia satisfação em seu trabalho e o que é fonte de sofrimento e até adoecimento na sua atividade laboral, dentre outras explorações possíveis desta relação identitária. Se, diferente do campo da Saúde do Trabalhador, o Construcionismo social não traz como um elemento a priori a exploração do trabalho, o convite aqui é que, partindo da Teoria do Posicionamento, o terapeuta construcionista poderia explorar, a partir de perguntas, a construção discursiva das histórias pessoais de seu cliente, aumentando, assim, o conjunto de descrições de si e suas possibilidades de ação no mundo: Quais são os sentidos atribuídos ao trabalho por esse sujeito? Como o trabalho entra em sua história de vida? Quando o sujeito passa a se entender como um trabalhador? Que posições ele assume nos seus contextos de trabalho? Como essas posições dialogam com seus valores, vontades, anseios? Com que discursos sociais estas posições se relacionam? Como reconhecer-se nestas posições o situa no mundo? Quando ele sente que seu trabalho amplia suas possibilidades de agir no mundo? Quando ele sente que essas possibilidades são restritas? A partir da exploração dessas narrativas, podem surgir novas e diferentes versões e posicionamentos do cliente. Junto dele, o terapeuta pode pensar sobre quais o cliente valoriza e que possibilidades de atuação no mundo inauguram, dado que as terapias construcionistas apostam que, no processo terapêutico, é possível ao terapeuta convidar o cliente a performar posições antes inexploradas, como por exemplo, a posição de protagonista, de saber, de autonomia, autoridade. Pode-se convidar o sujeito a uma relação de confiança, respeito e acolhimento. E então, inaugurar, junto a ele, novas posições e novas possibilidades de ação, inclusive nos seus contextos de trabalho.

3.3. A linguagem e as práticas sociais como permanentes construtoras da realidade: a produção de efeitos sobre os sujeitos

Rasera e Japur (2005) alertam que cada descrição estará inserida em uma comunidade e que essa privilegia determinadas formas de vida, a partir da utilização de seu vocabulário, valores e práticas. Uma descrição jamais será neutra, pois para o Construcionismo Social, a realidade é criada permanentemente pela linguagem e pelas práticas sociais. Assim, esses autores, ao explicarem a noção de interligação entre conhecimento e ação, afirmam que “as diferentes formas de descrever o mundo implicam diferentes formas de ação social (...) e essas descrições e explicações compartilhadas, ‘verdadeiras’, servem para sustentar determinadas formas de viver e agir no mundo” (Rasera & Japur, 2005, p.23), o que torna oportuno refletir sobre os modos de descrever o trabalho e o trabalhador na sociedade contemporânea. Conforme indicado na introdução, encontramos múltiplas teorias que se debruçam sobre a temática do trabalho, as quais oferecem diferentes narrativas e privilegiam determinadas práticas e grupos específicos, caracterizando disputas não somente epistêmicas, mas também políticas, nesse campo. Essas narrativas têm efeitos sobre os cuidados oferecidos (ou não) à população, sobre as intervenções entendidas como úteis e possíveis, impactando, por fim, também sobre a saúde. Podemos encontrar no campo da Psicologia teorias e perspectivas que, em suas premissas, em seu discurso e em sua atuação sobre o trabalho e o trabalhador privilegiam os interesses das empresas e do capital, como ponderam Bernardo et al (2017), ao focar prioritariamente a melhoria do desempenho e da produtividade (Pereira, 2017). Antunes e Praun (2015) relatam que, a partir de refinados mecanismos de controle e coerção, os trabalhadores são levados a extrapolar sua capacidade física e mental para a construção de espaços de trabalho produtores de altos índices de desempenho e produtividade. As narrativas

que dão sustentação a essa concepção têm como efeitos a naturalização da exploração do trabalhador, intensificada a partir de fenômenos como a flexibilização, a precarização das condições de trabalho, e a aceitação do adoecimento como inevitável.

Em contraposição às noções de que o trabalho e o sofrimento ou adoecimento estão inerentemente conectados, Seligmann-Silva (1993) lembra que o trabalho não carrega em si esse axioma, mas que dependendo do sistema produtivo em que está inserido e da forma como é organizado, se converterá em um processo adoecedor. O trabalho “pode significar satisfação, desenvolvimento de potenciais pessoais e coletivos, fonte de bem-estar e vitalidade, favorecendo a harmonia psicossomática” ou “pode estar estreitamente ligado ao desenvolvimento de transtornos que se expressam em termos psicossociais, psicossomáticos ou psiquiátricos” (Seligmann-Silva, 1993, p.609). Atentas aos efeitos dos diferentes discursos que naturalizam o processo de adoecimento ao tomar o sujeito como autodeterminado e único responsável por si e por suas escolhas, ou que denunciam o caráter social e situacional dos processos de saúde-doença, podemos pensar sobre as diferenças manifestadas nas práticas psi que são sustentadas por essas concepções diversas.

A atuação do psicólogo poderá redundar em culpabilização do sujeito pelo adoecimento, se essa focar apenas nas vivências particulares daquele e nas formas de enfrentamento que ele poderá adotar, como nas abordagens que priorizam o coping, ou, ao contrário, pode poderá produzir compreensões mais alargadas, se trabalhar numa perspectiva que indica que o sofrimento e adoecimento não significam fraquezas pessoais, e sim a expressão de relações históricas e sociais. Nesse segundo caso, o que se objetiva é possibilitar ao sujeito ampliar suas compreensões sobre os aspectos sociais e produtivos que levaram ao sofrimento ou que desencadearam seu processo de adoecimento. Tal posicionamento visa elevar sua consciência sanitária, bem como a ampliação do seu poder de agir, de modo a se

romper as relações de poder e exploração e oportunizar intervenção sobre os contextos de trabalho adoecedores.

Para tanto, são bem-vindas estratégias grupais, tal como analisado em Pereira et al (2018), e rechaçadas práticas ou visadas que reforcem concepções reducionistas, individualizantes ou que culpabilizam o próprio sujeito, como discutem Bonilha, Pereira e Pereira (2021). Condizente com essa visão há um reposicionamento sobre o objetivo terapêutico no que tange à busca da saúde mental, dado que essa não pode ser entendida como um resultado que depende unicamente do sujeito, por ser um processo enraizado nas relações produtivas. Ao invés de incentivar posturas idealistas de obtenção da “cura”, o que se procura é um engajamento do sujeito com a noção da transformação contínua da realidade e seu compromisso com a saúde enquanto um campo de negociação cotidiana, em que ser saudável significa poder detectar, interpretar e agir sobre essa realidade, tal qual apontam Neves e Seligmann-Silva (2006). Desse modo, é preciso que o psicólogo esteja atento às narrativas construídas em terapia, uma vez que cada narrativa amplia ou impede possibilidades de ação do cliente sobre o mundo.

Martins, Santos e Guanaes-Lorenzi (2014) sugerem que nos questionemos: “Que vozes se calam quando a história é contada de uma determinada maneira? Que aspectos da experiência vivida deixam de ser narrados? Que ações se tornam restritas ou impossibilitadas? Como poderíamos contar essa história de formas diferentes?” (p. 158). Esses autores também sugerem ao terapeuta a manutenção de uma postura de desafiar as narrativas dominantes, o que poderia contribuir para o questionamento de discursos sociais opressores e construtores de estigmas, de forma a possibilitar ao cliente refletir sobre as consequências de viver sob a influência dessas narrativas. Assim, o convite construcionista também se debruça sobre a análise de quais discursos sociais sobre trabalho são dominantes, quais seus efeitos sobre as vidas dos clientes-trabalhadores, e que outros discursos podem ser construídos, fortalecidos e

negociados. Algumas perguntas que podem ser úteis neste convite: Que concepções sobre trabalho estão engendradas nessa forma de narrar a si mesmo? Que outros aspectos da experiência do trabalhador esta narrativa deixa de contar? Quem ganha e quem perde com estas descrições?

3.4 O cliente e o trabalhador enquanto especialistas: autonomia em saúde, valorização de saberes e reconhecimento de si como ser situado

Sato e Bernardo (2005) ressaltam que, independentemente do aporte teórico, é importante que o ponto de partida no atendimento à saúde dos trabalhadores seja a vivência concreta desses sujeitos, ou seja, a experiência e o conhecimento que eles possuem sobre seu cotidiano e sobre os processos de trabalho.

O campo Saúde do Trabalhador, graças às influências do MOI, destaca a noção de protagonismo do trabalhador, reconhecendo o caráter ativo desse. Muniz, Brito, Souza, Athayde e Lacomblez (2013) lembram a premissa do MOI de que a experiência de trabalho é tanto fonte para análise do adoecimento profissional, como para o encaminhamento das lutas por sua transformação. Essa concepção coaduna com a ideia construcionista de que “o processo de compreensão não é automaticamente conduzido pelas forças da natureza, mas é o resultado de um empreendimento ativo, cooperativo, de pessoas em relação” (Gergen, 2009, p. 303). Assim, em ambas perspectivas está presente a noção de que o conhecimento é construído experiencialmente e coletivamente, o que favorece uma relação de horizontalidade e de parceria.

Muniz et al (2013) afirmam ainda que o papel dos profissionais que atuam no campo Saúde do Trabalhador é de se disponibilizar como companheiros em uma ação coletiva em direção à transformação, e não se ocupar em protagonizar, dirigir ou guiar o movimento dos trabalhadores. Essa noção do profissional da saúde enquanto parceiro também está presente no movimento construcionista social. Apostamos aqui em uma das interlocuções que

consideramos mais interessantes entre o campo Saúde do Trabalhador e o movimento Construcionista Social: o entendimento do sujeito como um especialista de si, dono de um saber que deve ser reconhecido e legitimado, colocando-se a premissa de que o profissional busque uma postura colaborativa e de parceria, atento para a construção de uma relação horizontal, onde exista uma ampla participação do sujeito na tomada de decisões relacionadas ao processo terapêutico e aos demais aspectos relacionados a si.

Essa noção, na lógica construcionista, está conectada ao conceito da posição de não saber, que estabelece uma postura, na qual as ações do terapeuta, no contexto desse artigo pensado como psicólogo clínico, comunicam uma curiosidade genuína e abundante e em que as explicações e sentidos construídos na relação não sejam restritos às suas experiências anteriores ou conhecimentos e verdades formuladas teoricamente (Anderson & Goolishian, 1998).

Souza (2011) destaca algumas práticas baseadas na postura do não saber e que primam pela construção de uma parceria colaborativa, como: valorizar a diferença entre as descrições do cliente e do profissional; oferecer o tempo necessário para o cliente falar e não ser interrompido; falar a linguagem do cliente; utilizar as palavras que ele utiliza e respeitar sua visão de mundo; utilizar palavras do dia a dia para descrever as questões relativas ao cliente, ao invés de jargões profissionais. Anderson e Goolishian (1998) também ponderam que o profissional deve se colocar de forma a “ser informado” pelo cliente e se posicionar de maneira curiosa, explorando os entendimentos e as experiências desse e abandonando noções pré-concebidas.

Entendemos que essas práticas poderiam ser úteis na atenção em saúde dos sujeitos trabalhadores, uma vez que essa noção de valorizar as experiências desses e considerá-las como essenciais em uma ação transformadora da realidade é considerada uma premissa metodológica do próprio campo Saúde do Trabalhador (Minayo-Gomez, Vasconcellos &

Machado, 2018). Além disso, os autores construcionistas entendem que as problemáticas tratadas em terapia se referem a expressões da narrativa humana que diminuem a sensação de liberdade pessoal e de capacidade para ação. Nessa perspectiva, o foco da atuação profissional, a “resolução” do problema, deveria ser a criação de novas narrativas, a partir do diálogo, do reconhecimento da especialidade do sujeito sobre si, e da abertura de oportunidades para novos meios de ação (Anderson & Goolishian, 1998).

Concluindo

Através desse ensaio buscamos delinear algumas aproximações entre o Construcionismo Social e o campo Saúde do Trabalhador. Pôde-se notar que ambos se constituem a partir de profundos questionamentos das lógicas hegemônicas; se caracterizam como reflexivos e dialógicos; e têm implicações no cuidado com a saúde da população. Além disso, o viés crítico-político também é um traço presente nos seus fundamentos. Nossos entendimentos apontam que o princípio construcionista de reconhecimento da especificidade cultural e histórica das formas de se conhecer o mundo se conecta com a indissociabilidade dos processos produtivos com o contexto histórico e social conforme apregoado pelo campo Saúde do Trabalhador; o conceito de posicionamento pode ser uma ferramenta valiosa para a compreensão do sujeito enquanto trabalhador e das implicações que esse lugar traz para sua identidade, sua socialização e sua saúde; a centralidade construcionista da linguagem como construtora de realidades pode ser proveitosa ao campo Saúde do Trabalhador na medida em que se atenta aos efeitos das diferentes narrativas e como essas privilegiam certas práticas e efeitos; já a concepção construcionista de valorização do saber do outro ao assumir para si uma posição de não saber se relaciona com a noção de valorização do saber do trabalhador e da assunção de seu protagonismo social.

Tais apontamentos não possuem caráter definitivo, se colocando como um convite para o debate. Do mesmo modo, o presente trabalho não pretende esgotar todas as possíveis relações entre essas perspectivas, se configurando como uma análise inicial. Ainda existem muitas questões a serem exploradas em trabalhos futuros: podem ser identificadas outras aproximações? Quais seriam os resultados concretos da aplicação das proposições terapêuticas aqui consideradas? As diferenças epistêmicas entre essas perspectivas podem limitar o alcance dos benefícios em sua aproximação na prática clínica?

Todavia, deve se reconhecer um ponto que mostrou-se de grande relevância nessa busca de diálogo entre os dois campos de saber e de práticas, conectados pela atuação clínica do psicólogo: a constatação de que esse profissional precisa construir compreensões sobre a moldura mais ampla em que se dão as relações sociais e em que se produzem as subjetividades, reconhecendo que os discursos, inclusive científicos e terapêuticos, produzem efeitos concretos sobre as pessoas que procuram por nossos serviços, podendo redundar na sua culpabilização pelo adoecimento e na manutenção das relações hierárquicas e exploratórias que caracterizam o mundo capitalista contemporâneo, ou produzir compreensões mais alargadas sobre esses processos e novos posicionamentos diante dele.

Referências

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In: S. McNamee, & K. J. Gergen (Orgs.). *A Terapia como Construção Social* (pp. 34-50), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo.
- Antunes, R., & Praun, L. (2015). A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, 123, 407-427

- Bernardo, M. H., & Garbin, A. C. (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 103-117.
- Bernardo, M. H., Oliveira, F., Souza, H. A., & Sousa, C. C. (2017). Linhas paralelas: as distintas aproximações da Psicologia em relação ao trabalho. *Estudos de Psicologia*, 34, 15-24.
- Bonilha, L. B., Pereira, M. S., & Pereira, E. R. (2021). Formação de psicólogos e o processo saúde-doença-cuidado. In Rocha, R. V. S., Toloy, D. S. & Sampaio, W. M. *Psicologia, Sociedade e Desigualdade Social: Boas práticas na Formação em Psicologia*. Salvador: Devires.
- Cadoná, E., & Scarparo, H. (2015). Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. *Ciências & Saúde Coletiva*, 20 (9), 2721-2730.
- Dias, E. C., & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência &Saúde Coletiva*, 10(4): 817-828.
- Gergen, K.J. (1973). Social Psychology as history. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 309-320.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40 (3), 266-275. .
- Gergen, K. J. (1996). Social psychology as social construction: The emerging vision. *The message of social psychology: Perspectives on mind in society*, 113-128.
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1), 299-325.
- Grandesso, M. A. (2000). Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Guanaes, C., & Mattos, A. T. R. D. (2011). Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 20, 1005-1017.
- Lacaz, F. A. D. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 757-766.
- Laurell, A. C. (1983). A saúde-doença como processo social. In: E. D. Nunes (Org.), *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.
- Lima, A. B., & Matias, M. C. M. (2010). Considerações acerca das Contribuições Teórico-Metodológicas do Construcionismo Social para Estudos e Intervenções em Saúde do Trabalhador. *Athenea Digital*, 17, 241-253.
- Martins, P. P. S., Santos, M. D., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Participação da família no tratamento em saúde mental: História sobre diálogo e inclusão. In C. Guanaes-Lorenzi, MS Moscheta, CM Corradi-Webster, & LV Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*, (pp. 153-170). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*, 25, 341-349.
- Minayo-Gomez, C., & Thedim-Costa, S. M. D. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de saúde pública*, 13, S21-S32.
- Minayo-Gomez, C., Vasconcellos, L. C. F. D., & Machado, J. M. H. (2018). Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1963-1970.
- Muniz, H. P., Brito, J., Souza, K. R., Athayde, M., & Lacomblez, M. (2013). Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(128), 280-291.

- Neves, M. Y. R. & Seligman-Silva, E. (2006). A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 6(1), 63-75.
- Oddone, I., Re, A., & Briante, G. (2008). *Esperienza operaia, coscienza di classe e Psicologia del Lavoro*. Torino: Otto.
- 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.
- Pereira, M. S. (2017). Trabalho, vida e adoecimento: as múltiplas faces da violência contra trabalhadores. In C. A. Fernandes, C. A. (Org.), *A violência na contemporaneidade: do simbólico ao letal*. (pp. 85-111). São Paulo: Intermeios.
- Pereira, M. S., Oliveira, A. F. F., Machado, J. P., Vieira, N. R. S., Miranda, R. N., Cunha, S. S. N., & Flor, T. C. (2018). Estágio Profissionalizante e Formação em Psicologia: o Trabalho com Grupos como Dispositivo Formativo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(2), 1-15.
- Pozzer, L. A., & Novaes, E. D. F. (2019). Teoria do posicionamento e terapia familiar: criando novas posições discursivas na relação entre mãe e filho. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(65), 19-35.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2004). Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. *Estudos de psicologia*, 9(3), 431-439.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, 15(30), 21-29.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2018). *Grupo como construção social: aproximações entre o construcionismo social e terapia de grupo*. (2. ed.) São Paulo, SP: Instituto Noos.
- Rezende, P. (2011). Aprendendo construcionismo social: as conversas internas de uma terapeuta em formação. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20(39), 70-84.

- Sato, L. (2010). Psicologia, saúde e trabalho: distintas construções dos objetos “trabalho” e “organizações”. In Conselho Federal de Psicologia. Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea. (pp. 41-53). Brasília: CFP.
- Sato, L., & Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 869-878.
- Seligmann-Silva, E. (1988). Os vínculos entre condições de trabalho e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 8(2), 13-16.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931988000200006>
- Seligmann-Silva, E. (1993). Uma história de crise de nervos: Saúde mental e trabalho. In J. T. Buschinelli, L. E. Rocha, & R. M. Rigotto (Orgs.), *Isto é trabalho de gente?: Vida, doença e trabalho no Brasil* (pp. 609-635). São Paulo: Vozes.
- Souza, L. V. (2011). Construindo cuidado: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Souza, L.V, Lion, C. M., Vidotto, L.T., & Moscheta, M. (2020). Recursos da terapia narrativa de sessão única em tempos de pandemia e isolamento social. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 7-22.
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Ebok: Scielo Livros.

ARTIGO 2: Aportes da SMRT para terapeutas colaborativos: o trabalho e a clínica construcionista

Resumo:

O presente ensaio propõe pensar contribuições do campo Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) a terapeutas e psicólogos que atuem na clínica psicológica individual a partir de anedotas que ilustram situações em que a temática do trabalho se faz presente na clínica psicológica individual. Busca ainda refletir sobre intervenções coerentes com os pressupostos deste campo, que se configuram como práticas terapêuticas sensíveis ao Construcionismo Social, mais especificamente, à Terapia Colaborativa. Com isso, espera-se sensibilizar psicólogos clínicos e terapeutas de orientação construcionista quanto à relação entre saúde mental e trabalho e, assim, ampliar as possibilidades de cuidado nesse âmbito, através de recursos que possam ajudar no cuidado a trabalhadores impactados pela atividade laboral em sua saúde mental, de maneira ética, política e transformadora.

Palavras-chave: terapia colaborativa; saúde mental relacionada ao trabalho; psicoterapia individual

Abstract:

This essay proposes to think about contributions from the field of Work-Related Mental Health to therapists and psychologists that work on private practices, based on anecdotes that illustrate situations in which the topic “work” is present in the individual psychological clinic. It also seeks to reflect on interventions consistent with the assumptions of this field, which are configured as therapeutic practices sensitive to Social Constructionism, more specifically, to Collaborative Therapy. With this, it is expected to sensitize clinical psychologists and constructionist therapists about the relationship between mental health and work and, thus, expand the possibilities of care in this context, through resources that can help in the care of workers impacted by the work activity in their mental health in an ethical, political and transformative way.

Keywords: collaborative therapy; work-related mental health; individual psychotherapy

Em uma breve revisão bibliográfica foi possível constatar que a discussão da temática saúde mental e trabalho aliada a uma postura construcionista é bastante incipiente. Foi localizada uma tese (Pimentel, 2011) que tem o Construcionismo Social como base teórico-metodológica e se propõe a explorar a dimensão relacional existente no trabalho em saúde. Nesse estudo, os trabalhadores ocupam um lugar de protagonismo e a organização do trabalho é reconhecida como uma importante fonte de impacto na saúde mental destes. No entanto, o campo Saúde do Trabalhador, enquanto perspectiva macro que agrega a SMRT, não é sequer citado.

No âmbito da Terapia Colaborativa, que é uma terapia associada ao Construcionismo Social, sobre o qual esse artigo se dedica mais especificamente, não foram encontrados textos em português que abordam as relações entre saúde mental e trabalho em contextos clínicos, como se os conflitos relacionados ao campo laboral estivessem restritos ao âmbito organizacional. Apesar de sua tradição no contexto familiar, a terapia colaborativa tem se ampliado para os contextos organizacionais e, apesar de inserida em um contexto institucional, tem atuado em uma perspectiva mais individualista, distante das noções apresentadas pela Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (Lion, 2017). Desse modo, apesar da existência de uma vasta literatura referente à SMRT, em que diferentes abordagens e teorias psicológicas se debruçam sob esse campo, fica claro a existência de uma lacuna teórica no que se refere à participação de terapeutas construcionistas nesse cenário, o que se contrasta com a urgência de produzir análises e proposições efetivas sobre essa relação, na medida em que lógicas de trabalho adoecedoras têm se expandido, como apontam Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), e têm se intensificado ainda mais em função do contexto pandêmico.

As autoras do presente artigo consideram necessário avançar no debate entre esses campos e têm se debruçado sobre aproximações possíveis entre ambos. Anteriormente, produziram um ensaio que busca considerar as contribuições do Construcionismo Social para intervenções em Saúde do Trabalhador na clínica individual (XXX, no prelo), tendo considerado, nesse processo, que também seria oportuno fazer o caminho inverso, ou seja, pensar sobre como a questão do trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos sujeitos pode ser incorporada ao olhar e às práticas terapêuticas de construcionistas sociais, propósito ao qual esse ensaio se destina.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) apontam que a maximização da competitividade, a flexibilização das relações de trabalho, terceirização e desregulamentação social, características do modo de produção atual, têm como efeitos o sofrimento e

adoecimento mental dos trabalhadores, de forma que, ampliar possibilidades de cuidado e resistência têm se mostrado cada vez mais urgentes. Aprofundando essa discussão, autores como Safatle (2020) e Dunker (2020) apontam como o neoliberalismo, face contemporânea do capitalismo, molda nossas subjetividades, atua diretamente na determinação e produção do sofrimento e vai ainda mais além, prescrevendo modalidades narrativas para o sofrimento, as nosologias e modalidades de intervenção, inclusive farmacológica sobre esse.

Negligenciar os efeitos que o trabalho alienado sob o capitalismo produz é também negligenciar inúmeras vivências, dores e até a possibilidades de intervir sobre a realidade que nos aflige, uma vez que esta muitas vezes não é sequer reconhecida. Mas, ignorar os efeitos do trabalho enquanto possível promotor de saúde, também é ignorar narrativas de força, de saber fazer, pertencimento a uma comunidade, de fortalecimento da autoestima, da identidade, autonomia e senso de realização pessoal. É nessa intersecção que o presente ensaio se coloca, ao buscar pensar sobre efeitos produzidos pelo trabalho alienado e alienante sobre a saúde mental dos sujeitos e, simultaneamente, sobre intervenções em contextos da clínica construcionista que podem potencializar movimentos de saúde por parte dos sujeitos ali atendidos.

Perspectivas sobre a relação entre saúde mental e trabalho

Para pensar contribuições clínicas que tomem a relação entre trabalho e saúde mental, inicialmente é necessário apontar que tal relação não é vista por um único ângulo, havendo diferentes perspectivas teórico-metodológicas que se debruçam sobre essa questão.

Algumas práticas em saúde, apesar de reconhecerem a relevância do trabalho, concentram-se nas alternativas para modificar a percepção sobre os aspectos do trabalho que produzem insatisfação, procurando adaptar os trabalhadores aos contextos adoecedores. Tal visada utiliza-se de ferramentas voltadas ao manejo cognitivo de situações estressantes no

trabalho, de forma que são incentivadas saídas individuais, sendo poucas as intervenções orientadas para estabelecer mudanças nos estressores relacionados à organização do trabalho (Leão & Minayo-Gomez, 2014). Os autores alertam ainda para a tendência de “explicar e atribuir sucessos e fracassos organizacionais às características individuais das pessoas envolvidas e inclinações a culpar fatores de personalidade e estilo de vida dos empregados por suas ausências do trabalho ou pelas queixas de saúde” (Leão & Minayo-Gomez, 2014, p. 4652).

Crítico a esta perspectiva, o campo Saúde do Trabalhador reconhece a necessidade de questionar algumas explicações profundamente individualizantes do processo de saúde-doença e desnaturalizar a ideia de que o sofrimento e o adoecimento são inerentes ao trabalho ou que este não pode ser modificado, pois essas são lógicas que acabam por culpabilizar a vítima e inviabilizar a transformação dos contextos laborais. Considerada um subcampo da Saúde do Trabalhador, a SMRT aponta que a presença de sofrimento ou desgaste mental relacionado ao trabalho é indício da penosidade deste e, assim, faz-se necessário intervir no contexto e processo de trabalho, de modo a torná-los viabilizadores de saúde. A saúde aqui é compreendida também como processo, no qual tomam parte ativa os sujeitos trabalhadores, ao lado dos profissionais da saúde e dos saberes acadêmicos, na luta pela transformação do trabalho e dos contextos em que esse é realizado. (Paparelli, Sato e Oliveira, 2011).

Relacionadas a essas duas principais perspectivas, antagônicas entre si, há um conjunto de proposições teóricas, das quais derivam práticas específicas, e que são referenciadas a partir de diferentes esquemas organizadores. A título de exemplo, Tittoni (1997) propõe dois eixos categorizadores principais: o primeiro se refere ao diagnóstico de sintomas de origem “psi” e sua vinculação às situações de trabalho, com forte influência da epidemiologia, especialmente como referência metodológica; o segundo, focado nas

experiências e vivências dos trabalhadores sobre seus cotidianos laborais e suas situações de adoecimento, é influenciado pelos conhecimentos produzidos pelas ciências sociais e pela psicanálise.

Jacques (2003), por sua vez, propõe quatro abordagens amplas na intersecção com a Psicologia, que se articulam por percursos diversos com a Psicologia Social: as teorias relacionadas ao estresse, de base cognitivo-comportamental, assentadas na metodologia quantitativa e nos postulados da Psicologia Social Científica; a Psicodinâmica do trabalho, de raiz psicanalítica; as abordagens de base epidemiológica e/ou diagnóstica, direcionadas aos diagnósticos psicopatológicos; e os estudos e pesquisas em subjetividade e trabalho, voltados para as experiências e vivências dos trabalhadores, sendo que essas duas últimas partilhariam os pressupostos da Psicologia Social Histórico-Crítica.

Já Seligmann-Silva (2011) propõe três categorias: abordagens que têm raízes na teoria do estresse, cujo modelo advém da Fisiologia e atribui as alterações do equilíbrio psicofisiológico a fatores estressores, utilizando-se das técnicas da terapia comportamental para tratamento dos trabalhadores que apresentam patologias interpretadas por essa corrente como originárias desses fatores; perspectivas psicanalíticas, que voltam-se ao esclarecimento das dinâmicas psíquicas deflagradas pelo contexto e situações de trabalho; e a noção de desgaste como abordagem integradora e ampliadora das demais, que parte da noção de desgaste enquanto “produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença” (Seligmann-Silva, 2011, p. 135), fundamentando-se no materialismo dialético e na perspectiva histórica.

Por fim, Bendassolli e Soboll (2011) nomeiam como “Clínicas do Trabalho” as teorias que se debruçam sobre a relação entre trabalho e subjetividade, situando que, embora essas possam ter pressupostos em comum, busquem resultados convergentes e se

contraponham ao modelo dominante de ênfase cognitivo-comportamental da Psicologia Organizacional tradicional, diferem entre si em suas proposições teóricas, metodológicas e epistemológicas. Esses autores apontam como perspectivas nesse âmbito a Psicodinâmica do Trabalho, Clínica da Atividade, Psicossociologia e Ergologia.

Para a discussão que se propõe aqui, não partiremos de uma dessas clínicas ou teorias em específico. Todavia, reconhecemos a afinidade com as abordagens que partem de uma concepção materialista, que assumem a centralidade ontológica do trabalho e se fundamentam na noção de processo de trabalho para pensar os impactos objetivos e subjetivos promovidos por esse. Nessa mesma linha, busca-se focalizar de forma privilegiada a dimensão das vivências dos trabalhadores que, de dentro desse processo, constroem compreensões sobre os processos sociais, históricos, gestionários e produtivos com os quais se confrontam no seu cotidiano laboral, assumindo o ângulo dos trabalhadores nessa relação.

Coerente com essa perspectiva, Druck e Seligmann-Silva (2010) apontam o entendimento de que os processos políticos, econômicos e culturais que terão ressonância no desgaste mental dos trabalhadores percorrem as passagens que se apresentam entre a esfera macrossocial, os contextos nacionais e as várias estruturas internas das organizações até alcançarem os indivíduos em diferentes situações concretas de trabalho. Tal concepção estaria na base das compreensões empreendidas pela SMRT, que aponta que “os elementos presentes na organização e no ambiente do trabalho (divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, ritmo de trabalho, relações de poder, condições ambientais, formas de avaliação e controle, hierarquias etc.) são entendidos como ‘fontes laborais de tensão’, que provocam o desgaste que se manifesta por diferentes configurações” (Paparelli, Sato e Oliveira, 2011, p.124).

Leão e Minayo-Gomez (2014) constatarem que a saúde mental é uma das demandas

mais urgentes nos serviços de Saúde do Trabalhador, sendo encontradas manifestações patológicas decorrentes das técnicas da gestão e da organização dos trabalhos, a presença de assédio moral e violência psicológica como motivos para os sofrimentos físicos, psíquicos e sociais, narrativas de insatisfação, sofrimento constante e cansaço extremo, além de expressões mais agudas e graves de depressão, estresse pós-traumático, neuroses profissionais e até casos de suicídio.

Paparelli, Sato e Oliveira (2011) advertem para um movimento contraditório: ao mesmo tempo em que a temática da SMRT tem atraído o interesse dos profissionais, pesquisadores e da sociedade em geral, nota-se que esse debate ainda precisa avançar, assim como há necessidade de informar e afirmar que a saúde mental pode sim ser afetada por contextos de trabalho.

Nesse sentido, ficam postos alguns desafios: como se construir uma prática psi coerente com os pressupostos da SMRT, se distanciando de intervenções individualizantes e culpabilizadoras? Como integrar as instâncias “macro” nas intervenções “micro” - na clínica individual ou em pequenos grupos? Como se pode construir e fortalecer compreensões mais alargadas de terapeutas construcionistas sobre os aspectos determinantes do trabalho sobre a saúde mental de seus clientes?

A Terapia Colaborativa no âmbito do Construcionismo Social

O Construcionismo Social (C.S.) tem ganhado espaço na literatura em Psicologia nas últimas décadas, especialmente no campo terapêutico, apesar de não ser um movimento específico desse território. Rezende (2011), Guanaes e Mattos (2011) e diversos outros autores têm reconhecido suas contribuições, defendendo que o construcionismo tem ampliado as possibilidades de ação do terapeuta e do processo terapêutico.

Muitas das contribuições do C.S. para o campo da psicoterapia estão relacionadas a uma contraposição às noções modernas de mundo e de psicologia, as quais apregoam o terapeuta moderno como um observador independente com acesso particular privilegiado ao conhecimento da natureza humana, que explica o comportamento humano de maneira objetiva e detém uma posição hierárquica e dualista, na qual seu conhecimento supera o conhecimento não profissional marginal ou cotidiano dos clientes (Anderson, 2009). Para Hoffman (2020), tal postura levaria a Psicologia moderna e suas práticas a perpetuar uma mentalidade colonialista em seus adeptos, sendo que sua atividade resultaria em uma “clínica da inferioridade”. Desse modo, a autora convida os terapeutas a pensarem como as relações de dominação e submissão se apresentam nas próprias premissas sobre as quais baseiam suas práticas, dado que o trabalho do terapeuta não se faz sozinho. Grandesso (2002, p.13) afirma que “o terapeuta co-constroi o sistema terapêutico”, sendo o cliente ou paciente, também responsável por isso. Entende-se que esse seria “protagonista de sua própria história, autor da existência”, sendo então, “competente para a ação, para o agenciamento de escolhas a partir de um posicionamento moral e ético, podendo criar e expandir suas possibilidades existenciais” (Grandesso, 2002, p.14).

Buscando se distanciar de noções tradicionais que centram o processo terapêutico sobre o terapeuta, diversas propostas inspiradas pelo Construcionismo Social têm sido desenvolvidas e compartilham novos conceitos sobre a terapia, compreendida pelos construcionistas como uma prática social transformadora, que deve ser entendida a partir dos contextos e histórias culturais. Para tanto, esta teria as seguintes ênfases: o foco nos sentidos e significados construídos pela pessoa; o entendimento do processo terapêutico como coeração, que acontece em uma relação de colaboração não-hierarquizada; o foco na busca por compreender os sentidos construídos pela pessoa a partir de seus relações; a sensibilidade aos valores, uma vez que compreende a impossibilidade de uma posição “neutra” do

terapeuta; a ênfase na polivocalidade, onde busca-se as diferentes vozes que participam das conversas internas do cliente; o enfoque em como as ações e os discursos construídos em terapia são utilizados e quais realidades constroem; e por fim, o destaque das potencialidades e recursos de cada cliente e que podem ser acionados para a construção de um futuro preferível (Rasera e Japur, 2004).

Todas essas questões orientam o olhar e a postura do psicólogo construcionista, pois essa prática terapêutica tem como objetivos, segundo Gergen (1996), a avaliação crítica de práticas culturais, sendo as práticas das ciências humanas e da psicologia inclusas; permitir a geração de formas inteligíveis para a ação e, conseqüente transformação, criando bases racionais para ações ou políticas pessoais ou coletivas; alterar padrões de conversa – quando novas formas de linguagem, metáforas e mudanças no argumento são apresentadas, as relações também são alteradas; e, por fim, criar imagens para futuros alternativos, ampliando possibilidades de ser/estar no mundo. (Gergen 1996 apud Arendt, 2003, p. 14)

Partindo dessa concepção, é possível perceber que o C.S. convida terapeuta e cliente à uma posição menos desigual e hierarquizada, em que o papel do terapeuta tem sido descrito como “criar condições para o surgimento de conversas que gerem novos sentidos em uma postura de colaboração, rumo à co-construção” (Rasera & Japur, 2004, p.432). Grandesso (2002) compartilha desse entendimento e descreve o terapeuta como responsável pela organização da conversação terapêutica. Ilustra essa concepção designando o terapeuta como um “arquiteto do diálogo”. A autora também evidencia o terapeuta como “um agente de transformação social”, pois em sua atuação, esse profissional está “construindo uma certa forma de mundo, legitimando um determinado conjunto de relações sociais e de forma de tratamento e valorização das pessoas” (Grandesso, 2002, p.11).

Partindo dessas noções, fica explícita a importância do diálogo para os terapeutas construcionistas, principalmente, de modo ainda mais contundente, para os terapeutas

colaborativos. A Terapia Colaborativa ou Práticas Colaborativo-Dialógicas, desenvolvida por Harlene Anderson e Harry Goolishian em meados dos anos 1970, é uma das terapias frequentemente associadas ao Construcionismo Social e tem como uma de suas principais contribuições a proposição de uma postura de legitimação e valorização dos conhecimentos do cliente, por parte do terapeuta. Essa é nomeada “posição do não saber” e consiste em uma posição de aprendiz, de não estabelecer compreensões ou interpretações baseadas em experiências anteriores ou conhecimentos pré-formados, porque a ilusão de saber ou a segurança em uma metodologia diminui a possibilidade de ver e aumenta a surdez para o inesperado.

Não saber é crucial para o processo de criação e de diálogo, que é sempre co-construído, para então, propor intervenções que surjam em conversas terapêuticas locais, coerentes, lógicas e únicas para cada situação. Essa postura implica um constante e intenso processo de autorreflexão, de estar propenso à dúvida e de não entender rápido demais o que está sendo dito (Anderson, 2009).

Desta forma, a prática colaborativa visa justamente à “legitimação da multiplicidade de saberes para que os resultados respeitem a todos os envolvidos e gerem compromisso com as construções sobre as quais todos sentem autoria e participação”, através de conversações dialógicas (Lenzi, 2020, p. 26). É através das trocas dialógicas que surge o potencial de transformação duradoura dos significados, um novo lugar, onde o resultado é feito sob medida, quando é construído através da linguagem do cliente.

Assim, a Terapia Colaborativa pode ser descrita como uma abordagem terapêutica “organizada em torno da definição dos sistemas humanos como sistemas lingüísticos, geradores de linguagem e significado, organizadores e dissolvedores de problemas” (Grandesso, 2009) Sendo sua prática definida como relacional e dialógica

Esta tem como princípios: a noção do cliente e terapeuta como parceiros conversacionais; o cliente como especialista no que se refere à própria vida; a postura do não saber; o ser público (que se refere ao tornar público seus pensamentos e conversas internas); a transformação mútua no encontro terapêutico; a incerteza (nunca se sabe onde e como a história do cliente se desenrola, estar aberto ao novo e incerto); e, por fim, o cotidiano (o cliente não é visto como alguém problemático, mas sim, como quem se depara com dilemas do cotidiano). (London, 2015).

Partindo desses entendimentos, a terapia é descrita como um tipo especial de discurso social ou uma conversa proposital, que tem como intuito o desenvolvimento de um ambiente que contribua para a co-construção de significados pelo terapeuta e cliente, viabilizadores de uma nova narrativa e, conseqüentemente, de novas capacidades, através do diálogo (Anderson, 2009).

Apostando nessa descrição de terapia, nesse trabalho nos dedicaremos à tratar da clínica psicologia individual e da terapia como um lugar onde é possível proporcionar aos sujeitos trabalhadores um espaço de acolhimento, emancipação, ampliação das noções sociais e reconhecimento das próprias possibilidades.

Compreendemos que a clínica psicológica não acontece apenas na clínica individual ou em pequenos grupos. Reconhecemos a possibilidade de várias aplicações desse olhar clínico em diferentes contextos. Entendemos que a terapia individual não é a solução para todas as mazelas do mundo e nem o único (ou o melhor) lugar onde a transformação social deveria ser incentivada.

Porém, defendemos que ela é, sim, um dos lugares onde o psicólogo pode atuar de maneira crítica, ética e alinhada com essa perspectiva. E, por questões práticas, este será o recorte adotado aqui.

Método

O método de uma investigação pode ser entendido como uma determinada maneira de trabalhar algo, de se movimentar sistematicamente em torno do tema definido pelo pesquisador, e se refere ao campo de atividades humanas que em filosofia denomina-se práxis (Barros, 2013).

Uma vez que a função do método é explicitar os caminhos e evidenciar a maneira de agir do investigador, decidiu-se delimitar esta como uma pesquisa teórica, situada nos contornos de uma epistemologia qualitativa. Esse enquadre se mostra condizente com as perspectivas focalizadas nesse estudo, a SMRT e o C.S., dado que

pesquisadores qualitativos contestam a neutralidade científica do discurso positivista e afirmam a vinculação da investigação com os problemas ético-políticos e sociais, declaram-se comprometidos com a prática, com a emancipação humana e a transformação social, adensam-se as críticas aos postulados e exigência (Chizzotti, 2003, p.228).

Partindo desses balizadores, o presente trabalho poderia ser definido mais especificamente como um ensaio teórico, uma vez que consiste em um exercício reflexivo analítico e crítico no pensar e repensar em relação ao tema proposto. No entanto, entendemos que subjaz a esse um exercício investigativo, que busca analisar, a partir de situações clínicas, como as problemáticas do trabalho podem se apresentar e ser manejadas, dentro de contextos clínicos de abordagem terapêutica construcionista.

Desse modo, serão apresentadas e discutidas pequenas anedotas fictícias que exemplificam situações em que as demandas relacionadas ao trabalho podem surgir nesses contextos de intervenção. Tais “anedotas” ilustram situações clínicas, mas não são referentes a casos específicos. São antes cenários, molduras que apresentam problemáticas vividas por muitos trabalhadores, mencionadas no setting clínico e que, frequentemente, não são devidamente reconhecidas e/ou investigados pela/o terapeuta, de maneira que o uso dessas anedotas visa justamente abrir possibilidades para que psicólogos clínicos possam estar mais sensíveis a estas situações. É importante relatar que, apesar de ficcionais, as situações clínicas

são inspiradas por diversos casos acompanhados ao longo de alguns anos da autora em sua clínica particular. Gonçalves Filho (2017) anota o poder heurístico dos exemplos, os quais podem ser fatos vivenciados e rememorados, ou podem ser fatos imaginados e verossímeis, que possam funcionar como modelos, sendo “capazes de levantar problemas próprios e soluções ali pertinentes tanto quanto lançar-nos para fatos parentes, lá inspirando a percepção de problemas e também os trabalhos de alguma solução.” (p. 32).

Esse caminho metodológico foi escolhido como uma forma de, simultaneamente, preservar o sigilo e a ética da relação terapêutica, enquanto aproxima a interlocução da prática e teoria psi, tornando as reflexões mais próximas da realidade vivenciada por terapeutas e seus clientes. Serão descritas a seguir quatro situações clínicas, cada uma abordando um aspecto significativo em que o trabalho afeta o cliente e ilustrando algumas possibilidades de atenção qualificada nas sessões.

Situações Clínicas

Situação Clínica 1: Impactos da organização do trabalho - O cliente relata taquicardia, crises de choro antes do trabalho, exaustão, irritabilidade e dificuldade de se conectar com as pessoas de seu convívio. Também conta de longas horas de trabalho, muitas funções que sobrepõem. À princípio, o cliente não relaciona seus sintomas ao trabalho.

Algumas das perspectivas tradicionais e hegemônicas da psicologia, nessa situação, se dedicariam a diagnosticar o sujeito e encontrar algo em sua história pregressa, talvez um “trauma”, que justificasse tais sintomas.

O psicólogo construcionista ou o terapeuta colaborativo, por sua vez, escutaria de maneira curiosa e procuraria explorar ao máximo o que está ouvindo, antes de buscar qualquer diagnóstico. Esse terapeuta provavelmente estará atento aos efeitos de cada pergunta na conversa e refletirá sobre qual realidade e qual discurso ele estará construindo junto do cliente. Poderia, também, procurar compreender quais explicações o próprio cliente pode

oferecer sobre o que está vivendo, sem apostar em traumas ocultos ou inconscientes. Como este sujeito nomeia o problema que tem vivenciado? Quem participa desse problema com ele? Como esse problema afeta sua vida, suas relações? Que tamanho tem esse problema?

Aqui, apresentaremos a possibilidade e os efeitos ao escolher seguir essa conversa explorando a relação do cliente com o trabalho: nesse caminho, esse aspecto da vida ganha reconhecimento de sua relevância na construção do sofrimento humano. Tal escolha também ajuda o cliente a formular um olhar sobre a importância do trabalho em sua vida e sobre os impactos deste sobre sua saúde física e mental.

Um caminho pouco explorado, e muito importante, é aquele no qual nos dedicamos a compreender aspectos relacionados à organização do trabalho do cliente: como esse funciona, quais as suas atribuições, como está distribuído o poder, como funciona a hierarquia, a distribuição de tarefas, como o trabalho é avaliado, quem se responsabiliza pelo que, se faltam pessoas, como é carga de trabalho, se há sobrecarga, se existe espaço para comunicação e mudança, como está distribuído o tempo nas atividades.

Esse entendimento está relacionado à necessidade de desnaturalizar aspectos da organização do trabalho que são adoecedores. É necessário escutar e refletir sobre cada ângulo relatado com estranhamento e curiosidade: por que isso é feito dessa forma? Por que essa função é atribuída a você? Quais os efeitos dessa forma de organização da sua atividade? Existe outra maneira possível? Quem é privilegiado com essa organização?

Para cada modelo de gestão fixam-se novas demandas sobre o trabalhador, e consequentemente, novas expectativas e normas sobre o seu modo de ser e agir no trabalho e fora dele. As diferentes formas de exploração do trabalhador têm repercussões profundas e o afetam objetivamente (quantas horas tem livre e de descanso, o quanto de seu corpo e sua mente são exigidos, quais lugares da cidade frequenta, a que riscos está exposto, quanto de dinheiro tem disponível, onde mora, com quem se relaciona etc.). Também são produzidos

efeitos profundos sobre a subjetividade, como analisam Jost, Fernandes e Soboll (2014), ao considerar como cada sistema de gestão estrutura funcionamentos mentais específicos e formas de ser e agir no mundo. Esses autores apontam, por exemplo, que o Taylorismo, a partir de uma radical separação entre o saber e o fazer, entre a concepção, o planejamento e a execução, entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências, institucionalizou a submissão e a obediência frente à autoridade, além desumanizar os trabalhadores ao desapropriá-los de seu conhecimento, sua voz e seu controle, enquanto os submete à fadiga e à monotonia. Esses aspectos foram ainda mais aprofundados com o Fordismo, culminando na construção de uma cultura do consumo, que é retroalimentada pela produção alienada, resultando em uma defesa incondicional do trabalhador para com a empresa, pois essa lhe possibilitaria uma melhoria de vida. Já no Toyotismo, nota-se o sequestro da subjetividade do trabalhador, que prioriza os objetivos organizacionais sobre os pessoais; internaliza o controle, prescindindo de vigilância externa; torna-se responsável pela própria qualificação e submete-se a maiores níveis de exigência e produtividade; resultando em maiores níveis de tensão, exaustão e adoecimento. Nota-se aqui como os mecanismos de exploração estão se tornando cada vez mais sutis, ao mesmo tempo em que a vida é consumida pelo trabalho (o que foi agravado pela pandemia), havendo uma naturalização desse processo, o que torna urgente a sensibilização dos terapeutas para que sejam estes aspectos sejam desvelados junto aos clientes e considerados com esses quais meios efetivos de transformação se fazem possíveis.

Situação Clínica 2: Identificando o Assédio Moral - O cliente relata situações como: dificuldades com a equipe (colegas e chefia), ser ignorado pelos colegas de trabalho, não receber informações necessárias para realizar sua função, receber atribuições de complexidade

muito abaixo de suas capacidades, e se sente profundamente culpado pela situação, se questiona sobre sua competência profissional.

Nessa situação, é comum que, em algumas correntes teóricas, o psicólogo opte por seguir a conversa perguntando sobre o histórico familiar e/ou afetivo, buscando investigar, por exemplo, a relação do cliente com figuras de autoridade. No âmbito da clínica construcionista, as intervenções podem caminhar por explorar como foram construídas essas relações, como a comunicação tem acontecido, quais os discursos sociais envolvidos, que lugar essa pessoa ocupa nessas relações, como são as outras relações de sua vida, que possibilidades de mudança relacional existem.

Também nessa situação, apresenta-se como uma possibilidade as conversas sobre o trabalho e sua organização, uma vez que os elementos descritos se assemelham muito a situações de assédio moral, que, em sua raiz, estão profundamente ligadas à distribuição de poder desigual nos contextos organizacionais.

Barreto e Heloani (2003) afirmam que o trabalho contemporâneo gera diferentes formas e manifestações de violência, uma vez que estimula a competição entre os pares e favorece a indiferença ao sofrimento do outro, resultando em isolamento e consequente esgarçamento dos laços afetivos, além de rompimento do espírito coletivo. Os autores alertam ainda para uma tendência das empresas a classificar os trabalhadores em grupos de acordo com sua capacidade produtiva (“vitoriosos versus fracassados”), submetê-los a longas jornadas prolongadas em ritmo intenso, exigir desses “flexibilidade” frente às crescentes demandas, suportar todas as dificuldades e se recuperar de imediato, sendo que os trabalhadores se veem obrigados a aceitar essas condições de trabalho precarizadas pelo temor de perder o emprego. Tal cenário, por si, pode propiciar o assédio moral, descrito como

uma jornada de humilhações, sendo, deste modo, uma forma de tortura psicológica, que ocorre tanto na exposição direta como indireta aos atos negativos. Seu pressuposto é a repetição sistemática dos atos que humilham, constroem e desqualificam, evidenciando um conflito entre o agente do poder e seus subordinados. Terror que se inicia com um ato de

intolerância, racismo ou discriminação, que se transforma em perseguição, isolamento, negação de comunicação, sobrecarga ou esvaziamento de responsabilidades e grande dose de sofrimento (Barreto & Heloani, 2003, p.555).

Os autores ponderam sobre a necessidade se de intervir nos processos de trabalho que buscam de forma desmedida a produtividade e a lucratividade, pensar em práticas que devolvam ao trabalhador a autonomia, a amizade, o respeito, a ajuda mútua, a generosidade, o reconhecimento ao saber fazer, e criar modos de fortalecer os laços de camaradagem que foram arrancados por essa configuração do trabalho contemporâneo.

Acrescentamos que é necessário que o psicólogo ou terapeuta identifique tais descrições como vinculadas a práticas de assédio moral, pois, muitas vezes, as vítimas são levadas a acreditar que são culpadas por essa violência e que são “merecedoras” desse tipo de tratamento, uma vez que a ideologia gerencial busca justamente culpabilizar os sujeitos e caracterizá-los como incompetentes. Nomear essa violência é um passo fundamental para que o trabalhador comece a ser amparado e acolhido. Também é importante que o terapeuta saiba e informe seus clientes que o assédio moral no trabalho foi definido como crime (PL 4742/2001) e as vítimas podem encontrar respaldo legal nesses casos.⁵

Situação Clínica 3: A vivência do desemprego - Cliente em situação de desemprego, se sente angustiado quanto à manutenção de suas necessidades materiais (moradia, alimentação, transporte), envergonhado quando perguntado sobre sua situação e se vê em conflitos éticos na maioria das vagas disponíveis, considera que a maioria das propostas envolve horas e condições de trabalho abusivas.

Terapeutas aliados a perspectivas hegemônicas podem abraçar um discurso centrado em ideologias meritocráticas, que colocam a solução na qualificação e busca de

⁵ Desde 2001 o PL 4742 introduz o art. 146-A no Código Penal Brasileiro, dispondo sobre o crime de assédio moral no trabalho, com pena de detenção de um a dois anos, sendo o Assédio Moral caracterizado como “Ofender reiteradamente a dignidade de alguém causando-lhe dano ou sofrimento físico ou mental, no exercício de emprego, cargo ou função”.

empregabilidade pelo sujeito, com evidente desmerecimento sobre o sofrimento instaurado, que também nesse caso parece ser atribuído a uma responsabilidade individual.

Um terapeuta construcionista que tenha conhecimento sobre Saúde do Trabalhador provavelmente não apostaria nessa lógica. Como citado acima, ele procuraria explorar junto ao cliente os sentidos e os efeitos do desemprego na sua vida. Talvez esse terapeuta se espantasse com a amplitude e a profundidade das consequências materiais e afetivas que a situação de desemprego coloca para os sujeitos.

O trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, sendo constitutivo daquilo que é humano em nós. Todavia, em uma sociedade capitalista, transforma-se em uma condição brutal para a sobrevivência, principalmente no cenário neoliberal atual, que tira do Estado a responsabilidade pela mitigação das desigualdades e injustiças sociais geradas por esse sistema produtivo. Barros e Oliveira (2009) advertem que é urgente questionar o impacto social e psicológico provocado pelas transformações no mundo do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores desempregados, uma vez que a falta de trabalho pode gerar uma situação de vulnerabilidade extrema e ocasionar desordem simbólicas e psíquicas. Alertam ainda para o fato de que o trabalhador em situação de desemprego perde a identidade, o reconhecimento social e até o significado da vida, gerando uma ruptura biográfica, sensação esta que é intensificada e perpetuada, pois este passa a viver um processo de exclusão social progressiva, sendo visto como alguém que não participa da comunidade, ocupa um não lugar, vive à margem e é excluído das trocas sociais (Barros & Oliveira, 2009).

O sofrimento psíquico é intensificado na medida em que o desemprego se prolonga e priva o indivíduo de um objetivo social compartilhado, afeta suas relações interpessoais, impacta sua identidade e status social, e desorganiza seu cotidiano, que deixa de ser marcado por uma rotina temporal comum aos demais. Os sentimentos relacionados à situação de desemprego constantemente têm conotação negativa, de humilhação e vergonha.

É importante compreender esses aspectos para não incorrer em práticas e falas que responsabilizam o sujeito e contribuam para a intensificação de vivências de desamparo, já presentes nesse cenário, e que não abrem espaço para a recusa dos sujeitos a se submeterem a trabalhos que promovam uma agressão a seus valores e/ou à sua saúde mental, como pode se observar no filme “O valor de um homem”⁶, no qual acompanhamos o protagonista em sua busca por um novo posto de trabalho e os conflitos e dramas que vivencia ao aceitar uma ocupação em que seus valores pessoais são permanentemente fustigados. Gaulejac (2007) aponta como o mundo corporativo (*business*) e a moral “não fazem boa parelha” (p. 134), embora haja todo um esforço pela ideologia em ocultar essa incômoda verdade. Tais questões devem ser nomeadas, acolhidas, para que assim caminhos possíveis e éticos sejam pensados no cuidado desse sofrimento. Pode também ser necessário analisar junto com esse sujeito as opções concretas das quais ele dispõe para o enfrentamento dessa situação, não somente em nível individual, mas também coletivo, de forma a auxiliá-lo na compreensão dos determinantes estruturais que perpassam sua condição atual e das possibilidades de fazer frente a esses.

Situação Clínica 4: As noções de sucesso, felicidade e realização - O cliente apresenta o seguinte dilema: investir em uma carreira menos estável e com menos possibilidades rentáveis, mas onde se sente realizado e satisfeito como nunca se sentiu antes, ou se manter um trabalho mais estável, fixo, com remunerações melhores mas onde não se sente integrado ou pertencente a este meio.

Terapeutas alinhados com ideologias do sucesso poderiam pautar suas intervenções na busca de que o cliente possa encontrar fatores de realização no trabalho atual, ou apostar na procura pela “felicidade” em outros aspectos da vida, que não estejam necessariamente vinculados ao trabalho.

⁶ Título original “La Loi du marché”, direção de Stéphane Brizé, 2015.

Frente à situação relatada, um terapeuta construcionista poderia propor uma conversa sobre valores, compreendendo como valores individuais aquelas concepções que informam sobre o que consideramos importante, sendo estas construções sociais que partem de ordens morais mais complexas, socialmente compartilhadas, das quais o indivíduo extrai possibilidades de compreensão sobre si e a vida, como definem Martins, Manfrim e Doricci (2021).

Uma conversa sobre valores é um recurso conversacional que “busca (a) ajudar o cliente a nomear valores importantes para si, a partir da análise conjunta e produção de sentidos sobre acontecimentos de sua vida, e (b) construir possibilidades para que eles estejam mais presentes e bem cuidados em suas ações e decisões cotidianas” (Martins, Manfrim & Doricci, 2021 p.22). Esse recurso tem como objetivo construir junto do cliente novas descrições e sentidos sobre o problema, nomear os valores para assim, desenvolver um senso de orientação para além do problema e pensar futuros preferíveis, parâmetros mais coerentes para a própria vida e favorecer reflexões sobre a identidade do sujeito: quem ele se torna a partir do que valoriza na vida?

Esse caminho promissor e generativo de conversas pode ser enriquecido quando apostamos em explorar a participação do social na construção dos valores individuais: quando o cliente experimenta socialmente validação e reconhecimento por atividades que não são bem remuneradas? Quem reconhece e valoriza seu trabalho? Como as noções sobre que tipo de atividade deve ser valorizada e reconhecida foram sendo construídas sócio-historicamente? O quanto desse problema não está relacionado a noções culturais de que atividades/trabalhadores merecem respeito?

Gaulejac (2007) relata os efeitos de narrativas capitalistas que reforçam ou constroem noções distorcidas e totalmente restritas sobre o que é ser bem sucedido, feliz ou realizado. O autor ressalta justamente o empobrecimento simbólico dessa narrativa vigente onde “os

méritos e os desempenhos são essencialmente considerados em termos financeiros”, onde o “reconhecimento e a existência sociais não têm outro valor além do monetário” (p. 171), sendo o dinheiro um instrumento da realização de si mesmo. O autor questiona: “Quando o sucesso se mede com a medida do montante dos ganhos, como esperar que indivíduos continuem a valorizar a integridade, a honestidade, a satisfação com um belo trabalho ou a preocupação com o bem comum?” (p.163)

Dessa forma, na lógica capitalista e neoliberal, quase não resta mais espaço, tempo, força ou disponibilidade para encontrar um sentido, um desejo ou uma existência própria ou comum. Resta apenas um imperativo de produtividade. Acrescentar essa questão ao debate é essencial para evitar a responsabilização do sujeito por problemas estruturais. Para além disso, é necessário que esse debate se amplie e noções naturalizadas de sucesso, realização e felicidade sejam compreendidas em uma perspectiva não apenas individual, mas também social e coletiva.

Conclusão

As queixas relacionadas ao trabalho e seu impacto na saúde têm se mostrado frequente na clínica individual, em relatos de clientes que apontam prejuízos em sua qualidade de vida e saúde, ocorridos juntamente com situações de precarização e flexibilização vivenciadas no trabalho. Neste artigo, buscamos ilustrar como os recursos e as explicações da SMRT podem ser úteis e aliadas à postura colaborativa na construção de uma clínica reflexiva, ética e política, oferecendo cuidados à saúde mental desses trabalhadores.

Apresentamos os seguintes aspectos que podem suscitar intervenção: 1- compreender os efeitos subjetivos e relacionais da organização de trabalho; 2- identificar a prática de assédio moral e como é produzida a partir da estrutura organizacional e das formas como o trabalho é organizado; 3- compreender importância e os sentidos compartilhados acerca da situação de desemprego e por fim; 4- como as noções de sucesso, felicidade e realização estão

frequentemente conectadas a algumas noções capitalistas e liberais sobre o mundo e sobre o trabalho.

A partir disso, apostamos que será possível produzir: reconhecimento da relevância do trabalho tanto no sofrimento humano quanto em seu desenvolvimento; reflexões sobre o lugar e a importância do trabalho e seus impactos sobre a saúde física e mental; desnaturalização de aspectos da organização do trabalho que podem ser adoecedores; nomear o assédio moral, identificar práticas violentas no trabalho e buscar meios para combatê-las; legitimar, acolher e amparar os trabalhadores, no lugar de culpabilizá-los; analisar junto dos sujeitos as opções concretas das quais ele dispõe para o enfrentamento das situações, não somente em nível individual, mas também coletivo; questionar as narrativas capitalistas que restringem e distorcem noções sobre o que é ser bem sucedido, feliz ou realizado. Por fim, a proposta é de um alargamento nos entendimentos construídos nas clínicas individuais, convidando o social para a conversa, evitando a lógica individualista e ampliando possibilidades de cuidado. Por fim, esperamos que as conversas críticas e reflexivas sobre o trabalho encontrem cada vez mais lugar na clínica construcionista e colaborativa.

REFERÊNCIAS

- Barreto, M. M. & Heloani, R (2003). Violência, saúde e trabalho. São Paulo: EDUC.
- Barros, J. D. A. (2013). Teoria e metodologia - algumas distinções fundamentais entre as duas dimensões, no âmbito das ciências sociais e humanas. *Revista Eletrônica de Educação*, 7(1), 273-289.
- Barros, C. A. de, & Oliveira, T. L.. (2009). Saúde mental de trabalhadores desempregados. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 9(1), 86-107.
- Recuperado em 15 de agosto de 2022, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100006&lng=pt&tlng=pt.

Bendassolli, P. F., Soboll, L. A. P. (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In P. F. Bendassolli, L. A. P. Soboll (orgs.). *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp. 3-21). São Paulo: Atlas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.htm

BRASIL. Projeto de lei nº 4742/2001. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=28692>.

Cadoná, E., & Scarparo, H. (2015). Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2721-2730.

Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, 16 (2), 221-236.

Costa DM, Lacaz FAC, Jackson Fo JM, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013;38(127):11-30. PMID: 03037657. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>»

Dunker, C. (2020). A hipótese depressiva. In V. Safatle, Silva Junior, N., Dunker, C.

(Orgs). Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica.

Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 35, 229-248.

Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Gonçalves Filho, J. M. (2017). O fenômeno psicossocial e o problema de sua proposição. In N. S. Junior, W. Zangari (Orgs.). *A psicologia social e a questão do hífen*. (pp. 31-40). São Paulo: Blucher.

Grandesso, M. (2009). Desenvolvimentos em terapia familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias. *Manual de terapia familiar*, 1, 104-118

Guanaes, C., & Mattos, A. T. R. D. (2011). Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 20, 1005-1017.

Jacques, M. D. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15, 97-116.

Jost, R., Fernandes, B., & Soboll, L. A. (2014). A subjetividade do trabalhador nos diferentes modelos de gestão. In L. A. Soboll, D. L. S. Ferraz (Orgs.). *Gestão de pessoas: armadilhas da organização do trabalho*, 48-66. São Paulo: Atlas.

Lacaz, F. A. D. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 75

- Lacaz, F. A. D. C. (2016). Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41.
- Lacaz, Francisco Antonio de Castro et al. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 12 [Acessado 28 Agosto 2021] , pp. 4843-4852. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.21292020>>. Epub 04 Dez 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.21292020>.
- Leão, L. H. D. C., & Gomez, C. M. (2014). A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & saúde coletiva*, 19, 4649-4658.
- Lenzi, B. (2020). Responsividade Reflexiva: um conceito para meios criativos de transformação em práticas colaborativas-dialógicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(66), 22–35. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i66.50>
- Lima, A. B., & Matias, M. C. M. (2010). Considerações acerca das Contribuições Teórico-Metodológicas do Construcionismo Social para Estudos e Intervenções em Saúde do Trabalhador. *Athenea Digital*, 17, 241-253.
- Lion, C. M.. (2017). Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: experiências profissionais transformadas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(57), 21-36. Recuperado em 05 de agosto de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000100003&lng=pt&tlng=pt.
- London, S. (2015). Quem é o cliente?: criando o cenário para a terapia colaborativa com crianças e suas famílias. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 24(52), 25–32. Recuperado

de <https://revistanps.com.br/nps/article/view/156>

Martins, P. P. S., Manfrim, A. F. N., & Doricci, G. C. (2021). Conversa sobre Valores: construindo sentidos, importâncias e caminhos na prática clínica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 30(69), 17-33.

Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*, 25, 341-349.

Minayo-Gomez, C. (2011). Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. GOMEZ, CM; MACHADO, JM H; PENA, PGL *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 23-34.

Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1997, v. 13, suppl 2 [Acessado 30 Agosto 2021] , pp. S21-S32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>>. Epub 30 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>.

Mofarrej, G., Paschoal, V., & Medina, G. (2021). Práticas Colaborativas e dialógicas como recursos para a promoção da saúde mental: uma entrevista com Harlene Anderson. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(2), 9-18. Recuperado de <https://psico.fae.emnuvens.com.br/psico/article/view/326/201>

Muniz, H. P., Brito, J., Souza, K. R. D., Athayde, M., & Lacomblez, M. (2013). Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 38, 280-291.

- Muniz, H. P., Teixeira, E. M., & da Silva, C. O. (2020). Desafios colocados pelas estratégias neoliberais de precarização do trabalho para a pesquisa-intervenção voltada para a transformação das situações de trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 23(1), 13-27.
- 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).
- Pimentel, M. O. (2011). As relações interpessoais na equipe de saúde da família na perspectiva do construcionismo social. Doctoral Thesis, Escola de Enfermagem, University of São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.7.2011.tde-29112011-153326. Retrieved 2022-06-29, from www.teses.usp.br
- Rasera, E., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, 15 (30), 21-29.
- Safatle, V. (2020). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In V. Safatle, Silva Junior, N., Dunker, C. (Orgs). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez Editora.
- Souza, L. V. e, McNamee, S. e Santos, M. A. Avaliação como construção social: Investigação apreciativa. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2010, v. 22, n. 3 Acessado 5 Agosto 2022] , pp. 598-607. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300020>>. Epub 08 Feb 2011. ISSN

1807-0310. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300020>.

Tittoni, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. (Org.) Trabalho e tecnologia; dicionário crítico. 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1997, p.215-19

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever sobre a experiência do mestrado é um desafio para mim, o que reflete esse percurso como um todo. O mestrado surge de um desejo construído desde a graduação e que se fortaleceu em meus primeiros anos como psicóloga: unir campos que me ofereceram um espaço de pertencimento e prática.

Quando estava em espaços que se discutiam e estudavam o Construcionismo Social, eu sentia falta da atenção às questões do trabalho. Quando discutindo e estudando Saúde do Trabalhador, eu apostava que a postura construcionista e que muitos dos recursos terapêuticos desenvolvidos por terapias associadas a este movimento poderiam ser úteis. Em muitos momentos, sentia que esses espaços falavam a mesma língua e objetivavam uma postura muito parecida.

Como uma iniciante nos estudos desses dois movimentos, a vontade de construir esse espaço de encontro era muito maior do que alguma sistematização ou organização. Foi desafiador formular perguntas que poderiam me guiar e direcionar. Por onde começar essa pesquisa? O que eu estaria pesquisando de fato?

A confusão, a dúvida e a crise se fizeram marcadamente presentes desde o início. Quem eu buscava para me orientar: alguém “fluente” em Saúde do Trabalhador ou alguém “fluente” no Construcionismo Social? Como eu poderia dar conta de navegar pelo campo onde não existisse tanta “fluidez”?

Entendendo que o aprendizado se dá nas relações, escolho a professora Maristela, que me inspira como psicóloga e como ser humano e que me apoiou, com sua infinita paciência durante toda minha formação na graduação como orientadora e durante a especialização como amiga.

Tendo feito essa escolha, ainda existiam infinitas outras a serem tomadas. O projeto do mestrado passou por muitas transformações. O primeiro anteprojeto consistia em uma pesquisa intervenção, com objetivo de realizar um grupo terapêutico como uma possibilidade de atenção à saúde do psicólogo clínico, onde se buscava compreender como a organização do trabalho têm impactado os psicólogos clínicos e conhecer seus principais conflitos e buscar recursos para a enfrentamento desses conflitos, a partir de uma postura construcionista social.

Com a chegada da pandemia, a possibilidade de realizar o grupo foi postergada a princípio, uma vez que, naquele momento, o atendimento online era algo incomum e que causava estranhamento, inclusive em mim mesma. Uma vez que a pandemia se agravou e se prolongou, a proposta de desenvolvimento do grupo foi abandonada e passamos a pensar em outras formas de dar seguimento ao projeto do mestrado.

É assim que surge a ideia de seguirmos com o desenvolvimento de uma pesquisa exclusivamente teórica, debruçada sobre os fundamentos e a construção tanto do campo Saúde do Trabalhador quanto do Construcionismo Social. Enquanto, simultaneamente e de forma complementar, começamos a desenvolver o primeiro artigo buscando contribuições para a prática clínica.

Então, seguimos com esses textos paralelamente e o primeiro artigo foi nomeado “Construcionismo Social e Saúde do Trabalhador: contribuições para a prática clínica” e o submetemos em uma revista. O texto da qualificação foi nomeado “Tecendo diálogos entre Saúde do Trabalhador e Construcionismo Social”.

O momento da qualificação foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa. Foram os apontamentos da banca que nos ofereceram uma nova orientação: pude compreender os limites existentes e que não seria possível responder todas as questões que me propus

na dissertação, mas que poderia me dedicar a algumas delas, desde que fizesse alguns recortes.

A partir desses apontamentos, decidimos nos dedicar a construir um novo artigo, que fosse complementar ao primeiro e que pudesse auxiliar a sensibilizar os terapeutas colaborativos a compreender de forma crítica as questões da saúde mental relacionada ao trabalho na clínica particular.

Para desenvolver esse segundo artigo foi necessário revisitar a teoria mas também situações frequentemente vividas em minha clínica particular. Foi um movimento importante para mim, costurar a prática e a teoria.

Ao final de todas as transformações que esses textos e esta autora viveram no processo do mestrado, me sinto satisfeita porque esses dois artigos se apresentam para diferentes comunidades, construindo um espaço entre elas: uma ponte para o diálogo.

