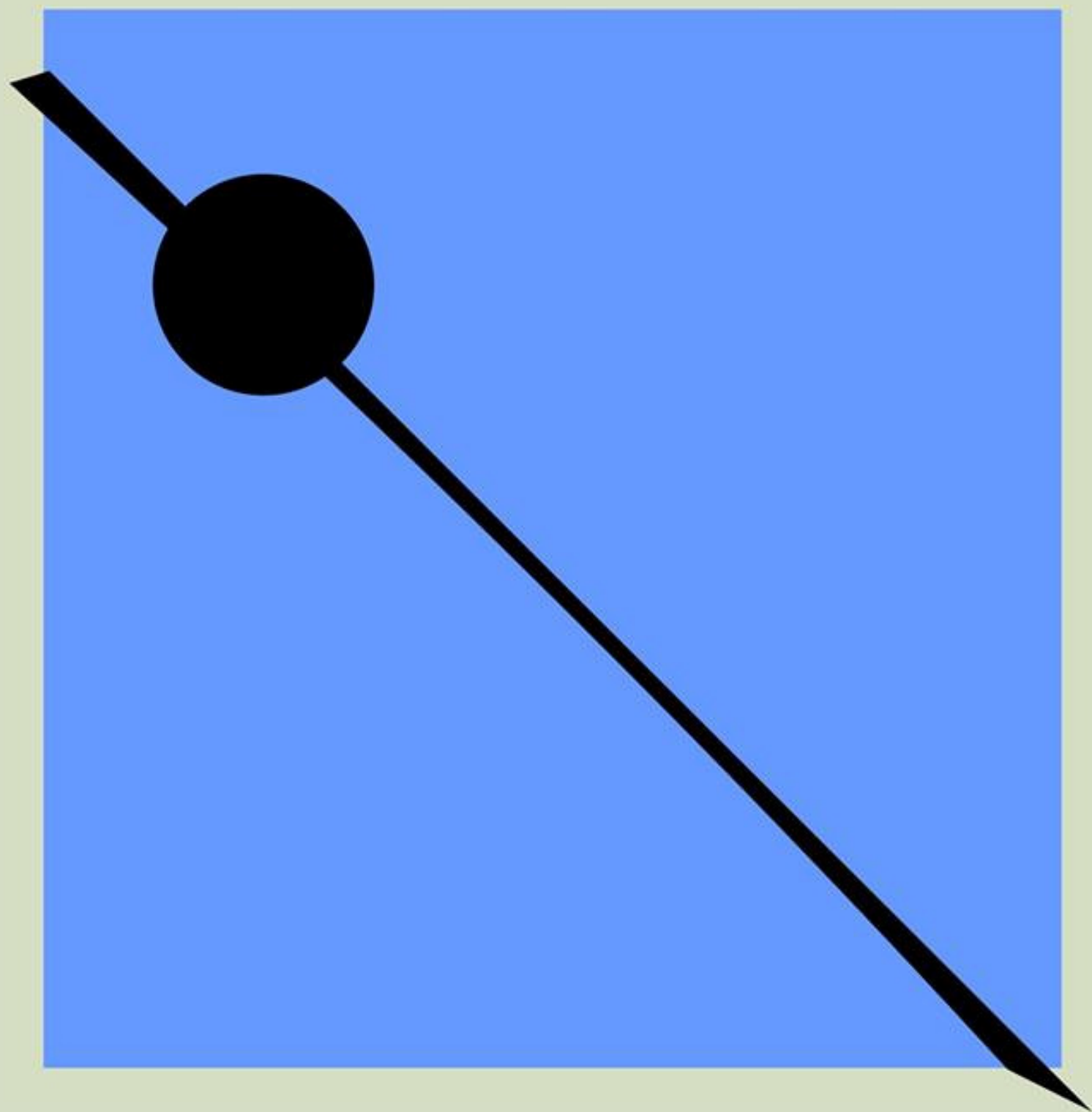


órum

diálogos em Psicologia

Número 1 - jul./dez. 2014



Fórum: diálogos em Psicologia. (Faculdades Integradas de Ourinhos) – v. 1, n. 1
(jul./dez. 2014) – Ourinhos, SP – Brasil – 2014 – semestral

1. Psicologia – 2. Saúde mental – 3. Editoração científica. – 4. Periódico/Científico

Faculdades Integradas de Ourinhos. Curso de Psicologia. Rodovia BR-153, Km 338+420m - Água do Cateto, 19909-100, Ourinhos – São Paulo. Telefone (14) 3302-6400
E-mail: revistaforum.psicologia@gmail.com

EDITOR CHEFE

Marcos Paulo Shiozaki

EDITOR ASSISTENTE

Ms. Marcos Mariani Casadore (FIO – Ourinhos)

CONSELHO EDITORIAL

Dra. Daniele de Andrade Ferrazza (FIO – Ourinhos)
Dra. Consuelo Biacchi Eloy (FIO – Ourinhos)
Ms. Fábio Sagula de Oliveira (FIO – Ourinhos)
Ms. Paula Ione da Costa Quinterno Fiochi (FIO – Ourinhos)
Ms. Patricia Hobold Meurer (FIO – Ourinhos)
Ms. Luiz Bosco Sardinha Machado Júnior (FIO – Ourinhos)
Ms. Damaris Bezerra de Lima (FIO – Ourinhos)
Ms. Ana Lúcia dos Santos (FIO – Ourinhos)
Esp. Marcia Cristina Pigato (FIO – Ourinhos)
Ms. Vitor Orquiza de Carvalho
Dr. Francisco Hashimoto (UNESP – Assis)
Dr. Silvio Yasui (UNESP – Assis)
Dr. Matheus Fernandes de Castro (UNESP – Assis)
Dra. Thassia Souza Emidio (UNESP – Assis)
Dr. Tiago Cassoli (UFG)
Dr. Fernando Luiz Zanetti
Dr. Helio Honda (UEM – Maringá)
Ms. Daniele Almeida Duarte (UEM – Maringá)
Ms. Maria do Socorro Lacerda Gomes (UFRR)
Dr. Luiz Eduardo Prado de Oliveira (Université de Paris 7 - Denis Diderot/
Université européenne de Bretagne-Brest)

PRODUÇÃO EDITORIAL

Ms. Marcos Paulo Shiozaki (FIO – Ourinhos)
Ms. Marcos Mariani Casadore (FIO – Ourinhos)

ano I, n. 1, jul./dez. 2014

SUMÁRIO

Editorial.....	4-6
-----------------------	------------

Artigos

Vivência de familiares de sujeitos em sofrimento psíquico..... <i>Alexandre Benicio Neto, Marcos Paulo Shiozaki, Regina Célia Bueno Rezende Machado</i>	7-19
Clínica Psicodinâmica do Trabalho e Políticas Públicas de saúde do trabalhador..... <i>Ana Magnólia Mendes, Luciane K. Reis Araujo, Emilio Peres Facas</i>	20-37
Transformations du travail et formes contemporaines de Psychopathologie du Travail..... <i>Dominique Lhuilier</i>	38-49
Mais de um século de patologização da educação..... <i>Maria Aparecida Affonso Moysés, Cecília Azevedo Lima Collares</i>	50-64

Ensaio

Abuelas de Plaza de Mayo: derecho a la identidad: restitucion, apropiacion, filiación..... <i>Alicia Lo Giúdice</i>	65-74
Nuevos contextos y retos al rol del profesional de la Salud Mental..... <i>Raúl G Gil Sánchez</i>	75-85

EDITORIAL

Historicamente conhecido por ser uma praça pública romana, o **fórum** se constituía como um local onde diversos cidadãos se reuniam para discutir assuntos infindáveis e realizar múltiplas atividades.

Nossa proposta é dar início a um meio em que transitarão infinitos **diálogos em Psicologia** – também queremos inaugurar um espaço aberto às discussões e debates pertinentes à teoria e práticas da Psicologia e todos os campos afins às suas propostas. A perspectiva da nossa revista, que já se consolida como um importante veículo de comunicação desde seu primeiro número, é justamente abrir uma via ilimitada e potencialmente rica de compartilhamento de pesquisas e reflexões. Tentamos, com isso, estruturar um lugar privilegiado de debates que compreenda nosso campo de interesse de maneira ampla: buscaremos definir um espaço teórico e prático no qual a multiplicidade e a complexidade dos estudos reunidos façam jus às inúmeras perspectivas que também são possíveis de encontrarmos no campo de estudo da Psicologia. Habitamos, aqui, um espaço multideterminado e em constante vinculação com outras áreas científico-teóricas e práticas – e é justamente esse aspecto que almejamos estabelecer com a proposta da revista.

Gostaríamos de salientar que esse nosso primeiro número tem seu lançamento vinculado ao **III Congresso Internacional de Saúde Mental**, promovido pelas Faculdades Integradas de Ourinhos em outubro de 2014. A proposta inaugural foi, portanto, a de atrelar o conteúdo textual da revista às perspectivas estabelecidas pelo Congresso, compondo-a quase que integralmente por textos dos convidados – de certo modo, isso consolidou nossa primeira edição como uma espécie de “número temático”. A nosso ver, porém, não haveria tema mais propício para colocarmos como inaugural do que a ideia de “saúde mental” – que, direta ou indiretamente, perpassaria os mais diversos campos de atuação e posicionamentos teóricos dentro da Psicologia, além de estabelecer

frequentemente uma relação próxima com outras áreas, numa perspectiva mais “integrativa” de saúde. Dentre os posicionamentos crítico-políticos nesta área temos alguns movimentos que foram muito importantes historicamente e que continuam sendo necessariamente pensados, debatidos e desenvolvidos: as mudanças referentes às Políticas Públicas que concernem a áreas da saúde e o Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica são alguns deles. A diversidade inerente às discussões em Saúde Mental é clarificada pelos textos que compõem nosso número: estes se mostram múltiplos não só com relação às áreas específicas em que se situam ou às teorias que embasam suas discussões, mas também foram produzidos em diversas partes do mundo e trazem à tona reflexões abrangentes e bastante atuais sobre pontos nevrálgicos das configurações sociais atuais e sua relação específica com a Psicologia e a saúde mental.

Contamos, na primeira edição, com reflexões voltadas à Saúde Mental inerente ao campo educacional, a partir do estudo de **Maria Aparecida A. Moysés e Cecília A. Lima Collares** intitulado “*Mais de um século de patologização*”; outra perspectiva presente é a de pensá-la inserida no campo do trabalho e articulada diretamente à saúde do trabalhador: nos artigos de **Dominique Lhuillier**, “*Transformations du travail et formes contemporaines de psychopathologie du travail*”, e de **Ana Magnólia Mendes, Luciane K. Reis Araújo e Emilio Peres Facas**, “*Clínica psicodinâmica do trabalho e políticas públicas de saúde do trabalhador*”. Há, ainda, um ensaio que propõe considerar a ideia de “saúde mental” atrelada aos movimentos sociais e à implementação de políticas públicas, escrito por **Alicia Lo Giúdice**, intitulado “*Abuelas de Plaza de Mayo: derecho a la identidad: restitucion, apropiacion, filiación; nuestra práctica psicoanalítica en el 'Centro de Atención por el Derecho a la Identidad de Abuelas de Plaza de Mayo'*”; há outro texto que investiga a experiência relacional em familiares daqueles que apresentam um sofrimento psíquico “constante”, dos autores **Alexandre Benicio Neto, Marcos Paulo Shiozaki e Regina Célia B. R. Machado**, sob o título de “*Vivências de familiares de sujeitos em sofrimento psíquico*”. Já em “*Nuevos contextos y retos al rol del profesional de la salud mental*”, ensaio de fechamento do número, **Raul G. Gil Sánchez** se propõe a pensar o papel e a função do profissional que trabalha diretamente com saúde mental inserido em novos contextos.

Os artigos foram escritos na língua original de seus autores: temos, portanto, estudos originais e inéditos redigidos em francês, espanhol e português. Esse aspecto “internacionalizado” da revista também será estendido para as edições posteriores: buscaremos mantê-la ampliada e propiciar essa troca maior e mais abrangente de experiências e estudos.

Esse primeiro número constituiu-se a partir da colaboração direcionada de alguns autores: foram convidados a compartilharem algum estudo original referente à participação no III Congresso Internacional de Saúde Mental. Já para as próximas edições, estamos abertos à avaliação de originais escritos como artigos científicos, ensaios ou resenhas de livros da área com lançamento recente.

Sem mais para o momento, só esperamos que aproveitem e usufruam ao máximo deste nosso precioso primeiro número. E até uma próxima!

Marcos Mariani Casadore
Marcos Paulo Shiozaki

VIVÊNCIA DE FAMILIARES DE SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Alexandre Benicio Neto

Faculdades Integradas de Ourinhos
alexandrepsi@yahoo.com.br

Marcos Paulo Shiozaki

Faculdades Integradas de Ourinhos
marcos.shiozaki@gmail.com

Regina Célia Bueno Rezende Machado

Universidade Estadual de Londrina
reginam_rezende@yahoo.com.br

Resumo

Trata-se de um estudo realizado no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina que, através de uma pesquisa de caráter qualitativo, buscou descobrir a vivência e a significação atribuída à descoberta de um familiar estar em sofrimento psíquico. A coleta de dados se deu por entrevista aberta em que os participantes puderam discursar sobre suas vivências e seus entendimentos sobre a doença mental. O tamanho da amostra foi definido pela técnica da saturação teórica. Através da análise dos dados coletados, pode-se agrupar as respostas em três categorias: *Sobrecarga emocional, Conflitos familiares e Frustração e pouca perspectiva de futuro*. A partir desse trabalho, espera-se que os resultados possam vir a contribuir para o desenvolvimento de novos estudos e para a ampliação da assistência global, tanto do sujeito quanto de seus familiares e a melhora da relação destes com os profissionais ligados a atenção em saúde mental, em especial o psicólogo.

Palavras chave: Relações familiares; transtornos mentais; cuidadores.

Introdução

A história dos transtornos psiquiátricos está alicerçada no modelo hospitalocêntrico tradicional, que é marcado pela exclusão social e

pela negação de cidadania dos internos destes hospitais. No que concerne à família, temos como consequência, as inúmeras dificuldades dos integrantes para lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, devido ao rompimento

social causado por essa exclusão. Nessa trajetória de isolamento, estão contidos os sentimentos, crenças e estigmas criados pelo imaginário dos familiares do sujeito (SEIXAS, MIRANDA & MIRANDA, 2005).

No modelo de tratamento antigo, os profissionais de saúde se preocupavam em estudar ou tratar o sofrimento da pessoa doente e pareciam esquecer as dificuldades da família em manter sua própria saúde mental ou, ainda, o quanto a presença do transtorno psiquiátrico afetava a dinâmica entre seus membros (WAIDMAN, JOUCLAS & STEFANELLI, 1999). Mas, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, amparado nos pressupostos da desinstitucionalização, aconteceu uma ampliação significativa da função da família, agora, considerada como co-participante do processo de tratar e reabilitar (BARROSO, ABREU, BEZERRA, IBIAPINA & BRITO, 2004).

Com o advento da reforma psiquiátrica, a família não pode ser vista apenas como colaboradora desse processo, mas sim como uma unidade que precisa ser acompanhada tornando o cuidado como algo a ser compartilhado com familiares, com o objetivo de que

aprendam o significado do sofrimento psíquico. Esse processo de acompanhar e cuidar de familiares e sujeitos em sofrimento, não deve limitar-se a alguns planos de atuação, mas deve ser amplo, abrangendo atividades individuais, grupais, orientações e visitas domiciliares, ou seja, onde houver um familiar, o profissional deve aproveitar a oportunidade para acompanhá-lo (WAIDMAN, 2004).

A família constitui-se como suporte básico para a vida de qualquer pessoa, seja ela representada pelo modelo clássico com os genitores e todos descendentes genéticos ou pelos modelos atuais como a família reestruturada, em que as pessoas são acolhidas como família umas para as outras. Mas, quando se trata de pessoas com algum sofrimento mental, é válido afirmar que isso possui uma importância especial, pois estes sujeitos na maior parte das vezes são mais dependentes de cuidados dos membros do grupo familiar (NASI, STUMM & HILDEBRANT, 2004).

Cada família possui necessidades particulares e específicas. Essas necessidades se modificam de acordo com o momento em que elas estão vivendo, o ciclo de vida, a presença da saúde e da

doença. No adoecimento de um membro, as necessidades da família giram em torno do conhecimento da patologia, do momento em que estão vivendo, já nas famílias em que não existem problemas de saúde, as necessidades da família estão relacionadas às questões do relacionamento familiar, do bem viver, do respeito etc. (WAIDMAN & ELSEN, 2004).

De modo específico, na família do sujeito com sofrimento psíquico, o que afeta diariamente o clima emocional desse núcleo, é o comportamento imprevisível desse sujeito, que, na maioria das vezes, se vincula a uma grande agitação ou a um silêncio total por horas ou dias.

Em muitas famílias, os entes ligados diariamente ao sujeito sentem-se culpados pelo seu sofrimento. Isso ocorre principalmente nas classes médias, devido ao aspecto cultural da responsabilidade familiar com seus membros. Neste sentido, quando ocorre um transtorno psíquico, considera-se como consequência de negligência ou erros em sua função (PEREIRA & PEREIRA JUNIOR, 2003).

Dessa forma, ao observarmos a dificuldade de um envolvimento

efetivo dos parentes nas propostas terapêuticas de seus entes, é que este estudo tem como finalidade desvelar os sentimentos da família acerca da trajetória vivenciada desde o surgimento dos primeiros sintomas do sofrimento psíquico, até suas perspectivas quanto ao futuro.

São visíveis os grandes avanços na área da saúde mental, porém ainda são fortes os estigmas e preconceitos ao sujeito que vivencia o transtorno. Isso nos faz acreditar que esses conhecimentos possam contribuir para uma prática eficaz dos profissionais da saúde mental junto aos familiares daqueles sujeitos.

Faz-se necessário redesenhar o cuidado a essas famílias, dentro de uma ação que favoreça a diversidade de significados e culturas e assim de saberes e atitudes entre profissionais e os familiares.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no mês de Março de 2009, junto aos familiares de sujeitos diagnosticados como portadores de transtornos psicóticos acompanhados no Ambulatório de

Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC/UEL).

Este serviço recebe usuários de toda Região Metropolitana de Londrina e outras cidades do Norte do Estado do Paraná. A clientela atendida neste serviço é constituída, em sua maioria, por indivíduos egressos de instituições psiquiátricas de modelo hospitalocêntrico.

Segundo Minayo (2004) a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O objetivo do pesquisador qualitativista não é estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. O significado tem função estruturante: as pessoas organizam seus modos de vida a partir do que as coisas significam, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

A metodologia proposta permitiu ir de encontro à vivência cotidiana da família. Por meio de

seus relatos, pudemos apreender o conhecimento gerado pelo senso comum que é construído pelo envolvimento das dimensões subjetivas, simbólicas e imaginativas colhidas das mais variadas experiências individuais e grupais e que teriam uma singularidade decorrente da estrutura das famílias e do substrato social que lhes dá sustentação (COLVERO, IDE & ROLIM, 2004).

Nessa Perspectiva, o conhecimento não é representativo, pois não se trata de algo que possui, mas que se constrói em coletividade, em tempo e espaços específicos. Assim, o conhecimento situa-se no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele presente ou não (SPINK & MEDRADO, 1999).

O projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, obtendo parecer favorável nº 248/08 e autorizado pela direção clínica do HC/UEL.

A participação no estudo foi voluntária, mediante leitura, esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido conforme resolução Nº 196/96/CNS. Os critérios de

inclusão como sujeito do estudo foram: ser familiar de alguém com algum tipo de esquizofrenia, estar convivendo com o usuário do serviço, ser o membro cuidador, não possuir educação formal sobre o cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico e, terem condições de responderem à entrevista.

No início da coleta de dados não foi estabelecido o número de sujeitos a serem entrevistados, uma vez que foi utilizada como definição do tamanho do grupo a saturação teórica, que é definida como a suspensão da inclusão de novos entrevistados quando os dados obtidos nas entrevistas passam a ser redundantes na avaliação do pesquisador (FONTANELLA, RICAS & TURATO, 2008). Seguindo esses preceitos julgamos sete entrevistas suficientes para o objetivo do trabalho.

Foram entrevistadas três mães, duas esposas, um marido e uma irmã, e todas as entrevistas foram realizadas de maneira individual, em uma sala reservada do Ambulatório. Dentre eles, três eram familiares de portadores de sintomatologia negativa, dois de sintomatologia mista e dois de sintomatologia positiva, conforme define a Escala de PANSS (CHAVES & SHIRAKAWA, 1998),

que identifica se os usuários estão passando por uma fase positiva ou negativa da psicose. Estes dados foram colhidos através das entrevistas e dos prontuários dos usuários do serviço.

Utilizou-se como instrumento um questionário aberto em que as questões foram introduzidas como parte do fluxo de uma conversação natural. As perguntas foram realizadas com expressão de interesse em saber de sua vivência como, por exemplo: “Qual sua vivência enquanto familiar e cuidador de um portador de transtorno mental¹?”, “Qual o significado de cura para você?”, “O que é necessário acontecer com seu familiar para considerá-lo curado?”. Cabe apontar que as entrevistas tiveram um caráter semi-estruturado, possibilitando uma abertura ao desenvolvimento da resposta do entrevistado.

As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra, pois isso facilita alguns aspectos da análise da entrevista a partir da leitura e releitura (FONTANELLA, CAMPOS & TURATO, 2006). Foi respeitada a

¹ O termo “portador de transtorno mental” foi propositalmente utilizado para facilitar o entendimento do entrevistado.

linguagem coloquial dos sujeitos nas entrevistas e, posteriormente, estas foram colocadas à disposição do entrevistado para que avaliasse seu conteúdo e as aprovassem. Cabe apontar que as gravações foram destruídas após a transcrição.

Para análise dos dados foi utilizada a identificação de unidades e significados comuns nas falas dos entrevistados. Nesta etapa serão seguidos os passos preconizados por Minayo (2004), que são: 1) Ordenação dos dados; 2) Classificação dos dados e 3) Análise final.

Resultados e discussão

O uso da análise de conteúdo facilitou o agrupamento em unidades de significação do material coletado possibilitando que elementos figurativos surgissem para dar significado às vivências, sensações e emoções vividas pelos familiares. Nesse sentido, tal como apontam Pereira e Pereira Junior (2003), o discurso central presente em todos os relatos é de que o sofrimento psíquico é penoso para quem o vive, tanto quanto para a família. Quanto aos significados que os familiares atribuíram ao transtorno mental, conforme conteúdos de maior frequência que surgiram nas falas

dos entrevistados, pode-se organizar em três categorias: 1) *Sobrecarga emocional*, 2) *Conflito familiar* e 3) *Frustração e pouca perspectiva de futuro*.

Sobrecarga emocional

Diante das evidências, os familiares assumem que se sentem sobrecarregados com a dependência afetiva, material e a falta de iniciativa apresentada pelo familiar em sofrimento. O fato do quadro de saúde não se alterar como esperam, apesar do tratamento recebido, causa uma sensação de que não são reconhecidos ou retribuídos, ficando a impressão de que seus esforços são desprovidos de sentimentos, resultados semelhantes à outras pesquisas (COLVERO et al., 2004; SOUZA & SCATENA, 2005; MORASKI & HILDEBRANDT, 2005).

O tom das vozes e as expressões faciais dos entrevistados no momento dos relatos demonstraram sobrecarga emocional. Fato confirmado pelo conteúdo das falas.

- *"Eu grávida, desempregada com contas pra pagar, meu pai fez eu hipotecar a casa, aquela pressão de desocupar a casa, ele não quer fazer nada, não me escuta quando peço para fazer alguma coisa,*

passou ser um fardo para mim". (entrevistada 2)

- *"Eu já tô, olha pra falar a pura verdade, eu já tô muito cansada, vixe bota cansada nisso, tô ficando estressada, não como direito.... A gente não tem gosto de conversar, ele não responde".* (entrevistada 3)

- *"Eu dormia no sofá, não aceitava, não comia, eu era gordo, emagreci quase trinta quilos.... Eu já não durmo mais, eu fiquei em depressão".* (entrevistado 6)

Os maiores picos de tensão estão relacionados aos momentos de surto, principalmente aqueles com manifestações suicidas. Esses momentos tornam-se perturbadores para as famílias, em especial para o membro cuidador frente às dificuldades e para evitar um desfecho trágico do surto (GONÇALVES & SENA, 2001).

- *"A noite ficava delirando, chega uma hora que nem dez segura ela, não queria mais ninguém perto dela, eu consegui levá ela no hospital dentro do carro batendo em todo mundo".* (entrevistado 6)

- *"Tentou suicídio duas vezes, estava desobediente, rebelde, não estava indo bem na escola, estava fumando maconha feito um louco,*

foi pra casa da minha mãe, ficou lá escondido". (entrevistada 5)

A necessidade de cuidar faz com que muitos familiares deixem de cuidar de si mesmos (TEIXEIRA, 2005) levando à uma queda da própria auto-estima e às vezes ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos relacionadas à ansiedade e depressão em decorrência do estresse e do cansaço de se cuidar do dependente (PEGORARO & CALDANA, 2008).

- *"Praticamente um ano eu vivi pra ela, então eu esqueci que eu tinha uma vida, vivia mais em função dela do que de mim.... Eu abandonei meu trabalho totalmente, deixei de viver, de sair de casa".* (entrevistada 7)

- *"Então meu mundo é assim, eu e meu filho.... Não consigo viajar, se fico dois ou três dias fora já quero voltar, não consigo me desligar dele".* (entrevistada 5)

- *Tem dia que eu tenho vontade de morrer, acho que eu não tô bem, não tô feliz [choro] meu filho não pediu pra nascer, é difícil o tempo todo. Eu estou com depressão agora.... Eu tomo antidepressivo.... Pra você ter noção hoje troquei umas dez vezes a roupa, nenhuma estava boa, mas não era a roupa que não*

estava boa, é eu que não estava bem. (entrevistada 5)

Além disso, existe uma sobrecarga física, pois os demais membros do grupo ficam responsáveis por todas as atividades cotidianas da casa, inclusive aquelas que antes eram atribuídas ao membro em questão antes da agudização dos sintomas (NASI et al., 2004).

Se houver uma comunicação clara entre profissionais e membros da família, haverá diminuição dos sentimentos complexos em relação ao transtorno psíquico, diminuindo o sofrimento da família, mesmo o tratamento sendo longo e por vezes instável para o paciente e seus familiares (WAIDMAN & ELSEN, 2004).

Conflito familiar

Outros estudos revelam achados semelhantes a este estudo com padrões de relações difíceis e complexas, com o conteúdo das entrevistas fazendo alusão ao contexto, à dinâmica dessequilibrada e, à falha de comunicação nas interações familiares (NASI et al., 2004; PEREIRA & PEREIRA JUNIOR, 2003; COLVERO et al., 2004).

As famílias referiram as dificuldades de interação entre os familiares e seu ente em sofrimento, como um dos aspectos mais difíceis a serem enfrentados na convivência do núcleo familiar.

Nas narrativas nota-se um acúmulo de tensões entre os integrantes da família e, os comentários críticos voltados ao indivíduo podem ser responsáveis por recaídas e agudização de sintomas (PEREIRA & PEREIRA JUNIOR, 2003). Os sujeitos evidenciaram uma instabilidade na dinâmica familiar, o que acaba por diminuir a capacidade dos membros interagirem aumentando ainda mais a tensão neste contexto. Todo esse desequilíbrio nas relações familiares contribui para acentuar os sentimentos de frustração (SOUZA & SCATENA, 2005).

- *"Até ele se tornar adolescente tínhamos uma vida normal.... A partir do momento que ele surtou meu marido não aceitou mais ele, então a gente tem uma certa dificuldade na casa".* (entrevistada 5)

- *"A mãe e a irmã agora tratam ele normal, os outros filhos ela tratou normal, mas ele ela tratava diferente.... O problema é que minha sogra abandonou ele muito*

cedo.... Meu sogro sempre perto, minha sogra sempre longe". (entrevistada 2)

- *"Significa um grande terremoto [na família]".* (entrevistada 3)

- *"A irmã dela não conversa com ela, não diz que é irmã dela, não aceita".* (entrevistada 4)

A imprevisibilidade do comportamento é uma fonte de constante tensão na casa, consistindo em um dos maiores problemas do núcleo familiar (NASI et al., 2004). Por outro lado a redução da sintomatologia torna a vivência mais pacífica e harmoniosa entre os membros.

- *"Agora ela não dá trabalho, dorme a noite inteira, daí eu também durmo, a irmã dela vem ver ela, antes não vinha não".* (entrevistada 1)

- *"O irmão dela vem vê ela, passeia com ela.... Depois que ela começou a tomá remédio e não ficou mais daquele jeito e eles [irmãos] ajuda ela".* (entrevistada 4)

Esses discursos são reforçados por estudos que afirmam que o desgaste, tensões e conflitos causados por uma pessoa em sofrimento mental, são os maiores problemas que a família enfrenta, tendo na impre-

visibilidade do sujeito, uma grande fonte geradora de tensão na casa (NASI et al., 2004).

Frustração e pouca perspectiva de futuro.

O sentimento de poucas perspectivas de futuro revela uma construção depreciativa da família do sujeito em sofrimento psíquico resultando, na maior parte das vezes, sua exclusão, impedindo muitas vezes que os profissionais de saúde consigam agir de maneira adequada devido à frustração da família e desesperança de que algum tratamento seja resolutivo (SOUZA & SCATENA, 2005).

- *"Queria que ela ficasse igual aos outros né? Querer estudá, se arrumá, mas ela não tem vontade, o que que eu posso fazê? Eu também não posso dá tudo o que ela qué".* (entrevistada 1)

- *"O maior prazer do mundo seria se ela sarasse.... Ela não vai voltar a ser o que era, mas se melhorasse já tava bom".* (entrevistada 4)

- *"Sei que é um problema que ela pode estar bem ou pode ficar do jeito que tá, continuar na vidinha dela do jeito que tá e eu tenho que aceitar isso".* (entrevistada 7)

A sintomatologia, como delírios e alucinações unidos ao comportamento estranho, torna-se fonte de grande preocupação e desânimo ao familiar. O investimento nas tentativas de solucionar os problemas sem um retorno notável ao longo da trajetória acaba por desmotivar o cuidador que se sente frustrado, impotente e com sua perspectiva de futuro cada vez menor (SOARES & MUNARI, 2007), pois sente-se despreparado em relação ao como ajudar e como fazer o melhor para cuidar de seu familiar quando este entra em crise (OLIVEIRA, 2001).

- *"Eu sou uma mãe que fico à procura de um tratamento mais eficaz, um remédio mais legal, então vamos supor que ele começasse a tomar uma medicação, toma, toma, toma, toma e não melhora eu desanimo".* (entrevistada 5)

Ao estar diante do diagnóstico de transtorno mental, a família, na maior parte das vezes, não sonha mais com um futuro próspero, pois o percorrer da trajetória, aliada a visão de invalidez e incompetência presentes na sociedade, parece reforçar a sensação de limitação em relação à manifestação da doença contribuindo para a desesperança

e o descrédito no familiar (OLIVEIRA, 2001).

Como consequência da família não possuir controle sobre uma situação de surto, acaba internando o ente e vivendo uma situação de intenso sofrimento e impotência. A cada nova internação suas perspectivas para o futuro, parecem diminuir (SOUZA & SCATENA, 2005).

Considerações finais

Parece-nos evidente que não apenas o "psicótico", mas outros membros da família podem vir a necessitar de acompanhamento da equipe de atendimento do serviço de saúde. A terapia de grupo familiar, ou mesmo com cada membro da família individualmente, ajudaria com que estes passassem a entender melhor o percurso da psicose e a lidar com suas emoções, conflitos familiares, frustrações e sobrecargas emocionais.

Esse suporte familiar é de extrema importância nos serviços de saúde. Nos grupos terapêuticos multifamiliares a expressão das emoções e sentimentos ficam facilitados pelo encontro com histórias parecidas (PEREIRA, 2003), além do aprendizado de informações que poderão favorecer o

comportamento da família junto ao membro em sofrimento psíquico.

Nota-se as dificuldades dos familiares, tanto quanto os novos desafios para profissionais de saúde mental a partir de novas práticas com a intenção de ampliar suas possibilidades de atuação uma vez que as expectativas das famílias estão diretamente relacionadas com as expectativas dos profissionais.

Dividir espaço com o parente acometido por transtorno psíquico implica em vivência de emoções que os membros da família tem dificuldade em entender e trabalhar. Isso deixa clara a necessidade de intervenções que favoreçam a dinâmica familiar levando em consideração a subjetividade de todos os seus componentes

Nessa ótica, ampliam as possibilidades de uma assistência global, atuando também na relação entre profissionais, pacientes e suas famílias. Este espaço pode e deve ser ocupado pelos profissionais que atuam em dispositivos de cuidado em saúde mental, em especial o psicólogo, que tem como paradigma a visão integral do ser humano. Espera-se destes profissionais um maior conhecimento da subjetividade

humana, das dinâmicas familiares, além da capacidade e habilidade no relacionamento humano em um processo de ensino-aprendizagem contínuo.

Referências

Barroso, A. G. C., Abreu, L. M., Bezerra, M. A. A., Ibiapina, S. L. D., & Brito, H. B. (2004). Transtornos mentais: o significado para os familiares. *Revista Brasileira Promoção Saúde*, 17(3), 99-108.

Chaves, A. C., & Shirakawa, I. (1998). Escala das síndromes negativa e positiva PANSS e seu uso no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 337-343.

Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38(2), 197-205.

Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 14(5), 812-20.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem

por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.

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

Moraski, T. R., & Hildebrandt, L. M. (2005). A experiência de agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. *Scientia Medica*, 15(4), 213-219.

Nasi, C., Stumm, L. K., & Hildebrandt, L. M. (2004). Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1), 59-67.

Oliveira, A. M. N. (2001). Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental. *Família Saúde Desenvolvimento*, 3(2), 146-153.

Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico

em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 25(12), 295-307.

Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 71-82.

Pereira, M. A. O., & Pereira Junior, A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista Escola Enfermagem USP*, 37(4), 92-100.

Seixas, M. L. N., Miranda, C. S. S., & Miranda, F. A. N. (2005). O significado da doença mental para a família. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, 7(1), 35-41.

Soares, C. B., & Munari, D. B. (2007). Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 357-362.

Souza, R. C., & Scatena, M. C. M. (2005). Produção dos sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), 173-179.

Spink, M. J., & Medrado, B. (1999). Produção de sentidos no

cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In Spink, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.

Teixeira, M. B. (2005). Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 171-175.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507-14.

Waidman, M. A. P. (2004). *O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Waidman, M. A. P., & Elsen, I. (2004). Família e necessidades... revendo estudos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 147-57.

Waidman, M. A. P., Jouclas, V. M. G., & Stefanelli, M. C. (1999). Família e doença mental. *Família Saúde Desenvolvimento*, 1(2), 27-32.

Abstract

This search was conducted in Londrina University, Brazil, where there is a Psychiatry Clinic in Clinics Hospital. Through qualitative methodology, it sought to discover the experience and the significance of finding out a family's relative with psychic distress. The information collected was given by an open interview in which participants were able to speak about their experiences and their understanding of mental illness. The sample was defined as the theoretical saturation technique. By analyzing the data gathered, it was possible to group the answers into three categories: *emotional overload*, *family conflict* and *frustration and small perspective for the future*. From these categories, it is expected that the results might contribute to the development of new searches and to the global support expansion of the patients and their families. From the results it is also expected the improvement of the relationship between the patient, their families and the professionals related to mental illness, especially psychologists.

Keywords: Family relationships; mental disorders; caregivers

CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Ana Magnólia Mendes

Universidade de Brasília
anamag.mendes@gmail.com

Luciane K. Reis Araujo

Subsaúde/Seap – Governo do Distrito Federal
lukrar@terra.com.br

Emilio Peres Facas

Universidade Federal de Goiás
emiliopf@gmail.com

Resumo

Apresenta-se a Psicodinâmica do Trabalho como um instrumento para mobilização e participação dos servidores na escrita de políticas públicas e de intervenção para a diminuição e controle dos agravos à saúde integral e dos riscos psicossociais relacionados ao trabalho dos servidores estatutários ativos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Governo do Distrito Federal. O referencial teórico-metodológico é o da Psicodinâmica do Trabalho, inspirada nos estudos de Christophe Dejours e nas pesquisas desenvolvidas pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília (UnB). O trabalho tem como objeto central compreender a mobilização subjetiva no trabalho, que é o resgate do sentido do trabalho, envolvendo o movimento dos servidores para atuar na organização do trabalho e repensar as relações socioprofissionais. Os principais resultados estão relacionados ao engajamento dos servidores na busca de ações para efetivar a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor do DF.

Palavras-chave: Psicodinâmica do trabalho, saúde do servidor, redução de riscos psicossociais, políticas públicas

O texto tem por objetivo apresentar a abordagem teórico-metodológica da Clínica Psicodinâmica do Trabalho como um instrumento para mobilização e participação

dos servidores na escrita de políticas públicas e de intervenção para a diminuição e controle dos agravos à saúde integral e dos riscos psicossociais relacionados ao trabalho dos

servidores estatutários ativos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Governo do Distrito Federal.

O referencial teórico é o da Psicodinâmica do Trabalho, inspirada nos estudos de Christophe Dejours e metodologicamente tem base no método da Clínica do Trabalho desenvolvido pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília (UnB), que se apropria da escuta analítica, de base freudiana, para potencializar a clínica do sofrimento no trabalho, além de buscar dar visibilidade às dimensões políticas dessa escuta. Nesse contexto, o capítulo tem como objeto central discutir a mobilização subjetiva e política no trabalho, que implica no resgate do sentido do trabalho, envolvendo o movimento dos servidores para resistir e agir frente aos constrangimentos da organização do trabalho, repensar as relações socioprofissionais e deslocar sua posição subjetiva para atuar como protagonista no processo de construção das políticas públicas.

Os principais resultados do método referem-se à participação ativa de servidores e gestores na construção de

programas. Os desdobramentos mais significativos estão relacionados à criação de Programas em saúde do trabalhador a partir de estudos epidemiológicos e o engajamento dos servidores na busca de ações para efetivar a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor do DF.

Desse modo, o texto apresenta as ações construídas em saúde do servidor, baseada nos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, realizada com a equipe da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores – Subsaúde, vinculada a Secretaria de Estado de Administração Pública do Distrito Federal/Seap. A criação desta Subsecretaria, ocorreu em março de 2011.

Compete à Subsaúde realizar estudos, normatizar, propor diretrizes e auditar as ações em matéria de saúde, segurança do trabalho e do regime próprio de previdência.

O foco é a diminuição e controle dos agravos à saúde integral do servidor, dos riscos psicossociais relacionados ao trabalho, da padronização dos procedimentos de atendimento e formulários e a criação de uma política aos servidores do Governo.

Assim, no dia 10 de maio de 2012, por meio do decreto nº 33.653, foi instituída a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor, que atende aos servidores estatutários, ativos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal.

Para legitimar a construção coletiva das Políticas Públicas, todas as proposições da Subsaúde são levadas para apreciação, deliberação e aprovação no Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho, órgão colegiado, criado pelo decreto nº 32.716, de 1º de janeiro de 2011, formado por Representantes das Secretarias de Estado de Administração Pública, da Educação e da Saúde; representante sindical e do Instituto de Previdência do DF. Além disso, para ter acesso aos programas criados, as demais Secretarias de Estado, assinaram um acordo de cooperação técnica para que as intenções repercutissem em ações, por meio da responsabilidade compartilhada.

O conhecimento em Clínica Psicodinâmica do Trabalho envolve a organização do trabalho como potencializadora do prazer e do sofrimento dos trabalhadores. Assim, a forma de

trabalhar os dados coletados tornaram-se matéria-prima e uma ferramenta potente para que gestores e servidores possam agir e revisar as estratégias de gestão e acompanhar os riscos psicossociais considerando as diferentes esferas de atividades desempenhadas.

Como foco central, estabeleceu-se a análise de como se produzem as subjetividades no contexto de trabalho, assim, foi criado um espaço diferenciado que propiciou a oportunidade de fala e escuta clínica, com base no referencial de Mendes e Araújo (2012), fundamentada na conduta clínica, na qualificação profissional e pessoal. Nesse espaço foi privilegiada a fala dos servidores, uma investigação sobre as implicações do trabalho nas perturbações da saúde, e os ganhos e perdas advindos da exclusão temporária devido ao adoecimento. Também se buscou avaliar as características individuais e da organização do trabalho, remetendo sempre aos coletivos laborais, pontuando na linguagem proferida e o mal-estar emergente.

Várias fontes foram citadas, a saber: a precariedade das condições de trabalho, o distanciamento entre as prescrições e o real enfrentado,

verticalidade nas estruturas de algumas áreas, prejudicando a construção democrática e coletiva, relações socioprofissionais deterioradas, motivadas pelo descaso de alguns servidores com o trabalho, e indicações políticas, que excluem o princípio da meritocracia.

As estratégias utilizadas permitiram reconhecer a dificuldade dos servidores em assumir o sofrimento. A tristeza, o medo, e a frustração, ao não serem reconhecidas como dimensões próprias do viver, são estampadas nos atestados médicos, transformadas em depressão, fobias, transtornos de ansiedade e tantos outros “*CIDs F*” – Classificação Internacional de Doenças, que descrevem os transtornos mentais e comportamentais.

Assim, percebe-se que falar sobre o processo de sofrimento, diminui os afastamentos do trabalho. Implicar o servidor no seu cuidado, assumir a impotência diante de algumas prescrições, bem como remeter ao coletivo a frustração no trabalho, podem mobilizar os sujeitos para ação, alterando relações de trabalho, integrando o psíquico e o social de modo indissociável, produzindo um

jogo de forças e uma dinâmica própria dos contextos de trabalho.

Os principais resultados do método estão relacionados à participação ativa de servidores e gestores em projetos e programas que possam ser discutidos no Conselho de Saúde e Segurança para que se perpetuem como políticas de estado, evitando a descontinuidade dos planejamentos neste tema. Os desdobramentos mais significativos, nesse momento, estão relacionados à nomeação do mal-estar vivido no trabalho: comunicação interdita, gestores despreparados, normas rígidas, servidores apartados do planejamento, falta de vocação para exercer a atividade para citar alguns exemplos.

Percebe-se pelas respostas obtidas que o espaço individual e coletivo de discussão está interdito, o que favorece o aparecimento de muitos danos físicos, psicológicos e sociais. Aqui, cabe lembrar, que é só por intermédio da linguagem que o sujeito pode se expressar. E este trabalho vem demonstrando-se um exemplo da linguagem ampliada. Mediatizar a vivência do trabalho pela palavra é a forma do servidor poder elaborar

seu próprio discurso sobre o fazer.

Assim, com a criação desse espaço público, trocas estão sendo possíveis, planejamentos discutidos, elaborações compartilhadas de vivências e proposições de soluções, facilitando a experiência da elaboração coletiva do sentido no trabalho.

O caminho para a construção das políticas

A clínica inclui a exploração e compreensão dos significados presentes nas ações dos sujeitos, bem como grupos de sujeitos, buscando aprender o sentido que leva a determinadas direções de relacionamentos, conflitos e decisões, Barbier (1985).

O autor remete o significado da palavra clínica ao “procedimento de observação direta e minuciosa” (p.45). Na Psicodinâmica, Clínica do Trabalho significa um espaço em que o objeto de investigação é a relação do indivíduo com a atividade laboral, em seus aspectos mais amplos, complexos e subjetivos. A Clínica do Trabalho é o espaço em que os sujeitos que executam as rotinas de trabalho em uma organização podem expressar suas

impressões, sentimentos e percepções relacionadas aos pares, superiores, subordinados, tarefas realizadas, resultado e sentido do que fazem. A Clínica do Trabalho acolhe as opiniões, impressões e sensações dos trabalhadores em relação a todos os aspectos que fazem parte da vida da organização, identificando fatores que geram sofrimento físico e psíquico e resultam no adoecimento dos indivíduos e na perda de produtividade laboral - com impactos na organização do trabalho e no ser humano.

Portanto, as discussões com os diferentes grupos de servidores: servidores que compõem o Conselho de Saúde, a equipe da Subsaúde e demais servidores atendidos por esta Subsecretaria, buscam compreender, questionar, provocar o pensar sobre a interrelação entre trabalho e saúde. Percebeu-se, que estas discussões, tornaram-se como um ponto de partida para elaboração de práticas preventivas. A compreensão dessa relação envolve o entendimento e o conhecimento de todas as dimensões organizacionais – cultura, valores, clima, contexto de trabalho, qualidade de vida no trabalho, dentre outras. Os resultados até este momento funcionaram

como “mapas”, no sentido de orientar a elaboração de práticas mais adequadas ao contexto organizacional.

As reuniões com o Conselho de Saúde ocorrem mensalmente. Os coordenadores da Subsaúde reúnem-se semanalmente, e as reuniões com as demais Secretarias de Estado acontecem, mediante o acordo de cooperação firmado para início dos programas com os servidores.

O critério para seleção das Secretarias a serem atendidas consistiu na análise do relatório epidemiológico sobre índices de afastamento do trabalho, produzido pela gerência de Epidemiologia da Subsaúde.

É importante ressaltar que embora os encontros sigam os pressupostos apresentados pela metodologia em Clínica do Trabalho, segundo Mendes e Araujo (2012) há variações quanto ao número de encontros e duração das sessões. O que se procura é a participação ativa dos servidores, o registro das falas e o resgate a cada novo encontro dos memórias construídos. Assim, busca-se por meio do discurso um processo de elaboração, onde estão presentes motivações,

desejos e investimentos dos participantes.

Por uma Política Integrada de Atenção à Saúde dos Servidores

Todo o planejamento vem sendo construído, pensando as políticas macro em segurança e saúde no trabalho, com o objetivo de tornar esta, uma política de estado e não algo construído por um governo, com duração de apenas quatro anos.

Para tal, iniciou-se com a pesquisa documental acerca de políticas públicas em segurança e saúde no trabalho: política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012; diretrizes da Organização Mundial da Saúde no tema; conferências da Organização Internacional do Trabalho e artigos acadêmicos na matéria, base do Scientific Electronic Library Online - Scielo, período 2001-2011.

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. A Renast, regulamentada pela Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) - 210 unidades espalhadas por todo o País - e por uma rede de 1.000 serviços sentinela de média e alta complexidade capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Além disso, em esfera interinstitucional, o Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes compreendem:

I - Ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;

II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;

III - Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;

IV - Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;

V - Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;

VI - Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador.(www.portal.saude.gov.br)

Na análise da agenda de compromisso do Ministério da Saúde e nos estudos pesquisados nos últimos 10 anos sobre as políticas públicas voltadas para melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores identifica-se um

novo entendimento sobre o tema: o foco deixa de ser sobre a doença para voltar-se à noção de promoção.

Fomentar a participação dos diferentes atores do mundo do trabalho e criar um coletivo que colabore na implementação e avaliação das políticas públicas tornou-se um dos princípios organizativos centrais da gestão pública contemporânea e dos processos democráticos. No entanto, pesquisas recentes têm demonstrado a concentração geográfica de experiências de gestão pública participativa (sobretudo no caso de orçamentos participativos) nas regiões sul e sudeste do país, evidenciando que tal institucionalização não tem se desenvolvido de forma homogênea e que a prática da participação cidadã apresenta variações importantes no contexto nacional.

Também se percebe na análise do processo saúde-adoecimento que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade. E, que muitas vezes nesse processo as empresas encaminham os trabalhadores adoecidos para o Estado, colocando os sujeitos como responsáveis únicos pelo

adoecimento, caracterizando uma prática excludente e onerando os Estados.

Por outro lado, há um movimento no cenário organizacional oferecendo inúmeros projetos para promoção e redução de riscos psicossociais na vida do trabalhador. No entanto, grande parte das propostas de intervenção ao invés de focarem no reconhecimento do outro, no acolhimento, na responsabilização e no estabelecimento de vínculos, na cooperação e na valorização da comunicação; estão centradas unicamente no aumento da produtividade.

A história do sujeito, bem como a sua participação na criação destes programas, na maioria dos casos tem ficado de fora. A estratégia de disciplinar as individualidades, ainda é um diagrama que percorre o campo social. Bodstein (2002)¹ lembra os desafios metodológicos da avaliação de políticas públicas perante a contínua e permanente separação entre a formulação e a implementação dessas políticas.

As políticas públicas diante desse conceito devem oferecer

¹ Bodstein R 2002. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):401-412, 2002.

continência às condições adversas de trabalho, relacionadas ao processo de saúde, trazendo elementos que, em geral, são subestimados pelos gestores que se ocupam do tema.

O terreno das multiplicidades deve ser considerado contribuindo para o campo preventivo. Campo que prevê o entrecruzamento nos atos e discursos, que sob esta ótica lida com a noção de intersubjetividade.

A discussão e implantação dos programas para promoção da saúde dos servidores ao invés da homeostase devem buscar atravessamentos desestabilizadores para que as diferenças possam emergir e a resistência reativa a falar sobre o adoecimento deixe de ser o comportamento apresentado de formas discursivas catárticas e ambivalentes.

Ao prevalecer à reação como forma de comunicar o sofrimento nos diferentes espaços de trabalho, as particularidades tendem a desaparecer, o que impede o surgimento de agentes capazes de exercer ações transformadoras. Como consequência, não há mudanças efetivas, logo o indivíduo se imobiliza mais do que age. O

sofrimento se volta para o interior do sujeito ou para o coletivo dos trabalhadores, configurando, assim, o "instinto do rebanho", segundo a expressão nietzschiana. Na ausência de manifestação do sofrimento, não há uma eficaz ação transformadora, mas uma catártica e idiossincrática reação grupal capaz apenas de minimizar o processo de adoecimento, mas não o sofrimento.

Estimular um ambiente onde a ação predomine, significa estabelecer relações dinâmicas com espaços para manifestação da fala e da escuta dos trabalhadores, num espaço público de discussão que promova a compreensão, interpretação, elaboração e perelaboração do pronunciado. Esse espaço é a possibilidade de (re)construção dos processos de subjetivação e do coletivo, uma vez que falar leva o trabalhador a se mobilizar, pensar, agir e criar estratégias para transformar a organização de trabalho. A mobilização que resulta dessa fala se articula à emancipação e reapropriação de si, do coletivo e da condição de poder do trabalhador.

Para Brant & Minayo (2004)² reconhecer, valorizar e socializar ações de resistência ao adoecimento como estratégias prioritárias podem fortalecer as atuais práticas de atenção à saúde do trabalhador. Potencializam ainda, a participação nos projetos de promoção.

Neste contexto, as políticas para promoção de saúde devem rejeitar os determinismos estruturais, podendo ser transformadas pela prática dos atores, não se restringindo a ser apenas determinados para os mesmos. Considerar que os membros de uma organização são capazes de definir seus interesses e de lutar pelo alcance de seus objetivos pessoais/profissionais. Isso significa deixar de ver os trabalhadores unicamente como vítimas de maquinações de seus dirigentes, como indivíduos apenas reativos ao ambiente e contingenciados por este.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas

de saúde. "Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (Brasil - MS, 2004, p.5).

Assim, torna-se fundamental engajar os participantes na construção do trabalho, com o objetivo de fortalecer as políticas em saúde existentes, discutir novas ações e construir mapas diagnósticos que sustentem a criação de novos projetos de lei. Para tal, nesta etapa a Subsaúde realizou acordos de cooperação técnica com os órgãos federais. Os convênios foram realizados com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e no IV Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor – ENASS foram divulgadas experiências no campo de promoção à saúde, por meio de artigos científicos. Foram criados em parceria com o Ministério da Saúde o grupo de tratamento do tabagismo e o programa de atenção ao dependente químico. Com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD foi ofertado um curso aos gestores de pessoas para as 53 Secretarias de Estado com o objetivo de capacitação na condução de servidores

² Brant, L.C. & Minayo-Gomez, C. (2004) **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.9, no.1, p.213-223.

dependentes e medidas preventivas para um ambiente livre de drogas.

Junto com esta etapa foi oferecido aos servidores, que compõem a equipe multiprofissional³ da Subsaúde, capacitação profissional em diversos Congressos em Segurança e Saúde no Trabalho.

A terceira etapa foi marcada pela publicação de manuais oficiais de governo ⁴(Saúde e Segurança do Trabalho e Perícia Médica Oficial) com os objetivos de alinhar princípios legais à prática, clarear as ações a todos envolvidos, desburocratizar processos e possibilitar que diferentes profissionais tenham a mesma prática profissional. Os manuais foram escritos com a participação dos servidores que compõem as áreas de saúde das Secretarias de Estado de Administração Pública, Educação e Saúde, sob a coordenação da Subsaúde.

Foram estabelecidas diversas ações para fomentar o diálogo intragovernamental, tais como: I Fórum Subsaúde, dirigido aos gestores de pessoas das diversas Secretarias, disponibilização de

clipping semanal, na intranet, com as principais notícias em saúde do servidor e criação de grupos de trabalho sobre as temáticas demandas pelas diversas Secretarias.

O diálogo intergovernamental, além dos acordos de cooperação técnica firmados, promoveu a inserção dos profissionais da Subsaúde em Conselhos Nacionais para discussão de temas em segurança e saúde no trabalho, a saber: Conselho Nacional dos Dirigentes de Regimes Próprios de Previdência Social – CONAPREV, Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região para legitimar os princípios legais em decretos e portarias regulamentadoras, participação na redação da resolução do Conselho Federal de Psicologia sobre o papel do psicólogo perito em saúde. Sob a coordenação desta Subsecretaria foram criadas no Conselho Nacional dos Secretários de Estado (CONSAD), por meio de um grupo de trabalho, as câmaras técnicas nas 05 regiões brasileiras para parcerias de pesquisa e monitoramento de índices de afastamento do trabalho.

Junto à Câmara Distrital foi feito um acordo, ratificando a importância dos Projetos de Lei

³ Médicos do trabalho, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros do trabalho, assistentes sociais, engenheiros de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho e técnicos de enfermagem do trabalho.

⁴ www.seap.df.gov.br

que versem sobre segurança e saúde no trabalho, passem pelo Conselho de Saúde e Segurança no Trabalho do Distrito Federal, com a justificativa que o mesmo é composto por técnicos na área.

As políticas públicas instituídas até o momento são: Portaria nº 48/2011, que se refere ao Programa de Atenção ao Dependente Químico; Portaria nº 49/2011, que institui a Junta Médica Oficial de Recurso; Portaria nº 61/2011, que constitui Comissão Permanente para atuar no Programa de Readaptação Profissional; Portaria nº 73/2011, que compõe o Quadro Médico da Junta Médica Oficial; Portaria nº 62/2011, que estabelece o Grupo de Trabalho sobre aposentadoria especial; Portaria nº 114, de 1º de setembro de 2011, que criou o Programa de Preparação para o Período Pós-Carreira do quadro de pessoal do Governo do Distrito Federal; Decreto 33.653/2012, que criou a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor.

A mobilização dos servidores pelo uso da palavra: fortalecendo o coletivo de trabalho

Saúde é a possibilidade do sujeito se colocar em condições de habitar as multiplicidades, de construir recursos capazes de

reconfigurar suas práticas psíquicas e sociais de modo mais criativo. Assim, ter dado voz aos servidores demonstrou ser um recurso apropriado.

Além dos princípios da administração pública, descritos no artigo 37 da Constituição, que falam sobre a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, outros princípios estão descritos na elaboração orgânica das Unidades Federativas, como o princípio da isonomia, da supremacia do interesse público, da proporcionalidade, da finalidade, da motivação, da economicidade.

Estas regras apontam caminhos que devem ser seguidos pelos aplicadores da lei, com o objetivo de eliminar lacunas, oferecendo coerência a prática laboral dos servidores.

Percebeu-se no desenvolvimento deste projeto, o descrédito de muitos servidores em novos projetos. A queixa é a contradição entre o que prevê os princípios da administração pública e a prática encontrada no Governo. São citados como fatores de desmotivação, a falta de transparência em algumas áreas, gestão ineficiente, descontinuidade nos

planejamentos iniciados e a falta de meritocracia para muitos cargos concedidos.

A governança pública, conceito em evidência nos debates sobre a nova gestão pública tem como direção ampliar a capacidade de o Estado de implementar de forma eficiente as políticas públicas, entendidas aqui como o conjunto de ações desencadeadas pelo Governo, com vistas ao atendimento às demandas dos servidores em suas organizações, condições de trabalho e relações socioprofissionais.

O fato de revelar o “encoberto” permite uma gestão pública transparente e com responsabilização dos agentes. Um exemplo é a Lei de Acesso à Informação, em vigor desde 2012. Extinguir a cultura do sigilo é facilitar o controle social e ampliar a pressão por melhorias.

A meritocracia é outro fator que deve ser a base para uma administração competente e um dos caminhos para melhorar a qualidade do serviço público. A recompensa por desempenho, capacitação permanente, salários compatíveis com o mercado são fatores que propiciam o compromisso dos servidores com os projetos.

Neste sentido, a Clínica Psicodinâmica do Trabalho torna-se um instrumento adequado. Fundamentando-se nos estudos realizados no Brasil, nos últimos cinco anos: Martins (2009), Mendes e Col (2010), Bendassolli e Soboll (2011) e Mendes e Araujo (2011), Baierle (2007), Traesel (2007), Castro (2010) e Garcia (2011), e Lancaman e Col (2007), identifica-se, apesar das diferenças metodológicas, que a clínica permite uma fala livre e uma escuta atenta, possibilitando o acesso às relações entre organização do trabalho, sofrimento e defesas.

As prerrogativas teóricas acima são seguidas nos encontros, as vivências de prazer-sofrimento provenientes da dinâmica das situações de trabalho são nomeadas ao longo das sessões. As diferenças apresentadas no decorrer deste trabalho referem-se ao método tanto preconizado por Dejours (1986/2009) quanto por Mendes e Araujo (2012). Vale destacar entre essas diferenças a não limitação da quantidade de sessões; e a demanda, que surge da gestão, a qual participa no processo da organização do planejamento junto aos trabalhadores, abordando os riscos e as responsabilidades com o grupo, podendo assim ser rediscutido o pleito inicial.

O desafio principal deste trabalho no Governo refere-se à mobilização de todos os envolvidos no processo, pois as resistências aparecem quando surge o convite para a construção do modelo ao invés de apresentá-lo pronto, com padrões já definidos. O relatório de atividades mensal contribui para elaboração do memorial, pois nele se vê a ação do discutido, propiciando que outros servidores se engajem no processo, desmontando a expectativa do idealizado e unindo-se a caminhada que exige passos, em uma estrada esburacada, às vezes íngreme, sinônimo da burocracia, dos recuos, das frustrações, enfim, todas as dificuldades do trabalhar.

Os resultados desta investigação permitem apontar algumas conclusões gerais referentes à viabilidade deste método na Subsaúde.

As políticas públicas são expressas na forma de determinações legais: decretos, resoluções, entre outros. No entanto, não existe uma relação direta entre o fato de uma determinação legal ter sido tomada e a sua real implementação, como por exemplo, o decreto nº 33.653 que

instituiu a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor.

A implementação, compreende um conjunto de eventos e atividades que acontecem após a definição de diretrizes, que incluem tanto o esforço para administrá-la como os seus impactos substantivos sobre servidores e eventos.

Assim, para uma política sair do papel é necessária a mobilização dos envolvidos. É poder ir além das prescrições tomadas e lidar com o real do trabalho, que a cada instante exige lidar com o fracasso do idealizado e com o inesperado.

Para finalizar

É importante enfatizar que a implementação de uma política pública não ocorre automaticamente. É necessário obter a cooperação e a adesão dos diversos atores envolvidos na política. Deve-se evitar gestores autoritários na condução da implementação de políticas públicas, que exigem o cumprimento de ordens verticalizadas, que têm dificuldade em acolher novas ideias e formas de tratamento, fazendo com que os projetos sejam logo descartados.

Apesar da precariedade de condições materiais para funcionamento desta Unidade: a descentralização das unidades de perícias médicas, fato que dificulta a parametrização e coordenação dos processos; falta espaço físico para atendimento aos servidores; carência de profissionais especializados na área, falta um sistema informatizado para acesso dos prontuários dos servidores, percebeu-se que para os servidores, dialogar com os pares sobre as melhorias na organização de trabalho e colocar no papel as ações possíveis, como por exemplo, a produção dos dois manuais oficiais de governo, permitiram trocar o imobilismo por ações. Divergências ideológicas, corporativismo dos servidores e fatores históricos e culturais deram lugar a iniciativa, criatividade e ser o principal agente de sua história.

Esse trabalho tornou-se realidade, pois houve mobilização dos servidores, cujos interesses afetam diretamente a atividade profissional executada.

Canguilhem (2010) em sua obra, *O Normal e o Patológico* afirma sobre a necessidade de liberar o homem em sua experiência, o que significa dar-lhe os meios para que compreenda e controle

seu modo de andar a vida e consequentemente, liberar o conhecimento sobre esta experiência, que se encontra muitas vezes monopolizada.

O campo é um terreno fértil para isto, um espaço de relações em movimento, que necessita em seu nível simbólico de reconhecimento, monitoramento e a coerência da produção discursiva, aproximando a fala das práticas possíveis.

Coloca-se, então, uma dupla tarefa para que possamos avançar na proposição e nas tentativas de implementação de mudanças nas práticas de saúde (para além dos necessários esforços de reorganização e melhoria das condições e dos processos de trabalho). De um lado, explorar, buscar (re)conhecer, os processos intersubjetivos/inconscientes presentes no modo como se realiza o trabalho em saúde e suas consequências sobre a qualidade do cuidado. De outro lado, buscar, propor e/ou fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho que favoreçam a gestores e trabalhadores de saúde o acesso a sua própria subjetividade - ao (re)conhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos

imaginários/afetivos que os ligam ao trabalho, às organizações, ao outro (profissional, usuário) e do sentido do trabalho em suas vidas.

Por fim, esta Política não está pronta e acabada, vem sendo construída, moldada, pela conjuntura política, estofada com as experiências dos servidores e reorientada com os questionamentos dos críticos. Muitos aspectos importantes ainda precisam ser delineados. Porém, mais do que as especificidades, o fundamental era estabelecer o quadro macro no qual os programas e as ações estão sendo desenvolvidos.

Nesse sentido, a Clínica Psicodinâmica do Trabalho como referente cumpre papel importante, embora nesse projeto, não tenha sido utilizada por limites metodológicos, toda sua potência política e de mobilização dos sujeitos para um reposicionamento subjetivo frente aos constrangimentos, e muitas vezes, opressão, violência e perversão dos modelos de gestão da organização do trabalho. Significando assim, que a utilização do referencial teórico da Clínica Psicodinâmica do Trabalho permite delinear um caminho promissor para compreender os macros

processos institucionais sem perder de vista a subjetividade, e sobretudo, o sofrimento humano como parte inexorável de qualquer processo de construção coletiva.

Referências

Baierle, T.C. (2007). *Ser segurança em tempos de insegurança: sofrimento psíquico e prazer no trabalho da guarda municipal de Porto Alegre*. 204 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Barbier, R. (1985) *Pesquisa ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Bendassolli, F.P.; Soboll, L.A. (Orgs.) (2011) *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.

Bodstein R 2002. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):401-412, 2002.

Brant, L.C. & Minayo-Gomez, C. (2004) *A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho*.

Ciência & Saúde Coletiva, vol.9, no.1, p.213-223.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* 2004. Disponível em: [≤http://www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) >. Acesso em: Janeiro. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* 2006. Disponível em: [<http://www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) >. Acesso em: Janeiro. 2014.

Canguilhem, Georges. (2010). *O Normal e o Patológico*. 6ª.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Castro, T. C. M. (2010) *Reconhecimento e vida dos guardas municipais: clínica do trabalho na atividade de segurança pública*. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dejours, C. (1987). *Plaisir et souffrance dans les travail*. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.

Garcia, W. I. (2011) *Análise Psicodinâmica do Trabalho no Tribunal de Justiça do Amazonas: uma aplicação da clínica do trabalho e da ação*. 108 f. Dissertação (Mestrado em

Psicologia) – Manaus. Universidade Federal do Amazonas.

Lancman, S. et al. (2007) *O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito*. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, n. 21, p. 79-92, jan./abr. 2007.

Martins, S. R. (2009) *A clínica do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Mendes, A. M. (org.) (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo/SP. Casa do Psicólogo.

Mendes, A. M. et al. (2010) *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Editora Juruá.

Traesel, E. S. (2007) *A psicodinâmica do reconhecimento: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores da enfermagem de um hospital do interior do Rio Grande do Sul*. 204 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Abstract

Introduce the Psychodynamics of work as a technique for mobilization and participation of the servers in the writing of public policies and intervention for the reduction and control of harms to integral health and psychosocial risks related to work of statutory public administration assets servers Directly, agencies and Foundations of the Government of the Federal District. The theoretical and methodological frame of reference is that of the Psychodynamics of Work, inspired by Dejours studies and researches developed by the laboratory of Psychodynamics and clinical Work at the University of Brasilia (UnB). The work has as its central object understanding the subjective mobilization at work, which is the rescue work direction, involving the movement of the servers to act on the Organization of work and rethink socio-professional relations. The results are related to the engagement of the servers in the search of actions to implement policy Integrated Health care of DF.

Keywords: Psychodynamic work, server health, psychosocial risks reduction, public policy.

TRANSFORMATIONS DU TRAVAIL ET FORMES CONTEMPORAINES DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

Dominique Lhuillier

Professeure des Universités – Psychosociologie du travail et des organisations
Centre de Recherche sur le Travail et le Développement, Paris
dominique.lhuillier@cnam.fr

L'attention croissante portée au lien entre le travail et la santé psychique est manifeste en France comme au plan international. Ce constat peut conduire à plusieurs questions centrales. Nous en retiendrons ici deux.

Tout d'abord, quelle est la nature de ce lien ? Comment mettre en perspective les transformations du travail et les formes contemporaines de psychopathologie du travail ? Notons que le terme de psychopathologie ne renvoie pas ici à la nosographie des maladies mentales mais à l'étude des mécanismes psychiques mis en œuvre individuellement et collectivement par les sujets au travail. La perspective qui est la notre est celle d'une « psychopathologie de la vie quotidienne » au travail. Et elle ne peut s'inscrire dans un schéma causaliste simpliste pour lequel la santé psychique des travailleurs serait déterminée par les contraintes des situations de travail. Le modèle des pathologies professionnelles somatiques

résultant des nuisances physiques, chimiques, biologiques du poste de travail ne peut s'appliquer au psychisme.

Entre les contraintes du travail et les troubles psychiques s'interpose un individu capable de comprendre sa situation, de réagir, la transformer... Aussi, l'analyse des transformations du travail doit s'accompagner d'une analyse des ressources disponibles ou à construire pour aménager, composer, faire face aux exigences de la situation de travail.

On peut encore, et c'est la deuxième question abordée ici, se demander quelles peuvent être les pratiques des psychologues, de plus en plus nombreux à être sollicités dans le monde du travail. Leurs référentiels et pratiques sont hétérogènes et nécessiteraient d'être plus largement débattus et clarifiés.

Les formes contemporaines de la psychopathologie du travail

La période contemporaine est marquée par la mondialisation des marchés, la précarisation de

l'emploi et la flexibilité externe et interne, l'intensification du travail, l'inflation des procédures de contrôle et d'évaluation, le développement des activités de service et l'amplification des contradictions entre deux injonctions, personnalisation de la prestation pour gagner en qualité et standardisation du travail pour gagner en productivité...

Ces évolutions conduisent à un double processus : accroissement des exigences du travail et réduction des moyens-ressources nécessaires pour y répondre.

C'est dans ce contexte qu'on peut recenser les grands types de pathologies émergentes.

Pathologies de l'activité « emballée » ou empêchée

Les travailleurs sont aujourd'hui confrontés à deux risques apparemment opposés : le sur-travail dans un contexte de pression temporelle et de compétition, et le sous-emploi qui se traduit par un nombre de plus en plus grand de « temps partiels » imposés, de précaires voire de laissés pour compte, relégués hors des espaces-temps productifs.

A : Le sur-travail

Il induit de l'activité emballée qui se signale par des pathologies de

surcharge, notamment les troubles musculo-squelettiques (TMS). L'usure physique est indissociable de l'usure psychique ; le corps porte la trace des cadences imposées, mais aussi de ce qui reste non élaboré, non verbalisé, et d'une auto accélération du rythme de travail afin d'anesthésier la pensée et les affects. Le calibrage et l'intensification du geste contribuent à un accroissement de la charge psychique de travail en contraignant à l'inhibition de toute initiative et mouvement spontané. On peut rappeler ici l'analyse critique percutante du taylorisme proposée par Wallon (1932-1976) qui souligne qu'en amputant l'homme de son initiative, on l'ampute d'une grande partie de ses possibilités, on l'oblige à une immobilité qui est source de tension continue. Et cette opération de contre-investissement constitue une part importante du travail et de la fatigue associée.

Les pathologies de l'activité empêchée ont été largement soulignées dans les analyses du travail taylorien. A celles-ci s'ajoutent aujourd'hui des tensions psychiques induites par l'implication demandée par le management et en même temps refusée quand celui-ci attend essentiellement une simple exécution des consignes données.

Ces tensions psychiques sont souvent désignées par la référence omniprésente au stress (Aubert, Pagès, 1989), notion enveloppe synonyme de frustration, fatigue... L'activité empêchée est ici l'activité propre telle que la définit Tosquelles (1967) : « L'activité s'oppose à la simple bougeotte, et même au mouvement entrepris, imposé ou proposé par l'autre que soi-même. La notion d'activité connote une activité propre : l'activité personnelle et personnalisante, celle qui prend source et s'enracine chez un chacun ».

Aussi, l'apparente opposition entre le sur-travail et le sous-emploi masque une même amputation de l'activité propre comme source et ressource de processus de subjectivation. Elle peut prendre la forme d'une activité dissociée du sujet, formatée et ravalée à un simple « fonctionnement ». Ou celle d'une répression du mouvement et de la mobilisation psychique par le non-travail forcé. En effet, le coût psychique et la souffrance liés aux empêchements de l'activité propre ne concernent pas seulement les épreuves rencontrées dans le travail salarié (dans sa version taylorisée ou modernisée comme prescription non plus du geste mais de la subjectivité). Elles concernent aussi les situations de désœuvrement imposé. On pense ici à la fois au

chômage externe et au chômage interne.

B : *Les « sans travail »*

L'exclusion du travail induit une double rupture, avec les espaces sociaux partagés et avec le temps social structuré autour du travail. De plus, l'activité empêchée interdit de mesurer, par le sujet lui-même, son efficacité opérationnelle. Sans travail, au sens d'activité, il ne peut se prouver à lui-même et aux autres qu'il peut. Sans mise à l'épreuve du réel, avec ce qu'il contient de limitations mais aussi de possibles, le « sans travail » risque de dériver entre un sentiment d'impuissance radicale et celui d'une toute puissance illimitée, entre dévaluation de soi et fuite dans l'imaginaire

Le travail n'est pas le champ d'expression des désirs des besoins personnels, ce qui permettrait l'assouvissement de soi hors contraintes. A contrario, il suppose de composer avec ce qui est hors de soi, ce qui oriente et règle l'activité pour qu'elle s'inscrive et soit reconnue dans la chaîne des activités collectives. C'est cette reconnaissance qui différencie le travail de la simple occupation (les placardisés ou chômeurs disent s'occuper ou être occupés). Le travail a pour condition l'utilité sociale et pour principe l'échange. Sans destinataires, l'activité se

replie sur elle-même et n'assure plus cette fonction de médiation avec la réalité matérielle et sociale.

Confrontés à la violence symbolique d'une mise à mort sociale, les « sans travail » font massivement l'expérience de la perte : perte des étayages qui soutiennent la conscience et la continuité de soi, perte des attributs investis du travail qui résonne comme une sorte d'amputation de soi. Perte du lien aux autres : « désaffiliés » (Castel, 1995), ils ne sont pas seulement seuls, mais isolés. Ils ont perdu leur place. Le travail d'emplacement, à la fois trouvé et crée, n'est pas réductible à la place des origines dans le creuset familial. Cette question est ontologique au sens où dans toute société et à tout âge, chacun cherche où être, où mettre en œuvre sa part d'être, avec qui, avec quoi la tisser. Et l'objet du travail est bien cet être au monde à construire.

Dans un monde qui valorise efficience et performance, responsabilité et initiative, le « sans travail » porte le signe inversé de la norme qu'il n'accomplit pas. Il est l'envers de nos normes de socialisation : improductif, impuissant, insuffisant, incapable. Condamné comme sans valeur

d'usage, il fait figure de supplément indésirable.

L'empêchement de l'activité entraîne encore une immobilisation du dynamisme interne d'autant plus douloureuse que l'énergie, inutilisée par défaut d'objet à investir, tourne dans le vide, toute entière engagée dans la contention interne par impuissance à agir. Et le retrait du travail remet en cause le plaisir issu de l'exercice du corps et de la pensée. Il y substitue le déplaisir d'une excitation, d'une énergie en manque d'exutoire. Et celle-ci peut trouver une « issue » dans les décompensations psychosomatiques, qu'il s'agisse de l'éclosion de nouvelles pathologies ou de l'aggravation d'affections chroniques jusque-là compensées.

L'empêchement de l'activité est fondamentalement privation du pouvoir de l'action. Car travailler, ce n'est pas seulement s'acquitter des tâches attribuées. C'est aussi être en mesure de marquer de son empreinte son environnement et le cours des choses. Et la souffrance qui résulte de la privation de travail contribue encore à la diminution de la puissance d'agir. L'expérience de l'inactivité imposée est bien celle de la perte des étayages du sujet : étayage sur le corporel, la pulsion étant ici réprimée par l'amputation

du pouvoir d'agir, étayage sur l'intersubjectivité, la relation aux autres étant ici suspendue par l'isolement et la relégation.

La focalisation sur les altérations de la santé par le travail tend à occulter le travail comme opérateur de santé et la production scientifique sur la santé des « sans travail » est beaucoup moins abondante. Pourtant, l'histoire de la psychopathologie du travail nous a légué des travaux, prolongés ensuite par la clinique du travail, sur les fonctions psychologiques et sociales du travail en termes de restauration et développement de la santé psychique, travaux qui constituent autant de repères pour penser le travail comme instrument du développement de la santé et pour éviter de réduire la problématique santé-travail aux déclinaisons usuelles de la dégradation, fragilisation, mutilation...

Pathologies de la solitude et défaut de reconnaissance

Elles sont le revers de l'individualisation de la « gestion des ressources humaines » : individualisation des modes de rémunération, des temps, des rythmes de travail, des carrières, des parcours de formation, de l'évaluation du travail..., mais aussi de la précarité des collectifs de

travail, de la dilution des références et appartenances à des communautés de métiers au profit d'une valorisation de la polyvalence et l'adaptabilité (Ladreyt, Lhuilier et al., 2013).

La montée de la solitude au travail rejoint la problématique de la reconnaissance et ses carences, objet de plaintes récurrentes. En effet, au-delà du rapport opératoire à l'objet de travail, il est toujours question d'un rapport symbolique entre sujets : c'est lui qui autorise la validation des pratiques et la reconnaissance sociale. Or, les plaintes sur ce registre occupent le devant de la scène. Que révèlent-elles ?

Tout travail implique des jugements en termes de valeur et de prestige. Et tout discours sur le travail réalisé comporte une rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction qui passe par la hiérarchie sociale des professions et des activités, valorisées ou dévaluées, méconnues ou prestigieuses. En effet, « le métier est un des éléments pris en compte pour porter un jugement sur quelqu'un et, certainement, l'un des éléments qui influence le plus la manière dont on se juge soi-même (...). Le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin

dans son unique existence » (Hugues, 1996). Aussi, on peut comprendre que la division du travail, synonyme de division morale et psychologique, produise une sorte de catégorisation des métiers et des activités qui n'offrent pas les mêmes bénéfices narcissiques en termes de reconnaissance sociale.

Mais, et nous voudrions insister sur ce point, aujourd'hui s'ajoute la prévalence d'une conception gestionnaire du travail (de Gaulejac, 2005) qui favorise une méconnaissance des situations de travail réelles.

La méconnaissance n'est pas absence ou défaut de connaissance qu'une information bien conçue suffirait à combler. Elle manifeste plutôt une intention active de n'en rien savoir, un refus de connaissance. Le déni est une des figures de la méconnaissance, il est le refus d'une perception qui ne cadre pas avec la représentation que le sujet a de la réalité. Il est bien question ici de la fonction défensive des représentations du travail, comme des représentations du lien santé et travail, qui laissent dans l'ombre la part de réalité susceptible de provoquer anxiété, culpabilité, honte et autres affects déplaisants, autrement dit celle qui pourrait

mettre à mal le mirage d'une maîtrise de l'activité.

Le déni du travail comme affrontement au réel prend aujourd'hui de nouvelles formes. La prescription exige l'idéal (Dujarier, 2006) et impose des modes opératoires de plus en plus déconnectés de la réalité des ressources disponibles dans la situation de travail. Il ne s'agit plus alors seulement de réaliser les tâches productives (de biens ou de service) : viennent s'y ajouter des activités de simulation de la conformité attendue aux règles et aux objectifs et des activités de dissimulation du travail réel. Faire malgré tout, tout en construisant les traces d'une conformité à la tâche, pourtant de plus en plus déréelle, et en masquant les écarts, déviations, transgressions à la fiction promue. La production d'un simulacre met en scène une contrefaçon du travail qui contribue massivement à la méconnaissance du réel du travail et des processus de dégradation de la santé au travail.

Dès lors, ce n'est plus seulement d'un défaut de reconnaissance sociale dont il s'agit mais d'un défaut de connaissance de travail. Et de l'impossibilité de se reconnaître dans son travail. En effet, comment trouver du sens à ce

qu'on fait, comment évaluer la pertinence, la valeur, la qualité de ce qu'on fait quand il n'y a plus d'espace pour débattre du travail et des critères de l'action ?

Sur fond d'intensification du travail et de déni du réel au travail se déploie une souffrance à la mesure de l'écart croissant entre le travail réalisé et le travail rêvé, celui qu'on voudrait pouvoir faire et qu'on en parvient pas à faire. Le renoncement au travail bien fait a un coup psychique très lourd. La critique adressée à sa propre activité crée un malaise diffus, un sentiment général d'être contraint à faire du « sale boulot » (Lhuillier, 2005) et ce jusqu'à la honte de ce qu'on peut être conduit à faire, en particulier dans un nombre de professions dites de la relation (enseignants, soignants, travailleurs sociaux, commerciaux...). Or, la honte ne se partage pas. Elle renforce le silence sur le travail et la solitude de chacun.

Pathologies de la maltraitance et de la violence

La montée de la violence dans les situations de travail est encore le produit de forces de désintégration sociale (Dejours, 2007). Elles fabriquent des individus solitaires aux prises à des relations intersubjectives sans médiation collective et institutionnelle

assurant une fonction de tiers. L'exigence d'adhésion, d'implication, de responsabilisation fait contrepoids à la « déconstruction du monde du travail » (Chiapello, Boltanski, 1999) et l'exclusion croît à la mesure de la pression à l'intégration. Plus celle-ci est forte, plus est entretenue la visée d'une organisation compacte et homogène, plus l'identification est sollicitée contre des boucs émissaires, désignés coupables et/ou déficients, assurant l'épuration par le clivage.

La prévalence d'un management gestionnaire s'appuie sur une idéologie de l'excellence ; elle sollicite des identifications héroïques au service du dépassement de soi, de l'affrontement aux défis et aux challenges. L'imaginaire est au centre de la formation des idéologies qui tendent à voiler la réalité et à susciter la mobilisation, le passage à l'action. Et l'inflation imaginaire est d'autant plus puissante que le tissu social relâche ses trames symboliques et que l'occultation du réel est croissante. Ceux qui refusent cette occultation du réel, entendu comme ce qui résiste aux savoirs, aux savoir-faire, à la technique, à la maîtrise, ou ceux qui ne peuvent tenir les défis imposés sont exposés à la violence et à l'exclusion.

Toutes les organisations où la pensée unique est prescrite génèrent une destructivité silencieuse et redoutable, une érosion des collectifs au profit d'une collection d'individus isolés dans une relation de face à face, voire de rivalité destructrice. Ce sont souvent dans de tels contextes organisationnels que se développent des relations d'emprise dites de « harcèlement » : des relations duelles non médiatisées par l'institution, la loi, la communauté professionnelle, le collectif de travail. Entre le professionnel et l'usager, comme entre le salarié et ses collègues et l'encadrement, s'inscrit la défaillance des cadres contenant et régulateurs des échanges, aux risques de toutes les dérives et excès. Ici, les violences internes et externes, les agressions, insultes, harcèlement, maltraitance, placardisation (Lhuillier, 2002) renouvellent les pathologies post-traumatiques classiquement décrites à propos des accidents du travail.

De la psychopathologie à la clinique du travail

Face à ces évolutions du monde du travail, de plus en plus de demandes sont adressées aux psychologues. Quels sont les cadres théoriques et

méthodologiques qui peuvent guider leurs pratiques et contribuer à la réflexion sur leurs enjeux éthiques ?

L'histoire peut nous aider à préciser les réponses à ces questions. Nous ne pouvons que brièvement l'esquisser ici. Mais c'est bien l'exploration des développements de la psychopathologie du travail qui permet de repérer les impasses de la psychopathologie appliquée au travail, c'est-à-dire d'une approche des troubles psychiques déconnectés de l'analyse du travail et de ses transformations.

La psychopathologie du travail est née des œuvres de quelques fondateurs dont P. Sivadon, C. Veil et L. Le Guillant, tous trois psychiatres.

Paul Sivadon est psychiatre ; ses concepts de « capacités d'adaptation », « d'équilibration de la personnalité » témoignent d'une approche à la fois adaptative et humaniste, centrée sur le « travailleur » et ses fragilités, et laissant dans l'ombre l'analyse du travail.

Claude Veil (2012) a une orientation à la fois phénoménologique et psychanalytique qui l'inscrit dans la psychologie clinique plus que dans

la psychiatrie. Ses travaux portent non pas sur la pathologie mais sur ses frontières. Dès 1957, il souligne les deux polarités du rapport au travail, tantôt châtiment et souffrance, tantôt activité créatrice et forme de sublimation.

Louis Le Guillant (2006), psychiatre aussi, part des situations concrètes de travail, mises en perspective avec différentes manifestations pathologiques identifiées. L'une des recherches les plus connues de Le Guillant, porte sur « les incidences psychologiques de la condition de bonne à tout faire ». Ici, l'analyse porte sur la condition sociale des femmes de ménage caractérisée par la servitude et la domination.

Ces fondateurs ont ouvert de nombreuses perspectives. Ils ont en tous cas souligner déjà et depuis longtemps la double face du travail, à la fois thérapeutique et pathogène, source de réalisation personnelle et d'aliénation.

Le travail n'a pas de statut univoque et stabilisé. Il ne peut se définir simplement par la contrainte, l'hétéro-détermination ou comme espace privilégié de la construction du sujet.

Freud (1930–1971) lui-même souligne cette ambiguïté en relevant dans un premier temps « la grande valeur du travail dans

l'économie de la libido. La possibilité de transférer les composantes agressives narcissiques, voire érotiques, de la libido dans le travail professionnel et les relations sociales qu'il implique donne à ce dernier une valeur qui ne le cède en rien à celle que lui confère le fait d'être indispensable à l'individu pour maintenir et justifier son existence au sein de la société ». Et pourtant, ajoute-t-il, « la majorité des hommes ne travaille que sous la contrainte de la nécessité et de cette aversion naturelle pour le travail naissent les problèmes sociaux les plus ardues ».

Comment entendre cette double face du travail ? L'objet travail appartient à la réalité externe, il est collectif, social, normé, contraint. Mais il est aussi objet imaginaire, c'est-à-dire l'écran par lequel vient se projeter le désir et donc les investissements singuliers fonction de l'histoire du sujet. Aussi, l'analyse des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail est-elle nécessairement dynamique (Lhuillier, 2014). L'investigation porte sur les conflits qui surgissent de la rencontre entre un sujet et une situation de travail dont les caractéristiques sont, pour une large part, fixées indépendamment de la volonté de celui-ci.

Différentes orientations contribuent aujourd'hui au développement de la clinique du travail : citons la psychodynamique du travail, la clinique de l'activité, la psychosociologie du travail, l'ergologie...(Bendassolli, Soboll, 2011, 2014)

Au-delà des divergences entre ces différentes approches en clinique du travail, des traits communs peuvent être dégagés qui fondent les visées et les dispositifs proposés : l'importance de la demande et de son analyse, la dimension collective des cadres d'élaboration, la centralité du travail sous la double face de l'organisation sociale du travail et du rapport subjectif au travail, l'intervention comme processus de changement au plus près des situations concrètes de travail (Lhuilier, 2011a et b, 2014a et b).

Conclusion

Bien souvent, les psychologues sont invités dans le monde du travail pour favoriser une « meilleure » adaptation à l'accroissement de ses contraintes. Mais le rôle social des psychologues ne peut pas être celui qui va aider à moins souffrir au travail en prescrivant des recettes de « qualité de vie au travail » ou en multipliant

des groupes de parole, déconnectés de l'organisation du travail et ses transformations.

La clinique du travail ouvre des perspectives alternatives : la vie n'est pas ajustement à des normes, adaptation à des contraintes extérieures mais invention de normes, création (Canguilhem, 1966). Il s'agit moins de s'adapter à un contexte pour vivre que de fabriquer du contexte pour vivre.

Dans cette perspective, les troubles « pathologiques » sont l'expression d'un blocage de cette capacité de négociation avec soi-même et son milieu, d'un empêchement du développement. Ils sont alors marqués par les mécanismes de la régression, de la fixation, de la répétition, de l'inhibition de la pensée ou des affects. Autant de mécanismes par lesquels le sujet devient prisonnier de son passé et de son milieu, conçu comme une donnée intransformable, voire menaçante.

On veut souligner ici le lien étroit entre santé et créativité. La santé renvoie à cette capacité de répondre de manière inventive aux butées, obstacles, restrictions rencontrées. Nous retrouvons ici Winnicott (1986) quand il précise ce que recouvre cette inventivité, cette

créativité et sa liaison avec la santé :
« Quelle que soit la définition de la vie que nous adoptons, elle doit comporter l'idée que la vie vaut ou non d'être vécue selon que la créativité fait ou non partie de l'expérience de tout être vivant. Pour être créatrice, une personne doit exister et avoir le sentiment d'exister, non de manière consciente, mais comme une base qui lui permette d'agir. La créativité est alors un faire qui est issu d'un être. La créativité, alors, est la capacité de conserver tout au long de la vie quelque chose qui est propre à l'expérience du bébé : la capacité de créer le monde ».

Bibliographie

- Aubert Nicole, Pagés Max, *Le stress professionnel*, Paris, Klincksieck, 1989.
- Bendassolli Pedro, Soboll Lis Andrea, *Clinicas do Trabalho*, Sao Paulo, Atlas ed., 2011.
- Bendassolli Pedro, Soboll Lis Andrea, *Metodos de pesquisa e intervencao em psicologia do trabalho*, Sao Paulo, Atlas ed., 2014.
- Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.
- Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.
- Chiapello Eve, Boltanski Luc, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
- Dejours Christophe, *Conjurer la violence*, Paris, Payot, 2007.
- Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, PUF, 2006.
- De Gaulejac Vincent, *La société malade de la gestion*, Paris, Seuil, 2005.
- Freud Sigmund. *Le malaise dans la culture*, Paris, PUF. 1930-1995.
- Hugues Everett Cherrington, *Le regard sociologique*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1996.
- Ladreyt Sébastien, Lhuilier Dominique et al., Isolement et solitude au travail, *Psychologie du Travail et des Organisations*, Vol. 19, 3, 20143.
- Le Guillant Louis, *Le drame humain du travail*, Toulouse, Eres, 2006.
- Leny Sato, Fabio de Oliveira, José Newton Garcia de Araujo, Vanessa Andrade de Barros, Dominique Lhuilier, *Psicossociologia do Trabalho, Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, Sao Paulo, v.17, n. spe. 1, 2014.
- Lhuilier Dominique, *Placardisés : des exclus dans l'entreprise*, Paris, Le Seuil, 2002.
- Lhuilier Dominique, Le « sale boulot », *Travailler*, 14, 73-98, 2005.
- Lhuilier Dominique, *Cliniques du travail*, Toulouse, Erès, 2011a.
- Lhuilier Dominique, Filiações teoricas das clinicas do trabalho, in Bendassolli & Soboll Lisa, *Clinicas do Trabalho*, Sao Paulo, Atlas ed., 22-58, 2011b.
- Lhuilier Dominique, Introdução à psicossociologia do trabalho, *Cad.*

Psicol. Soc. Trab., São Paulo, v. 17, n. spe. 1, p. 5-19, 2014

Lhuillier Dominique, L'intervention en psychosociologie du travail, in Ana Magnolia Mendes, Rosangela Dutra de Moraes, Alvaro Roberto Crespo Merlo, *Trabalho & Sofrimento*, Curitiba, Jurua ed., 81-103, 2014.

Meyerson Ignace, *Ecrits 1920-1983*, Paris, PUF, 1987

Tosquelles François, *Le travail thérapeutique à l'hôpital*, Paris, Ed. du Scarabée, 1967-1972.

Veil Claude, *Vulnérabilités et travail*, Toulouse, Eres, 2012.

Wallon Henri, *Lecture d'Henri Wallon. Choix de textes*, Paris, Editions Sociales, 1932-1976.

Winnicott Donald Woods, *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1986.

MAIS DE UM SÉCULO DE PATOLOGIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO

Maria Aparecida Affonso Moysés

Universidade Estadual de Campinas
mariaaparecidamoyses@gmail.com

Cecília Azevedo Lima Collares

Universidade Estadual de Campinas

No início de 2002, uma das mais conceituadas revistas médicas internacionais, *British Medical Journal*, publicou os resultados de levantamento sobre o que os médicos ingleses enquadram em uma irônica definição de *não-doença*: “processo ou problema humano que alguém definiu como uma condição médica, em que as pessoas poderiam ter melhores resultados se não o encarassem dessa maneira”. A hiperatividade, terminologia ainda mais usada para se referir às disfunções neurológicas que provocariam distúrbios de aprendizagem e de comportamento, foi apontada por 13% dos médicos como uma *não-doença*. O editor da revista ressaltava que o objetivo da pesquisa não foi desqualificar sofrimentos reais e suas causas, mas alertar sobre o crescente processo de medicalização dos problemas inerentes aos modos de levar a vida nas sociedades ocidentais e a necessidade de tomá-lo por objeto de pesquisa.

Nas sociedades ocidentais, é crescente a translocação para o campo médico de problemas inerentes à vida, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas. Tratar questões sociais como se biológicas iguala o mundo da vida ao mundo da natureza. Isentam-se de responsabilidades todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas.

No mundo da natureza, os processos e fenômenos obedecem a leis naturais. A medicalização naturaliza a vida, todos os processos e relações socialmente constituídos e, em decorrência, desconstrói direitos humanos, uma construção histórica do mundo da vida. (Moysés e Collares, 2007)

Não se deve esquecer que a medicina constitui seu estatuto de ciência moderna, na transição entre os séculos 18 e 19, atribuindo-se a competência para

legislar e normatizar o que seja saúde ou doença – o que significa definir o “homem modelo” – e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz pessoas a corpos.

Ao ser a primeira ciência ligada aos seres humanos a se constituir como ciência moderna, a medicina constitui-se, por sua vez, em modelo epistemológico para as ciências do homem.

A biologização, embasada em concepção determinista, em que todos os aspectos da vida são determinados pelas estruturas biológicas que não interagem com o ambiente, retira do cenário todos os processos e fenômenos característicos da vida em sociedade, como a historicidade, a cultura, a organização social com suas desigualdades de inserção e de acesso, valores, afetos... Essa redução da vida, em toda sua complexidade e diversidade, a apenas um de seus aspectos – células e órgãos, tornados estáticas e deterministas – é uma característica fundamental do positivismo.

Reduzida a vida a seu substrato biológico, de modo que todo o futuro está irremediável e

irreversivelmente determinado desde o início, está preparado o terreno para a medicalização, ideário em que questões sociais são apresentadas como decorrentes de problemas de origem e solução no campo médico. Deve ser ressaltado que quando se fala em reducionismo e medicalização, está-se referindo à concepção de medicina enraizada no paradigma positivista,

A expressão medicalização foi difundida por alguns autores, com destaque para Ivan Illich em 1982, em seu livro ‘Nemesis medica’, ao alertar que a ampliação e extensão do poder médico minavam as possibilidades das pessoas de lidarem com os sofrimentos e perdas decorrentes da própria vida e com a morte, transformando as dores da vida em doenças. Segundo o autor, a vida estava sendo medicalizada pelo sistema médico que pretendia ter autoridade sobre pessoas que ainda não estavam doentes, sobre pessoas de quem não se poderia racionalmente esperar a cura, e sobre pessoas com problemas para os quais os remédios prescritos por médicos têm resultados muito semelhantes aos dos oferecidos por familiares mais velhos e experientes. (Illich, 1982)

Posteriormente, esse processo foi bastante discutido por Michel Foucault (1977, 1980), autor fundamental quando se discute medicalização. Para ele, um dos elementos de sua sustentação é a dupla promessa da medicina, ao se afirmar capaz de curar e prevenir as doenças, a ponto de poder construir um futuro em que sua própria existência será dispensável, pois terá eliminado todas as doenças. Embora sua impossibilidade de realizá-las esteja se evidenciando mais e mais, a medicina mantém tais promessas em seu discurso.

No Brasil, uma das primeiras autoras a discutir a medicalização foi Cecília Donnangelo, socióloga, professora da Faculdade de Medicina da USP, que se dedicou a pesquisar as relações entre saúde e sociedade. Em sua tese de doutorado, bastante atual decorridos mais de 30 anos, analisa as conseqüências desse projeto de medicalização da sociedade, iniciado há quase dois séculos; aponta as formas pelas quais ele se concretiza nos tempos atuais, destacando a extensão da prática médica como elemento primordial.

No que se designa aqui por extensão da prática médica há que destacar pelo menos dois sentidos que devem merecer atenção: em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a

incorporação crescente das populações ao cuidado médico e, como segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Ambos os aspectos manifestam-se quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas "ações coletivas" em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros. (Donnangelo e Pereira, 1976: 33)

Ainda no Brasil, merece destaque a socióloga Madel Luz, que aprofundou o entendimento do papel político que passa a ser desempenhado pelas instituições médicas, por referência às promessas que faz, repetidamente, de salvação e felicidade, promessas que é incapaz de cumprir.

(...) a medicalização generalizada como substitutivo do que é retirado da maioria pelas condições sociais da produção: um mínimo de controle sobre as decisões de política econômica (salários, 'produtividade', planejamento da economia, etc..) conquistado historicamente a duras penas; um mínimo de controle sobre as políticas de saúde (planos, programas, organização de serviços e a própria concepção de saúde); um mínimo de controle sobre a produção e a reprodução (o ensino) dos conhecimentos em medicina. Ao povo restam os 'milagres' médicos e os milagreiros populares. De fato, se economicamente e politicamente ele foi o grande excluído do 'milagre' só lhe restou a procura de outros santos. As Instituições Médicas têm sido, assim, um 'santo remédio' para os males da saúde do povo. (Luz, 1986, p. 19)

Até hoje, a medicina mantém em seu discurso, promessas de salvação e felicidade, presentes desde o início de sua constituição moderna, embora sua impossibilidade de realizá-las esteja se evidenciando mais e mais.

Porém, a medicalização da sociedade somente poderá se efetivar a partir de uma teoria de saúde e doença que viabilize e instrumentalize a intervenção médica no campo da vida social, que teima e resiste a normas e controles, inclusive médicos, desafiando seus pressupostos e seu discurso articulado. A medicina do século 20 será caracterizada como a medicina do poder e da perplexidade; de um lado, o desenvolvimento científico e tecnológico lhe atribui maior poder de controle e intervenção sobre a vida e a morte; de outro, vê-se constantemente confrontada por novos problemas e obstáculos, que desafiam e desmentem suas promessas de salvação e de um futuro sem medicina. (Entralgo, 1982)

Especificamente em relação à medicalização da vida de crianças e adolescentes, ocorre a articulação com a medicalização da educação na invenção das *doenças do não-aprender* e com a

medicalização do comportamento. A medicina afirma que os graves – e crônicos – problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, medicina, seria capaz de resolver; cria, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização.

A medicalização do campo educacional assumiu, e ainda assume, diversas faces no passado recente, alicerçando preconceitos racistas sobre a inferioridade dos negros e do povo brasileiro, porque mestiço; posteriormente, a inferioridade intelectual da classe trabalhadora foi pretensamente explicada pelo estereótipo do Jeca Tatu, produzido pela união de desnutrição, verminose, anemia... Preconceitos, nada mais que preconceitos travestidos de ciência! (Moysés e Lima, 1982; Collares e Moysés, 1996; Moysés e Collares, 1997)

Esses processos de medicalização da educação brasileira se iniciam na alfabetização, há mais de 100 anos, ainda nos últimos anos do século 19; trata-se de uma história que deve ser conhecida, para melhor construirmos estratégias de enfrentamento.

Uma antiga história

O pensamento dominante na instituição escola - e na sociedade ocidental - sobre as relações entre problemas de saúde e aprendizagem continua sendo o mesmo dos primórdios da constituição da Medicina enquanto Ciência Moderna.

As transformações políticas e econômicas que ocorrem na sociedade na fase inicial do capitalismo demandam, para sua consolidação, transformações também nas formas de se organizar a vida das pessoas e, mais ainda, nas formas de se pensar essa organização. O capitalismo e o liberalismo necessitam uma nova conformação de sociedade, mais especificamente de família. (Ariès, 1978; Donzelot, 1980)

Essa nova concepção de família vai ser estruturada através de pregações moralistas, enaltecendo uma nova ordem familiar. De grandes agregados familiares, com divisão, e consequente diluição, de responsabilidades há a evolução para o conceito de família tal como o conhecemos hoje.

A questão fundamental é entender que, sem entrar no mérito de suas qualidades e

defeitos, sem discutir os aspectos positivos e os negativos desta família e mais ainda, sem especular sobre como poderia ser, esta é a organização de família adequada e necessária à consolidação de uma nova ordem econômica.

Neste novo contexto histórico, nesta nova família, é que se constrói a concepção de infância. Até aí, também a criança não existia conforme a conhecemos.

As transformações políticas e econômicas demandam ainda uma nova forma de ocupação do espaço físico, surgindo as cidades, com todos os problemas decorrentes dessa nova forma de morar. Desde o início, entre esses problemas destacam-se as doenças, agora com sua propagação amplificada, porque facilitada pelas urbes e pelas trocas comerciais.

A preocupação com as doenças interpõe-se à necessidade de construir o papel da criança, resultando no surgimento do movimento que viria a ser conhecido por Puericultura. Atribuindo as doenças à ignorância da população, tem por objetivo básico ensinar. Ou, em suas próprias palavras, **civilizar os novos bárbaros**. E centra suas orientações sobre a figura da

criança. (Boltansky, 1974; Novaes, 1979)

Inicialmente, constitui um movimento de senhoras burguesas que se deslocam até a periferia, para ensinar as mães pobres a cuidar de seus filhos, alimentá-los, vesti-los, limpá-los, enfim, educá-los. Com as descobertas de Pasteur, que fornecem à Medicina seu estatuto de Ciência Moderna, a Puericultura muda de espaço. O discurso perde então seu tom coloquial e adquire o caráter normatizador, portanto autoritário, da Medicina, que se apropria do tema, enquanto campo teórico e de atuação. (Boltansky, 1974)

Nesta maneira de pensar o processo Saúde/Doença, não há espaço para determinantes como políticas públicas, condições de vida, classe social. A ignorância é a grande responsável pelas altas prevalências de doença. Daí, a solução só pode ser através do ensino. Neste campo, a Medicina exerce seu papel normatizador com grande eficiência. E essas idéias perduram até hoje, seja na formação de profissionais, seja no famoso *senso comum*, reflexo das concepções ideológicas dominantes.

Em que momento se fecha o raciocínio circular, tautológico, ***para ter saúde é preciso ter conhecimentos e para aprender é preciso ser sadio*** e seu reverso ***a causa da doença é a ignorância e a causa de não aprender é a doença?*** Impossível precisá-lo, porém sem dúvida é uma maneira de pensar a sociedade e seus problemas presente já no início da Puericultura.

Se a Medicina, desde suas origens, cumpre o papel social de normatizar a vida de indivíduos e de grupos sociais, a partir da consolidação do capitalismo passa a fazê-lo em intensidade muito maior e com maior eficiência. Segundo Donnangelo e Pereira,

(...) a redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. (Donnangelo e Pereira, 1976, p. 47)

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos *problemas da vida* em doenças, em *distúrbios*. Aí, surgem os *distúrbios de comportamento*, os

distúrbios de aprendizagem, a doença do pânico, apenas para citarmos alguns entre os mais conhecidos.

O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual.

Assim, através desta atuação normatizadora da vida, desta concepção biologizante do viver, a Medicina assume, na nova ordem social que surge, um antigo papel. O controle social dos questionamentos.

A história da sociedade ocidental mostra que sempre houve a necessidade de justificativas, de alguma ordem, com os respectivos critérios, que permitissem identificar e segregar - de início, até mesmo eliminar - as pessoas que perturbassem a ordem estabelecida, seja por questionarem as normas vigentes, seja por apresentarem comportamentos diferentes (na prática, uma outra forma de questionamento).

Discriminados por critérios fornecidos estritamente pela Religião - ateus, hereges, bruxos - , juntavam-se aos discriminados por critérios também religiosos,

porém disfarçados de morais - prostitutas, alcoólatras - e por critérios oriundos da ignorância, legitimados pela Religião - loucos, epiléticos...

Condenados à **barca dos loucos**, que navegava à deriva pelos mares, com sua carga monstruosa e indesejável, até sua eliminação, ou condenados ao confinamento em uma instituição única e indiferenciada...

Durante muito tempo, até o advento da Ciência Moderna, a legitimação da segregação dos que incomodavam as normas estabelecidas foi sustentada pela Religião, responsável pela definição da maioria dos critérios que permitiam identificar os que deveriam ser excluídos do convívio social.

Com o estabelecimento do Estatuto de Ciência das Ciências Biológicas, e mais especificamente da Medicina, os critérios religiosos passaram a ser substituídos por critérios oriundos da área médica. No início, foi mais precisamente no campo da Psiquiatria¹ que surgiram os *diagnósticos* que subsidiavam os critérios. Diagnósticos, portanto, que

¹ Logo depois, esse papel foi assumido também pela Neurologia, como será visto mais adiante. Atualmente, ambas as áreas do conhecimento médico exercem, intensamente, essa função.

legitimavam e até mesmo indicavam a segregação.

Durante séculos, loucos, delinquentes, prostitutas, alcoólatras, ladrões e extravagantes compartilharam o mesmo lugar, um lugar no qual a diversidade da natureza de sua "monstruosidade" era ocultada e nivelada por um elemento comum a todos: o desvio da "norma" e de suas regras, junto com a necessidade de isolar o anormal do comércio social. Os muros da prisão circunscreviam, continham e ocultavam o endemoniado, o louco, como expressão do mal involuntário e irresponsável, junto ao delinquente, expressão do mal intencional, voluntário. Alienação e delinquência representavam, assim, conjuntamente, a parte do homem que devia ser eliminada, circunscrita e ocultada até que a ciência não decretasse a clara separação entre ambas, através da individualização de suas características específicas. (...) uma ancoragem mais potente para esta ilha de exclusão e de reclusão, na qual a inadaptação doente e inadaptação sadia ("culpável e responsável" ou seja "delinquência") encontram seus lugares. Para o homem moralmente desviado: a prisão; para o homem doente do espírito: o manicômio. (Basaglia, 1986, p. 74).

Não mais possuídos, mas loucos, epiléticos... Delinquentes no lugar de endemoniados...

Assim se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído. Reduzindo a própria essência da historicidade do objeto — a diferença, o questionamento — a características inerentes ao

sujeito, inatas, biológicas; a uma doença, enfim.

A partir desse momento, o processo de medicalização da sociedade, transformando questões sociais em biológicas, tornar-se-á bastante frequente.²

Este processo de medicalização, ou patologização, acontecerá também no campo educacional.

Disseminada a forma de pensamento do movimento puericultor, que centra na ignorância das pessoas pobres (destaque-se, ignorância decorrente da falta de esforço dessas mesmas pessoas e não da falta de acesso aos conhecimentos) a causa de praticamente todos os problemas por elas vivenciados, incluindo

² Nos momentos de tensões sociais, de movimentos reivindicatórios importantes, as respostas da sociedade passarão a ser no sentido de biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflitos. E nesse processo, haverá o respaldo de uma ciência positiva, cujos interesses coincidem com os de uma determinada classe social. Apenas como exemplo, podemos citar, na década de 60, um dos períodos de mais intensa agitação social em todo o mundo, as "pesquisas científicas" que **comprovaram**: **a)** a superioridade intelectual do homem branco sobre o negro, geneticamente determinada; **b)** uma diferença neurológica, também geneticamente determinada, que explicava as diferenças intelectuais e de papel social entre o homem e a mulher; **c)** os efeitos benéficos e necessários da psicocirurgia (lobotomia), preconizada como solução para os conflitos sociais nos guetos.

falta de qualidade de vida, doenças, ignorância, analfabetismo e até mesmo a própria pobreza, está estabelecido o campo para o surgimento de formas de pensamento correlatas. É nesse campo que surge a doutrina da Saúde Escolar, originalmente designada Higiene Escolar.

A saúde escolar, ou, mais propriamente, a higiene escolar da época, se deu na intersecção de três doutrinas: a da polícia médica, pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; a do sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; a da puericultura, pela difusão de regras de viver para professores e alunos e interferência em favor de uma pedagogia mais "fisiológica", isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicasse. (Lima, 1985, p. 85)

Segundo Basile (1920), é na última década do século XVIII que se aprova o que, provavelmente, seja o decreto mais antigo acerca da saúde escolar. Em uma época, convenha-se, em que mesmo na Europa, o número de salas de aula é relativamente pequeno. Pelo menos, para as crianças das classes populares. Se a bandeira da revolução burguesa é a igualdade, o conceito de cidadão pressupondo direitos e não mais privilégios, a concepção de igualdade em educação é um tanto desigual.

Sem dúvida, nessa época, a educação das classes populares era muito restrita.

Durante um século a infância continuaria muito curta para as crianças dessas classes, que seriam empregadas nas fábricas e tecelagens já a partir dos cinco anos ou até menos, cumprindo turnos de doze a dezesseis horas e se submetendo a períodos de trabalho noturno, o que sem dúvida deixava poucas possibilidades para a frequência à escola. (Lima, 1985, p. 36)

No Brasil, repete-se a mesma história.

A partir de 1850 surgem no Brasil as primeiras interferências do Estado sobre a saúde nas escolas, pela necessidade de controlar as frequentes epidemias de febre amarela, cólera e varíola que aconteciam na cidade do Rio de Janeiro. Aí, a escola era apenas mais um lugar a ser fiscalizado, pela reunião de pessoas, não merecendo qualquer destaque. Entretanto,

Essas primeiras tentativas, todavia, estavam tão distanciadas da realidade do Império, que bem podemos satisfazer-nos com a hipótese de que se tratassem de "idéias fora do lugar" que, como tal, não tiveram maiores repercussões além do registro escrito. (Lima, 1985, p. 88)

Na primeira década do século XX, a higiene escolar é institucionalizada em alguns estados brasileiros, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro. E surge já afirmando sua

competência para opinar sobre questões pedagógicas:

Por mais que à pedagogia possa parecer estranha a intervenção da higiene neste assunto, não se pode contestar a sua influência sobre os métodos de ensino porquanto estes atuam em alto grau sobre o desenvolvimento físico e a saúde intelectual da criança. De fato, as faculdades intelectuais e físicas da criança só podem ser harmonicamente desenvolvidas se o educador basear o seu método de ensino nas leis que regem o crescimento, procurando concorrentemente desenvolver todas elas, com especialidade os sentidos, a vontade e a sensibilidade. (Mello, 1902, p.29)

A higiene escolar normatiza e legisla sobre padrões de construção dos prédios escolares, até mesmo sobre dimensão de corredores e altura de degraus; sobre os móveis escolares e sua distribuição espacial; sobre o currículo e horas de trabalho e de recreio. Prescreve recreios frequentes e ginástica recreativa e restauradora. (Lima, 1985)'

É importante destacar que toda essa normatização é praticamente anterior à instalação de escolas. Embora exista um interesse real em aumentar o número de vagas em escolas, por parte do governo e de empresários, a Medicina, através da higiene escolar, já estende seu campo de atuação às escolas, colocando-se como a área competente para prevenir e tratar os problemas escolares

antes mesmo que surjam. Quase que se poderia falar, antes mesmo que haja escola.

Normatiza também o comportamento adequado, enfatizando que o aluno deve aprender regras à mesa, adquirir hábitos de higiene, fazer exercícios físicos adequados etc; enfim, rompa com a ignorância dos pais, responsável pela falta desses hábitos. Porém,

...Fica flagrante o distanciamento e o olvidamento das condições reais que esses mesmos filhos de operários, que se queria higienizar, enfrentavam em seu dia-a-dia, vivendo em cortiços de ruas lamacentas, não servidas de água, esgotos ou fossas, dormindo em cômodos apertados e superlotados ou se estafando em jornadas de até doze horas de trabalho diário que não permitiam tempo de sobra para a escola ou para a higiene ou sabe-se lá se para as necessidades fisiológicas, os métodos desejados para a consecução dos fins da higiene escolar chegam a ser chocantes, tal a contradição que eles têm com essas condições de vida....O trabalho das crianças nas fábricas de tecidos...tratava-se de esgueirar-se pelos apertados espaços entre os teares para recuperar fios ou retirar bolas de algodão, em posições desajeitadas e incômodas, e os médicos escolares dedicaram páginas e páginas aos inconvenientes dos vícios de postura, da adequação do mobiliário escolar à anatomia infantil, para prevenir os distúrbios de coluna. (Lima, 1985, p. 104)

Ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar, a Medicina passa a atuar sobre esse ambiente segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem

adequada, estende-se para o não-aprender. Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, médicas.

A medicalização, de acordo com Donnangelo e Pereira (1976), ocorre através da extensão do caráter normativo da medicina, indissolivelmente vinculada à própria extensão da prática médica. A prática médica, tal como é feita, traz em si mesma a medicalização. Esse é o grande desafio para os médicos que pretendem atuar segundo uma concepção crítica e desmedicalizante.

E uma de suas consequências é a criação de demandas artificiais pelo próprio serviço de saúde. A demanda por serviços, mesmo que aparentemente espontânea, é conformada pelo serviço, que define, a priori, seus critérios de inclusão/exclusão, enfim, suas prioridades. Posteriormente, a população se enquadra nesses critérios.

A medicalização da aprendizagem (e da não-aprendizagem) não decorre da ampliação do número de vagas nas escolas e consequente acesso de crianças oriundas das classes trabalhadoras, com aumento das

taxas de retenção e evasão. Decorre não do surgimento de um problema educacional. Ao contrário. A Medicina já alertava, *a priori*, que as crianças das classes trabalhadoras são mais debilitadas, malnutridas, doentes etc e, portanto, iriam apresentar problemas na escolarização, a menos que houvesse uma atuação médica.

A proporção de crianças inaptas para a vida escolar não é muito reduzida, e elas se recrutam principalmente nas classes proletárias, onde as condições de alimentação, de domicílio, de agasalho e asseio tanto deixam a desejar. [e portanto seria fundamental a atuação do médico] indicando as condições da escolaridade mais adaptáveis ao grau de sua débil capacidade física ou mesmo mental. (Ferreira, 1909, p.306)

Muitos autores consideram que os altos índices de fracasso surgem no Brasil com a expansão da rede educacional e consequente acesso de crianças oriundas da classe trabalhadora. Na mesma linha, tende-se a atribuir à patologização da aprendizagem as mesmas causas. Entretanto, a análise histórica das áreas da Educação e da Saúde, tanto em termos de literatura especializada como de documentos oficiais sobre as políticas públicas demonstra o contrário.

A Medicina constrói, assim, artificialmente, as *doenças do não-aprender e as doenças do*

não-se-comportar e a consequente demanda por serviços de saúde especializados, ao se afirmar como a instituição competente e responsável por sua resolução.

A partir dos anos 1980, ocorre a progressiva ocupação desse espaço por disfunções neurológicas/psiquiátricas; hoje a quase totalidade dos discursos medicalizantes se referem a dislexia, transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA), transtorno de oposição desafiante (TOD) e, mais recentemente, o transtorno disruptivo descontrolado de humor (TDDH) e o *tempo cognitivo lento*.

Nos anos 1980, a Associação Psiquiátrica Americana, incorpora na 3ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) a entidade nosológica Attention Deficit Disorders (ADD), em substituição à Disfunção Cerebral Mínima, lançada em 1962. Os argumentos apontavam que os critérios diagnósticos da DCM eram vagos, subjetivos e confusos e, também, que o defeito estaria localizado na área da atenção; interessante notar que os critérios para o diagnóstico de ADD eram ainda mais vagos, todos iniciados

com frequentemente e acrescidos de ações como: parece não ouvir, age sem pensar, falha em terminar tarefas, tem dificuldades de aprendizagem. Pretender que tais critérios sejam objetivos, quantificáveis, de fácil avaliação, e que uma criança só se encaixaria neles se tivesse algum problema neuropsiquiátrico foge de qualquer racionalidade científica!

E, desde então, os processos de patologização dos modos de levar a vida e de aprender têm avançado em escala inimaginável até pouco tempo antes. Em uma espiral viciada, a cada volta, mais e mais pessoas são capturadas por essa teia de diagnósticos de transtornos mentais, que aumentam em quantidade de possíveis diagnósticos em velocidade espantosa. Para uma rápida ideia, basta olhar o número de entidades nosológicas descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM), a cada edição, culminado com o DSM-V.

A análise dessas entidades e do avanço da normatização e homogeneização de todas as esferas da vida pela Associação Psiquiátrica Americana foge do

escopo deste texto³, mas alguns dados podem sinalizar os perigos de se estar vivo nos dias de hoje.

1. Segundo o NIMH (National Institute of Mental Health), 26,2% dos Americanos com mais de 18 anos de idade, teriam algum transtorno mental diagnosticável;
2. Na Europa Ocidental, 38% dos habitantes teriam algum transtorno mental diagnosticável;
3. Nos Estados Unidos da América, a taxa de pessoas ingressando no Sistema de Seguridade Social por diagnóstico de transtorno mental cresceu de 1/48 em 1955, para 1/184 em 1997, e 1/76 em 2007;
4. Segundo o NIMH, o número de crianças norteamericanas levadas a consultas médicas em busca de tratamento para possível transtorno mental aumentou 35 vezes, entre 1997 e 2007;
5. O diagnóstico de transtorno bipolar em crianças e adolescentes aumentou 40 vezes entre 1994 e 2003;

6. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 13 a 20% das crianças americanas sofrem 1 episódio de transtorno mental por ano;

7. Mais de 10.000 crianças norteamericanas com apenas 2 a 3 anos de idade estão recebendo drogas psicoestimulantes por um diagnóstico de “tempo cognitivo lento”.

E no Brasil, em 2008, a Associação Brasileira de Psiquiatria afirma que 12,6% dos brasileiros entre 6 e 17 anos apresentariam sintomas de transtornos mentais importantes, a partir de *pesquisa* realizada pelo IBOPE.

Acreditar que a Medicina possa ter um papel importante na resolução do fracasso escolar pode, temporariamente, constituir uma política de superação de conflitos, pelo ocultamento do problema, de seus determinantes e, principalmente, das possibilidades concretas de enfrentamento do problema. Entretanto, não só a Medicina não pode cumprir suas promessas, como se está criando, a médio prazo, um outro problema a ser enfrentado: a

³ Para aprofundamento desta análise, sugerimos a leitura de dois textos de nossa autoria (Moysés e Collares, 1992 e 2012), como introdução às críticas e controvérsias nesse tema.

patologização do espaço educacional e a consequente expropriação da competência e área de atuação do profissional da Educação.

Deve-se enfatizar que não é estudando os erros, as *doenças da aprendizagem* que se entenderá o processo ensino-aprendizagem normal. Menos ainda, se enfrentará efetivamente o grave problema da educação brasileira, pois sem dúvida, as altíssimas taxas de fracasso escolar não se devem a *distúrbios de aprendizagem*, mas a *distúrbios do processo ensino-aprendizagem*, ou melhor dizendo, a *distúrbios da política educacional*.

Referências

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

BASAGLIA, F. O Homem no Pelourinho. *Educação e Sociedade* 25 São Paulo, CEDES/Cortez ed., 1986.

BASILE, P. *Inspeção Médica Escolar*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1920.

BOLTANSKY, L. *Puericultura y Moral de Classe*. Barcelona, Laia, 1974.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. (1996) *Preconceitos no cotidiano escolar. Ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP.

DONNANGELO, M.C.F. , PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades. 1976

DONZELOT, J. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ENTRALGO, P. L. (1982) *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat.

FERREIRA, C. A inspeção médica dos colegiais: primeira parte., *Imprensa Médica*, 17 (20): 305-12, São Paulo, 1909.

FOUCAULT, M. (1977) Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. 11 (1): 3-25

FOUCAULT, M. (1980) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 2ª ed. Brasileira.

ILLICH, I (1982) *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Forense.

LIMA, G.Z. *Saúde Escolar e Educação*. São Paulo, Cortez, 1985.

LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 3ª ed. 1986.

MELLO, B.V.de *A higiene na escola*. São Paulo, Tipografia do Diário Oficial, 1902

MOYSÉS, M.A.A. e COLLARES, C.A.L. *A História Não Contada dos Distúrbios de Aprendizagem. Cadernos Cedes 28*, Campinas, CEDES/Papirus, 1992

MOYSÉS, MAA E COLLARES, CAL (1997) *Desnutrição, fracasso escolar e merenda*. In: Introdução à Psicologia Escolar org MH Souza Patto; 3ª edição revista e atualizada. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp 223-256.

MOYSÉS, MAA; COLLARES, CAL (2007) *Medicalização: elemento de desconstrução de direitos*. In: Direitos Humanos: O que temos a ver com isso? CRP-RJ

MOYSÉS, MAA; COLLARES, CAL (20) *O lado escuro da dislexia e do TDAH*. In: A Exclusão dos Incluídos: Uma Crítica da Psicologia da Educação à Patologização e Medicalização dos Processos Educativos. Facci, M. G. D.; Meira, M. E. M.; Tuleski

(Org.). 2a. Ed. Maringá: Editora da UEM - EDUEM, 2012

MOYSÉS, MAA; LIMA, GZ (1982) *Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples?* *Revista da ANDE*, nº 5: 56-62.

NOVAES, H.M.D. *A Puericultura em Questão*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1979.

NUEVOS CONTEXTOS Y RETOS AL ROL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL

Raúl G Gil Sánchez

Universidad de la Habana
Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Qué es la cotidianidad sino un complejo entramado de relaciones entre las que nos movemos, un entramado sometido a todos los atravesamientos socioculturales presentes en nuestro entorno. La cotidianidad está construida por una sucesión de hechos rutinarios, una normalidad: supuesta salud, que no se cuestiona a pesar de que muchas veces se constituye en un malestar asumido desde las normas, los patrones, las costumbres y los estereotipos establecidos, en su mayoría, desde la tradición.

Dentro de la rutina diaria se tejen nuestras relaciones interpersonales, nuestros vínculos gestados en la organización más primaria de la sociedad: la familia, y que sin duda alguna jugarán un papel histórico y determinante en el futuro de nuestras vidas. Este último estará influenciado por la propia organización de la sociedad en la que crecemos, estudiamos, trabajamos y donde decidimos formar nuestra nueva

familia, un sitio de génesis y transformación.

La cotidianidad no escapa a los influjos o al impacto del desarrollo económico o la crisis, sino que forma parte del sistema y por tanto es condicionada por este. Es un lugar de encuentro, de expresión, de creatividad y de una conflictividad que muchas veces se manifiesta dentro de los diferentes espacios de interacción de los individuos. Uno de estos ámbitos es el trabajo y no me refiero a él solo como la actividad a través de la cual intentamos satisfacer nuestras necesidades básicas. Pienso en el trabajo como esfuerzo para alcanzar la realización en el plano espiritual y a través de la que puedo expresar mi compromiso social, mis ideales, aspiraciones, sueños y esperanzas.

Cuando me refiero a la cotidianidad conformada por la repetición periódica y sistemática de acontecimientos pienso en todo aquello que puede romper esa periodicidad, ese orden pre establecido, un tanto pautado y

que puede incluso ser asumido como dogma. Pienso en esos hechos que fragmentan, impactan y que aparecen más allá de nuestra voluntad o deseo y que resultan ser, la mayoría de las veces, hechos que nos desestructuran, que nos desencuentran.

Por cotidianidad asumo y valoro toda la subjetividad y las representaciones de los sujetos que la integran, que le imprimen una dinámica, y una estructura que la hace igual pero diferente. Desde esta base surge la necesidad de responder una serie de interrogantes:

¿Cómo lograr que las personas vivan dentro de ese complejo y laberíntico entramado de relaciones sin enfermar? ¿Qué necesitan los individuos para poder crecer con el suficiente equilibrio y para disfrutar de las relaciones lo más armónicamente posible? ¿Cuál es el papel que nos corresponde como trabajadores de la salud mental? ¿Hasta dónde llega nuestro alcance y cuáles son nuestras limitaciones?

Todas estas preguntas ratifican la necesidad de continuar trabajando por modelos de atención, no solo más humanizados o centrados en la persona, sino modelos que

faciliten el crecimiento y desarrollo individual. La trascendencia de propiciar la construcción de instituciones de nuevo tipo que favorezcan el abordaje de la salud mental desde enfoques holísticos capaces de poner su mirada no solo en los procesos mórbidos sino en la producción de la salud. Para ello entendemos como una preocupación por la salud, la responsabilidad de carácter social desde donde se hace imprescindible hablar de un nuevo tipo de hospital especializado (psiquiátrico).

Un centro como sitio reservado solo para aquellos casos que por la complejidad o severidad de sus trastornos le sea imposible la vida en la comunidad. Un centro que no sea una institución diseñada para que en ella se viva toda la vida sino donde el pilar de la atención esté situado sobre un sólido programa de rehabilitación psicosocial cuyo primer propósito sea restaurar capacidades, desarrollar potencialidades y devolver al entorno comunitario a sus usuarios. Si es así podemos hablar de una institución no cronificante.

Dentro de esta nueva forma de plantarse el trabajo del profesional de la salud, está el continuo perfeccionamiento de

los servicios en el segundo nivel de atención que debe ir encaminado hacia una mayor eficiencia en la solución, intervenciones más breves, estancias de corta y mediana duración y donde cada usuario esté el menor tiempo posible alejado de su familia y de su entorno. Este modelo debe reforzar la importancia de la psiquiatría de enlace en los hospitales clínicos- quirúrgicos y especializados, no solo como una apoyatura a los trastornos relacionados de forma directa con el motivo de ingreso, sino como una forma eficaz de pesquisa de otros trastornos que de ser intervenidos de forma rápida y eficaz reducirían de forma significativa la demanda por afecciones de carácter emocional en otros contextos y tiempos y por ende la morbimortalidad por trastornos psiquiátricos. Recordemos que muchas veces el sufrimiento del cuerpo esconde los dolores y malestares del alma.

No podemos dejar de mencionar los cimientos de cualquier modelo de atención a la salud mental a partir de donde se comienza a construir el propio sistema y por tanto se convierte en prioridad el fortalecer las redes de servicios y dispositivos para la atención a la salud mental

a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS). El modelo debe quedar sustentado sobre el paradigma del autodesarrollo comunitario cuyo epicentro se sitúa en la generación de una conciencia crítica que va más allá del reconocimiento e identificación de la enfermedad y se adentra en el análisis reflexivo de las causas y la búsqueda de soluciones o alternativas. Es necesario que exista la cooperación como expresión, no solo de la solidaridad en tanto valor sino también de la importancia del pensamiento colegiado, de la toma conjunta de decisiones, del trabajo desde y en equipo, del manejo de las relaciones interpersonales y grupales para desde ahí avanzar hacia la participación.

Un rol participativo supone un detallado análisis de acciones y tareas y para ello hablamos de actores y no de espectadores pasivos que esperan solución a los problemas identificados por otros. Se trata de que las problemáticas y las prioridades, la búsqueda de respuestas y las soluciones dependen de todos y de cada uno de los involucrados que forman parte del proceso. Desde este nicho de compromiso es posible gestar un proyecto que realmente responda a las necesidades reales de los

usuarios y ofrezca soluciones a sus problemas partiendo de los propios recursos que tiene la comunidad o que pueden ser generados por ella. La satisfacción de las necesidades de dicho usuario y la utilización de los propios recursos comunitarios es una parte esencial del paradigma del autodesarrollo comunitario y la estrategia para el fomento de la autonomía personal y colectiva.

Por ende, hablamos de un modelo que se concibe a partir de la acción sobre el sujeto y la sociedad y que hace énfasis en la prevención y promoción de la salud como parte del proceso productor de esta. Un modelo que fomenta la participación comunitaria, que promueve la transferencia de tecnología como expresión de una práctica científica y responsable y cuyo fin es el mejoramiento de la salud individual y colectiva.

Todo esto nos remite a pensar en una práctica que se ejerce partiendo de un compromiso y un vasto conocimiento de la realidad social. Se evidencia una búsqueda de la subjetividad individual y colectiva, de los malestares de la vida cotidiana y una identificación objetiva de la representación social de la locura. Desde esta perspectiva puede

incidir en una transformación de la manera de entender la salud y la enfermedad mental. Este cambio de punto de vista modificaría los ámbitos de intervención y la praxis, y requeriría de un profesional que va más allá del consultorio y de la institución. Un profesional que pueda deslizarse por ese complejo entramado- al que hice alusión al inicio de esta conferencia- y que sea capaz de develar lo que subyace, de vivir la realidad, de tomarle el pulso a ese grupo social al que pertenece y con el que interactúa en la comunidad.

Hoy necesitamos profesionales diferentes. Hombres y mujeres con compromiso social, comprometidos, insisto, con la producción de la salud lo que no significa, en modo alguno, que adolezca de suficientes conocimientos para un ejercicio clínico responsable, profesional y competente que lo conduzca a intervenciones certeras, tratamientos adecuados y con capacidad resolutoria ante una solicitud de atención. El profesional de la salud debe también estar preparado para dar respuesta a la rehabilitación y restauración de las capacidades perdidas y a la estimulación de las nuevas potencialidades. La investigación debe convertirse en

una de sus principales herramientas dentro de un proceso constante de perfeccionamiento de su praxis. Hablamos de un compromiso dirigido a:

- Un cambio de mirada del proceso de salud-enfermedad, de la responsabilidad del sector y de la necesidad que existe hoy de un trabajo inter-multi y transdisciplinar así como inter y transectorial sin dejar de tomar en cuenta el enfoque de género y ecológico en las valoraciones de la pérdida o no de la salud a lo que podemos sumar la concepción del trabajo en equipo.
- La capacidad de entender la secuencia de sucesos y nuestra condición adaptativa a partir de nuestro nivel de resistencia, tolerancia a las frustraciones y resiliencia así como a sentir nuestra capacidad transformadora.

¿A qué se enfrenta el profesional de la salud? No hay dudas de que debe enfrentarse a un proceso de resistencia al cambio y a lo nuevo. Estará inmerso entre dos grandes fuegos: uno,

representado por sus propia resistencia y que se nutre de su formación dentro de un modelo de enfoque biopsicista (aunque desde el discurso más académico se hable de un sujeto bio-psico-socio-espiritual y de enfoques sociales de atención que muchas veces quedan atrapados en prácticas reduccionistas) y en sus inseguridades y su miedo a lo desconocido, a sentirse y saberse competente para nuevas praxis que rompan con los viejos esquemas y preceptos de atención; el segundo gran fuego está conformado por profesionales del sector, las propias instituciones de salud, los usuarios y la comunidad. El marcado cuestionamiento a la aplicación de intervenciones fuera de los marcos institucionales, a la capacidad resolutoria de los dispositivos comunitarios, al peligro potencial que suponen determinados enfermos mentales, a la desvalorización de los profesionales de APS sumado al reforzamiento del modelo médico hegemónico que pondera el tratamiento institucional sobre el ambulatorio, que potencia el tratamiento a la enfermedad y la rehabilitación minimizando las acciones de prevención y promoción en salud, dos acciones que califica como secundarias en el ejercicio profesional, a la

permanencia de los tratamientos psicofarmacológicos que, si bien muchas veces necesarios y acoto no permanentes, ni inamovibles, no pueden estar divorciados de otras modalidades de intervención como las de carácter social y psicológicas hoy no pensar en lo holístico en el abordaje de los problemas de la salud mental es una utopía.

En párrafos anteriores señalé un discurso divorciado de una práctica concreta al referirme a cómo se habla de enfoques sociales de atención y se continua reforzando el modelo médico apreciable al revisar los presupuestos de inversiones, la asignación de recursos financieros y económicos, la formación de capital humano y los diseños de programas de estudio de pre grado, post grado y educación continuada. Incluso en la práctica pueden existir los programas aún diseñados a partir de enfoques y presupuestos de la medicina social, pero las realidades en la formación siguen estando más centradas en la enfermedad.

Otra manera de entender la resistencia es a partir de la normalización de un grupo de prácticas que no son cuestionadas, ni repensadas debido a la complejidad del

proceso entre lo instituido y lo instituyente y a la tendencia de la perpetuación del rol y el mantenimiento de estereotipos envejecidos.

¿Cómo lograr, a pesar de todo lo anteriormente expuesto, un cambio sustancial?

En el trascurso de más de una década hemos visto diferentes procesos de reforma, los cambios de enclave de las instituciones, la modificación de escenarios de intervención, la prohibición de la sujeción mecánica o de la aplicación de tratamientos como el electroconvulsivante, la sustitución de los pijamas por ropa convencional y la apertura de diferentes dispositivos de atención. Muchas veces, sin embargo, regresamos al mismo punto de partida cuando hablamos de la fuerza que ejercen las transnacionales de la industria farmacéutica y los avances de la psiquiatría biológica - que no debemos desestimar- porque en donde no hemos avanzado aún lo suficiente es en la modificación del rol del profesional y por tanto en el cambio de la forma de pensar el ejercicio de una rama de la medicina cuyo objeto de trabajo es un sujeto en el que es necesario atender los componentes que integran la

parte biológica (neurotransmisores, circuitos cerebrales, neuronas, marcadores biológico, genoma) pero también los aspectos relacionados con la subjetividad y comportamiento social.

Se impone la necesidad de trabajar con profesionales que tengan una concepción del sujeto como unidad sistémica; un pensamiento salubrista; una formación sólida en medicina social; una mirada aguda en relación a la "normalidad" supuesta salud; un conocimiento del impacto de la transculturalidad en la salud; y que sea capaz de diseñar estrategias y programas para capacitar, proveer de herramientas para el manejo de la cotidianidad, desarrollar habilidades, identificar potencialidades, estimular el desarrollo personal a partir del autoconocimiento y fomentar la autonomía individual y grupal.

Cuando nuestras instituciones están integradas por profesionales que tengan un enfoque integrador, donde el trabajo en el campo preventivo asistencial y rehabilitatorio vaya de la misma mano que el resto de las acciones, donde se valore la importancia del esfuerzo y las medidas para que las personas no

enfermen; estaremos hablando de un trabajo a favor de la salud mental, de un profesional con una ética diferente.

Podremos diseñar instituciones más confortables y humanas, mejores programas de rehabilitación psicosocial, producir nuevos medicamentos. Solo seremos capaces de alcanzar el éxito cuando los esfuerzos se centren de igual forma en favorecer la formación de un profesional que sea capaz de trabajar en pos de:

- Que las personas tengan mejores y mayores mecanismos de adaptación, mayor tolerancia a las frustraciones, mayor inteligencia emocional, que sean más asertivos y seguros de sí mismos, que tengan una autoestima sana, que sean individuos creativos y que cuenten con capacidad de resiliencia.

Es necesario que cuando se piense en el concepto de salud mental se visualice a un individuo capaz de formar familia y vivir armónicamente dentro de ella, de disfrutar de su trabajo, de ser creativo y emprendedor, de ser capaz de transformar y transformarse en función de lo

mejor, de ser justo y manejarse con justicia, de tener capacidad de escucha, proyectos, metas, de asumir retos y de vivir coherentemente con el entorno en donde se desarrolla y no en enfermedad mental. Un profesional con estas cualidades debería estar capacitado para trabajar en función de la prevención del daño siendo capaz de trazar estrategias y ejecutar programas de intervención enfocados a la población supuestamente sana, a los grupos vulnerables y en riesgo. Debe contar con los conocimientos y habilidades necesarios para diagnosticar a su comunidad con el mismo rigor que lo hace al estar frente a un paciente, detectando sus necesidades y los recursos con los que cuenta para poder hacer intervenciones acertadas. Su percepción debe estar enfocada en promover salud, favorecer el desarrollo personal y potenciar la adquisición de estilos de vida saludables no desestimando los factores protectores de la salud individual y colectiva.

Un profesional con las características antes mencionadas debe estar habilitado para lograr aplicar en los escenarios de la atención primaria la mayor cantidad de procedimientos y tratamientos de la

especialidad sin necesidad de internamiento, debe manejar la atención a la crisis de forma ambulatoria manteniendo el mayor rigor científico, debe estar preparado para la elaboración de programas de rehabilitación psicosocial personalizados y grupales que sean capaces de dar respuesta a las necesidades individuales y de la localidad y contribuir de esta forma a disminuir el grado de discapacidad y favorecer la integración social de estas personas. Con una atención y un personal con estas características, estaremos sin duda modificando a mediano y largo plazo la representación social de la locura dentro de nuestras comunidades y logrando un verdadero proceso de inclusión social haciéndose realidad la frase "No a la exclusión, Si a la diversidad".

Con lo que hemos visto hasta ahora podríamos concluir que los profesionales de la salud debe tener muy claro que es imposible que exista un trabajo de prevención divorciado de la familia y de la propia comunidad.

Operar desde estos presupuestos significa estar preparado para trabajar en función de:

1- La formación de sujetos
emocionalmente
inteligente

. Al trabajar en función de sujetos emocionalmente inteligentes estaremos abordando el desarrollo de la capacidad de autoconocimiento, de autocontrol y de automotivación así como aptitudes de carácter social como la empatía, la capacidad de influencia y la capacidad de estimular el desarrollo del otro.

2- La formación de sujetos
con autoestima sana

Estamos convocados a trabajar en función de lograr la capacidad de reconocer nuestras fuerzas y debilidades a partir de una mirada hacia nosotros mismos y a un conocimiento de nuestras formas de respuesta. Es necesario valorar la necesidad de tener un concepto de quiénes somos, de qué debemos aceptar de nosotros y qué podemos cambiar, así como la importancia de auto reconocernos para lograr que los demás sean capaces de apreciar nuestra responsabilidad, nuestras capacidades, habilidades y valores con el fin de alcanzar el auto respeto y el respeto del otro.

3- La formación de un sujeto
con capacidad de
resiliencia

Es imprescindible potenciar en los sujetos la capacidad de afrontamiento de la adversidad y superación a partir de las enseñanzas. El individuo debe ser capaz de utilizar de forma oportuna los diferentes tipos de afrontamiento: la capacidad de confrontación, distanciamiento, huida y evasión, disposición para un proceso de restructuración cognitiva, aceptación de responsabilidades y manejo del miedo y la culpa. Debemos potenciar un sujeto que sepa buscar apoyos sociales y manejar desde una conciencia de autocontrol sus emociones.

Es posible ayudar a las personas a desarrollar esta capacidad de afrontamiento cuando generamos programas que fomentan y favorecen su independencia, la superación de sus ansiedades de desempeño o separación, la capacidad de elaborar duelos y tolerar frustraciones, a generar capacidad de análisis y tolerancia para manejar los conflictos de la vida cotidiana y por último, si trabajamos en favor de la seguridad personal.

- 4- La identificación de los factores protectores y las fuerzas internas o externas que operan en el sujeto.

Las fuerzas internas o externas operan en el sujeto y le posibilitan enfrentar o mitigar los problemas. Una vez que comenzamos a trabajar con estos factores estamos en condiciones de identificar con mayor facilidad los elementos de vulnerabilidad y riesgo que inciden en nuestras poblaciones. Al trabajar bajo este principio se reducen las posibilidades de disfuncionalidad y los problemas bajo situaciones adversas.

Cuando nos referimos al trabajo con los factores internos estamos hablando de la capacidad de introspección, independencia, la capacidad de interacción e iniciativa, la crítica, la ideología personal, la capacidad intelectual, la autonomía y la autoestima sana. Con el trabajo en cada una de estas áreas colaboramos considerablemente con la formación y el desarrollo de la personalidad.

Al considerar los factores protectores externos nos referimos a aquellos que gravitan a su alrededor e influyen en su comportamiento y modo de respuesta. Favorecemos el apoyo emocional de al menos, una persona competente y emocionalmente estable; la presencia de amigos y personas mayores en la comunidad; un clima educativo y emocionalmente positivo; dentro de

la propia naturaleza de la familia, la estimulación parental de la autonomía así como la salud mental de los padres.

De esta forma estaremos preparando a un profesional capaz de trabajar en función de las personas sanas para evitar que estas acudan a él al perder la salud. En la medida en que favorezcamos el bienestar en nuestras áreas de intervención, dentro de nuestras poblaciones de responsabilidad también estaremos reservando un mayor tiempo de dedicación a los que no escapan de la enfermedad.

Trabajar para fomentar la vocación por el servicio, la vocación por el trabajo, una ética de responsabilidad social y la comprensión de que la salud no es solo responsabilidad del sector salud sino de toda la sociedad debe constituir parte de nuestro quehacer y de nuestra agenda de discusión

Debemos proponernos que los profesionales que formemos al hablar de humanización de la atención sean capaces de hacerse las siguientes preguntas:

¿Qué es para mí la dignidad y el respeto al derecho del otro?

¿Cuán real para mí es la aceptación de la diversidad?

¿Cuán dispuesto estoy a compartir protagonismo a ser parte de un proceso de participación?

¿Cuál es mi verdadera
representación de la locura?
¿De qué ética estaré hablando?

¿Mi servicio parte de una verdadera
vocación de ayuda y sacrificio?
Este es el profesional que debemos
buscar un sujeto que permanente
mente este revizando su actuación
identificando sus debilidades para
superarla y capaz de utilizar sus
fortalezas en función de su propio
desarrollo pero también en el de
desarrollo y crecimiento del otro
este es ese profesional que
demanda estos tiempos.