

Dispositivos de escuta clínica do trabalho e seus efeitos em um grupo de professoras readaptadas

Clinical listening devices at work and their effects on a group of readapted teachers

Dispositivos de escucha clínica en el trabajo y sus efectos en un grupo de profesores readaptados

Graziele Alves Amaral¹

Resumo

A escuta clínica do sofrimento no trabalho, ao privilegiar a fala num espaço coletivo de escuta, abre a possibilidade de reposicionamento do sujeito em relação ao trabalho. O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos dos dispositivos de escuta clínica do sofrimento no trabalho em um grupo de professoras readaptadas. Trata-se de uma pesquisa clínica, que utilizou os seguintes dispositivos psicanalíticos de escuta: análise da demanda, transferência e interpretação. Participaram 11 professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal. Foram realizadas 22 sessões, conduzidas por duas clínicas-pesquisadoras. Os dados foram analisados seguindo a técnica de Análise Clínica do Trabalho. Foi possível observar novos modos de significações e novos destinos do sofrimento, com base em um reposicionamento subjetivo das professoras, que passaram a se sentir mais fortalecidas para lidar com o adoecimento e a readaptação, com menor apego às ilusões missionárias do seu trabalho e apresentando uma narrativa mais emancipadora.

Palavras-chave: *Clínica do Trabalho; Análise da Demanda; Transferência; Interpretação.*

¹ Universidade Federal de Jataí, GO, Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-4668-085X>.
E-mail: graziamaral@yahoo.com.br

Abstract

The clinical listening of the suffering in the work, privileging the speaking in a collective space of listening, opens the possibility to repositioning of the subject in your relation with the work. The objective of this study was to analyze the effects of the devices of clinical listening of suffering at work in a group of readapted teachers. It is a clinical research, which used the following psychoanalytic listening devices: analysis of the demand, transfer and interpretation. Eleven readapted teachers from the public school system of the Federal District participated. Twenty-two sessions were done, conducted by two clinic-researchers. The data were analyzed using the Clinical Work Analysis technique. It was possible to observe new ways of meaning and new destinies of suffering, from a subjective repositioning of the teachers, who began to feel more strengthened to deal with illness and readaptation, with less attachment to the missionary illusions of their work and presenting a narrative more emancipating.

Keywords: Work Clinic; Demand Analysis; Transfer; Interpretation.

Resumen

La escucha clínica del sufrimiento en el trabajo, al privilegiar el discurso en un espacio de escucha colectiva, abre la posibilidad de reposicionar al sujeto en relación al trabajo. El objetivo de este estudio fue analizar los efectos de los dispositivos de escucha clínica para el sufrimiento en el trabajo en un grupo de profesores readaptados. Se trata de una investigación clínica, que utilizó los siguientes dispositivos psicoanalíticos de escucha: análisis de demanda, transferencia e interpretación. Participaron once profesores readaptados de escuelas públicas del Distrito Federal. Hubo 22 sesiones realizadas por dos clínicas de investigación. Los datos fueron analizados siguiendo la técnica de Análisis Clínico del Trabajo. Fue posible observar nuevas formas de significados y nuevos destinos del sufrimiento, a partir de un reposicionamiento subjetivo de los docentes, quienes pasaron a sentirse más empoderados para enfrentar la enfermedad y la readaptación, con menos apego a las ilusiones misioneras de su trabajo y presentando una narrativa más emancipadora.

Palabras clave: Clínica de Trabajo; Análisis de la Demanda; Transferir; Interpretación.

O presente artigo apresenta os resultados de um processo de escuta clínica do trabalho de professoras readaptadas com base nos dispositivos psicanalíticos da clínica do trabalho definidos por Mendes (2014): análise da demanda, da transferência e da interpretação.

Os estudos em clínica do trabalho realizados no Brasil têm privilegiado, em suas análises, trabalhadores em situação de “normalidade” em detrimento de trabalhadores em adoecimento ou em afastamento laboral (Duarte, 2014). No caso deste estudo, a escuta clínica se deu com um grupo de professoras adoecidas, em processo de readaptação profissional, de modo a fortalecer a construção do método da clínica psicodinâmica do trabalho por meio da utilização dos dispositivos clínicos. Como recorte deste estudo mais amplo, tem-se como objetivo, para fins deste artigo, analisar os efeitos clínicos do uso dos dispositivos de escuta no trabalho em um grupo de professoras readaptadas.

Mendes (2014) aponta a necessidade de dar foco na forma de escutar o sofrimento no trabalho, indo além da pesquisa e lançando luz para o fazer clínico, como destaca os estudos de (Facas et al., 2017). Para isso, propõe-se o desenvolvimento de dispositivos psicanalíticos para a prática clínica, de modo a enfocar a intervenção que possibilite o sujeito se apropriar do seu sofrimento e poder dar um novo sentido a ele, com base em um reposicionamento subjetivo.

Fundamentado nos estudos realizados pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília entre os anos de 2014 a 2020 – dentre eles o estudo realizado com as professoras readaptadas – o método proposto por Mendes (2014) foi tomando feições particulares. Emerge uma aproximação inevitável com a psicopatologia clínica do trabalho, considerando as crescentes demandas de trabalhadores adoecidos. Assim, a clínica psicanalítica do trabalho foi sendo consolidada como dispositivo para coleta de dados, reafirmando a articulação com a Psicanálise, abordagem que integra de modo inseparável a teoria, o método e a prática (Mendes, 2020).

Professores readaptados são aqueles que em função de um processo de adoecimento ou de acidente que gerou afastamento do trabalho, encontram-se incapacitados para realizar a função que exerciam antes, devendo ser realocados para cargo com atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação física ou psíquica que tenham sofrido. Essas limitações, na

grande maioria das vezes, os afastam das atividades de sala de aula, como era o caso de todos os sujeitos da como era o caso de todas as professoras que participaram da clínica que será apresentada nesse artigo.

A legislação sobre a readaptação, destinada a servidores públicos, não determina a requalificação profissional nem o acompanhamento do trabalhador readaptado, apenas a sua realocação (Fantini et al., 2010). Na prática, é comum a desconsideração pelo protagonista na situação de readaptação, o trabalhador adoecido, pela forma desumanizada e desrespeitosa como são tratados pela equipe de saúde do trabalhador, como também por sua ausência no processo que vai definir seu futuro. Na maioria das vezes, o readaptado é simplesmente informado de suas limitações e, ao retornar ao trabalho, precisa lutar para que possa exercer funções compatíveis com as suas reais condições e para ser aceito e respeitado naquele ambiente (Amaral & Mendes, 2017).

O afastamento por motivo de saúde gera, para o trabalhador, uma nova condição de trabalho e de vida, levando-o a vivenciar sentimentos de perda, frustração e fracasso (Arbex, Souza & Mendonça, 2013). Além da condição de readaptação implicar a necessidade de ressignificação profissional, existe um estigma negativo em relação aos readaptados, que sofrem com o preconceito, a desvalorização e a desconfiança por parte dos colegas de trabalho e gestores. Assim, a readaptação é vivenciada no isolamento. Como agravamento a essa situação, ainda é comum que as novas atividades que lhes são designadas se configurem como tarefas fragmentadas, sem sentido e que não proporcionam realização profissional. E, assim, não se vive a readaptação como uma chance de recomeço, pois, na grande maioria das vezes, o que se observa é a vivência de mais sofrimento podendo gerar novos adoecimentos ou agravar os já existentes (Amaral & Mendes, 2017).

Considerando esse contexto, propôs-se a escutar o sofrimento das professoras readaptadas por meio da escuta clínica do trabalho, que tem a pesquisa como prática de intervenção. O clínico do trabalho atua na escuta coletiva/individual auxiliando o trabalhador a tornar visível o invisível, a descobrir o oculto e o desconhecido sobre suas relações com o trabalho (Mendes, Araújo & Merlo, 2011). O desafio é auxiliar na elaboração dos sofrimentos invisíveis dos trabalhadores para que, ao se defrontarem com o real,

possam se colocar como sujeitos na busca por processos de mudanças de suas relações sociais (Mendes, 2014). Para isso, o clínico do trabalho precisa ocupar um “lugar vazio”, desvencilhando-se do lugar do suposto saber e não assumindo a pretensão de curar ou de dar uma solução. Desse modo, é possível estar aberto para ouvir o inesperado (Périleux & Medes, 2015).

O sofrimento, tratado como potência viva para resistir ao real e mobilizar o sujeito diante do inesperado do real do trabalho, é central no processo de criação e de construção. Para acessar o sofrimento por meio da escuta clínica, é necessário a implicação subjetiva do clínico no coletivo de pesquisa e no coletivo de supervisão, deslizando, assim, do papel de pesquisador-clínico para o papel de clínico-pesquisador. E, para isso, alguns dispositivos na condução da clínica precisam ser colocados em ação: a análise da demanda, a transferência e a interpretação (Mendes, 2014). Para que esses dispositivos sejam adequadamente manejados na clínica do trabalho, ainda é necessário que se observem os outros dois eixos desse método: a formação do clínico – que envolve a qualificação teórica, a prática da escuta e o próprio processo de análise – e a supervisão clínica.

A análise da demanda para a clínica do trabalho seria a definição do problema por meio da negociação com os trabalhadores envolvidos, equivalendo ao pedido de ajuda. Não existe possibilidade de solução urgente, pois essa clínica não é assistencialista, consistindo em instrumentalizar os trabalhadores a serem protagonistas no seu ambiente profissional. Tomando como base o conceito de demanda da psicanálise, pode-se dizer que ela traz um desejo, que trata de uma falta nunca realizada. A condução da clínica pressupõe análise do desejo junto aos que a solicitaram para que o espaço de discussão seja construído no sentido de mudanças da situação vivida e da significação dos sintomas (Mendes & Araújo, 2012).

A transferência é um dispositivo que propicia a circulação do afeto e é a base da confiança para que os sujeitos queiram falar e compreender o que está se passando com eles. O clínico precisa acolher esse fato como algo suportável, nomeando o afeto de modo a introduzir palavras que falam desse sentimento. Devidamente acolhida e discutida a situação, abre-se a possibilidade de se sair dos impasses repetitivos e de surgirem novas

relações entre os acontecimentos, possibilitando a reumanização do sofrimento diante da desumanização vivida pelos sujeitos, abrindo, com isso, a chance para a construção de novos sentidos no coletivo de trabalhadores (Mendes, 2014).

O sofrimento está sempre mediado pelas defesas, precisando ser acessado por meio do dispositivo da interpretação. O clínico busca interpretar as defesas coletivas, sendo necessária prudência ao desnudar o sofrimento e desmontar as estratégias defensivas. É uma forma de trazer o invisível e o não dito para a discussão (Mendes & Araújo, 2012). É a interpretação que desvenda a realidade da fala oculta em uma verdade subjetiva, sendo esse um movimento difícil, já que inclui ter de lidar com as resistências do sistema psíquico (Grippi, 2012).

A descrição do uso dos dispositivos de escuta do sofrimento no percurso do processo clínico permite vislumbrar o caminhar do fazer clínico. Vale ressaltar a dificuldade de encontrar estudos científicos que descrevem o percurso do processo clínico, pois o foco costuma estar em explicitar os resultados. No que se refere especificamente à clínica do trabalho, essa dificuldade se torna ainda mais clara. A maioria dos estudos traz muito poucos detalhes sobre a condução da clínica, enfocando os resultados principalmente no que se refere à psicodinâmica do trabalho do grupo de trabalhadores estudado. Dessa forma, não apresentam os bastidores que permitiram o desvelamento dessa realidade laboral e do seu sentido para os trabalhadores (Duarte, 2014).

A proposta de utilizar os dispositivos da psicanálise para fazer da clínica do trabalho a própria pesquisa traz o fazer para um primeiro plano e, com isso, o afeto torna-se parte do método, buscando uma maior apropriação dos sujeitos da clínica com seus desejos (Mendes, 2014). Para isso, torna-se essencial a descrição dos dispositivos utilizados nessa clínica no sentido de revelar os resultados em sua relação com o engajamento dos clínicos-pesquisadores com os sujeitos participantes, com base na qual se constroem um saber. Nesse sentido, a prática da clínica atende não só a demanda do pesquisador de saber fazer, mas dos sujeitos envolvidos que se arriscam quando entram no processo da pesquisa clínica (Duarte, 2014). São poucos os trabalhos (Duarte, 2014; Gama et al., 2016; Ghizoni, 2013;

Medeiros, 2012), que apresentam a descrição dessa relação entre os dispositivos de escuta clínica do trabalho e os resultados alcançados no coletivo de sujeitos em termos dos destinos do sofrimento.

MÉTODO

Utilizou-se o método da escuta clínica do trabalho, que propõe a interligação entre pesquisa e intervenção, seguindo a proposta e os dispositivos clínicos descritos por Mendes (2014). As sessões ocorreram na sede do Sindicato dos Professores do Distrito Federal (SinPro/DF), em uma sala destinada ao atendimento de grupos. Os participantes dessa pesquisa foram professoras readaptadas da rede pública de ensino do Distrito Federal, convidadas a participarem da clínica do trabalho por intermédio do SinPro/DF. Formou-se o coletivo de trabalhadores, constituído por 11 professoras readaptadas. O número de participantes por sessão variou de duas a sete. Foram realizadas 22 sessões semanais de uma hora e meia de duração cada, entre agosto de 2015 e abril de 2016. O período compreendido entre a 9ª e a 13ª sessão coincidiu com uma grande mobilização da categoria dos professores do magistério público do Distrito Federal, que culminou com uma greve que durou um mês. Foi um momento em que o grupo esteve esvaziado, com a presença de duas a três participantes por sessão.

As sessões foram conduzidas pela psicóloga responsável por essa pesquisa e por uma clínica-estagiária, que formaram o coletivo de pesquisadores juntamente com a supervisora e alunos do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília. Com esse coletivo de pesquisadores, ocorreram as supervisões clínicas semanais. Mediante a autorização dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a partir do sexto encontro, as sessões foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para que pudessem ser analisadas. As cinco primeiras sessões foram registradas por meio das anotações das clínicas-pesquisadoras, já que as professoras precisaram de um tempo para estreitarem os laços no grupo e se sentirem à vontade com a gravação em áudio das sessões.

Após a realização da sessão, cada clínica-pesquisadora redigia seu diário de campo, quando eram registrados eventos verbais e não verbais observados ao longo da sessão, além de sentimentos em relação à clínica, aos participantes e à própria colega de trabalho. Esse material era lido no coletivo de supervisão clínica, momento em que as transferências eram sinalizadas e trabalhadas, de modo a instrumentalizar as clínicas-pesquisadoras para a condução da clínica.

Outro instrumento utilizado foi o memorial, construído com base nas falas das participantes, que procurava resgatar os eventos que ocorreram na sessão, muitas vezes acrescidos de interpretações. Cada sessão era iniciada com a leitura do memorial da sessão anterior, deixando aberta a possibilidade de o grupo discordar da forma como havia sido retratada. A clínica-pesquisadora ainda utilizou seu registro pessoal das supervisões clínicas.

Os dados compostos por registro e transcrição das sessões, memoriais, diários de campo e registro das supervisões constituíram o material de pesquisa. Esses dados foram analisados pela técnica de Análise Clínica do Trabalho ([ACT], Mendes & Araújo, 2012). A ACT foi criada para organizar o material coletado nas sessões coletivas de clínica do trabalho e é constituída por três etapas, que são, a saber: (i) Análise dos Dispositivos Clínicos; (ii) Análise da Psicodinâmica do Trabalho; e (iii) Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho. Para fins deste artigo, serão descritos e analisados os dados referentes à primeira etapa.

Por meio da leitura minuciosa do material, pretendeu-se identificar os temas emergentes de cada um dos dispositivos clínicos. Essa atividade foi realizada sessão por sessão, e os temas emergentes foram anotados nas margens laterais do material impresso. Em seguida, esses temas eram transportados para uma tabela de modo a organizá-los em cada um dos dispositivos, separando os códigos referentes à análise da demanda, à transferência e à interpretação. Nesse momento, registravam-se os aspectos processuais referentes ao uso dos dispositivos, de modo a explicitar as informações acerca do que procedia o uso dos dispositivos clínicos para posterior análise.

RESULTADOS

As três primeiras sessões foram marcadas pela construção de laços afetivos e de confiança no grupo para a constituição de um espaço coletivo de discussão. Construídos esses laços, avançou-se no sentido de elaboração e explicitação da demanda do grupo de professoras, que seria a criação de um espaço para falar da dor e para se sentirem fortalecidas para mudar alguma coisa e chegar à superação a ponto de se tornarem independentes desse grupo. Nesse momento da clínica, também já ocorria um processo de identificação entre elas em relação aos problemas que enfrentavam na vivência do processo de adoecimento e de readaptação. Também havia demonstração de apoio entre as professoras e o coletivo mostrava respeito às normas que criaram sobre uma questão fundamental para o grupo: possibilitar que todas pudessem falar.

Ao lado desses avanços na constituição do espaço público de discussão, ainda estavam muito presentes no grupo repetições sobre queixas e ressentimentos relativos ao adoecimento e à forma como eram tratadas na condição de professoras readaptadas. Também aconteciam tentativas das professoras de tornar esse espaço de discussão um espaço de autoajuda, além de situações em que tentaram tomar o controle na condução da clínica trazendo textos para a leitura em grupo, por exemplo. A onipotência começava a aparecer no grupo, não só por esse tipo de postura, mas também pela predominância, no discurso das professoras, da necessidade de ressaltarem sua relação de entrega, dedicação e comprometimento com o trabalho, mostrando estarem capturadas pela questão missionária da função de educadora. Assim, o ressentimento por não mais atuarem em sala de aula ganhava uma conotação ainda maior.

Outra questão muito presente nessa clínica do trabalho era a dificuldade em romper as estratégias defensivas construídas pelo grupo para evitar entrar em contato com questões mais difíceis do que o sofrimento que trazia. Assim, na oitava sessão, o coletivo de pesquisadores decidiu fazer um confronto mais direto com as defesas. Com base na interpretação da clínica-pesquisadora sobre o ressentimento, as desilusões e frustrações presentes nas falas das professoras trouxeram a metáfora da *“ferida que*

reabre”: “*parece que, quando você está sarando da ferida, vem uma bomba e ‘bum!’*, aí *reabre*”. Isso as remeteu à vivência do processo de adoecimento e de readaptação em que as constantes recuperações costumavam ser seguidas de novas frustrações e desilusões. A clínica-pesquisadora ainda confrontou o grupo: “*já que nos trouxeram como demanda a vontade de se fortalecerem, como fazê-lo sem tocar na ferida? Como ficar falando de coisas amenas e tranquilas se o que as trouxeram ao grupo foi exatamente o contexto de trabalho violento e adoecedor que lhes trazia sofrimento?*”. Diante dessa abordagem, o coletivo de professoras entrou em contato com a dor: “*Ai! Dói ainda!*”. Apareceu nitidamente a desmobilização das defesas: “*eu estava aqui meio anestesiada, achei que estava curadinha*”. O choro e a emoção vieram à tona. Parecia que o grupo começava a se mobilizar para trazer as questões que precisavam ser elaboradas.

Um movimento grevista da categoria docente coincidiu com esse momento da clínica. Atravessado por essa questão e por outras que diziam respeito à própria clínica do trabalho, esse processo começou a tomar uma nova direção: houve o esvaziamento do grupo, que voltou a utilizar fortemente estratégias defensivas. Não parece ter havido elaborações significativas por parte do grupo nesse período, as falas estavam desconectadas de envolvimento emocional. A partir da 14^a sessão, que coincidiu com o fim do movimento grevista da categoria, a clínica do trabalho passou a contar com um número razoável de participantes, que começaram a trazer temas mais carregados afetivamente, como questionamentos sobre a própria identidade pessoal e profissional e a nova condição laboral advinda do adoecimento”.

Ressaltam-se os altos níveis de exigências e de cobranças pessoais, que estariam ligados às grandes idealizações nas quais se apegaram (iriam “salvar a humanidade” por meio da profissão docente), fazendo com que a quebra dessa ilusão trazida pelo adoecimento fosse bastante dolorosa. A dificuldade de romper com a idealização no exercício da profissão foi justificada por um padrão de onipotência que parecia inerente ao ofício docente: “*a gente é detentor do conhecimento (...) nós detemos o poder, entre aspas, de liderar, de mudar mentes, não mudar, mas suscitar mudanças*”. Ao mesmo tempo, o grupo iniciou um processo de elaboração por meio do

uso de uma metáfora que sinalizava a falha dessa defesa da onipotência: *“a gente trabalha como se estivéssemos namorando, aquele namorinho que a gente se apaixona e a gente pensa 24 horas por dia, e a gente suspira... é o combustível. A paixão é o combustível, mas, infelizmente, nós levamos uma flechada”*.

Também começaram a mencionar novas formas de engajamento no trabalho e as tentativas de não envolvimento com provocações advindas dos relacionamentos interpessoais hostis no contexto laboral. Nas narrativas, era possível perceber alguma perspectiva de mudanças na forma de lidar com a dor, mesmo que isso fosse difícil, já que, muitas vezes, essas mudanças geravam estranhamento sobre a própria identidade.

Mesmo estando perto de finalizar esse processo clínico, o grupo, por vezes, ainda repetia o movimento de entrar em um processo de resistência quando se chegava perto de algo significativo. Aos poucos, o trabalho clínico foi ajudando as professoras a sentirem a dor do adoecimento e os afetos ligados à perda da relação com os alunos. Assim, os sentimentos de inutilidade, fracasso e frustração vieram à tona, seguidos da metáfora do “guerreiro”, que parecia representar como estavam lidando com esse sofrimento: *“Eu sou uma guerreira. O guerreiro, se não matar ele, ele jamais será vencido (...) Vai capengando, mancando, mas fica de pé”; “Se não matar, ele vai vir com mais força, com mais estratégias (...) e usa outras estratégias para poder vencer”*.

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados está organizada em três seções, de modo que se possa analisar cada um dos dispositivos clínicos separadamente.

Análise da demanda

A análise da demanda foi um processo que ocorreu ao longo dessa clínica, não se restringindo apenas às primeiras sessões. Pôde-se observar que existia, por parte do grupo de professoras, um desejo de mudar questões que geravam sofrimento no trabalho. Mas, inicialmente, elas pareciam não

compreender como isso seria alcançado, por isso, as tentativas de fazerem daquele espaço um grupo de convivência ou de autoajuda. Foram necessárias algumas sessões para que se pudessem compreender que não havia solução urgente nem respostas prontas na proposta na proposta da clínica do trabalho (Mendes & Araújo, 2012).

A postura queixosa do grupo demonstrava o sofrimento das professoras, que, muitas vezes, pareciam demandar das clínicas-pesquisadoras que as tirassem do vazio. Essa postura é esperada em momentos iniciais de um processo clínico, já que uma queixa, normalmente, expressa os conteúdos manifestos e conscientes relacionados ao sintoma. Inicialmente, o paciente fala sobre aquilo que pode ser dito mais facilmente, expressando sua queixa, que seria um enunciado consciente relacionado ao sofrimento. Por isso, a necessidade de escutar a demanda subjacente à queixa enunciada. É essa demanda que vai implicar o sujeito em sua parcela de responsabilidade em relação ao sintoma, motivando a construção do vínculo terapêutico (Ieto & Cunha, 2007).

O sintoma do grupo de professoras era a onipotência e elas desejavam que essa escuta clínica as tirasse do vazio. As demandas do analisando em relação ao analista para que este lhe oriente, lhe dê uma resposta, uma solução ou que lhe diga o que fazer, são, em última instância, demanda de ser amado (Maurano, 2006). Era o que as professoras demandavam da clínica-pesquisadora que, em um primeiro momento, esteve capturada pelo desejo do grupo de ser tirado do vazio, até que isso fosse claramente trabalhado em supervisão e em seu processo de formação clínica. Nessa direção, a sustentação da posição do clínico, na perspectiva psicanalista, depende do quanto ele suporta sua própria castração (Torezan & Rosa, 2003).

Não cabe ao clínico responder a esse tipo de demanda pela impossibilidade de se responder àquilo que ela vincula: um desejo impossível de ser satisfeito plenamente. É justamente essa impossibilidade que está no centro da orientação ética psicanalítica, dando direção ao trabalho do clínico e convocando o sujeito a aceitar essa realidade, o que requer que o analista esteja prevenido quanto a essa ilusão de plenitude (Maurano, 2006). A transferência necessária para esse processo clínico implica haver uma demanda endereçada a alguém a quem se destina um suposto saber,

lugar que deve ser recusado pelo clínico, no sentido de não responder às sedução que ele traz (Torezan & Rosa, 2003) e de não assumir a pretensão de curar ou de dar uma solução (Périleux & Mendes, 2015).

O momento em que a resistência do grupo foi confrontada de forma mais direta possibilitou esse movimento. Ao questionar sobre a impossibilidade de atender à demanda das professoras pela forma como estavam tentando fazer naquele espaço de discussão (direcionando-o para um espaço de autoajuda), o grupo foi confrontado pela incompatibilidade de solução fácil. Não responder à demanda não é dizer “não”, mas aproveitar a questão para envolver o sujeito diante da possibilidade de ele mesmo se intrigar com o que está pedindo e, com isso, buscar o que dessa demanda o move no contexto clínico e fora dele (Maurano, 2006).

O grupo começou a se implicar na demanda que tinha trazido para a clínica, mas, em seguida, recuou, dando a entender que não estava preparado para assumir tal postura. Assim, esteve esvaziado por cinco sessões consecutivas, tendo sido esses encontros marcados por forte resistência. Paniago e Viana (2008), ao abordar situações analíticas em que imperam a resistência, destacam a importância de se compreender essa circunstância como uma forma de comunicação do paciente, contrapondo as tentativas insistentes de superar as resistências. Reconhecendo a importância da resistência como defesa, o clínico pode oferecer ao paciente uma oportunidade de se reorganizar diante da tentativa de trazer o conflito à tona.

Para o processo clínico com as professoras readaptadas, foi importante que a clínica-pesquisadora tenha suportado esse período de esvaziamento da clínica, tendo ficado no vazio do grupo e no vazio de explicações sobre os motivos que poderiam ter contribuído para essa resistência. Um outro vazio vivenciado nesse momento pela clínica-pesquisadora foi em relação a algumas sinalizações de desistência do coletivo de supervisão em relação a essa clínica. Essa experiência da falta vivenciada pela clínica-pesquisadora e trabalhada em seu processo de formação clínica foi importante para que pudesse partilhá-la com o grupo. Maurano (2006) destaca a importância de o analista experimentar a falta com a qual pode fazer algo, sem o qual não conseguiria suportar a falta no processo clínico, podendo, equivocadamente, tentar tamponar a sua falta ou a do outro.

Quando as professoras retornaram ao trabalho clínico do grupo, estavam mobilizadas para trabalhar a demanda de serem escutadas em sua dor para se sentirem mais fortalecidas para lidar com ela, referindo-se ao espaço de escuta como um “oásis” – único reduto em que se sentiam compreendidas. Ao mesmo tempo, o grupo já sinalizava um fim próximo dessa clínica, explicitando a vontade de “se testar” sem o suporte dessa escuta. Trabalhar esse término trouxe manifestações de insegurança que pareciam ter relação com o pesar pela despedida, que lhes remetia a mais uma perda. Considerando que, quanto mais uma demanda se desenvolve, mais vazio se experimenta (Mendes & Araújo, 2012), era esperado que a falta do grupo as remetesse ao desejo de continuar fazendo parte desse espaço de escuta.

A análise da demanda permitiu verificar que as professoras passaram a aceitar melhor as adversidades do real do trabalho na readaptação e que, mesmo que algumas batalhas sejam perdidas, se sentiam mais fortes para se reerguerem. Assim, foi possível concluir que a demanda havia sido trabalhada. Na clínica do trabalho, ajudar o trabalhador a desvelar e enfrentar seus medos e, com isso, produzir um novo discurso em um contexto capitalista de discursos totalitários – em que não há espaço para medos – é possível quando o clínico se disponibiliza a estar com o outro com suas limitações (Gama et al., 2016). Recorrendo a Freud (1912b/1996), é preciso se contentar com a (re)conquista de certo grau de capacidade de trabalho do sujeito, mesmo que moderado, sendo de pouca utilidade altas ambições terapêuticas. Nesse sentido, também se observa a ocupação do lugar vazio pelo clínico, já que não se tem, de antemão, os resultados que os sujeitos serão capazes de alcançar.

Transferência

As primeiras sessões foram marcadas por questões transferenciais que diziam respeito ao estabelecimento de vínculos. Segundo Freud (1912a/1996), o primeiro objetivo do processo clínico é ligar o sujeito a ele mesmo e à pessoa do clínico. A transferência supõe um investimento pulsional, pois se desenvolve por meio da inclusão na realidade psíquica

do sujeito do novo campo de relações que passa a ser estabelecido com o clínico (Bezerra & Rinaldi, 2009). O grupo precisou trabalhar os laços entre as professoras e delas para com as clínicas.

Dois elementos foram decisivos para que a relação de confiança fosse construída entre as professoras: o compartilhamento de experiências e o acolhimento mútuo. A sensibilidade com as dores compartilhadas e a identificação com as vivências das colegas do grupo foram importantes para que pudessem acreditar que, naquele espaço de escuta, seu sofrimento, tantas vezes desqualificado, invisível e desacreditado, pudesse ser escutado e respeitado. Mendes e Araújo (2012) também descreveram o acolhimento afetivo entre os integrantes de um grupo diante da necessidade de uma pessoa expressar sua dor e a identificação com a dor do outro como elementos importantes na condução de intervenções com bancários adoecidos.

Fisgada pela impressão de uma grande necessidade das professoras de serem escutadas em seus sofrimentos, a clínica-pesquisadora queria ajudá-las e, assim, tinha a sensação de que não poderia colocar limites no grupo, o que muitas vezes dificultava a finalização das sessões. Sendo o estabelecimento da transferência baseado no endereçamento de uma demanda a alguém a quem se destina um suposto saber, conforme definição lacaniana (Bezerra & Rinaldi, 2009; Torezan & Rosa, 2003), o manejo dessa transferência faz-se fundamental para que o clínico não se sinta seduzido a responder à demanda desse lugar. Nesse sentido, a vontade da clínica-pesquisadora de ajudar as professoras precisou ser trabalhada na supervisão para que, na posição de clínica, não se furtasse às seduições do amor transferencial.

As participantes do grupo procuravam experimentar outros papéis que as afastassem do papel de professoras. Muitas vezes, identificavam-se como alunas e tentavam colocar a clínica-pesquisadora como a “professora do grupo que lhe passava tarefa”, afastando-as da implicação com seu desejo. Segundo Freud (1912a/1996), a transferência aparece desde o início do processo clínico como a arma mais forte da resistência. Esse tipo de resistência aparece quando a libido é retirada em seu esconderijo, irrompendo-se um combate para que as forças que fizeram a libido regredir

se ergam como resistências ao trabalho clínico, procurando manter o novo estado das coisas. Nessa direção, colocando-se no papel de alunas, as participantes do grupo poderiam se abster de “cumprir as tarefas” que a “professora lhes solicitava”.

Trabalhadas as questões que envolviam a clínica-pesquisadora no que diz respeito às sedução do laço transferencial, a clínica pôde avançar no sentido de confronto com as defesas do grupo, mesmo diante do risco do vazio que isso poderia trazer. Isso favoreceu o acesso do grupo à dor que ainda estava encoberta pelos mecanismos defensivos. Nesse sentido, o grupo foi admitindo o que se passava com ele e a clínica-pesquisadora pôde ajudá-lo a nomear os sentimentos, por meio do trabalho com a transferência (Mendes, 2014).

Durante o esvaziamento do grupo, novas questões transferenciais passaram a aparecer. As narrativas traziam desilusões e frustrações com a educação e o desânimo com o trabalho na readaptação, mas as professoras pareciam não se implicar. Essa desafetação pode ser entendida como um processo transferencial do descaso que estavam vivenciando nas manifestações grevistas em curso naquele momento, em que a classe docente estava sendo tratada com total descaso pelo poder público. A recorrência dessas desilusões e frustrações pode remeter à perda do gozo da fantasia. Ao se revelar a fantasia da onipotência na qual as professoras estavam engatadas e o gozo nela fixado, emergiu o vazio. Com isso, o que se poderia vislumbrar era o caminho do desejo, no sentido de abrir mão de um gozo pelo qual se pagava um preço muito alto (Figueiredo, 1997). Era o que estava emergindo nessa clínica: as falhas da defesa da onipotência as remetiam a frustrações e desilusões. Figueiredo (1997) aponta que muitas interrupções no processo clínico costumam acontecer no momento em que se depara com a necessidade de renunciar a um gozo fixado, cabendo ao clínico contrabalançar a pressa com a espera, para não incidir precocemente sobre algo do qual o sujeito não pode ou não quer abrir mão.

Assim, foi preciso suportar esse vazio e esperar o tempo do grupo. Segundo Freud (1940/1996), a superação das resistências é a parte do trabalho clínico que exige mais tempo e esforço. Diante da perturbação da transferência pelo aparecimento sucessivo de resistência, é preciso esperar

que ela se dissolva para que, então, se possa voltar a ter uma comunicação no sentido de uma tradução de um desejo ou um sintoma (Freud, 1913/1996). Concomitantemente, o coletivo de supervisão foi se desafetando dessa clínica. Suportar o vazio e o desamparo, nesse momento da clínica, manteve o grupo investido afetivamente com a clínica-pesquisadora e ela investida com o grupo. E, assim, o grupo voltou, com as professoras menos passivas e mais dispostas a se implicarem no processo clínico, reconhecendo suas defesas e se mostrando dispostas a seguirem adiante.

Com base no laço transferencial, elas passaram a apostar em saber um pouco mais sobre aquilo que as afligia, tomando para si mesmas uma parcela de seu destino (Figueiredo, 1997). Quando uma professora questionou uma colega: *“você já parou pra pensar por que você tem que ser tão eficiente no seu trabalho?”*, mostrava que o grupo estava produzindo esse saber. É o que Figueiredo (1997) chama de um deslocamento da fala como desabafo, queixa ou pedido de alívio, para uma perspectiva mais reflexiva ou indagativa. Ainda se sentiam machucadas pelo adoecimento e pelo enfrentamento das adversidades da condição de readaptação, mas com maior confiança em si mesmas para continuarem nas batalhas. É aí que se percebe o papel da clínica de produzir algo com base na falta e não de completá-la ou eliminá-la (Dassoler & Palma, 2012; Maurano, 2006). Esse movimento pode ser ilustrado no seguinte relato de uma professora: *“Aceitação: palavra que representa esse tempo aqui no grupo. Aceitar é diferente de acomodar, porque ainda há resistência, lutas”*.

Interpretação

O dispositivo da interpretação era utilizado nas intervenções durante as sessões e ainda era potencializado por meio dos memoriais. A clínica-pesquisadora foi percebendo as intervenções que ajudavam o grupo a realizar alguma elaboração e aquelas que geravam resistências. Enquanto imperou a relação transferencial em que as participantes colocaram a clínica-pesquisadora no lugar de professora, as intervenções eram inócuas, pois elas se apegavam ao papel de alunas para “não atenderem” às suas solicitações – no

caso de perguntas que lhes eram endereçadas – ou não se manifestarem diante de afirmações. Duarte (2014) observou atitudes condescendentes por parte dos sujeitos de sua clínica diante de interpretações realizadas em forma de afirmativas, parecendo que isso lhes remetia a uma suposta autoridade do saber do psicólogo, repetindo o padrão do saber médico a que eram expostos nas perícias médicas. No caso das professoras, também podemos atribuir à suposição de um saber inquestionável da “professora”, saber este que elas estavam colocando em xeque pela situação de adoecimento na docência. Reforça-se a importância de a clínica-pesquisadora ter se descolado desse papel para que as interpretações pudessem ser mais efetivas.

Com relação ao memorial, instrumento utilizado na clínica do trabalho para auxiliar as elaborações, foi preciso observar que o que define a fertilidade de uma interpretação são os seus efeitos em uma perspectiva de ampliar o olhar para novas compreensões do fenômeno, já que não se pretende fornecer uma resposta definitiva (Dockhorn & Macedo, 2015). No início dessa clínica do trabalho, os memoriais extensos e com muitas perguntas ao grupo não favoreciam elaborações. Talvez porque remetiam à busca de muitas respostas que o grupo ainda não era capaz de responder, ou jamais seria. Com adequações no seu estilo de apresentação, os memoriais passaram a ser mais curtos e com frases literais proferidas pelas professoras. Isso possibilitou que elas se identificassem com o que estava sendo lido e, assim, se implicassem mais na clínica. Passou-se de uma perspectiva extensamente explicativa e racional para uma perspectiva mais simples e provisória, deixando questões em aberto e espaço para elaborações.

Em um movimento de avanços e retrocessos do grupo, em alguns momentos, era comum aparecerem narrativas distantes de sua vivência de sofrimento. Nessas ocasiões, a clínica-pesquisadora tentava ver com o grupo como aquele tema o afetava, com o intuito de sair da repetição da resistência e chamá-lo ao trabalho da clínica. Maurano (2006) aponta sobre esse objetivo da interpretação: antes de ser uma resposta, seria um enigma; seria um meio e não um fim. Mesmo que a interpretação esteja vinculada a alguma significação, ela tem sempre um limite em relação ao

que pode ser significado, e é isso que rompe com a mesmice e abre canal para o aparecimento do novo, do inesperado. Assim, as interpretações começaram a possibilitar o aprofundamento das discussões no grupo, na medida em que traziam a tradução de signos inteligíveis e possibilitavam a construção de sentidos sobre o sintoma (Grippi, 2012).

Uma forma de potencializar a interpretação nesse processo clínico foi o trabalho por meio das metáforas trazidas pelo grupo. Uma metáfora importante foi a da guerreira, que remete a estar em uma guerra, onde há várias batalhas a serem travadas: em algumas saíram vencedoras, em outras, derrotadas. Isso remetia a uma forma mais realista com que as professoras estavam tentando vivenciar seu trabalho. Se inicialmente consideravam-se “salvadoras” dos alunos, com base nessa metáfora, foi possível perceber uma mudança em sua posição subjetiva. De salvadoras a guerreiras, as professoras puderam vivenciar o vazio, por meio da perda das ilusões, do reconhecimento das adversidades da organização do trabalho e de uma maior aceitação de suas limitações. Na pesquisa de Duarte (2014), a interpretação sobre as metáforas do grupo também foi uma importante forma de elaboração, já que as metáforas permitem um afastamento do sofrimento. É esse afastamento que aproxima o grupo do sofrimento, pois, ao ser explicitado e interpretado, os sujeitos voltam a dialogar com o que o sofrimento suscita.

À medida que as professoras saíram da posição de queixa para uma posição de se verem em lutas constantes contra a desestabilização psíquica diante das adversidades do trabalho e ao adoecimento, passaram a enxergar seus recursos pessoais para enfrentarem essas lutas e preservarem-se das lutas desnecessárias. A queixa cedeu lugar a uma postura de maior autonomia diante do sofrimento, possibilitando que as professoras estivessem menos apegadas à onipotência e assumissem sua potência. As interpretações possibilitaram explicitar as falhas da onipotência e a vitimização da impotência para enredá-las em suas lutas como guerreiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou analisar os dispositivos psicanalíticos da clínica do trabalho (análise da demanda, da transferência e da interpretação) mobilizados em um processo de escuta clínica do trabalho com professoras readaptadas.

A análise da demanda foi um dispositivo colocado em ação ao longo de todo o processo clínico, sobretudo em função da sua inter-relação com os outros dispositivos. Para se delimitar a demanda do grupo, questões transferenciais precisaram ser trabalhadas, inclusive o fato de a clínica-pesquisadora querer atender à demanda inicial do grupo de sair do vazio. Ao fim do processo clínico, a análise da demanda permitiu verificar que as professoras se sentiam mais fortalecidas e mais mobilizadas para o autocuidado, pois a clínica permitiu que se desapegassem das ilusões missionárias do seu trabalho e construíssem uma narrativa mais autônoma.

A supervisão clínica foi essencial para o refinamento e manejo do dispositivo da transferência. Nesse grupo, uma questão muito presente foi a resistência, que precisou ser constantemente confrontada. Com base na emergência do vazio vivenciado por todo o grupo, sobretudo pela clínica-pesquisadora, houve o deslocamento da repetição, o desengate da onipotência e a assunção de uma perspectiva de melhor aceitação dos limites do corpo, do trabalho e das relações e, com isso, a busca de novas significações do sofrimento.

O dispositivo da interpretação, muitas vezes, foi utilizado para tentar reconectar o grupo aos sentimentos relativos ao que estava sendo trazido para o espaço de discussão. Pela interpretação, foi possível trabalhar o movimento do grupo expresso pela metáfora “de salvadoras a guerreiras”, sendo possível a explicitação das falhas da onipotência e da vitimização da impotência, enredando as professoras na potência de suas lutas como guerreiras.

A descrição sobre os dispositivos no percurso da clínica permitiu vislumbrar o caminhar do fazer clínico e os efeitos dos dispositivos nos novos modos de significação do sofrimento que emergiram. O real do trabalho de escuta explicitou a necessidade de ajustamentos às prescrições

do trabalho clínico, sobretudo em relação a aspectos que envolvem a subjetividade do clínico-pesquisador. Nessa direção, o coletivo de pesquisadores seguiu com o grupo, orientando-se pela análise da demanda que ia acontecendo ao longo de todo processo clínico, pelas transferências que emergiam e pela forma como estavam sendo realizadas as interpretações e seus efeitos sobre o grupo.

Com o presente trabalho, uma agenda de sugestões de novas pesquisas endereçadas aos clínicos-pesquisadores interessados em avançar na consolidação da clínica do trabalho pôde ser proposta. Sugerem-se novas investigações que contemplem a realização da clínica do trabalho com trabalhadores adoecidos na perspectiva que vem sendo desenvolvida pela Clínica Psicanalítica do Trabalho por meio do modelo teórico-metodológico da psicopatologia clínica do trabalho, proposto por Mendes (2018), de modo que se possa contribuir com a construção de uma proposta de prática face ao agravamento do adoecimento da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

- Amaral, G. A., & Mendes, A. M. (2017). Readaptação profissional de professores como uma promessa que não se cumpre: uma análise da produção científica brasileira. *Educação em Revista*, 18(02), 105-119.
- Arbex, A. P. S., Souza, K. R., & Mendonça, A. L. O. (2013). Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência dos professores de uma universidade pública. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 263-284. 2013.
- Bezerra, D. S., & Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 342-355.
- Dassoler, V. A., & Palma, C. M. de S. (2012). A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(01), 94-107.

- Dockhorn, C. N. B. F., & Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia clínico-interpretativa: um recurso à pesquisa psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 529-535. 2015.
- Duarte, F. S. (2014). *Dispositivos para escuta clínica do sofrimento no trabalho: entre a clínica da cooperação e das patologias* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil).
- Facas, E. P., Mendes, A. M., Freitas, L. G., Amaral, G. A., & Duarte, F. S. (2017). A Psicodinâmica do Trabalho na Região Centro-oeste do Brasil. In J. K. Monteiro, R. D. de Moraes, A. M. Mendes & A. R. C. Merlo (Orgs.), *Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: práticas, avanços e desafios*. Curitiba: Juruá.
- Fantini, A. J. E., Silveira, A. M., & La Rocca, P. F. (2010). Readaptação Ocupacional de servidores públicos: a experiência de uma universidade pública. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(2 Supl2), 59-65.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Freud, S. (1912a/1996). A Dinâmica da Transferência. In S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (edição standart brasileira, Vol. XII, pp. 107-120). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912b/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (edição standart brasileira, Volume XII pp. 122-133). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o Início do Tratamento. In S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (edição standart brasileira, Volume XII, pp. 135-158). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1940/1996). Sobre o início do tratamento. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (edição standart brasileira, Volume XII, pp. 187-196). Rio de Janeiro: Imago.
- Gama, L. P., Mendes, A. M. B., Araújo, J. P., Galvão, M. G. A., & Vieira, F. O. (2016). Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola. *Laborativa*, 5(1), 38-63.

- Ghizoni, L. D. (2013). *Clínica psicodinâmica da cooperação na Associação de Catadores e Catadoras de materiais recicláveis da região Centro Norte de Palmas – TO (ASCAMPA)* (Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil).
- Grippi, R. (2012). Construção e interpretação em construções em análise (1937), de Sigmund Freud. *Stylus Revista de Psicanálise* (Rio de Janeiro), 25, 99-105.
- Ieto, V., & Cunha, M. C. (2007). Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(4), 329-334.
- Maurano, D. (2006). *A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Medeiros, S. N. (2012). *Clínica em Psicodinâmica do Trabalho com a Unidade de Operações Aéreas do DETRAN: o prazer de voar e a arte de se manter vivo* (Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil).
- Mendes, A. M. (2014). Escuta analítica do sofrimento e o saber-fazer do clínico do trabalho. In A. M. Mendes, R. D. Moraes, & A. R. C. Merlo (Orgs.), *Trabalho & Sofrimento: práticas clínicas e políticas* (pp. 65-80). Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M. (2018). *Desejar, Falar, Trabalhar*. Porto Alegre: Editora Fi.
- Mendes, A. M. (2020). Discurso Capitalista Colonial e a Patologia da Melancolização. In Sousa-Duarte, F.; Mendes, A. M.; Facas, E. P. (Orgs.), *Psicopolítica e Psicopatologia do Trabalho* (pp. 76-88). Porto Alegre: Editora Fi.
- Mendes, A. M., & Araújo, L. K. R. (2012). *Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação*. Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M, Araújo, L. K. R., & Merlo, A. R. C. (2011). Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In P. F. Bendassoli, & L. A. P. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho* (pp. 169-187). São Paulo: Atlas.
- Paniago, I. M. L., & Viana, T. de C. (2008). O refúgio psíquico como o estranho recurso da resistência. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(4), 1099-119.

- Périleux, T., & Mendes, A. M. (2015). O enigma dos sintomas: proposição para uma escuta psicanalítica e política do sofrimento no trabalho. *Trivium – Estudos Interdisciplinares*, 7(1), 61-73.
- Torezan, Z. C. F., e Rosa, A. C. (2003). Escuta Analítica no Hospital Geral: implicações com o desejo do analista. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(2), 84-91.

Recebido em 19/05/2023

Aceito em 28/02/2025



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.