

O gesto profissional em psiquiatria: um debate de normas em múltiplas dimensões

DOI 10.26512/lc.v24i0.18974

Enio Rodrigues da Silva

Universidade de Alfenas – UNIFENAS BH

Daisy Moreira Cunha

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Universidade de Paris X

Resumo

Produto de uma pesquisa de doutorado (UFMG/ 2016), o artigo parte de vários desconfortos e questionamentos presentes na prática profissional de um dos autores, de modo a confrontar saberes em diversos campos epistêmicos: normas antecedentes da Psiquiatria, as Clínicas do Trabalho e as práticas em Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Tendo como campo de pesquisa um dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Betim/MG, o CAPS III - Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Betim Central -, foi analisado um caso, e, nele, um gesto profissional delimitado e discutido. Em síntese, apresentamos um epítome do conceito de gesto profissional em três níveis de complexidade.

Palavras-chave: Atividade. Psiquiatria. Gesto profissional. Trabalho.

The professional gesture in psychiatry: a discussion of standards in multiple dimensions

Abstract

As an outcome from a Ph.D. research (UFMG/ 2016), this article emerges from several inquiries and issues present in one of the author's professional practices to face knowledge in different epistemic fields: a history of Psychiatric standards, The Clinics of Labor and the practices in Mental Health in the context of the Psychiatry Reform. Having as a research field one of the substitutive services of the Network of Psychosocial Care (RAPS) based in Betim/MG, CAPS III - Reference Center on Mental Health (CERSAM) Betim Central -, a case has been analyzed and a professional gesture has been bounded and discussed. In summary we present a synthesis of the professional gesture concept at three levels of complexity.

Keywords: Activities. Psychiatry. Professional Gesture. Work.

Le geste professionnel en psychiatrie: un débat de normes en multiples dimensions

Résumé

Produit d'une recherche de doctorat (UFMG/2016), cet article a vu le jour sur la base de diverses contraintes et questions présentes dans la pratique professionnelle de l'un de ses auteurs afin de confronter les savoirs à plusieurs champs épistémiques : les normes antécédentes de la Psychiatrie, les Cliniques du Travail et les pratiques en Santé Mentale dans le contexte de la Réforme Psychiatrique. Dans le contexte du terrain de recherche qui est un service de substitution du Réseau d'Assistance Psychosociale (RAPS) à Betim/MG, le CAPS III - Centre de Référence de Santé Mentale (CERSAM) Betim Centre -, un cas est analysé et un geste professionnel est délimité et débattu. Nous présentons une synthèse du concept de geste professionnel sur trois niveaux différents de complexité.

Mots-clés: Activité. Psychiatrie. Geste Professionnel. Travail.

El gesto profesional en psiquiatría: un debate en múltiples dimensiones

Resumen

Producto de una investigación de doctorado (UFMG/2016), el artículo parte de varias incomodidades y cuestionamientos presentes en la práctica profesional de uno de los autores para confrontar saberes en diversos campos epistémicos: normas antecedentes de la Psiquiatría, las Clínicas de Trabajo Y las prácticas de la Salud Mental en el contexto de la reforma Psiquiátrica. Teniendo como campo de investigación uno de los servicios substitutivos de la Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) en Betim/MG, el CAPS III - Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Betim Central -, un caso es analizado y en él un gesto profesional es delimitado y discutido. En síntesis, presentamos una síntesis del concepto de gesto profesional en tres niveles de complejidad.

Palabras-Clave: Actividad. Psiquiatría. Gesto Profesional. Trabajo

Introdução

Diante das transformações contemporâneas do trabalho e de suas teorias, torna-se imperativo reabrir questões e ampliar o debate sobre a mobilização de saberes e valores nos meios sociotécnicos profissionais. Em termos genéricos, ao trabalhar, o homem organiza, consciente e inconscientemente, seus processos e procedimentos de forma a responder confortável e estavelmente a problemas complexos, impossíveis e insuportáveis que se apresentam nos meios laborais nos quais se encontram. Isto significa, em maior porção, reduzir a distância entre o trabalho tal como prescrito nas normas de ofício, as condições para a execução e os fins que devem ser atingidos.

No campo da saúde, essa operação se complexifica, exigindo dos profissionais habilidade com o trabalho em equipe e ultrapassando a ordem prescritiva. Para ampliar o debate, compreendemos que, no trabalho, temos a tendência a seguir os protocolos e as prescrições profissionais, ajustando-os, ao máximo, ao imediatismo das demandas e das respostas do fazer aqui-agora. O resultado dessa operação, por sua vez, se configura em tomadas de decisões que parecem simples e, aparentemente, resolutivas, porém, muitas vezes reducionista de sentido e causadoras de sofrimento com alto grau de comprometimento dos sujeitos envolvidos. Há que se considerar a

variabilidade do tempo requerido pelos processos de tratamento, bem como o espaço-tempo em que o paciente precisa para elaborar e compartilhar as suas questões com o terapeuta. Logo, o que se faz premente nesse cuidado é o que o paciente precisa dizer e não o que nós, os profissionais, queremos saber para compor os nossos diagnósticos e direções de tratamento (Silva, 2016).

Em questão, neste campo da saúde, tomamos o gesto profissional como problema para interrogar as mutações no trabalho em psiquiatria na contemporaneidade, no contexto das políticas de Saúde Mental no Brasil. Para melhor esclarecer esses mecanismos e processos, convocamos a filosofia da vida de Canguilhem (1995), com base na sua obra *O Normal e o Patológico*, posto que há nela o convite para a reabertura de problemas, matérias estrangeiras – seja em situações aparentemente estáveis de determinado métier, seja nos campos do conhecimento que lhes são estruturantes, sempre colocando em perspectiva o ponto de vista daquele que vive e protagoniza as situações.

Ora, constatamos, após os trinta anos de Reforma Psiquiátrica brasileira, a criação de redes substitutivas de Saúde Mental em todo o Brasil (BRASIL, 2001), a exemplo de Belo Horizonte e Betim, em Minas Gerais (Silva & Barros, 2017). E os CAPS ocupam um lugar de grande importância nessas redes, promovendo o acolhimento humanizado e integral do portador de sofrimento mental. Nosso artigo está embasado em duas pesquisas realizadas neste contexto (Silva, 2010, 2016).

Escapa ao escopo deste artigo discutir a pertinência da Reforma Psiquiátrica implementada no Brasil, uma vez que, em relação a esta, muito já se foi debatido e escrito ao longo dos anos (Amarante, 1995, 1996; Arbex, 2013; Barreto, 1999, 2010; Desviat, 1999; Lobosque, 1997, 2001). Sabemos que os CAPS alargam, sem dúvida, as possibilidades de tratamento e as profissionalidades a ela relacionadas. Entretanto, à revelia de todos os mecanismos de Reforma Psiquiátrica na direção da desospitalização e de trabalho em equipe - demandado como saída para melhorar o tratamento numa perspectiva mais holística -, a medicina e a psiquiatria tradicionais ainda ocupam um lugar de evidência, sendo necessário, para a sustentação do cenário reformista, o fortalecimento de movimentos de coletivo de trabalho nos quais o ato médico continua central. Verifica-se, ainda, uma escassez de investimentos político-administrativos e financeiros nas redes substitutivas, contribuindo para a precarização das condições materiais e concretas de trabalho - o que pode fragilizar os processos de formação em serviço de novos trabalhadores no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no SUS - Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, os gestos profissionais que nos propusemos a discutir e a analisar são aqueles que se encontram na direção da Reforma Psiquiátrica, engendrados, porquanto, no impossível encontro com o real, no encontro de pacientes que desafiam as instituições de tratamento e os saberes sobre a loucura.

Esta abordagem dos gestos profissionais em psiquiatria considera a atividade do

terapeuta no contexto do requisito e da mobilização de saberes e fazeres junto ao Outro do tratamento: o paciente. Este entrecruzamento de perspectivas na atividade de cuidado em Saúde Mental é que pode germinar novos saberes e valores em psiquiatria. Tal abordagem observa os gestos profissionais na perspectiva de um confronto de saberes, circulando, como em um Dispositivo Dinâmico, a Três Polos - DD3P (Schwartz; 2000; Schwartz & Durrive, 2007). Trata-se de um dispositivo teórico-metodológico que nos orienta o olhar para a circulação e a produção de saberes, em que o primeiro polo (P1) é aquele das normas antecedentes, dos saberes disciplinares e acadêmicos. O segundo (P2), o polo dos saberes investidos na experiência e na situação concreta e material de trabalho - o material inédito e singular da atividade de cada um que também compõem toda atividade, bem como a maneira de cada um retratar as normas antecedentes. E o terceiro polo (P3), aquele do desconforto intelectual que porta em si aspectos para um novo regime de produção de saberes, que não só partem da experiência, como são capazes de dialogar com as normas institucionais. Um polo do trabalho coletivo, do bem comum, que permite refazer a atividade normativa a partir de dois aspectos: a humildade e o rigor.

Aplicado ao contexto da psiquiatria, o primeiro polo refere-se às normas antecedentes, aos saberes estabilizados na área e às reformas psiquiátricas possíveis - a exemplo, a Reforma Democrática e a Desinstitucionalização italiana; a Psicoterapia Institucional e a psiquiatria de Setor francesa; e a Antipsiquiatria (Amarante, 1995). O segundo polo, por seu turno, refere-se à experiência do trabalhador e do sujeito portador de sofrimento, que, vale dizer, não somente do esquizofrênico, como sugeria a Antipsiquiatria (Cooper, 1967). E o terceiro polo, que é o centro de tais reformas psiquiátricas e de novas teorias possíveis em psiquiatria. É o lugar do trabalho clínico em psiquiatria, do sujeito que trabalha e mobiliza os saberes correspondentes ao campo, para além do próprio psiquiatra. É o espaço-tempo de uma nova psiquiatria - a Ergopsiquiatria Clínica (Silva, 2016), que representa bem o desconforto intelectual das (im)possíveis psiquiatrias - as quais aceitam o desafio de fazer esse debate entre os outros polos.

Partimos da hipótese de que, até o momento, a psiquiatria tem apresentado respostas estáveis, confortáveis e tradicionais para problemas impossíveis e insuportáveis; ou seja, para pacientes que desafiam tanto o sistema fechado como o aberto de tratamento. A (im)possível atividade deontológica, por sua vez, é uma postura frente à loucura produzida ao longo dos tempos pela sociedade, pela biologia, pelo psiquismo e pela cultura (Foucault, 1997).

Postas as considerações introdutórias, apresentamos algumas reflexões sobre o trabalho real dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, estudos e análises do processo de engendramento de gestos profissionais em psiquiatria, considerando, com evidência, um caso de atendimento registrado em um CAPS III, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Normas de serviço configurando o trabalho a ser feito

No plantão de acolhimento da crise em uma manhã de trabalho no CAPS III/ CERSAM Betim Central, encontramos Jorge (nome fictício), um jovem de 27 anos, fisicamente forte, de aparência extremamente desleixada, tatuado pelo corpo, ameaçador e violento, portador de Esquizofrenia Paranoide refratária e usuário de múltiplas drogas - típico paciente impossível e insuportável, nomeado pelas duas instituições psiquiátricas - abertas e fechadas (Silva, 2016). Ele estava há cinco dias internado (permanência-noite), involuntariamente, devido a recusa de tratamento e agitação psicomotora de difícil controle.

Demandando sair do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a todo custo, ele agitou, apresentando e defendendo seus argumentos, mesmo de forma ainda desconexa, delirante. Sentia-se “preso”, privado de sua liberdade de ir e vir, e isso lhe fazia muito mal. Em relatos cotidianos da construção do caso clínico, ele evadia frequentemente e ainda ameaçava a equipe em diversos momentos, reivindicando regalias frente às normas do serviço. Neste dia, para potencializar a situação por ora complicada, o porteiro do serviço não compareceu ao trabalho, e a equipe de plantonistas era composta por um psiquiatra¹, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. A situação piorava a cada minuto, a agitação aumentava e percebíamos que, a qualquer momento, ele partiria para a agressão física, como costumeiramente.

Após várias tentativas de apaziguamento da situação, a palavra se esgotava e o corpo-a-corpo se fragilizava frente à tentativa de “fazer o muro com o próprio corpo”. Era imperativo se tomar uma decisão. E assim foi decorrido, seguindo os ensinamentos da Linha Guia de Saúde Mental de “medida de exceção”, ou seja, de somente utilizar de procedimentos duros depois de esgotadas todas as possibilidades mais humanizadas (Minas Gerais, 2006). Sem o emprego da força física e da medicação contra a sua vontade, tomou-se a decisão de inverter a lógica da situação - convidando-o a ficar na portaria, confiando-lhe a chave do portão; uma vez que não havia um porteiro naquele momento. Surpreso, Jorge se aproxima de mim (médico plantonista), tentando me intimidar, aceita o meu aperto de mão e, em seguida, a proposta, assumindo o posto de trabalho sob a minha orientação e supervisão, enquanto eu continuava outros acolhimentos. Em outras palavras, frente a esse sujeito tão estigmatizado e categorizado pela psiquiatria através dos códigos diagnósticos, CID-10 e DSM-V, a proposta foi focar o olhar para o sujeito em sua singularidade. Um ato em aventura (Mendel, 1998), antecipando uma tentativa de passagem ao ato no sentido da Psicanálise e que, de início, interroga a objetividade da psiquiatria e seus saberes híbridos. A priori, um ato marcado por grandes controvérsias e posições contrárias, rompendo com a estabilização de saberes no campo de conhecimento.

1 Trata-se da experiência de trabalho de médico psiquiatra, um dos autores deste texto.

Primeiramente, houve uma evidente negativa por parte da agente administrativa da unidade que presenciou a situação. Alguns trabalhadores se mostraram reticentes, dizendo que essa não era uma atividade para pacientes realizarem, de que o “buraco” institucional da falta do porteiro deveria aparecer para que o gestor pudesse apresentar suas respostas. Ou seja, simultâneo ao que foi presumível como um vácuo normativo, foram ressignificadas as normas antecedentes da psiquiatria, singularizadas diante da situação que se apresentava. Vale observar que essas normas dizem respeito não somente ao trabalho prescrito, mas, também, a um sistema heterodeterminado, sem dogmatismos de imposição. Elas são construções históricas, um patrimônio conceitual, científico e cultural, que consideram o nível técnico atingido e a história sempre particular (Schwartz & Durrive, 2007).

De volta à situação, somente uma trabalhadora reagiu positivamente, sugerindo que o ato fosse compartilhado com o gerente do CAPS. Alguns minutos depois, contudo, Jorge já se mostrava bastante apaziguado para a surpresa de todos e alívio da maioria. Constatamos que ele desenvolvia a atividade com gentileza, estranheza, um tanto jocoso, frente à minha apreciação e orientação. Neste momento, diversas reflexões se fizeram presentes e sua alegria era evidente, como se a atividade de trabalho lhe tivesse conferido uma outra identidade, um estatuto diferente de “doente mental”.

Na sequência, houve um contato com o gerente por telefone, participando-o da decisão. O primeiro acenou positivamente, e ainda reforçou ser esta uma atitude desejável frente aos princípios das políticas públicas de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, condizentes, por sequência, com os objetivos do CAPS, que é o de valorizar a experiência de pacientes em sofrimento - uma forma de validação/deliberação parcial da situação deste gesto profissional em psiquiatria. Duas horas depois, uma outra trabalhadora da limpeza (deslocada de sua função específica) assume o trabalho da portaria para decepção de Jorge e, novamente, outro alívio para a maioria. Converso com ele, agradecendo-lhe a atitude e elogiando-o pela postura de trabalho.

De paciente-porteiro a porteiro-paciente-cidadão

A atividade de trabalho constrangida pode funcionar de duas maneiras: primeiro, como obstáculo, fonte de adoecimento e de transgressões da prescrição, por outro, fonte de desenvolvimento. Quer dizer, na atividade procuramos contornar obstáculos e, no contexto do caso clínico, o que fazer e como fazer com este real da atividade (delirante) que se apresenta? Trata-se de ajudar o sujeito a agir e a se apropriar da situação, fazendo-se necessário, para isso, um caminho por meios desviados do tradicional. Inventar sem antes prever meios contornados para ultrapassar esse obstáculo (Clot; Gori, 2003). Ou seja, para se fazer diferente a

mesma coisa é requerida uma postura clínica – de se trabalhar, de se produzir e de se provocar novos instrumentos de desenvolvimento da atividade, instaurando conflitos no campo do outro e promovendo outros endereçamentos.

Trata-se de provocar novos conflitos que o sujeito, antes, não pensava ou percebia. Reinstalar e reinstaurar o conflito, observar o trabalho real e aproximar da atividade, descobrir, procurar o caminho, arbitrar entre possibilidades. Entre o realizado-real da atividade não há escolha de um registro em detrimento do outro; a intenção é recolocar o conflito nesta interseção e sustentá-lo com o paciente. Esclarecendo: o real da atividade, este conceito rico, não convém somente às nossas análises sobre o trabalho, mas, também, à construção de uma orientação clínica no campo da interseção entre Saúde Mental-Psiquiatria-Clínica da Atividade, intermediado pelo gesto profissional. Parte-se da premissa de que a atividade não é uma entidade observada diretamente, e que ela transborda a ação que lhe é confiada. Assim, o real da atividade considera o que não se faz, o que não se pode ou se deve fazer, que se sonha ou fracassa em fazer. “É preciso acrescentar a isso – o que é paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem que refazer” (Clot, 2006, p. 116).

Para tal, dispomos de dois caminhos: pela metáfora e pela catacrese da atividade. Ambas, figuras de linguagem que a Clínica da Atividade importa para se fazer clara nesse contexto clínico (Clot; Gori, 2003; Clot, 2006). A primeira, um instrumento simbólico linguajeiro de ação sobre o outro no coletivo e no interior da atividade individual. Uma recriação da linguagem frente à dificuldade de dizer, de encontrar palavras para expressar, outro caminho para dizer a mesma coisa por vieses diferentes. A segunda, diz de determinada forma de aproximação da atividade do outro; uma maneira de transformar artefatos em instrumentos da atividade, possibilitando, no caso em questão, o tratamento do delírio do paciente em psiquiatria, por exemplo. Assim, a catacrese se refere ao deslocamento no sentido original de um termo. Uma maneira de fazer referência ao acontecimento quando faltam palavras para expressá-lo: o braço da poltrona, o pé da cadeira, a aza do bule, etc. Diz respeito, portanto, a uma forma diferente e criativa de agir na atividade, da reapropriação do objeto, mas de forma diferente, e, ainda, permitindo ao trabalhador a lida com as dificuldades, ultrapassando-as.

Consideramos esse ato como restituição de um conflito em conflitos já existentes na estruturação psíquica desse sujeito e na (im)possível atividade psiquiátrica em forma de inversão de valores. Antes, tratava-se de um paciente estigmatizado pela esquizofrenia e abuso de múltiplas drogas, tentando realizar o trabalho de porteiro. Argumentamos no sentido de que Jorge não só assumiu o posto de trabalho de porteiro, mas nos exemplificou, mesmo que de forma rápida, a centralidade do trabalho na (des) estruturação psíquica do sujeito. Quer dizer, de paciente-porteiro a um porteiro-paciente-cidadão de Saúde Mental. Dizemos da capacidade do sujeito de estruturar melhor sua atividade delirante por meio do trabalho.

Sustentamos ser esse um projeto-ação/ato profissional em psiquiatria, na medida em que ele tomou toda uma forma e significação na atividade e no percurso de trabalho do CAPS III. Trata-se de um gesto engendrado entre as normas antecedentes da psiquiatria (Foucault, 1997, 2006), os saberes constituídos dessa área (Barreto, 1999; Bercherie, 1989), os saberes investidos (Schwartz & Durrive, 2007) de trabalhadores e a experiência singular de sofrimento mental agudo e crônico. Porém, que dimensões do gesto genérico teriam sido mobilizadas? Novos debates de normas precisam, assim, ser considerados na configuração desse projeto-ação/ato enquanto gesto profissional.

Debate de normas atravessando gestos profissionais

Com respeito às técnicas do corpo, o antropólogo francês Marcel Maus afirma que este é um objeto antropológico, um instrumento técnico, que provoca debates com a linguística, a cultura, a biologia, a semiologia, a história, a psicologia e a sociologia (Bert, 2012). Convoca-se todo esse debate para defender que os atos e os movimentos humanos são culturalmente determinados. Quer dizer, um ato só pode ser inscrito num contexto histórico, uma vez que, em tese, uma sociedade tem o poder de impor ao outro palavras, mitos, crenças, instrumentos, aspectos monetários, produtos e, inclusive, hábitos corporais. Logo, esse ato não se mostra diferente; é, antes, um acontecimento no contexto brasileiro das políticas públicas de Reforma Psiquiátrica, de Luta Antimanicomial (LAM) e de criação de Serviços Substitutivos ao sistema fechado, hospitalar, cujos CAPS III são um território diferenciado.

A Abordagem Ergológica do Trabalho (Schwartz, 2000), por sua vez, propõe uma inversão subversiva (e utópica) do modelo de abordagem ao trabalho como atividade humana, dizendo que é o mundo que nos instiga a produzir invenções e não um pensamento milagroso, criativo por si só, que venha a impor transformações no real da vida e das situações de trabalho. O ser humano é dividido pelo seu próprio uso, de si por si e pelos outros. Quer dizer, atrás das renormalizações, existe um corpo-si que reivindica, que rompe com a lógica e a postura de se colocar à disposição do outro. Ele reclama que a norma faça problema no campo do outro de forma singular e que, somado aos valores dimensionados e sem dimensão, proporcione outros encontros de encontros - compreendidos como a introdução na história, a inter-relação de sujeitos com algo parcialmente inédito. Alguma coisa que se refere a combinações de grupos com os meios técnicos (Schwartz, 2000; Durrive, 2015). E o corpo-si, uma entidade enigmática que é, ao mesmo tempo, corpo e subjetividade, é a história, a história da vida, do sujeito, dos encontros sempre inéditos e renovados entre momentos mais ou menos instáveis e a vida social. É o sujeito da atividade industriosa, o lugar obscuro de origem das problemáticas singulares na atividade (Schwartz, 2000; Cunha, 2007).

Esse corpo-si reclama um engajamento do corpo, de si na atividade, o caminho da proposição e não da imposição de movimentos. Dizemos do uso de si, de ser autor de sua própria existência - a ideia e o saber que temos de nós mesmos, porém a partir o olhar do outro e das dramáticas envolvidas na situação (Schwartz, 2000; Schwartz; Durrive, 2007; Durrive, 2015). E isso requer um debate de valores dimensionados (concretos e materiais, monetários) e valores sem dimensão – aquilo que não é quantificado numericamente, mas qualificado pela intensidade da energia engajada na atividade, o afeto, a solidariedade, a alegria e a tristeza de viver, o bem comum, o amor, e o mais.

Quanto à loucura, nós compreendemo-la como uma perda da capacidade normativa em busca de uma outra normatividade (Canguilhem, 1995), mas também uma crise (até mesmo uma ruptura) dessa capacidade de articulação. Em trabalho, o outro que chegava à porta de entrada era convocado a recolocar em debate a dialética entre o trabalho prescrito e o real, mas, para isso, requereu a presença de uma orientação clínico-terapêutica. Em diferente sentido, o conflito se fez presente na medida em que foram explicitadas, para Jorge, as suas obrigações, normas a serem cumpridas, possibilitando a ele apresentar seu estilo, suas iniciativas singulares frente às obrigações, regras do trabalho de porteiro.

Dizemos da alteridade, da pluralidade e dos debates de normas na atividade. São situações que, de uma forma ou de outra, demandam uma retomada da norma ao estilo singular de cada um, ou seja, a renormalização. O que se encontra em jogo é o encontro do sujeito com a norma e as repercussões decorrentes desse encontro no campo do próprio sujeito e do trabalho em equipe; um processo que se apresenta de duas maneiras essenciais, quer dizer, como uma obrigação, um obstáculo a ultrapassar, mas, também, como uma oportunidade de singularização do indivíduo. Em outras palavras, a norma por si só não tem efeitos, ela precisa entrar na economia psíquica dos envolvidos, na dinâmica da atividade e na dialética assujeitamento/contestação, a fim de que ela faça norma para cada um de nós (Durrive, 2015), e, logo, a chave permitiria essa transposição, possibilitando a Jorge (re)construir, imediatamente, um outro espaço-tempo de contestação.

Originalmente, compreendemos que a loucura pode retirar do sujeito a sua capacidade de contestar o mundo, de se posicionar crítica e subjetivamente, embora existam muitos que conseguem fazê-lo, ainda que de forma desordenada, singular e bizarra. Em tal contexto, para acolher esse sujeito, exige-se uma orientação presente dos trabalhadores não somente na sustentação e na proposição de atos transgressivos, a priori, mas que os faça em forma de contestação da experiência normativa, apresentando seus argumentos e justificativas, produzindo, também, gestos profissionais.

A partir da Clínica da Atividade (CLOT, 2006), nomeamos esse ato de inversão de lógicas, de catacrese da atividade, de modo a encontrar outros meios para realizar a

mesma coisa. Esta clínica nos ajuda a compreender que o delírio funciona como um instrumento de desenvolvimento da atividade. Assim, ela nos propõe a instituição de conflitos como forma de agir, transformando-os para, depois, compreender a situação. E isso reforça mais a necessidade de um posicionamento crítico e clínico bem definido e orientado, de modo a sustentar esse conflito no real da clínica, como a loucura.

Neste caso, compreendemos que o ato - simbólico - de dar a chave a Jorge, proporcionou uma modificação na estrutura de sua atividade. Provocar o delírio é, ao mesmo tempo, provocar a atividade, fazendo-a desenvolver. Se consideramos o delírio com um instrumento da atividade dentro da triangulação sujeito/objeto e outrem, entendemos que esta catacrese da atividade possibilitou e provocou outros endereçamentos delirantes, conseqüentemente, um apaziguamento da agitação - uma atividade (delirante) dirigida no aqui-agora da situação conflituosa. A chave deixa de ser, momentaneamente, um artefato para funcionar como um instrumento clínico, ocupando o espaço-tempo realizado-real da atividade, lugar também de produção delirante, uma atividade no lugar da outra ou com esta outra. Quer dizer, uma forma de provocar o desenvolvimento deste métier psiquiátrico, restituindo o conflito da/na atividade, tendo em vista que esta transgressão/catacrese (Clot; Gori, 2003), se colocada em debate pelo gênero psiquiátrico em construção, ou seja, pelo coletivo de trabalho, assume a configuração de gesto profissional em psiquiatria. E isso se torna mais inteligível e compreensível ao passar pelo mecanismo de validação/deliberação, ou passagem pela “peneira” (tamisage) (Clot, 2006)

Os processos psicodinâmicos da atividade nos ajudam a compreender esta situação como uma prática de inteligência astuciosa (*intelligence rusée*) (Dejours, 2009), rompendo com a renúncia de engenhosidades e industriosesidades da atividade. O que não é uma renúncia de si, ao contrário, mas um olhar para si e para o outro em debates, a fim de controlar e dar continente ao si, provocando a inteligência criativa singular e coletiva. Assim, este ato conferiu a Jorge a possibilidade de sair de uma posição de assujeitamento ao outro, à obrigação, para uma outra posição de subjetivação na atividade, de novas invenções e contestações, possibilitando a modificação de sua postura - atividade delirante.

O gesto profissional nasce num espaço-tempo de sentido e valorização da experiência de sofrimento, provocando a reinterpretção da mesma experiência, dando-lhe outra acepção. O gesto como uma palavra de sentido, ou seja, somente o sujeito da/na atividade se autoriza a fazer essa operação, vindo a dar significado à atividade pela própria experiência refletida e acumulada. Logo, tocar a mão de Jorge foi muito mais do que um ato - antes um compromisso de loucuras de ambas as partes -, foi um processo de tomar, de pegá-lo pela experiência (Ribault, 2011).

Em outra perspectiva, três hipóteses socioclínicas se fizeram presentes e nos remeteram à (re)invenção da loucura, segundo Michel Foucault (1997), em termos de normas antecedentes da psiquiatria e das condições reais e sociais dos ‘doentes

mentais' no asilo. São hipóteses construídas a partir da consideração do vivido cotidiano dos pacientes, do comportamento dos trabalhadores e da divisão de papéis e conflitos que atravessam uma instituição.

Como primeira hipótese, partimos desse ato como atopoder (Mendel, 1998), analisando suas consequências - o poder do ato e o poder sobre o ato. De início, este atopoder nos coloca em evidência uma dupla contradição que se situa no interior de toda instituição psiquiátrica. Como passar de um espaço-tempo clínico frente ao vivido cotidiano dos trabalhadores - dos comportamentos dos mesmos, seus papéis, os conflitos e debates institucionais - para uma análise socioclínica da situação? (Bernier, 2013). De um lado, o poder deste ato de cuidar da instituição, e, conseqüentemente, de tratar o paciente. Dizemos dos princípios da psicoterapia Institucional com sua máxima de 'tratar a instituição para tratar o usuário', que nos orienta e nos ajuda a tecer maiores explicações (Tosquelles, 2009; Bernier, 2013). Neste sentido, esse ato interroga a instituição - cuidando da mesma na portaria -, que também já se sente interrogada pela sociedade, produtora de normas de loucura e demandante de tratamento. Assim, o vivido cotidiano de Jorge foi levado em conta, não desconsiderando a logística de segurança da instituição. De outro, o poder da instituição sobre esse ato, de controlá-lo, de anulá-lo e/ou invalidá-lo por ser ele [o ato] realizado por um paciente. Uma contradição dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica.

Uma segunda hipótese nos leva a questionar: onde estaria a violência? Do lado de Jorge ou do lado da instituição? Se ela se encontra do lado de Jorge, se incube de acalmá-lo com as possibilidades terapêuticas possíveis. Ao escutá-lo, podemos concordar com ele que a violência estaria do lado dos trabalhadores, fechando-o e o impedindo de sair, traduzindo uma violência da instituição. Quem teria razão? Foucault (1997) nos amplia esta reflexão, traçando uma trajetória macropolítica - de normas antecedentes da loucura -, histórica e social dessa relação de poder da instituição psiquiátrica e do médico sobre a loucura. Neste sentido, os saberes dos trabalhadores podem traduzir, ousadamente, uma verdade sobre a loucura, ou seria esta que detém o saber sobre os trabalhadores? Compreenderíamos, deste modo, a inversão proposta por esse ato, abrindo um espaço-tempo de debate acerca do estatuto político de Jorge e da psiquiatria, do direito de cidadania, formas de tratamento da loucura com e a partir da sociedade - a dimensão política e inconsciente do gesto profissional.

Outra questão em reflexão se situa acerca de dois corpos-si brasileiros em contato e em movimento, diferenciados em identidades - um deles, o médico psiquiatra, e, o outro, o louco paciente - e isso muda toda a operação discursiva. Nota-se, neste todo, uma marca sociocultural que acrescenta outros elementos nesta constituição de corpos, entre o social e o sensível (Laplantine, 2015). Segundo o autor, o corpo do brasileiro tem o hábito de chegar antes nas relações humanas do que sua própria voz e pensamento, conferindo à linguagem corporal uma outra formatação de comunicação entre pares. Ou seja, um corpo marcado por uma possibilidade iminente de movimento, ou seja, um

corpo que não somente marcha, mas dança, dribla, esquiva, delira...toca e pega (Guez, 2014; Ribault, 2015). Entre outras palavras, um exemplo de ginga corporal brasileira que se encontra em questão nesse encontro. Entre debates de normas possíveis e parciais na atividade, trata-se de gingar não para se esquivar do paciente, mas para permiti-lo também se movimentar na atividade.

Assim, de um lado, teria a psicose o poder de tudo isso retirar do sujeito? Um assunto polêmico, pois sabemos da gravidade desse tipo de sofrimento e as consequências vividas no psiquismo e no corpo dessas pessoas. Um sofrimento que provoca o isolamento do sujeito em si mesmo e uma espécie de despedaçamento metafórico do corpo, proporcionando um defeito em sua imagem e levando-o a uma deformação nos estilos de habitar o seu próprio corpo, conseqüentemente, outros lugares na atividade (Lhuillier, 2008).

Além do mais, historicamente, segundo Foucault (1997), em termos de normas antecedentes, o louco sempre foi um sujeito assujeitado pelo poder e olhar do outro sobre seu corpo. No serviço aberto, esse mesmo olhar e poder também operam, mas a grande diferença do serviço hospitalar fechado é que existe um outro processo de trabalho que não somente incentiva, mas prepara o paciente (no tratamento) para o ir e o vir entre o social e a instituição, delimitando o olhar do outro sobre si mesmo. Quer dizer, um corpo que reivindica outras normas de viver e que, mesmo vivenciando marcas visíveis de estigmatização e limitação de movimento, insiste para se inserir no mundo, ainda que com grandes limitações.

De outro lado, Foucault (1997, 2006) lembra-nos que o século XIX foi o momento em que o saber psiquiátrico se inscreveu no corpo do médico, determinando, idealmente, um físico com qualidades diferenciadas. Cabe ao profissional utilizar desse corpo da melhor maneira possível a atingir o objetivo esperado na atividade.

O diálogo é extremamente pertinente, porém segundo Schwartz (2004), Foucault teria se esquecido da existência do processo de renormalização da experiência, no aqui-agora das situações de trabalho, onde o sujeito se apropria e pilota as normas de forma diferente, plural e singular frente às variabilidades do meio e de sua história de vida (Barros, 2002; Ferrarotti, 1990). De tal modo, a imagem de poder poderia ser encarnada nas instituições psiquiátricas não somente pelo médico psiquiatra, mas por todos os trabalhadores do CAPS. Não é o porte físico robusto ou não deste profissional que vai determinar a encarnação desse poder; antes um processo singular de trabalho em equipe, influenciado pela sociedade, que reivindica uma imagem valente para o trabalhador em psiquiatria, especialmente o médico. Anunciamos, igualmente, que nem todo médico psiquiatra assume essa postura em seu profissionalismo (Silva, 2010, 2016).

A terceira hipótese, de um ponto de vista, é a de que a instituição funciona também como um mecanismo de defesa, de evitamento das angústias, das ansiedades esquizoides e paranoides da sociedade, por exemplo. Assim, a ansiedade revelada por

Jorge não é somente dele, mas de todos nós que vivemos no corpo e em nossa economia psicológica, o poder normativo da sociedade sobre a loucura - como fica evidente na situação de negativa da secretária administrativa do serviço. Quer dizer, temos a necessidade da criação de laços para viver, de molduras e envelopes psicológicos para delimitar fronteiras e apaziguar nossos sintomas (Anzieu, 1995; Lhuillier, 2008). De outro, se saímos desse enquadramento, as angústias paranoides tendem a prevalecer na atividade. Se a instituição de tratamento e a psiquiatria como instituição não têm o monopólio da violência legítima sobre a loucura, neste momento é a loucura de cada um de nós que desvela seu poder normativo e de violência sobre o outro.

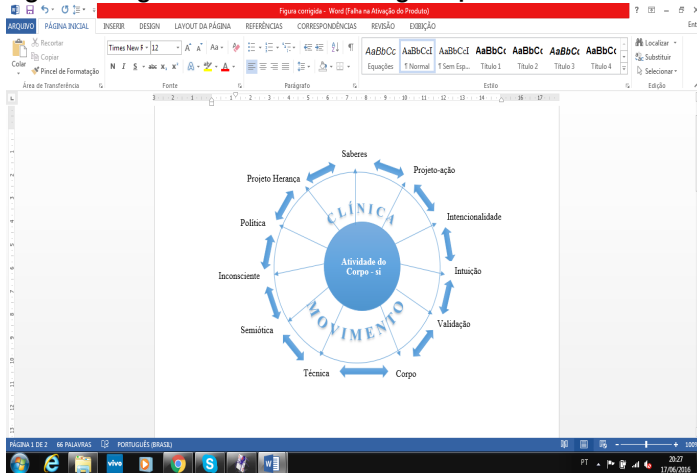
Enfim, esse ato traz a sociedade para dentro da instituição e vice-versa, uma vez que esta também se vê interrogada e dividida frente às contradições da primeira ao demandar formas muito mais fechadas do que abertas de tratamento - situação esta refletida nas relações de poder dos trabalhadores e da psiquiatria diante do portador de sofrimento mental.

O gesto: impossível estabilizar um significado

Em primeira instância, o gesto profissional é uma entidade informada pela atividade, uma forma que esta assume em determinada situação de trabalho. É uma maneira debatida de expressão da própria atividade. Em outras palavras, ele é a manifestação do resultado da síntese de debate de normas - travado no interior da atividade desde o espaço micro ao macro dos contextos de trabalho, em múltiplas dimensões. A saber: clínica, movimento, corpo, técnica, intuição, intencionalidade, projeto-ação, projeto-herança, política, inconsciente, semiótica, saberes, atividade, criatividade e validação/deliberação (Silva, 2016). Vale ressaltar que chegamos a essas dimensões em um diálogo com as Clínicas do Trabalho: a Ergonomia francesa, a Psicodinâmica do Trabalho, a Psicossociologia do Trabalho, a Clínica da Atividade e a Ergologia (Bendassolli; Soboll, 2011), bem como no diálogo com outros saberes político-epistêmicos.

Apresentamos o diagrama, abaixo, como forma de fazer síntese desse processo de engendramento de gestos profissionais, propondo uma análise circular em forma de engrenagem, em que o centro é a atividade do corpo-si, e torna como base a clínica e o movimento.

Figura 1: Diagrama das dimensões do gesto profissional



(Fonte: SILVA, 2016, 655)

Vale ressaltar que essas dimensões são elementos cognoscentes, arcabouços que dão corporeidade e expressividade ao gesto profissional, configurando sua engrenagem de funcionamento. São dimensões-atividades construídas e argumentadas, considerando a história do *métier* que escolhemos como análise e, ainda, as diversas questões envolvidas na complexidade do mundo do trabalho - suas implicações nos aspectos individuais, sociais, psicológicos, antropológicos, culturais, políticos, filosóficos, econômicos, educacionais, étnicos e bioéticos. Por consequência, nas situações reais de trabalho essa engrenagem se movimenta, reivindicando essas dimensões de acordo com a complexidade da situação que se apresenta, e com o processo de endereçamento do gesto profissional, vindo a receber uma nomeação, uma identidade (Schwartz, 2000). Quer dizer, não existe gesto sem movimento - deslocamentos internos e externos -, nem deslocado da atividade; até mesmo porque, gesto é uma expressão situada na atividade, tampouco destituído de clínica - mesmo que esta não seja percebida no início de seu processo de engendramento.

Em outro sentido, dizemos de uma movimentação heterológica de todas essas dimensões em diferentes níveis de complexidades. Ou seja, para se tornar um gesto profissional, é colocado em prática um projeto-ação, proporcionando a realização de atos em suas aventuras (Mendel, 1998) e a reivindicação dessas dimensões sem ordem de começo e de fim. Neste contexto, o gesto profissional faz síntese no aqui e agora, no presente da atividade, mas, ao mesmo tempo, enquanto síntese do passado e projetor da ação futura. O gesto é, pois, uma postura, uma tomada de posição frente às coisas do mundo, uma resposta possível proveniente do diálogo em liberdade entre gênero de ofício e estilo de profissão (Clot, 2006). Em outras palavras, ele é o

resultado do desconforto produzido ao longo da evolução histórica, epistemológica, antropológica, cultural, psicossociológica e filosófica da vida (Lhuillier, 2008). Uma resposta, uma atitude não somente imediata, mas preparada, mediada, calculada, astuciosa, subversiva, organizada, pensada, refletida e desvelada num espaço-tempo convocado por um *métier*.

Em termos gerais, o gesto se compõe de ações projetadas e de atos realizados nas situações concretas e materiais de determinado contexto. O resultado dessa singularização da informação genérica faz do gesto profissional no caso analisado e nesse campo do conhecimento, um processo engendrado na incerteza da manifestação dos elementos cognitivos do enlouquecimento, frente à complexidade e à insuportabilidade da loucura, a qual desafia não somente os serviços abertos e fechados, mas, também, a psiquiatria enquanto um campo de saber e de poder sobre a loucura (Silva, 2010, 2015, 2016). É, enfim, uma forma de restituição de conflito no conflito da loucura, de modo a promover a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o desenvolvimento desse *métier*.

À guisa de conclusão

O conceito de gesto profissional em psiquiatria que apresentamos situa-se na interseção Psiquiatria-Clínicas do Trabalho. Um encontro do Trabalho com a Clínica, a psiquiatria e a loucura em três níveis. No primeiro nível, a clínica que se situa na vertente da construção de casos clínicos. No segundo, situa-se aquela clínica praticada pelos trabalhadores dos Serviços Substitutivos de Saúde Mental, mediante a análise de alguns gestos profissionais em psiquiatria. E, no terceiro nível, a clínica na realização do trabalho do psiquiatra – como mencionamos na análise exemplificada.

O que está em jogo neste artigo é exatamente o hiato existente entre, de um lado, a construção, idealização de um projeto em ações, um projeto-ação, a proposição e a realização em atos. De outro, o engendramento de gestos profissionais em psiquiatria, intermediado por saberes e debates em múltiplas dimensões.

Entramos no campo de um ponto de vista das Clínicas do Trabalho e localizamos o gesto profissional como questão, como matéria estrangeira para promover debates de normas, a partir de situações reais de trabalho. Ultrapassamos as polêmicas em torno da operação compreender para transformar ou transformar para compreender, trazendo de volta um debate epistemológico entre essas clínicas e a psiquiatria.

Compreendemos que o gesto profissional reatualiza e reconvoça todo o patrimônio da psiquiatria, desde a Era Antiga, passando pela Era Clássica e das Grandes Escolas (Bercherie, 1989), até se chegar à Psiquiatria Contemporânea e aos princípios das Reformas Psiquiátricas, considerando os saberes investidos dos trabalhadores, com

destaque para a presença do corpo, da clínica e do movimento como constituintes centrais de seu engendramento. Um gesto que reconfigura e reforma saberes nesse campo do conhecimento, seja no sistema fechado ou aberto, ponderando os conflitos de normas e critérios dos processos de trabalho e direção clínica de tratamento.

Podemos dizer que engendrar gestos profissionais face à insuportabilidade dos casos impossíveis requer um debate de normas e saberes em múltiplas dimensões genéricas, singularizadas em determinado contexto em Saúde Mental. Uma operação que requer um retorno à (im)possível atividade em psiquiatria, ultrapassando, ainda, o próprio campo institucional para se atingir as cidades e os territórios singulares de vivência dos sujeitos envolvidos.

Em suma, analisamos o gesto profissional no contexto da psiquiatria, mas anunciamos que as discussões apresentadas em torno do conceito genérico de gesto profissional servem de referência para pensar outros métiers.

Referências

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.

Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração.

Bachelard, G. (1996). *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.

Barreto, F. P. (1999). *Reforma psiquiátrica e movimento laciano*. Belo Horizonte: Itatiaia.

Barreto, F. P. (2010). *Ensaio de psicanálise e saúde mental*. Belo Horizonte: Scriptum.

Barros, V. A & Silva, L. R. A (2002). Pesquisa em história de vida. In: GOULART, I. B. (Org.). *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e tema correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 133-146.

Bendassolli, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.) (2011). *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas.

- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica psiquiátrica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bernier, C. L. (2013). *L'entre-corps: la symbiose partielle dans l'approche des psychoses en psychothérapie institutionnelle*. Paris: MJW Fédition.
- Bert, J.-F. (2012). *Les techniques du corps de Marcel Mauss: dossier critique*. Paris : Publications de la Sorbonne.
- Brasil. *Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001* (2001). Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Clot, Y. (2006) *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Clot, Y.; GORI, R. (2003). (Dir.). *Catachrèse: éloge du détournement*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.
- Cunha, D. M. (2007). Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. In: *Reunião da Anped*, 30, Caxambu, MG. Anais. Rio de Janeiro: ANPEd, Disponível em: <<http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt09-3586-int.pdf>>. Acesso em: maio 2016.
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant. 2: travail et emancipation*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Durrive, L. (2015). *L'expérience des normes: comprendre l'activité avec la démarche ergologique*. Toulouse: Éditions Octarès.
- Ferrarotti, F. (1990). *Histoires et histoires de vie*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Foucault, M. (1997). *História da loucura*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Guez, O. (2014). *Éloge de l'esquive*. Paris: Éditions Grasset.
- Laplantine, F. (2015). *L'anthropologie au coin de la rue: le social et le sensible: introduction à une anthropologie modale*. Paris: Téraèdre.
- Lhuillier, D. (2008). *Cliniques du travail*. Toulouse: Éditions Érès.

Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.

Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Mendel, G. (1998). *L'acte et une aventure: du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*. Paris: Éditions la Découverte.

Minas Gerais. (2006). *Atenção em saúde mental: linha guia*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

Ribault, P. (2015). *Du toucher au geste technique: la "technè des corps"*. Appareil, n. 8, nov. 2011. Disponível em: <<https://appareil.revues.org/1315>>. Acesso em: 02 fév. 2015.

Schwartz, I. & Durrive, L. (Org.). (2007). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Rio de Janeiro: EDUFF.

Schwartz, I. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. (2004). In: Daniellou, F. (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blucher.

Schwartz, I. (2000). *Le paradigme ergologique ou um métier de philosophie*. Toulouse: Octarès Éditions.

Silva, E. R. & Barros, V. A. (2007). Reflexões sobre a atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 85-102, 2017.

Silva, E. R. (2010) *A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...* Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte.

Silva, E. R. (2016). *O gesto profissional em psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte.

Silva, E. R. (2015). *Pour une démarche ergopsychiatrique clinique en gestes*. *Revue Ergologia*, n. 14, Décembre, 2015, p. 21-45.

Teixeira, C. F. & Coelho, M. T. A. D. (Orgs.). (2014). *Uma experiência inovadora no ensino superior*. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Salvador : EDUFBA.

Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique em psychiatrie*. Toulouse: Éditions Érès.

Enio Rodrigues da Silva Médico psiquiatra, Mestre em Psicologia/UFMG/FAFICH, Doutor em Educação pela UFMG/FAE, Professor de Medicina da UNIFENAS/BH, Preceptor da Residência em Psiquiatria de Betim/MG, trabalhador do CAPS – AD III de Betim/MG. **E-mail:** eniosrodrigues46@gmail.com

Daisy Moreira Cunha Graduação em Pedagogia pelo Instituto de Educação de Minas gerais, Mestrado em Educação pela UFMG, Doutorado em Filosofia em Aix-Marseille Université, Pós-Doutorado no CNAM/Paris, Pós-Doutorado na Universidade de Paris X. Editora da Revista Ergologia; Editora da Revista Trabalho & Educação. Membro do Comitê Diretor do Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares/UFMG. **E-mail:** daisycunhaufmg@gmail.com