

Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional

Group supervision: considerations about a clinical-institutional setting

André Rossi Coutinho; Edimárcio Medeiros; Tarso Ferrari Trindade

Universidade Federal Fluminense

RESUMO:

Este artigo discute questões da clínica e da rede de saúde mental, problematizando a prática de supervisão em seu surgimento na psicanálise e as concepções freudianas acerca das massas. Assim, são lançados outros olhares para os agrupamentos humanos. Assuntos inicialmente díspares – supervisão e grupos – são conectados, trazendo uma experiência singular, concreta, de uma supervisão coletiva e autogestiva. Valeu-se de formulações singulares que emanam dessa experimentação e de conceitos como grupo-sujeito, grupo-sujeitado e transversalidade. Seguiu-se uma incursão no campo da saúde mental, apresentando o exemplo dos CAPS e de uma portaria que estimula a qualificação do serviço através da destinação de incentivos financeiros, inclusive para contratação de supervisores. Por último, destacou-se o termo “supervisão clínico-institucional” para discutir o lugar do institucional a partir de referências da Análise Institucional e propor um dispositivo de supervisão clínico-institucional em grupo que seja inclusiva, não centralizadora e promotora de novos agentes de saúde.

Palavras-chave: supervisão; grupo; clínico-institucional.

ABSTRACT:

This paper discusses aspects of clinic and the mental health support network problematizing the supervision practice, in its emerging on the psychoanalysis, and Freud concept about the mass. In this way we bring other looks to the human groups. We connect subjects at first dissimilar – supervision and groups – when we bring a real and singular experience of a supervision collective and self-managed. We surround ourselves with singular conceptualizations that springs of that experience and concepts like subject group, subjugated/dependent group and transversality. Afterwards, we enter in the mental health framework bringing from the CAPS (Psychosocial Attention Center) and from certain regulation that stimulates the qualification improvement of the service, addressing financial incentives, including incentive to employ supervisors. At last, we highlight the term “clinical-institutional supervision” to discuss the placement of the institutional starting from the Institutional Analysis references and to propose a clinical-institutional supervision setting in group in an inclusive, non-centered manner and that also promotes new health agents.

Key-words: supervision; group; clinic-institutional

Introdução

Ao se pensar na formação do profissional em psicologia, principalmente nas áreas da clínica e da saúde mental, tem-se claro que, além do conhecimento técnico-teórico, é necessário estar junto ao campo da prática. No atendimento dos casos clínicos pelo psicólogo, tanto no consultório quanto na rede de saúde, muitas vezes é indispensável a presença de outro profissional, considerado por vezes mais experiente, que possa orientar e acompanhar o desenvolvimento dos casos em questão. Tal profissional é chamado de supervisor, figura bem conhecida nas faculdades de psicologia nos vários estágios supervisionados em que se toma contato com as diferentes práticas do psicólogo.

Essa figura, pouco discutida, como se pode observar pela quantidade mínima de referencial bibliográfico encontrado, tem seu surgimento na cena psicanalítica quando de sua institucionalização (criação da IPA – *International Psychoanalytical Association*). A necessidade de o candidato a psicanalista ser analisado e supervisionado em seus atendimentos foi uma das primeiras preocupações com a formação de clínicos. Com a disseminação da psicanálise em vários meios (principalmente nas universidades), a supervisão passou a ser uma importante estratégia e ferramenta de análise não só dos casos clínicos, como também da própria clínica como instituição (o que é demonstrado pelos entraves existentes ao longo da história da IPA¹). No campo da saúde mental, ela é indispensável para o funcionamento institucional dos serviços substitutivos do manicômio, porquanto reúne diversos profissionais de áreas distintas no acompanhamento dos usuários desses serviços e na direção de seu tratamento. Atualmente, há uma portaria que incentiva a existência da figura de um supervisor nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), cuja função é a supervisão dos casos em atendimento e atuação em questões institucionais relevantes (ainda que não seja pré-requisito ser psicólogo para desempenhar tal função). É oportuno destacar que nossa discussão também pretende servir como aporte para problematizar a função da supervisão, aqui lançado a todos os profissionais das demais áreas que possam ser contemplados por essa recente portaria.

Em outro campo, que em tese não tem relação intrínseca com esse primeiro, falou-se dos coletivos humanos, ou melhor, de grupos. Sabe-se que esse tema foi alvo de diversas teorizações e intervenções de meados do século XIX (o que é observável nos escritos de Le Bon e Marx, por exemplo) até os dias atuais, como se pode constatar pelas formulações de Kurt Lewin e Jacob Moreno (criadores, respectivamente, do *T-Group* e do Psicodrama). Assim, foram expostas para análise, primeiramente, as teorias sobre grupo de que se serve Freud para compor a sua própria concepção acerca desse assunto e o apoio que essas teorias

tiveram em um viés particular e restrito em relação às massas. Após esse percurso, verificou-se como inúmeras teorias sobre grupo foram surgindo em meio a diferentes conjunturas e países, até chegar a determinada conceituação em que tal “objeto” de estudo não era mais naturalizado e tomado como algo dado, ou seja, separado de seu contexto em diferentes níveis: político, social, histórico e outros. Pensou-se, desse modo, em um grupo que se torna sujeito, para tomar emprestada uma noção do pensador francês Félix Guattari.

O objetivo deste artigo, além de questionar alguns pressupostos ou lugares-comuns dentro das teorias de grupo e das concepções clássicas de supervisão, é construir uma ligação entre essas duas áreas onde, em princípio, não haveria nenhuma. Em outras palavras, propõe-se, juntando ao tema dos grupos o da supervisão, um dispositivo de supervisão em grupo clínico-institucional, ou seja, um recurso que permita pensar a prática do psicólogo tanto em seus efeitos quanto na sua constituição de profissional. Vale ressaltar que se dessa forma compõe-se uma interseção entre os dois campos supracitados, é por entendê-la como uma derivação e composição política para o que se afirma aqui como cuidado em saúde. Os que atuam como clínicos desempenham esse papel em relação àqueles que os procuram, baseados em certas referências de práticas de cuidado. Em que medida tais práticas podem também ser oferecidas aos profissionais de saúde? Com isso, pretende-se apostar e afirmar outra forma de se trabalhar com a supervisão nos campos da clínica e da saúde mental, um modo mais coletivo, inclusivo e ético, no qual o grupo é o único supervisor, sem a centralização dessa função em uma das pessoas envolvidas. Nesse sentido, o supervisionar se torna também formação de supervisores e, na saúde mental, promotor de novos agentes de saúde.

O surgimento da supervisão e o “grupo” psicanalítico

Ao se falar de supervisão, considerou-se que diversos empreendimentos na história da clínica foram criados com o intuito de refletir sobre a prática. Contudo, o termo “supervisão” aparece ligado à formação do psicanalista a partir da criação do Instituto Psicanalítico de Berlim e sua policlínica em 1920.

Em *Psicanálise Silvestre* (1910/1996)², Freud apontava para a prática indevida da psicanálise, sem se ter o conhecimento prático e técnico dela, afirmando, ao final do texto, a necessidade de criação de uma instituição que garantisse um lugar para o trabalho dos analistas e protegesse os pacientes da psicanálise “selvagem” praticada por outros. Tal instituição já havia sido criada: a *International Psychoanalytical Association* (IPA), no mesmo ano de 1910. Além da proteção institucional, a IPA ajudou a promover a expansão da psicanálise pelo mundo e a regulamentação do ofício de psicanalista. Era crescente o interesse

pela prática freudiana, que já havia se expandido pela Europa e chegara aos EUA. Junto à expansão, vieram as ameaças de charlatanismo que foram combatidas através da identificação do perigo: a aceitação de não médicos no exercício da psicanálise. O panorama era de muitas denúncias de práticas abusivas em meio a ofertas de formação por correspondência feitas em jornais de Nova York (ROUDINESCO, 1989). No início da década de 1920, muitos norte-americanos não médicos foram se analisar em Viena, voltando ao final de seis semanas para praticar a psicanálise em solo norte-americano. Em terreno vienense, a pauperização ao final da guerra ainda era grande, facilitando a aceitação dos dólares em troca da avaliação do candidato a essa atividade (ROUDINESCO, 1989). Havia a orientação de resguardar a psicanálise de praticantes inexperientes e mal intencionados através da circunscrição de sua prática aos médicos de formação. Contudo, num movimento contrário a essa restrição, mas ao mesmo tempo preocupados com os perigos citados, Freud, Ferenczi e Rank defendiam a não medicalização da psicanálise, ou seja, a chamada análise leiga, considerando que o que garantiria um discurso analítico não era a medicina e sim um saber de outra ordem, o saber do inconsciente. Foi o que as primeiras pacientes histéricas ensinaram a Breuer e Freud. Por intermédio da medicina chegaram até elas, mas permaneceram abertos a outro saber em vias de se sistematizar. Então, em defesa da psicanálise e optando pela não limitação dela à medicina, a saída foi a crescente institucionalização da formação. Num cenário que poderia ser o do descrédito da psicanálise, cresce muito a demanda por um analista tecnicamente competente e pessoalmente desembaraçado de sua neurose (COUTINHO, 2007).

Em 1920, Abraham, Eitingon e Simmel criam a Policlínica e o Instituto Psicanalítico de Berlim. Sua criação e expansão foram impulsionadas pelo aumento na demanda de atendimento dos “neuróticos de guerra”. Para um número maior de pacientes, crescia também o número de psicanalistas em formação. Em 1924, o Instituto Psicanalítico de Berlim publica o primeiro regulamento sobre a formação desses profissionais, que consistia de três partes: a) formação teórica; b) trabalho clínico supervisionado (análise de controle) e c) análise pessoal (análise didática ou análise de formação). Esse regulamento passou a ser um padrão em 1926, quando foi adotado em todos os institutos. Contudo, sua proposição foi permeada por resistências e embates. As divergências compareceram principalmente em sua vertente vienense e húngara em relação à duração da análise didática e ao estatuto da análise de controle. Sobre o primeiro caso, Sándor Ferenczi dizia que a análise didática antes de tudo era uma análise, portanto não deveria ter tempo de término estipulado. Quanto à análise de controle, ela surgiu como uma proposta do instituto de Berlim para a criação de um novo espaço com outro analista, cujo intuito era ouvir as especificidades da prática do candidato

aspirante a psicanalista. As partes propostas para a formação eram seguidas em etapas, conforme o modelo da universidade alemã (KUPERMANN, 1996). As principais críticas dirigidas ao modelo de Berlim se fundavam no argumento de que o trabalho clínico “sob controle” (supervisionado) deveria começar ainda quando os candidatos estivessem em análise didática, porque, dessa forma, poderia ser trabalhada analiticamente sua contratransferência. A contraproposta vienense e húngara não previa etapas na formação, mas propunha trabalhar análise, teoria e supervisão concomitantemente com o início das atividades clínicas. Além disso, outorgava à supervisão caráter especial de análise da contratransferência do candidato. Como consequência, sugeriam que o mesmo analista fizesse o papel de supervisor e de analista didata em espaços diferenciados. Em meio aos embates, ganhou o modelo berlinense.

Entretanto, a formação estipulada pela IPA nunca esteve longe de questões polêmicas. A sistematização e a padronização surgiram em alguns momentos historicamente singulares. Além dos pontos envolvendo o charlatanismo e as interpretações selvagens, rondavam a IPA os fantasmas de Adler e de Jung, duas dissidências que causaram toda a sorte de consequências dentro dos círculos psicanalíticos (KUPERMANN, 1996), principalmente pelo modo como eles passaram a lidar com as diferenças teóricas e técnicas que, posteriormente, foram surgindo em seu interior.

Tais questões institucionais ficaram latentes e pouco se discutiu acerca da formação até os anos 1950. Naquela década, em um de seus congressos internacionais, a IPA viu-se diante de críticas e apontamentos feitos à formação. Todavia todos os argumentos incidiam ou nos candidatos ou nos analistas e suas análises: a instituição psicanalítica e seu modo de funcionamento nunca foi alvo de críticas diretas. Os problemas elencados eram vistos por ângulos que deixavam a IPA num ponto cego em relação a si mesma (KUPERMANN, 1996). Em outras palavras, a institucionalização da psicanálise, passando pela morte de seu criador, paulatinamente entrou em um processo burocratizante onde a prática psicanalítica tinha um tempo e um espaço determinados para acontecer. O que passou a regulamentar a experiência psicanalítica foi a instituição, ao invés da própria relação clínica estabelecida entre analista e analisando.

Conforme Kupermann (1996), o modelo de formação proposto pela IPA foi estruturado de forma a produzir uma identificação dos candidatos com seus iniciadores (equivalente a certos rituais iniciáticos) e, a partir dessas identificações, a introjeção de seus ideais e a construção de um poderoso superego que iria influenciá-los por toda a vida. Padronizando, sistematizando e regulamentando a formação de analistas por meio de uma

instância superior e inquestionável, a IPA conseguiu que fossem produzidos psicanalistas com certas características (analisáveis, na época, como próprias dos candidatos ou dos analistas, como já foi dito): inibição do pensamento, candidatos obedientes e excessivamente respeitosos, dependentes e submissos aos seus analistas e, em inúmeras ocasiões, dogmáticos. Tais características eram tão comuns naquela época que deram origem a textos que falavam sobre o “candidato normal” (KUPERMANN, 1996). No entanto, tal assunto tinha muito mais a ver com o funcionamento da IPA do que com qualquer outra coisa. Deslocando um pouco o foco, através da literatura daquele período sabe-se que o término da análise didática e a conseqüente obtenção do grau de analista se davam de uma maneira muito singular: a análise de formação chegava ao fim quando o ego do analisando se encontrava minimamente fortalecido contra certos conflitos pulsionais e bem identificado com o ego do analista, reproduzindo assim um modelo a ser seguido quando o primeiro, futuramente, se tornasse supervisor de outrem. Tudo na IPA era permitido, sob a condição de que fossem respeitados e mantidos os princípios técnicos da formação: o poder centralizador da instituição e a igualdade de todos perante a técnica (evitando que qualquer um tentasse ocupar o lugar imaginário proibido de Freud). Só podiam teorizar livremente desde que os princípios da formação permanecessem intocados e indiscutíveis (KUPERMANN, 1996). O analista didata era a autoridade máxima, sendo juiz, júri e executor de seus analisandos.

De fato, tal situação se mostrou clara quando certos membros diretores lidaram com um acontecimento ímpar, ocorrido em Paris, na Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP). Alguns dias antes do congresso internacional de 1953, Dolto, Lacan e Lagache, juntamente com mais dois psicanalistas, demitiram-se da SPP e criaram uma nova sociedade. O motivo declarado foi o de incompatibilidade, embora se saiba que a real questão eram as modificações feitas por Lacan na técnica analítica. Alguns anos antes, Lacan havia sido advertido sobre suas sessões de tempo e frequência variáveis. Isso causava incômodo aos analistas da época, pois, além de suscitar novos tipos de relações transferenciais, mexia em algo intocado até então: os princípios reguladores da formação (KUPERMANN, 1996). Historicamente é sabido o que aconteceu: Lacan foi expulso da nova escola criada, que recebeu o reconhecimento da IPA; e, após certo tempo, ele fundou a EFP (Escola Freudiana de Paris). Em sua ata de abertura, Lacan escreveu sobre a causa analítica, um retorno ao sentido da obra de Freud e, principalmente, teceu consideráveis críticas ao modelo de formação da IPA. É sobre esse último ponto que se irá discorrer pormenorizadamente.

Baseado no texto de Freud *Psicologia de grupo e análise do Ego* (1921/1996), Lacan colocou ao lado da igreja e do exército as instituições psicanalíticas da época, analisando-as

de modo a explicitar os malefícios de seus efeitos sobre a psicanálise, a formação dos analistas, sua dinâmica de funcionamento e sua conseqüente hierarquia paralisante. De acordo com Kupermann (1996), a psicanálise norte-americana desenvolvida na época também foi alvo de críticas, considerada por muitos como extremamente adaptativa às demandas sociais e pautada exageradamente no fortalecimento da instância egoica.

Pode-se argumentar, na esteira de Lacan (*apud* KUPERMANN, 1996), que a configuração da IPA e seus efeitos no grupo psicanalítico se assemelhavam em muito à psicologia de grupo tal como Freud a concebeu, dado que a instituição, agindo como “grupo”, produzia identificações imaginárias, manutenção de hierarquia e inibição da liberdade de pensamento, evitando desvios e dissensões. Disparando esse tipo de crítica à instituição psicanalítica, Lacan não só a coloca ao lado do exército e da igreja, mas evoca um tipo de entendimento do que é um grupo.

Ao efetuar tais análises, Lacan formulou que, para se formar analistas independentes e com estilos próprios, se deveria fugir a esses tipos de efeitos. Para tanto, o psicanalista francês propôs um novo modelo de instituição, “um modo inédito de organização social que pudesse escapar dos efeitos imaginários da psicologia de grupo.” (KUPERMANN, 1996: 149). Em outras palavras, ele pensou uma proposta de formação alternativa àquela vigente nas instituições psicanalíticas oficiais de então. É certo também que suas proposições trouxeram outros problemas próprios ao novo modelo, os quais não entrarão nesta análise³. Todavia é de se atentar que a evitação desses efeitos vem identificada com uma “fuga dos efeitos de grupo” (KUPERMANN, 1996: 156), presente na literatura psicanalítica. Esses chamados “efeitos de grupo” sugerem um determinado tipo de configuração grupal. Considera-se pertinente questionar então: em que concepções de grupo a psicanálise se fundamenta para discorrer sobre possíveis efeitos de uma dada grupalidade? É plausível que existam outras teorias sobre grupos que fujam às conceituações psicanalíticas e seus efeitos considerados indesejáveis?

As teorizações sobre a massa no século XIX: o temor da desordem e o grupo sujeito de Freud

Em *Psicologia de grupo e análise do Ego* (1921/1996), Freud utilizou como base textos do início do século XX que têm questões próprias quanto ao surgimento do objeto de estudo da Psicologia, Psicologia Social e Sociologia (MELLO NETO, 2000). O contexto de aparecimento dessas disciplinas é o de uma crescente preocupação com os fenômenos de massa que sacudiram a Europa no século XIX. O continente europeu vivia uma alta na produtividade caracterizada por um capitalismo industrial em expansão e por uma grande

exploração do trabalhador nascente. A população vivia um êxodo dos campos para as cidades, onde disputavam empregos exploratórios, com baixos salários e moradias insalubres. O ano de 1848 é conhecido como aquele em que irromperam diversas revoltas de caráter heterogêneo. Essas revoltas ameaçavam o suposto equilíbrio social e colocavam em análise o crescente capitalismo industrial e o arranjo liberal que foi necessário para que isso ocorresse (CAIAFFO *et al.*, 2007). O estudo da multidão nasce da preocupação com essa massa desarranjadora.

Dos autores utilizados por Freud, Le Bon certamente tem as afirmações mais contundentes em relação à massa. Ele teorizou uma dimensão fusional da massa, envolta em sentimentos comuns e irracionais, o que, em consequência, demandaria um líder que os ordenasse. Nessa discussão, foi focado apenas o temor da subversão de uma ordem social instituída a partir do caráter destrutivo da massa. Os aspectos político, construtivo e de luta contra a exploração ficaram totalmente escamoteados. Com sua contribuição, Le Bon deslocava os fenômenos de massa do campo do Direito e Economia para o da Psicologia, visto que localizava a formação da massa no mecanismo psicológico da sugestão, promovendo o desaparecimento do individual e o aparecimento de um comum identificado ao irracional (CAIAFFO *et al.*, 2007).

Pode-se destacar outra forma de entender essas mesmas massas. É também no ano de 1848 que se vê surgir o Manifesto Comunista e, com ele, uma concepção dos fenômenos de massa diferente daquela que Le Bon propunha. Marx argumentava que aqueles mesmos fenômenos eram a expressão de um coletivo organizado com o intuito de uma nova ordem. Esse coletivo seria a expressão de uma classe em emergência, o proletariado (CAIAFFO *et al.*, 2007).

As concepções de política e de governo do século XIX estavam ligadas ao bom uso da razão e, em consequência, uso da consciência, domínio de si e individualismo. Ao contrário, tudo o que era atribuído às massas, como a perda da individualidade, o irracionalismo e a inconsciência, era identificado com um contrapolítico, porque era destruidor da ordem vigente. Certamente a inconsciência que Le Bon atribui às massas não é igual ao inconsciente freudiano. No texto de Freud (1921/1996), o amor, a sugestão, a hipnose e com elas uma coesão de grupo comparecem como mecanismos do aparelho psíquico. Ainda assim, em Freud, as massas aparecem como produto diminuído da razão, inconscientes, necessitando de um líder. Podem-se entender, dessa forma, as críticas que Lacan fez às instituições psicanalíticas de sua época (décadas de 1950 e 1960). Os efeitos grupais produzidos por tais instituições, no argumento de Lacan, se assemelhariam àqueles descritos por Freud acerca das

massas, cujas consequências seriam nefastas tanto para o campo social quanto para a formação de analistas. Nesse sentido, para Lacan torna-se necessário fugir de tais efeitos de grupo indesejados. O que não é questionado, todavia, é a própria noção de grupo proposta por Freud, à qual Lacan permaneceu atrelado. É possível dizer, portanto, que a concepção de grupo presente em Freud e, conseqüentemente, em Lacan é a de um grupo sempre sujeito.

Das massas aos pequenos grupos e o aparecimento de seus especialistas

Outras formas de lidar com os coletivos – massas ou pequenos grupos – concorriam desde o início do século XX e tiveram presença expressiva nos movimentos de resistência à guerra e de contracultura no final do século XIX, início e meados do século XX.

O *gruppo*, palavra italiana que era usada para designar aglomerações humanas representadas em quadros renascentistas, começa a se tornar um objeto reificado, tema de especialistas na nascente Psicossociologia (RODRIGUES, 1999). Assim como Le Bon teve suas pesquisas impulsionadas pela urgência dos fenômenos explosivos de massa no século XIX, vários dos teóricos e práticos do século XX ligados à psicossociologia tiveram seus estudos atrelados à urgência de intervenção nos ambientes fabris e nas instituições de correção.

No contexto fabril, surge o nome de Elton Mayo, sociólogo australiano que nos anos 1920 desenvolveu pesquisas na fábrica *Western Electric Company*, situada em Chicago. Seus trabalhos eram uma resposta ao taylorismo, que visava uma organização racional de tempo e espaço. Nas suas quatro fases de pesquisa, encontrou preponderância de fatores psicológicos sobre fatores fisiológicos, como, por exemplo, a melhoria da iluminação, que não teve tanto resultado para o aumento da produção quanto fatores relacionados ao agrupamento livre. Estudou o trabalho de equipe, a relação de coesão grupal e lideranças, suas organizações informais, sistema de lealdades e punições. O “fator grupal”, ou as relações informais entre os operários, compareceu como fator predominante que, a despeito das melhorias das condições de trabalho, poderia aumentar a produção. A Psicossociologia Industrial surge preocupada com a formação de grupos, a relação humana na situação fabril e sua ligação com a produção (RODRIGUES, 1994).

De Jacob Moreno são conhecidas suas experiências com teatro, psicodrama, sociograma e seus tirocínios com pequenos grupos, também iniciados na década de 1920. Ainda em Viena, desenvolveu o “teatro de espontaneidade”, que consistia em realizar improvisações nas ruas (sociodrama) com um grupo de atores profissionais ou em lugares reservados (SAIDON *et al.*, 1983). Emigrado para os Estados Unidos em 1925, desenvolveu o

teatro de espontaneidade em sessões públicas e também, com igual peso, o estudo da sociometria através de convites para dirigir pesquisas sobre relações interpessoais na área da indústria, em 1932.

Kurt Lewin foi psicólogo gestaltista; judeu alemão, emigrou para os EUA em 1933 devido à ascensão do nazismo. Nesse país, de 1943 até sua morte, em 1947, seus estudos de dinâmica de grupo ganharam consistência com experimentações sociais, que diferiam das situações laboratoriais da Europa e do ensino nos EUA. É célebre o exemplo de mudança de hábitos alimentares das donas de casa norte-americanas através da montagem de grupos de discussão. Ele mostrou que as decisões tomadas em grupo são mais eficazes com relação à finalidade visada. Cunhou termos como “dinâmica de grupo” e “espaço hodológico”, rompendo com o estudo de estados de coisas em favor da descrição de processos dinâmicos. Sua prática viveu um último momento em 1946 numa experiência de intervenção, formação e pesquisa, em *New Britain*, que visava à aceitação da legislação da igualdade racial no emprego. Nessa experiência, um acontecimento desestabilizou a fronteira entre o grupo que analisava a dinâmica grupal numa sessão fechada, no qual se incluía Lewin (formadores), e o grupo que esperava do lado de fora para receber a devolução de sua dinâmica (formandos): o grupo em formação entrou no recinto e exigiu participar da discussão. A proposta foi aceita e assim criou-se o *T-Group*, ou grupo de diagnóstico, que daí em diante visava amenizar as fronteiras, diminuir as hierarquias e produzir um processo de discussão que se pauta pela inclusão. Apesar de transformador, ainda não era revolucionário porque mantinha o método experimental e era visto como laboratório; os resultados deveriam ser passíveis de generalização; o conhecimento local deveria funcionar como teoria geral de grupos, o que não respeitava o contexto do grupo no qual foram gerados: o grupo passava a ser atemporal, fora de sua história de constituição (RODRIGUES, 1994).

Nas experiências grupais, tanto durante quanto após a 2ª Guerra, transitam alguns autores mais afinados com a psicoterapia, que trabalharam diretamente com soldados ou com loucos em instituições asilares. As experiências de Wilfred Bion são emblemáticas no que se refere à criação de teorias grupais com inspiração psicanalítica. O panorama dos hospitais psiquiátricos ingleses no início da década de 1940 era o do afluxo contínuo de incapacitados pela guerra. Como fazer com que essa massa improdutiva pudesse encontrar um destino mais saudável e produtivo? “A psiquiatria inglesa tinha de encontrar um sistema [...] destinado a reabsorver eficazmente as angústias e solidariedades de grupos, para a vida e para a morte, e que se assentassem em bases diferentes do feitiço, aglutinador típico do exército nazista.” (FERNÁNDEZ, 1992: 110). Suas experiências se baseavam na tentativa de fazer com que esses

inadaptados de guerra se agrupassem, tomando consciência de suas dificuldades e sendo capazes de auto-organização. Os terapeutas contribuíam com uma atitude psicanalítica de benevolência não diretivista, permitindo que o grupo fosse se autorregulando na constituição de um espírito grupal capaz até mesmo de incluir aqueles recém-chegados. Foi a partir dessas experiências com grupos que Bion criou a teoria dos supostos básicos – dependência, acasalamento e ataque-fuga⁴ –, que tanto influenciou trabalhos grupais posteriores. Fernández (2006) assevera que muito longe de serem características universais de comportamento que cada componente teria ao se agrupar, esses pressupostos básicos refletem a subjetividade específica da coletividade de soldados, onde ataque-fuga, acasalamento e dependência faziam sentido. Bion não pôde ratificar as mesmas categorias no pós-guerra com grupos de civis, com os quais trabalhou pouco tempo, porque a Associação Psicanalítica Britânica o fez escolher entre o trabalho com os grupos e “a psicanálise”.

O exemplo das intervenções de Lewin na tentativa de generalização do funcionamento dos grupos e o exemplo dos pressupostos básicos de Bion, situados histórico-socialmente por Fernández (2006), convidam a estabelecer a gênese conceitual em conjunto com a gênese histórico-social das práticas. Por conseguinte, conclui-se que “não há grupos em si, antecedentes à prática que os institui; só existem grupos, e estes não são entidades, mas modos sócio-históricos de funcionamento” (RODRIGUES, 1999: 121).

Com relação à psiquiatria inglesa, Lacan (1947/2003), um dos críticos mais ferrenhos dos destinos do grupo na psicanálise, não pôde deixar de elogiar o trabalho de seus profissionais – eram em torno de 250, tendo como destaque os nomes de Bion, Rickman e Foukes – porque, afinal, excetuando-se o trabalho de Tosquelles em *Saint Alban*, a conjuntura geral na França era de desamparo (RODRIGUES, 1999). Ao contrário da Inglaterra, onde os soldados afetados e os loucos em geral eram reintegrados à sociedade, na França, durante a guerra, morreram mais de quarenta mil por fome e abandono.

Em *Saint Alban* se localiza talvez a única experiência francesa durante a guerra que conjugou formação de grupos, saúde e luta por liberdade. É no asilo de *Saint Alban*, a partir de 1942, com a mudança de direção, que se inicia a congregação de uma legião de resistentes à ocupação nazista. Abrigavam-se lá comunistas, cristãos progressistas, anarquistas, surrealistas, psicanalistas, intelectuais, marxistas, uma legião que encontrava o asilo em seu caminho de fuga. A organização do asilo era de caráter urgente, porque, durante a guerra, o principal problema era a sobrevivência dos internos. O momento de turbulência permitiu a Tosquelles (um psiquiatra catalão fugido da Espanha franquista), à equipe, às pessoas acolhidas e aos pacientes reorganizar *Saint Alban* tanto para o desenvolvimento das atividades

mais objetivas, como conseguir comida, quanto para a própria reestruturação das relações entre o corpo médico, funcionários e pacientes. Foram criados grupos de teatro, ateliês, clubes e jornais que continham textos produzidos pelos próprios internos. Além disso, os pacientes passaram a participar de grupos de estudos e das assembleias gerais, onde se discutiam os rumos do hospital juntamente com médicos, enfermeiros e aqueles que estavam lá por abrigo. Uma vez que muitas das fronteiras entre trabalhadores e internos estavam apagadas, a direção de autogestão dos coletivos tornou-se um projeto clínico-político daqueles que estavam reorganizando a conduta do hospital. Aquilo que poderia ser considerado como negativo numa fábrica, prisão, manicômio, como resistência às técnicas, aos padrões de produção e tratamento, lá era visto como uma saída terapêutica original e mais eficiente (COUTINHO, 2007). Anos mais tarde, esse tipo de experiência seria apelidado de Psicoterapia Institucional.

No pós-guerra, como parte do Plano Marshall, um comissariado francês desembarcou nos EUA para absorver o que havia de mais moderno em termos de gestão empresarial e formação permanente (RODRIGUES, 1994). Encontrou o caldeirão de técnicas de grupo, as quais, no retorno à Europa, culminaram na psicossociologia francesa, que abraçou fortemente o *T-Group* lewiniano e a sociometria moreniana. Em resposta a essa invasão, surgiram críticas ao caráter adaptacionista dos grupos propostos pela psicossociologia. O *T-group* lewiniano já havia sido usado, entre outros objetivos, para a integração da população em conjuntos habitacionais, amenização de delinquência juvenil e estimulação de competitividade visando o aumento da produtividade nas fábricas (AGUIAR; ROCHA, 2003). Dessa forma, se a massa freudiana é sujeita a líderes e a efeitos de massificação, os grupos formados através das técnicas inspiradas em Moreno e Lewin são também sujeitados aos objetivos prévios que pressupunham uma ordem social naturalizada. As críticas ficaram por conta, dentre outros, de autores envolvidos na formação de grupos em experiências de socioanálise, como George Lapassade e René Lourau, e Félix Guattari, ligado a experiências de Psicoterapia Institucional e Análise institucional. Esses autores, tomando as lutas políticas como expressão construtiva dos grupos e não como simples quebra desarranjadora da ordem vigente, trazem outra concepção de grupo. A direção dada por esses autores mostra menos preocupação em atrelar técnicas a dinâmicas prévias e mais em encontrar nesses grupos germens constituintes de movimentos sociais e de sujeitos autônomos com capacidade de se auto-organizarem e se autogerirem.

Uma experiência transversal de supervisão em grupo

Uma supervisão em grupo congrega dois assuntos bastante delicados. O primeiro abordado foi o da supervisão: o aparecimento do termo específico, como vimos, remete ao movimento de institucionalização da psicanálise e sua demanda de formação urgente. Nessa experiência, a supervisão chamava-se “análise de controle” ou simplesmente “controle”, e sua prática estava atrelada à formação do analista, fundamentada sobre o tripé da análise, supervisão e teoria. Dependendo de como se entendia a supervisão, conjecturavam-se duas possibilidades: o analista do candidato também fazendo papel de seu supervisor, ou um espaço diferenciado, com outro analista didata fazendo esse papel. Em segundo lugar, fez-se uma incursão pelo entendimento do grupo na sociologia do século XIX utilizada por Freud em sua “Psicologia dos Grupos” e em seguida por uma série de experiências com grupos do início do século XX até a década de 1960, privilegiando os contextos dos EUA, Inglaterra e França. Nessa incursão, pôde-se ver a preocupação com pequenos grupos: trabalhadores de uma empresa, transeuntes e grupos de teatro, donas de casa e seus hábitos alimentares, soldados egressos da guerra e internos de um hospital psiquiátrico. Em alguns casos, verificaram-se grupos se tornarem “o” grupo, uno, objeto inviolável de especialistas que o tornaram tão a-histórico, com suas teorias gerais, que fizeram com que tivessem dinâmicas prévias ao seu funcionamento. Existem, contudo, contracorrentes aos especialismos, nas quais se quer aqui se inspirar.

Como se pode falar “do” grupo ou de grupos quando se pôde acompanhar o equívoco de transformar tal conceito em uma idéia universal, na maioria das vezes descontextualizada das situações que tornaram possível seu surgimento? Para tanto, pensa-se necessário falar de “um” grupo, movimento singular e não universal. Trata-se de uma experiência dentre outras possíveis, surgida dentro de um determinado contexto sócio-histórico-político, por assim dizer, e que faz referência a certo modo clínico de atuar. Ao mesmo tempo que se fala de “um” grupo (com artigo indefinido), impessoal por remeter a uma coletividade, sabe-se também que esse grupo em particular tem uma história própria e remete a trajetórias profissionais específicas. Se, por um lado, é usado como referência, sabendo-se do risco que isso implica, por outro sabe-se também de sua potência por tornar visível e dizível uma prática singular que pode vir a colocar problemas e fazer avançar a discussão sobre supervisão (adiante se tratará pormenorizadamente dessa experiência).

Nesse sentido, caminhando na trilha da Análise Institucional francesa, tomam-se emprestados dois conceitos de Guattari (1964/2004a, 2004b) para melhor elucidar tal proposta de supervisão clínica em grupo. São eles: grupo-sujeito e grupo-sujeitado. É digno de nota que a distinção a ser apresentada não é absoluta, mais funcionando como dois pólos de

referência do que como tipos estanques. Nessa acepção, todo grupo tende a oscilar entre essas duas posições.

No prefácio do livro *Psicanálise e Transversalidade* (2004) de Guattari, o filósofo francês Gilles Deleuze aponta algumas direções criteriosas que um grupo deveria tomar no sentido de vir a ser sujeito. São elas: que o grupo não se julgue único, eterno, imprescindível e significativo, que não assuma uma postura defensiva ou tenha um ideal de segurança, mas, sim, que entre em contato com seu exterior no intuito de confrontar-se com possibilidades de não sentido, de esfacelamento ou de morte, bem como de se abrir para outros grupos. A esse tipo de configuração grupal corresponde o denominado grupo-sujeito.

Seus modos de funcionamento, assim como suas trajetórias, podem ser explicitados pela sua capacidade de abertura para outros grupos e para um “para-além” dos seus próprios interesses. Nesse sentido, há uma disposição para uma comunicação ampla entre os diferentes níveis de inserção dos membros do grupo e os diversos sentidos que eles ocupam, expondo assim um funcionamento que não se pautaria pela horizontalidade (igualdade entre todos os membros) ou pela verticalidade (hierarquia onde um tem poder sobre o outro), mas pelo processo de transversalidade⁵, conceito que Guattari coloca na superação das duas instâncias anteriores. Assim sendo, o grupo-sujeito tenta assumir o sentido de sua prática, construindo-o ao invés de lidar com um sentido já pronto (GUATTARI, 1964/2004a). Isso faz com que possa haver inovação nas intervenções feitas pelo grupo, aumentando sua capacidade de criação. Ao assumir a responsabilidade pelo sentido de seus atos, tal grupo também toma a palavra ao invés de recebê-la de outrem, ou seja, ele se torna capaz de enunciar alguma coisa coletivamente, sendo sujeito de seu próprio discurso. Não obstante, se ele tem essa vocação da fala, igualmente ele a tem para a escuta. Um grupo-sujeito é ouvinte ao mesmo tempo que é ouvido. A escuta é também um modo de se manifestar, uma vez que naquilo que se ouve sempre haverá algo em potência de variação. Seu exercício constitui uma atividade, pois quando se ouve algo, atribui-se a isso algum sentido. A escuta não é algo pronto, como simplesmente é o fato de se ter ou não a capacidade de ouvir. Ela precisa se constituir: não se processa seguindo sempre as mesmas características independentemente do grupo ao qual se veja incluída como instrumento ou ferramenta. Desse jeito, ela se reafirma sempre como um procedimento de intervenção, seja sobre si, seja sobre o outro.

Por ser tão permeável pela fala de outros, tendo dessa maneira que lidar com desvios, diferenças e lutas internas, o grupo-sujeito se vê frequentemente lidando com a possibilidade de sua própria finitude ou com o não sentido de suas ações (GUATTARI, 1964/2004a). Por não se tomar como indispensável, o grupo sabe que um dia desaparecerá e não tentará negar

tal destino ou mesmo lutar contra isso. A transversalidade, a multiplicidade e a diferença são seus vetores e guias.

Quanto ao grupo-sujeitado, esse não é visto apenas como o oposto ao grupo-sujeito, mas, sim, um caminho pelo qual o segundo pode muito bem transitar em determinados momentos. Segundo Guattari (1964/2004b), o grau de abertura desse grupo geralmente é pequeno, muitas vezes excluindo outros grupos ou rejeitando aqueles que são diferentes. Ao entrar em contato com outros, também pode hierarquizar-se, enrijecendo seus papéis, os quais, na maior parte das vezes, já são muito bem delimitados. Com o pretexto de ser bem organizado, eficaz e importante perante outros, o grupo-sujeitado bloqueia sua capacidade de movimento e mudança. Como já foi dito, ele cristaliza suas estruturas limitando a possibilidade de diálogo com outros grupos ou mesmo com tudo aquilo que poderia pôr sua constituição em xeque, questionando suas leis ou suas "regras do jogo" (GUATTARI, 1964/2004a, 2004b). Dessa forma, ele não tem a vocação para a fala, reproduzindo inúmeras vezes palavras de ordem e estereótipos, clichês. Agindo como se suas determinações fossem dadas exteriormente ao seu movimento, esse grupo se fecha para a oportunidade de enriquecimento através do contato com a alteridade. Sua subjetividade alienada não lhe permite enunciar algo, e sim apenas demandar por uma escuta de suas queixas e suas causas, sempre indefinidas ou não localizáveis. Por proceder por meio de processos identificatórios, efeitos de sugestão, organizando-se piramidal e burocraticamente, estabelecendo relações legalistas, esse grupo quer se manter a todo custo "em pé", negando e esconjurando qualquer vislumbre de morte, esfacelamento ou contato com o não sentido.

Diante dessas considerações, pergunta-se: o que seria uma supervisão em grupo? Em primeiro lugar, em se tratando de combater certos modelos de funcionamento de grupo, pretende-se propor um dispositivo⁶ que se faça operatório para uma supervisão em grupo. Um dispositivo é uma aposta, é um *fazer-saber* que não aspira à universalidade. Dessa forma, configura-se como uma montagem de elementos heterogêneos, um tipo de técnica volátil criada para situações específicas como operadores de intervenção. E esse modo de operar em momentos específicos pretende favorecer o exercício da coletividade, ainda que por si mesmos não a assegurem. Sua duração é variável, seus territórios são agregáveis, sua extinção é possível. Em outras palavras, suas condições estão sempre em jogo. Por outro lado, os modelos mais comumente aceitos de um saber-fazer sobre supervisão trazem a expectativa de um especialista (o supervisor) agregado a um formato (uma supervisão, ou seja, uma visão supra posicionada que irá dizer algo ainda não percebido num espaço-tempo determinado).

Destarte, retomando a noção de dispositivo, se discorrerá adiante sobre uma experiência de supervisão em grupo da qual dois dos três autores deste artigo fazem parte há cerca de oito anos⁷. Atualmente a configuração do grupo conta com oito psicólogos que semanalmente se reúnem por períodos de três horas para supervisionarem casos clínico-institucionais. Na proposta do dispositivo montado surge um gesto de acolhimento que dá suporte à emergência de casos clínicos. Nota-se outro tipo de “emergência”, a que advém da constituição do dispositivo e que não se segue à urgência individual, mas a um gesto de coletivização, que torna o caso um empreendimento grupal. A regularidade do dispositivo introduz um espaço crítico na própria clínica, conferindo à visão do caso, além de uma responsabilidade coletiva, um empreendimento em permanente construção. Há de ser ressaltado que as iniciativas de busca e oferta de supervisão geralmente estão implicitamente pautadas pela tentativa de sanar problemas pontuais na clínica, ou seja, estão muito orientadas pela idéia de erro. Muitas vezes o modelo clássico de supervisão recai na resolução de situações mais emergenciais, sem considerar a constituição processual do andamento dos casos. Assim sendo, pretende-se apontar o caráter formativo do dispositivo. Em adição, uma vez que comporta uma via de mão dupla – ao mesmo tempo supervisionar e ser supervisionado –, ele faz desdobrar a formação permanente de clínicos em formação permanente de supervisores.

É importante notar que, por mais que se considere que todos os integrantes compõem a função de supervisão, o único supervisor é o grupo. Por essa razão, constitui-se o que se chama no grupo de uma autogestão da supervisão. Nesse gesto, todos têm uma atitude de escuta e implicação com esse fazer. Em se tratando de uma supervisão clínico-institucional, os assuntos debatidos variam entre casos clínicos, situações institucionais onde o integrante trabalhe, ou mesmo outros grupos de supervisão organizados por ele. Os efeitos de supervisão operam pela abertura dos sentidos do caso, produzindo um desdobrar-se dos problemas apresentados.

Por se tratar de um grupo que conta com oito supervisores que são ao mesmo tempo supervisionados, surgem algumas questões: qual o papel da teoria? Como congregar as direções apontadas? Considerou-se que os conceitos utilizados emergem da construção que requer o caso, eles não vêm antes. Não se preconcebeu a forma dessa experimentação pela divisão entre o momento onde se delimita a teoria e outro em que a prática se destacaria. Dessa maneira, esses conceitos comparecem numa coesão interna, atravessando autores e disciplinas. Evidentemente, cada participante tem suas preferências teóricas e, ao mesmo tempo, tem a certeza de que os conceitos são ferramentas que o ajudam no entendimento dos

casos. Nem tudo é possível ser conjugado – é certo que o caso e o grupo de supervisão em questão requerem determinadas confluências de acordo com sua configuração. Contudo, caso se esteja aberto à composição, seguramente muita coisa é viável. Essa atitude será denominada transdisciplinar⁸. Ela visa reunir a diferenciação das indicações clínicas dos envolvidos sem que haja o imperativo de consenso. Isso acaba permitindo que o que surge em meio à coletividade se mantenha algumas vezes como divergência, sem que com isso haja um processo de dissidência ou esfacelamento do grupo. Conforme a experiência, nessa proposta de supervisão autogestiva em grupo muitas vezes há consenso porque a construção grupal emerge carregando um sentido próprio. Ao contrário daquelas concepções de grupo operadas por efeitos massificantes – grupo hipnotizado pelo brilhantismo de um líder supervisor ou por sua configuração interna –, entende-se que há dissensos e que eles devem ser mantidos. Essa concepção de grupo comporta o embate, a discordância como formas de funcionamento e de inclusão da diferença. Sem desejar ser tomada como modelo, ela convida sempre à implicação.

Saúde Mental e Supervisão

Os grupos, em suas diversas formas de manifestação, puderam muitas vezes ter função crítica e política, fazendo avançar certos impasses. Sabe-se que a forma de configuração grupal de que se falou não é própria da psicologia ou mesmo da clínica, podendo ser exercida por outras áreas, como a medicina, a pedagogia, as ciências sociais, etc. Em especial, é importante destacar estabelecimentos e estratégias de saúde, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ambulatórios, hospitais, residências terapêuticas, ESF (estratégia saúde da família) e outros. Consoante a visão dos autores deste trabalho, tais instituições demandam diálogo entre os diferentes especialistas, familiares, usuários e funcionários técnico-administrativos, no qual um dispositivo autogestionário das pessoas envolvidas poderia abrir-se para a inclusão de novos sujeitos promotores de saúde, permitindo assim uma transformação do serviço.

Para discutir o dispositivo de supervisão na saúde mental, valeu-se do exemplo a seguir: é recente uma portaria do Ministério da Saúde (Portaria GM nº 1174, 2005) que identifica a necessidade de se ter no CAPS a presença de supervisão. A portaria cita o I Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em 2004, quando foram criados grupos de trabalhos específicos para a implantação de uma supervisão clínico-institucional e também se refere à avaliação nacional dos CAPS de 2005, onde se verificou a inexistência desse mesmo tipo de supervisão regular na maioria dos CAPS do Brasil. Além disso, ela destaca o

papel estratégico do CAPS na reforma do modelo de assistência, seu espaço de formação, a necessidade de integrá-lo à rede básica de saúde e a necessidade de promover a participação dos familiares. Para que isso se concretize, a portaria destina incentivos financeiros emergenciais e temporários ao CAPS para qualificação, esperando que os municípios encarnem a idéia e desenvolvam incentivos e programas próprios de qualificação do atendimento e gestão dos CAPS em seus territórios. Da qualificação necessária indicada na portaria, destacam-se três pontos: a) supervisão clínico-institucional semanal; b) ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários e c) ações de acompanhamento integrado com a atenção básica no seu território de referência.

É interessante discutir cada um desses pontos ligando-os à qualificação e supervisão. A supervisão clínico-institucional é assim apresentada no art. 3 da referida portaria:

Definir como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. (Portaria GM n° 1174, 2005: 2, grifo nosso).

Para se compreender o que é o termo “institucional” acrescentado ao que, comumente, é chamado de “clínico”, observado através da história da psicanálise e seus meandros, deve-se entender as necessidades e desafios que o funcionamento do CAPS demanda ao postular outro modelo assistencial em saúde mental. Observe-se que a parte sobre acompanhar o trabalho da equipe e os projetos terapêuticos é um ponto comumente compreensível. O ponto mais complexo e onde incide a necessidade estratégica do acréscimo do termo, ao ver dos autores deste artigo, se refere às questões denominadas institucionais na citação, como a gestão do CAPS e outras questões relevantes, embora se saiba que o conceito de “institucional”, que se discutirá a seguir, perpassa todos os pontos enumerados na citação como sendo da função de um supervisor. A concisão da portaria aglutina discussões de fóruns bem amplos; por isso, é necessário desenredar certas linhas. A introdução da supervisão no CAPS, como se disse na apresentação da experiência do GT9, abre um espaço crítico e uma paragem para os profissionais se ouvirem e traçarem planos terapêuticos. Há a possibilidade formal de se dar consistência àquilo que se construía nos corredores, nos fazeres diários e em espaços informais de discussão. Isso não significa que o formal assegure algo, mas traz outra implicação com a qualificação e produção de uma equipe envolvida com a promoção da saúde. Nesse espaço, podem-se colocar desde os mais

conhecidos “casos clínicos” até discussões que envolvam as condições de trabalho. Contudo, a introdução da supervisão no CAPS não garante que se possa ir além do indivíduo e da doença e detectar as construções que fabricam ambos. Na portaria, vê-se esse *além* expresso como “institucional”, “gestão do CAPS” ou “outros assuntos relevantes”.

Numa breve digressão necessária, faz-se um retorno à forma alternativa de tratamento no início da Psicoterapia Institucional. Já se disse que nesse movimento iniciado em 1942 através de uma experiência no asilo de *Saint Alban*, região de *Lozère* – território livre durante a ocupação nazista na França –, a organização do estabelecimento foi criticada e modificada profundamente. Destaque-se aqui esse olhar sobre o estabelecimento e sua reorganização, pois o lema da psicoterapia institucional – tratar a instituição de cuidados – passa a ser a forma de pensar o tratamento (VERTZMAN *et al.*, 1992). Seria uma espécie de transformação molar que interferisse na subjetividade. O que se viu foi efetivamente aumento de melhoras e altas dos pacientes. Um dos principais dispositivos de inclusão das múltiplas vozes eram as assembleias gerais, influenciadas pelo ideário anarquista e socialista libertário que aglutinava em igual valor de voto toda a equipe e pacientes. Essa nova forma de abordagem do hospital psiquiátrico revela um modo de trabalho substitutivo ao confinamento, camisa de força, eletrochoque, que naquela época eram tidos como recursos de tratamento e ainda hoje aparecem em hospitais psiquiátricos. Contudo, na ocasião, a Psicoterapia Institucional não pôde levar às últimas consequências seus questionamentos, mantendo um apreço excessivo pela reforma do estabelecimento psiquiátrico (COUTINHO, 2007). O “institucional” destacado nesse movimento era o estabelecimento de cuidados. Julga-se interessante o passo dado pela Psicoterapia Institucional ao considerar o cuidado com o estabelecimento diretamente ligado ao cuidado oferecido aos pacientes. Porém é preciso ir adiante, atravessando o estabelecimento e seguindo em direção à comunidade. Destarte, entende-se que no funcionamento de uma supervisão clínico-institucional passa-se da atenção ao usuário, através da supervisão dos casos clínicos e seus planos terapêuticos individuais, à atenção ao CAPS, sua organização interna, condições de trabalho, gestão, projeto terapêutico do serviço e vice-versa. Ainda assim é necessário ir mais além.

Em decorrência do apreço excessivo à reforma do estabelecimento psiquiátrico, alguns autores, ainda nas décadas de 1950 e 1960, começaram a pensar num outro conceito de instituição – o que na década de 1970 foi chamado de Análise Institucional. Segundo Rodrigues e Souza (1987), podem-se distinguir três momentos no conceito de instituição. No primeiro deles, no início da Psicoterapia Institucional, a instituição era identificada com o estabelecimento. Já em meados da década de 1950, houve a entrada na França das técnicas

grupelistas de que se falou anteriormente. Passou-se a introduzir dispositivos grupais nos estabelecimentos que pudessem promover maior socialização, e esses dispositivos começaram a ser chamados de instituições. O terceiro momento rompe propriamente com a Psicoterapia Institucional e vai em direção aos movimentos chamados anti-institucionais, como a Antiescola (mais tarde Pedagogia Institucional) e a Antipsiquiatria. São autores como Lourau e Lapassade que passam a tratar a instituição como forma geral e de difícil localização, que produz e reproduz relações sociais e pode estar presente em estabelecimentos e nos dispositivos que neles operam, ou seja, instituição “não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007: 56).

Aqui se volta à discussão sobre a importância da grupalidade e a produção de sujeitos implicados na construção de uma saúde em rede. Como foi dito, o CAPS tem papel estratégico na reformulação do modelo assistencial, sendo lugar de referência para outros serviços. As ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários e as de acompanhamento com a atenção básica em seu território são aquelas que mais chamam os técnicos do CAPS à comunidade e os fazem dar apoio integrado aos outros serviços e à atenção básica nos casos de saúde mental. Nesse fazer está a multiplicação da supervisão, da qualificação, da formação, explorando ao máximo o conceito amplo de instituição integrado ao de supervisão: uma supervisão clínico-institucional. Campos (1999) tem uma idéia semelhante ao propor a função de “apoio matricial” como sendo esse diálogo supervisor e formativo que uma equipe de um serviço possa ter com outra quando solicitada. Um exemplo disso é uma equipe mínima do CAPS indo à comunidade atender junto à ESF um caso de saúde mental, fazendo com que a partir daí o paciente possa ser acolhido lá sem a necessidade de tornar a função de referência do CAPS um centralismo ou especialismo do tratamento. Afinal, segundo Lancetti (2007), em saúde mental o nível de complexidade é invertido. No sistema de saúde existe uma hierarquização na qual procedimentos como aleitamento materno, programas para hipertensos e todas as ações que são desenvolvidas nas unidades básicas são procedimentos de baixa complexidade. De outro lado, procedimentos como transplantes são realizados em centros cirúrgicos e são de alta complexidade. Em se tratando de saúde mental, isso se inverte, pois no nível básico, na ESF, como se exemplificou, as respostas ao paciente podem ser muito mais complexas, singularizadas e condizentes com seu território existencial e geográfico (pelo fato de não precisar tirá-lo do

seu convívio familiar e comunitário que também lhes dão sustentação) do que num hospital psiquiátrico onde as respostas tendem a ser estereotipadas, seriais e simples.

Dessa forma, percebe-se que, tanto no apoio proposto por Campos (1999) como na complexidade invertida apresentada por Lancetti (2007), o que está em jogo é o projeto de construção de redes, de parcerias transdisciplinares no atendimento dos casos, visando uma ampliação da clínica e da função supervisora. O potencial regulador e normativo de equipes pode servir tanto internamente (intraequipe) como externamente (interequipe) como espaço de cuidado e apoio. Nessa junção, vê-se o uso ampliado do conceito de instituição: dos casos ao estabelecimento; do estabelecimento à organização; da organização à comunidade; da doença para os processos de saúde-doença que ocorrem numa subjetividade forjada em rede num território.

Retornando ao CAPS e à função de supervisor, observa-se que esse supervisor que trabalhará de 3 a 4 horas semanais com a equipe e discutirá além de tudo questões institucionais e outros assuntos relevantes, se tomado numa concepção clássica de supervisor e de clínica, terá no mínimo de ser o super-homem (não o de Nietzsche, mas aquele dos quadrinhos). Que formação bastará a ele? Que “comprovada habilitação teórica e prática” o autoriza a isso? Ele deverá ser formado para dar conta dessas demandas? A crítica aqui obviamente não incide sobre a supervisão, mas sobre o modelo centralizador dela. Para que a supervisão se faça multiplicadora, será necessário vislumbrar novas formas de organização que não recaiam em um modelo de supervisão guiado por um líder, tendo como expressão coletiva um grupo-sujeitado. Sabe-se que, ao contrário, muitas vezes, equipes muito desagregadas e desestimuladas profissionalmente demandam um supervisor-chefe que dite as tarefas e as direções: ora tábua de salvação para as dificuldades do trabalho, ora bode expiatório, identificado, no lugar do erro, como estrangeiro, como espião. Em se tratando da primeira e segunda característica, esses tipos de grupo na saúde lidam com quem chega com desconfiança, medo e esperança, às vezes tudo ao mesmo tempo, como já se disse. A última característica, o espião, revela um importante ponto de análise. Supervisores contratados pelos municípios ficam numa delicada tensão entre a direção (de uma Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo) e as equipes. Supervisores contratados pelo incentivo federal ficam numa delicada tensão entre equipe e dirigentes municipais, e entre as instâncias federal, estadual e municipal entre si; afinal, seu relatório expressará de alguma forma a situação da saúde mental do município, do estado, da implantação do CAPS e os resultados de seu trabalho. Como indica Campos (2007: 186),

A tradição obriga esses especialistas a se reportarem à direção ou ao núcleo governante de cada organização. [Esses postos são] Cargos de confiança da cúpula e não das equipes ou das unidades de produção [...] O apoiador [supervisor] compromete-se com as equipes, a quem deve comunicar suas avaliações e seus achados, e não somente com a cúpula dirigente de cada organização.

Essa é a tensão própria de viver paradoxos, quando linhas de análise são complexas, quando se sabe que os processos de abertura e fechamento para a construção de uma saúde em rede atravessam equipes e dirigentes. Atenção e gestão dos serviços devem ser processos integrados, e sua não separação leva também a acabar com os maniqueísmos. As lutas são contra práticas fascistas, em favor de outras que sejam libertadoras, e não contra pessoas ou grupos políticos.

Contudo, apesar das dificuldades, concebe-se que a criação do SUS e da reforma psiquiátrica, que há mais de vinte anos vêm sendo consolidados, sempre foi um exercício coletivo de construção e de lutas. A saúde, “direito de todos e dever do estado” (Constituição, 1988), a “participação da comunidade” inserida nos princípios e diretrizes do SUS (Lei nº 8.142, 1990), os dispositivos de “conselhos de saúde” (Lei nº 8.080, 1990), todos esses princípios ensinam que de direito todos são usuários e gestores. Assim sendo, não se pode apostar em outro dispositivo de supervisão senão num coletivo, que performatize a implicação necessária dos atores envolvidos no cuidado. Por mais que, na prática, haja a figura de um supervisor contratado, acredita-se que este não deve ser o momento de júbilo de um, mas de apogeu da coletividade. Em outras palavras, espera-se que certos dispositivos sejam úteis para tornar a clínica uma atitude crítica e as instituições de saúde, um exercício de trabalho coletivo.

Considerações finais

Percorrendo determinados caminhos históricos, pôde-se observar os contextos em que certos conceitos e práticas apareceram na constituição da formação psicanalítica e do trabalho com grupos. A supervisão surge na esteira da institucionalização da psicanálise nos anos 1920. Mais tarde, tal processo desencadeou efeitos indesejáveis. Criticando as instituições de sua época, Lacan apontou os efeitos de grupo gerados pela IPA. Partindo dessa acepção, foram pesquisadas a gênese histórica de tais concepções grupais e suas modificações por meio do desenvolvimento do capitalismo no pós-guerra. Outras noções de grupo foram surgindo e se modificando até que certas contingências sociais tornaram possível seu questionamento.

Em seguida, conjugaram-se as duas temáticas e se propôs um dispositivo clínico-grupal de supervisão, apontando certas linhas de trabalho, sentidos inéditos que fazem

ressonância a certo modo de clinicar e de formação de clínicos. Tal proposta não se encontra pronta, fechada ou concluída, e nem se pretende isso, pois seu grau de abertura garante a funcionalidade do dispositivo em questão, possibilitando transformações e a inclusão de novos elementos. É a prática exercida pelo grupo, tanto clínica como institucional, que convoca o dispositivo à variação.

Posteriormente, ampliou-se essa discussão para o âmbito da saúde mental e seus desafios, enfrentados na constituição e consolidação das práticas substitutivas ao modelo manicomial, como o CAPS, residências terapêuticas e outras, em conjunto com a saúde pública. O objetivo deste artigo foi problematizar a funcionalidade e a importância de se ter nessas instituições uma supervisão clínico-institucional, respaldada pela portaria GM nº 1174. Porém, mais do que garantir o lugar de um supervisor com determinadas competências e que encarnaria o exercício dessa função, quis-se enfatizar uma *função supervisora* exercida por um coletivo, um grupo-sujeito.

Quer-se por fim, mas não finalizando, se não deixar questões para abertura de discussões, ao menos sugerir a reflexão a respeito do que trata a portaria sobre a formação e o saber necessário ao supervisor. Parece óbvio, dado o caminho percorrido, que se levará a discussão para uma certa dissolução da figura do supervisor em favor do coletivo. Não obstante, julga-se necessária sua contratação e sua função ser estrategicamente ponto de disparo e de passagem. Daí surgem as questões: quem contratar? Com que formação? Deve haver uma formação específica? Ainda sobre formação, Guattari, em seu estilo jocoso, faz alusão a um dos pilares da formação psicanalítica:

Uma das maiores bobagens do mito psicanalítico é pensar que, porque você passou dez anos no divã, você é mais forte do que os outros! Nada disso, isso não tem nada a ver! Uma análise deveria te dar simplesmente um “plus” de virtuosidade, como um pianista, para certas dificuldades. Isto é, mais disponibilidade, mais humor, mais abertura para pular de uma gama de referencia para outra... (GUATTARI, 1986: 223, grifo do autor).

Dessa maneira, qualquer formação ou reputação ilibada não garantirá absolutamente “um *plus* de virtuosidade”, a não ser que seja tomada como ponto de partida, diante do qual se depara com os coletivos; tais experiências coletivas possibilitam uma continuidade da “formação” profissional. Com isso, não se faz aqui uma apologia da falta de experiência, mas se almeja destacar um tipo de experiência que aponta para o que nela mesma pode advir de inédito, de insegurança, de inexperiência, de não ter certeza absoluta de como se deve proceder, de diferença, ou seja, que desloque o profissional dos lugares comuns gerados pelos hábitos cultivados de anos e o ponha a criar novas formas de intervenção, novas formas de relação e novas formas de cuidado. É sabido que tais propostas não vão pôr fim aos

problemas e questões institucionais nos CAPS; pelo contrário, é preciso desdobrar os problemas para que se deem condições para o avanço das discussões e convocar novos parceiros, novas alianças nessa empreitada.

Referências:

- AGUIAR, Kátia; ROCHA, Marisa. Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, nº 23(4), p. 64-73, 2003.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARROS, Regina Benevides de. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, nº 16(1), p. 71-79, 2000.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acessado em 25 de abril 2009.
- CAMPOS, Gastão. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, nº 4(2), p. 393-404, 1999.
- LANCETTI, Antonio. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CAIAFFO, Stéfani *et al.* Da multidão-massa à multidão-potência: contribuições ao estudo da multidão para a Psicologia Social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, nº 59(1), p. 27-37, 2007.
- COUTINHO, André Rossi. *Da transferência à transversalidade: o dever dos conceitos e a variação do plano da clínica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói (mimeo), 2007.
- DELEUZE, Gilles. Três problemas de grupo. Em: GUATTARI, Félix. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Idéias & Letras, Prefácio, p. 07-19, 2004.
- DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? Em: _____ . *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, p. 83-96, 1996.
- FERNÁNDEZ, Ana María. *O campo grupal: notas para uma genealogia*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FREUD, Sigmund. *Psicologia de grupo e análise do ego* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Originalmente publicado em 1921).
- FREUD, Sigmund. *Psicanálise Silvestre* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Originalmente publicado em 1910).
- GUATTARI, Félix. A transversalidade. Em: _____ . *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida /S.P: Idéias & Letras, 2004a (Originalmente publicado em 1964).

- GUATTARI, Félix. A transferência. Em: _____. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida /S.P: Idéias & Letras, 2004b (Originalmente publicado em 1964).
- KUPERMANN, Daniel. *Transferências cruzadas: uma história da Psicanálise e suas instituições*. Rio de Janeiro: Revan, 1996.
- LACAN, Jacques. A psiquiatria inglesa e a guerra. Em: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003 (Originalmente publicado em 1947).
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 25 de abril de 2009, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>
- Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 25 de abril de 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
- MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. A Psicologia Social nos tempo de S. Freud. *Psicologia: Teoria e Prática*, nº 16 (2), p. 145-152, 2000.
- Portaria GM nº 1174, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 25 de abril de 2009, de http://64.233.163.132/search?q=cache:Vku9tto8W8AJ:www.ifb.org.br/legislacao/portaria_1174.doc+Portaria+GM+nº+1174,+de+7+de+julho+de+2005&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; SOUZA, Vera Lúcia Batista. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. Em: KAMKHAGI, Vida Rachel; SAIDON, Osvaldo (orgs.). *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1987.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (mimeo), 1994.
- _____. Sobre as histórias das práticas grupais: explorações quanto a um intrincado problema. Em: JACÓ-VILELA, Ana Maria; MANCEBO, Deise (Org.). *Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1999.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *História da Psicanálise na França*. Vol. 1 (1885 – 1939): A batalha dos cem anos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- SAIDON, Osvaldo *et al.* *Práticas Grupais*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.
- VERTZMAN, Julio *et alii.* Psicoterapia Institucional: uma revisão. Em: BEZERRA JUNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

André Rossi Coutinho.

Psicólogo, Supervisor clínico-institucional, Especialista em Psicologia do trânsito. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Linha de pesquisa: Clínica e Subjetividade.
E-mail: a.rossi.psi@gmail.com

Edimárcio Medeiros.

Psicólogo, Supervisor clínico-institucional, Acompanhante Terapêutico. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Linha de pesquisa: Clínica e Subjetividade.
E-mail: poetriss@gmail.com

Tarso Ferrari Trindade.

Psicólogo, Mestre e Doutorando em psicologia pela Universidade Federal Fluminense.
Linha de pesquisa: Clínica e Subjetividade.
E-mail: tarsoftrindade@gmail.com

¹ Para mais informações sobre os entraves clínico-institucionais dentro da IPA, indicamos Kupermann (1996), capítulo 3, páginas 64 a 85, e o capítulo 4 inteiro. Lá o leitor encontrará, respectivamente, o comitê secreto formado por Freud para gerir a IPA de fora – dados os desentendimentos com Jung –, os primeiros embates em torno do modelo de formação do psicanalista a propósito da criação do Instituto de Psicanálise de Berlim, as questões transferenciais em torno da figura de Freud e, no capítulo 4, a difusão da psicanálise pelo mundo juntamente com sua inserção em nossa cultura e suas consequências para as instituições psicanalíticas e a formação de clínicos na década de 1950, o aparecimento do chamado candidato “normal” e as críticas com relações aos novos analistas formados e finalmente a crítica de Balint acerca das próprias instituições psicanalíticas, que deixavam de fora o seu modo de funcionamento ao pôr em análise os problemas encontrados na formação.

² Os textos de Freud, Lacan e Guattari virão também com as datas originais em primeiro lugar para destacar os contextos históricos importantes no artigo.

³ Para saber mais a respeito do novo modelo de formação proposto por Lacan, encarnado basicamente nas idéias de Cartel e de Passe, e os problemas surgidos em decorrência do mesmo, indicamos a leitura de Kupermann (1996), capítulo 5, páginas 147 a 162.

⁴ Os supostos básicos são estados afetivos arcaicos que se manifestam no grupo através de uma combinação inconsciente instantânea. A dependência é ativada quando é suposto que alguém será o provedor de todas as necessidades e desejos do grupo. Nesse estado, há perda da capacidade crítica e fomento da passividade. O líder nessa fantasia grupal é aquele que atenderia às necessidades de cada um. A suposição de ataque-fuga ocorre na convicção de que existe um inimigo, sendo necessário destruí-lo (ataque) ou evitá-lo (fuga). O líder nesse caso alimenta a idéia de um inimigo dentro ou fora do grupo. No suposto de acasalamento, há a esperança messiânica de ter um salvador. O líder promete o futuro. No grupo impera a esperança de um futuro em detrimento das resoluções do presente. Para maiores informações, consultar Benevides (2009), capítulo 2, páginas 41 a 51.

⁵ A transversalidade é um conceito que Felix Guattari desenvolveu em 1964. Surge em estreito diálogo com os estabelecimentos psiquiátricos nos quais trabalhava e tentava implantar uma Psicoterapia Institucional e com a Psicanálise, dado que na ocasião também era membro da EFP, dissidência lacaniana dos quadros da IPA. Substitui o conceito de transferência institucional, que Guattari julgava ainda ambíguo e sujeito a tornar o grupo alvo de interpretações edípicas e estereotipadas. Como dissemos, rompe com uma horizontalidade e uma verticalidade, tentando promover uma comunicação máxima nos diversos sentidos, uma hiperconectividade. Considerava a transversalidade um coeficiente de abertura dos grupos ao seu fora. O movimento próprio de um grupo do pólo sujeito ao sujeito. Dessa forma, Guattari recolocava os problemas clínicos, por vezes individualizados, em sua dimensão coletiva. É um conceito com várias facetas, cada uma delas voltada a uma forma de luta própria: com as instituições psiquiátricas, com a psicanálise, com os especialismos de grupo, com as políticas e lutas em prol das libertações do desejo (COUTINHO, 2007).

⁶ Para maiores esclarecimentos, conferir Deleuze (1996) e Coutinho (2007), páginas 114 a 119.

⁷ No caso os autores participantes do grupo são André Rossi e Edimárcio Medeiros. O Grupo de Trabalho dos Nove (GT9) atua em serviços de atendimento clínico individual e grupal, grupos de estudo, projetos de pesquisa-intervenção, e atualmente implementa um serviço grupal de Supervisão Clínico-Institucional. Com sede num

consultório de psicologia no Rio de Janeiro, os profissionais envolvidos, em sua maioria, têm uma formação variada, por meio de especializações e de pós-graduação *stricto sensu*. Ainda que o grupo não esteja formalmente integrado à rede de saúde pública, ele tem sua atuação entendida como um ponto de trabalho na rede de saúde mental. Isso porque alguns de nossos profissionais desenvolvem efetivamente trabalho de supervisão clínica de alguns CAPS em três municípios desse estado. A prática clínico-institucional que empreendemos está sendo fundamental tanto para sua inserção nesses estabelecimentos quanto no processo de fortalecimento desses serviços – a oportunidade dessa atuação nasceu em meio ao trabalho de construção desse dispositivo que aqui apresentamos.

⁸ “Podemos chamar essa atitude crítica de transdisciplinaridade, já que os limites entre as disciplinas é perturbado quando se colocam em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos”. (PASSOS; BENEVIDES, 2000: 76).