

Suely Aires
Vania Bustamante

Organização

SUPERVISÃO, INSTITUIÇÕES e FORMAÇÃO

fundamentos e invenções



A coletânea *Supervisão, instituições e formação: fundamentos e invenções* reúne contribuições variadas de professoras(es), psicólogas(os) e/ou psicanalistas que se debruçaram sobre o tema de forma crítica. Nos diversos textos, as práticas de supervisão são apresentadas e discutidas por vias distintas, as quais seguem desde as origens da atividade de supervisão – com destaque para os fundamentos na Psicanálise desde Freud – até discussões teóricas e ético-políticas produzidas em diálogo com múltiplos contextos institucionais e construídas a partir do tripé universitário ensino-pesquisa-extensão. Os diferentes capítulos mostram a fecundidade da presença da Psicanálise nas universidades e instituições públicas de pesquisa, bem como indicam a potência da universidade ao realizar suas tarefas primordiais: formar profissionais, construir conhecimento e produzir ações para e junto à comunidade. Trata-se, então, de um conjunto de textos que podem ser lidos como expressões de resistência criativa em tempos de necropolítica e de ataque às universidades.

Supervisão, Instituições e Formação

fundamentos e invenções

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor

Penildon Silva Filho



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



Suely Aires • Vania Bustamante

[Organizadoras]

Supervisão, Instituições e Formação

fundamentos e invenções

Edufba
Salvador
2024

2024, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,
em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial
Cristovão Mascarenhas

Capa e projeto gráfico
Rodrigo Oyarzábal Schlabitz

Coordenação gráfica
Edson Nascimento Sales

Revisão
Ruth Neves Santos

Coordenação de produção
Gabriela Nascimento

Normalização
Kemilly Silva

Assistente editorial
Bianca Rodrigues de Oliveira

Imagem da capa
Molije

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

S959 Supervisão, instituições e formação: fundamentos e invenções
/Suely Aires, Vania Bustamante [organizadoras]. -
Salvador: EDUFBA, 2024.
255 p.

ISBN: 978-65-5630-580-6

1. Psicanalistas – Supervisão. 2. Psicologia clínica – Formação.
3. Psicologia – Estudo e ensino. 4. Psicologia clínica – Serviços de
saúde mental. I. Aires, Suely. II. Bustamante, Vania. III. Título:
fundamentos e invenções.

CDU: 159.9

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador, Bahia / Tel.: +55 71 3283-6164
www.edufba.ufba.br / edufba@ufba.br

SUMÁRIO

9 **Apresentação**

SUELY AIRES
VANIA BUSTAMANTE

PARTE I – FUNDAMENTOS

CAPÍTULO I

17 **Supervisão em Psicanálise**

CHRISTIAN INGO LENZ DUNKER

CAPÍTULO II

41 **A supervisão psicanalítica: ensino de uma práxis e transmissão de um estilo**

MIRIAM DEBIEUX ROSA
EMÍLIA ESTIVALET BROIDE

CAPÍTULO III

61 **Supervisão clínico-institucional: apontamentos metodológicos**

ROSANA TERESA ONOCKO-CAMPOS

PARTE II – INVENÇÕES

CAPÍTULO IV

77 **Psicanálise e transformação social: a supervisão como estratégia na universidade**

ANDRÉA MÁRIS CAMPOS GUERRA

- CAPÍTULO V
- 95 **Adolescência, acolhimento institucional e Psicanálise: peculiaridades de uma clínica em diálogo com as políticas públicas de proteção social**
- VLÁDIA JAMILE DOS SANTOS JUCÁ
LAÍS FLORES SANTOS LOPES COSTA
- CAPÍTULO VI
- 117 **Construção do caso clínico: tecendo a rede no atendimento a jovens**
- ANGELA VORCARO
ALINE AGUIAR MENDES
ALICE OLIVEIRA REZENDE
- CAPÍTULO VII
- 135 **A supervisão clínico-institucional no projeto de saúde mental: Brincando em Família**
- VANIA BUSTAMANTE
LORENE AMARAL
- CAPÍTULO VIII
- 159 **A supervisão clínica a partir da Psicanálise e as diretrizes institucionais de um ambulatório de saúde mental infantojuvenil**
- ANDRÉA HORTÉLIO FERNANDES
CLAUDIA SALDANHA
- CAPÍTULO IX
- 175 **Supervisão clínico-institucional e Psicanálise: uma aposta que se faz em ato**
- SUELY AIRES

PARTE III – FORMAÇÃO

CAPÍTULO X

- 193 **Supervisão compartilhada para a formação de psicólogas no Núcleo de Apoio/Ampliado da Saúde da Família**

MÔNICA LIMA
JOÃO BATISTA ALVES
FERNANDA REBOUÇAS
LEILA GRAVE

CAPÍTULO XI

- 211 **Intervir nos serviços de saúde em cenário de derrocada dos ideais e supressão do pensamento: narrar, elaborar e resistir**

LILIAN MIRANDA
MARILENE DE CASTILHO SÁ

CAPÍTULO XII

- 237 **Significados e práticas relacionados ao estágio e à supervisão entre estagiárias de Psicologia**

ROBERVAL PASSOS DE OLIVEIRA
FABÍOLA MARINHO COSTA
ANTONIO VIRGÍLIO BITTENCOURT BASTOS

- 251 **Sobre os autores**

APRESENTAÇÃO

SUELY AIRES
VANIA BUSTAMANTE

A presente proposta de publicação teve origem em um diálogo informal sobre supervisão de práticas em variados contextos de atuação no campo da saúde, assistência social e direitos humanos. O convite a diferentes pesquisadores para discutir o tema foi uma consequência das questões levantadas, visando provocar a reflexão e colocar em cena tanto experiências de formação profissional, quanto leituras teóricas e propostas metodológicas que venham a problematizar as bases dessa prática. Este livro é o resultado do trabalho daqueles que aceitaram o desafio, a quem agradeço publicamente.

Podemos situar, de forma resumida, três diferentes modos de conceituar a supervisão, os quais se imbricam nos textos que compõem a coletânea: o primeiro é devedor da noção de *Kontrollanalyse*, forjada por Freud, e é usualmente nomeado como *supervisão clínica* – grande parte dos textos situa-se teoricamente em diálogo com a Psicanálise; o segundo modo de compreender a supervisão está diretamente relacionado às práticas de formação profissionalizante e tem sua regulamentação legal nas universidades, a *supervisão acadêmica*; o terceiro e não menos importante coloca-se em relação às práticas no campo da saúde mental na rede pública de saúde, em articulação direta com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo diferenciado pelo acréscimo da dimensão concreta e histórica do espaço institucional, nomeado, portanto, como *supervisão clínico-institucional*. Essa ideia, que inicialmente surgiu no campo da saúde, expandiu-se para outras instituições, como testemunharemos ao longo da coletânea. Cada um desses modos de efetivar a supervisão apresenta pontos de tensionamento e conduz a reinvenções cotidianas, algumas das quais encontram-se aqui relatadas.

A coletânea encontra-se dividida em três partes. A primeira seção, intitulada *Fundamentos*, é composta por três capítulos, os quais apresentam reflexões sobre os fundamentos teóricos da supervisão e sua função na clínica e na instituição. O primeiro texto, “Supervisão em Psicanálise”, escrito por Christian Ingo Lenz Dunker, sustenta uma reflexão teórica consistente sobre a prática de supervisão em sua origem e seus desdobramentos em solo brasileiro. Provoca, nesse sentido, um questionamento sobre o tripé psicanalítico – análise pessoal, estudo teórico e supervisão – a fim de discutir a especificidade e autenticidade da prática de supervisão. Em “A supervisão psicanalítica: ensino de uma práxis e transmissão de um estilo”, Miriam Debieux Rosa e Emília Estivalet Broide propõem conceber a supervisão como interrogante ético e político da práxis e do discurso psicanalíticos. Para tanto, ancoram-se na larga experiência de supervisão exercida e teorizada pelas autoras para colocar em cena diferentes experiências psicanalíticas no contexto universitário, institucional e clínico, de modo a articular práticas clínico-políticas psicanalíticas.

Com base em 25 anos de experiência de supervisão em diferentes contextos e como parte de uma bricolagem teórica pessoal, Rosana Teresa Onocko-Campos, em “Supervisão clínico-institucional: apontamentos metodológicos”, defende que a prática da supervisão requer uma postura empática do(a) supervisor(a), que deve propiciar um enquadre firme e realizar uma análise das questões institucionais, convivendo assim com o paradoxo liberdade-controle. Nessa direção, apresenta apontamentos metodológicos finos sobre a supervisão clínico-institucional em sua relação com os diferentes atores e contextos em cena.

Os capítulos da segunda parte, intitulada *Invenções*, têm em comum a apresentação de diferentes contextos de atuação e a descrição das práticas desenvolvidas, incluindo o lugar da supervisão como atividade que contribui para dar sustentação teórica, técnica e ético política ao fazer dos(as) integrantes das equipes, que se encontram em diferentes momentos de formação.

Andréa Máris Campos Guerra, em “Psicanálise e transformação social: a supervisão como estratégia na universidade”, apresenta, desde seu lugar de professora universitária orientada pela psicanálise, uma experiência de extensão com adolescentes e jovens, em alguns casos autores de atos

infracionais. A autora mostra que a psicanálise pode contribuir para a transformação social, por meio de suas práticas, incluindo necessariamente a supervisão. Em seguida, no capítulo intitulado “Adolescência, acolhimento institucional e Psicanálise: peculiaridades de uma clínica em diálogo com as políticas públicas de proteção social”, Vlória Jamile dos Santos Jucá e Laís Flores Santos Lopes Costa apresentam uma experiência clínica junto a adolescentes que estão em situação de acolhimento institucional e fazem a aposta em uma micropolítica do cuidado e da formação em psicologia a partir do horizonte ético e teórico da psicanálise. Nesse contexto, o projeto cumpre uma dupla função, pois, além de ofertar atendimento clínico aos adolescentes, contribui para a prática clínica e formação de estudantes interessados numa psicanálise implicada.

“Construção do caso clínico: tecendo a rede no atendimento a jovens”, capítulo escrito por Angela Vorcaro, Aline Aguiar Mendes e Alice Oliveira Rezende, apresenta uma terceira experiência com adolescentes. Por meio da construção de caso, as autoras promovem reflexões sobre a clínica com adolescentes que apresentam sofrimento psíquico e são acompanhados por várias instituições. Trata-se de uma iniciativa que parte da universidade e inclui estudantes e supervisoras. As autoras mostram que a proposta possibilita o diálogo entre diferentes profissionais e a escuta à singularidade de cada adolescente atendido.

Na sequência, dois capítulos abordam práticas envolvendo atendimento a crianças. Em “A supervisão clínico-institucional no projeto de saúde mental: Brincando em Família”, Vania Bustamante e Lorene Amaral apresentam a experiência do programa de saúde mental Brincando em Família, atividade permanente vinculada ao Instituto de Psicologia, que oferece cuidado a crianças – acompanhadas de suas famílias – e integra em suas ações ensino, pesquisa e extensão. As autoras detêm-se nas especificidades da supervisão clínico institucional que se nutre da psicanálise. Em seguida, Andréa Hortélio Fernandes e Claudia Saldanha, no capítulo “A supervisão clínica a partir da Psicanálise e as diretrizes institucionais de um ambulatório de saúde mental infantojuvenil”, apresentam o caso clínico de uma criança atendida em um ambulatório de saúde mental, cuja supervisão ocorre no âmbito de um programa de residência. As autoras refletem sobre as peculiaridades do

trabalho psicanalítico e seus impasses, incluindo a atividade de supervisão no contexto institucional em questão.

No capítulo seguinte, “Supervisão clínico-institucional e Psicanálise: uma aposta que se faz em ato”, Suely Aires propõe um diálogo entre as práticas de supervisão em saúde, assistência social e direitos humanos por meio do relato de experiência da autora como supervisora no programa Corra pro Abraço. Tendo como eixo de trabalho a concepção psicanalítica de sujeito e o reconhecimento da noção de inconsciente, propõe-se a produzir, por meio da supervisão, a aposta em ato de um fazer clínico que indissocia singular e social.

O capítulo de Mônica Lima, João Batista Alves, Fernanda Rebouças e Leila Grave, intitulado “Supervisão compartilhada para a formação de psicólogas no Núcleo de Apoio/Ampliado da Saúde da Família”, inaugura a terceira seção da coletânea: *Formação*. Tendo como suporte teórico a psicologia social construcionista, as autoras e o autor apresentam a experiência da supervisão compartilhada como espaço que inclui estudantes de graduação, psicólogas e supervisora, no âmbito de práticas da saúde da família, enfatizando o caráter horizontal da supervisão e a construção conjunta de conhecimentos e reflexões. O capítulo “Intervir nos serviços de saúde em cenário de derrocada dos ideais e supressão do pensamento: narrar, elaborar e resistir”, das autoras Lilian Miranda e Marilene de Castilho Sá, apresenta uma experiência de intervenção e educação permanente junto a profissionais de saúde. Usando como recurso a produção de narrativas e como base teórica a psicossociologia, a experiência com os profissionais de saúde busca propiciar espaços de reflexão, expressão e elaboração sobre as suas práticas.

Para concluir, o capítulo “Significados e práticas relacionados ao estágio e à supervisão entre estagiárias de Psicologia”, de Roberval Passos, Fabíola Marinho Costa e Antonio Virgílio Bittencourt Bastos, aborda o significado de práticas relacionadas ao estágio e à supervisão entre estagiárias(os) do curso de Psicologia de uma universidade pública, evidenciando a importância do estágio na formação profissionalizante, assim como da atuação do(a) professor(a) que está nessa função de supervisão, para além da abordagem escolhida.

A diversidade presente nos capítulos apresentados aqui revela um ponto em comum: são produções de professoras(es) e pesquisadoras(es) de universidades públicas e fundações de pesquisa que pensam e praticam a supervisão. Em diálogo com equipes de trabalhadores, estudantes, extensionistas e público em geral, apoiam-se no tripé ensino-pesquisa-extensão a fim de afirmar a potência da universidade pública em seu compromisso ético-político de buscar um mundo mais justo. Trata-se, então, de um conjunto de textos que podem ser lidos como expressões de resistência criativa em tempos de necropolítica e de ataque às universidades.

PARTE I

FUNDAMENTOS

SUPERVISÃO EM PSICANÁLISE

CHRISTIAN INGO LENZ DUNKER

Psicanálise e brasilidade

O trabalho de supervisão em clínicas escolas de cursos de Psicologia apresenta uma série de peculiaridades relativas ao modo como a psicanálise se instalou na cultura brasileira. Isso guarda estreita relação com dois acontecimentos distintivos em comparação com inúmeras outras partes do mundo nas quais a psicanálise se estabeleceu. Antes de tudo pela sua antiguidade. A Psicanálise, enquanto um discurso, foi recebida pelos modernistas paulistas, já na década de 1920, como um contradiscurso a fazer frente à antropologia positivista de nossa aurora republicana. Ela exerceu papel importante também na formação de nosso parque psiquiátrico e na renovação de seu discurso diagnóstico, particularmente pela assimilação da ideia de que as modalidades de sintoma tinham sua origem em conflitos atuais e passados da vida dos pacientes e que, portanto, seria preciso escutá-los para entender sua psicogênese. Finalmente, a Psicanálise foi uma força discursiva importante no interior da discussão sobre a brasilidade entre os teóricos da sociologia, da literatura e da educação, formando parte de nosso questionamento sobre a identidade e sobre o papel da sexualidade no interior das relações de poder (Dunker, 2015). Se a presença do discurso sobre a Psicanálise é significativa antes da Segunda Guerra Mundial, não havia psicanalistas praticantes antes disso e nossas instituições de psicanálise são relativamente tardias em relação a outros países.

O segundo fato marcante diz respeito a incidência e autonomização da Psicologia como disciplina independente, em 1962, no contexto específico da ditadura civil-militar, que colocou em prática uma política de Estado, baseada no desestímulo aos cursos universitários em ciências humanas, tais como Filosofia e Sociologia, incentivando, por outro lado, os cursos mais práticos como a Psicologia. Isso determinou também que nossos cursos seriam profissionalizantes e habilitadores para a prática, o que não ocorre em quase nenhum outro país. A regra mais frequente é que um curso de Psicologia é eminentemente teórico, ao qual se segue um *training* ou uma especialização, com ou sem a anuência posterior dos órgãos que controlam atividades profissionais.

É nesse contexto preciso que, no momento de definir o tipo e o perfil de supervisão que nossos quintos anos dos cursos de Psicologia ofereciam, as sociedades de Psicanálise surgiram como um modelo óbvio. Por isso também no momento de fundação e sedimentação da psicologia clínica no Brasil, psicanalistas ocuparam massivamente os quadros requeridos. Convém lembrar que isso derivava de um outro processo, análogo, mas brevemente anterior ao da autonomização da Psicologia, ou seja, a organização e padronização da formação dos psicanalistas que deveriam, para se habilitarem à prática, realizar uma análise didática e um número regulamentar de horas de supervisão com um psicanalista mais experiente. Poucos se lembrarão que a formação universitária de nosso modelo de supervisão, com poucos alunos por grupo, atendendo pessoas de forma continuada, realizando diagnósticos com envolvimento direto e extenso, é um efeito da presença da Psicanálise, como forma sobredeterminante da montagem dos cursos de Psicologia, notadamente no que diz respeito à sua matriz clínica.

Supervisão e formação

O conceito de supervisão em Psicanálise faz parte do entendimento sobre como se dá a formação de alguém para a prática. A começar pela noção forte de formação (*Bildung*) que é, ao mesmo tempo, um conceito presente entre os autores do idealismo alemão e da metapsicologia freudiana. Para os primeiros, o conceito de formação, como, por exemplo, em Romance de

Formação (*Bildungsroman*), refere-se ao percurso de contradições que leva alguém a tornar-se o que é. Não se trata da marcha aquisitiva e progressiva de competências e habilidades, mas uma história de autodilaceramentos e de separações em relação às ilusões que nos constituem. Formação não se diz apenas de uma pessoa que ingressa na prática profissional, mas se aplica, sobretudo, a unidades simbólicas e coletivas, como a língua, a literatura ou um povo.

Freud reteve esta dimensão de formação tanto ao tornar a formação psicanalítica não especificamente dependente de um curso prévio de medicina, quanto ao declarar como seu ideal os saberes reunidos em torno da *universitas literarum*¹, incluindo história das religiões, literatura e filosofia, mas sem prescindir, por exemplo, da psicopatologia.

O segundo sentido de formação, concernente ao seu conceito em Psicanálise, está presente em Freud em noções como formação de sintoma (*Symptombildung*), formação de compromisso (*Compromissbildung*) e, em sentido mais genérico, formações do inconsciente (*Unbewusstbildung*) (Freud, 1989a). Trata-se aqui do processo pelo qual uma unidade simbólica, como um sonho, um ato falho ou um sintoma, é construída no curso e concorrência de vários conflitos entre o presente e o passado, entre o real e o ideal, entre o permitido e o proibido, requerendo, para tanto, deformações, desvios e regressões de toda sorte. Importante observar que o que se forma ao final do processo não é apenas a expressão, mas algo que conserva e nega em si o seu próprio processo de formação. O que se forma é o próprio trabalho do desejo. Lacan teria tomado tal observação para dizer que o psicanalista faz parte do próprio conceito de inconsciente e que ele se define não por atributos ou condições, mas por um desejo, o desejo de psicanalista.

1 “A fecundação dessas outras disciplinas pela Psicanálise certamente contribuirá para forjar um vínculo mais sólido entre a medicina e os ramos de saber da filosofia e das artes, no sentido de uma *universitas literarum*. Uma universidade só teria a ganhar com a inclusão do ensino da psicanálise em seu currículo. É verdade que este ensino somente poderia ser ministrado de forma dogmática, em aulas teóricas, pois quase não haveria oportunidade para experimentos ou demonstrações práticas. Para a pesquisa que o professor de Psicanálise deverá realizar, bastaria ele ter acesso a um ambulatório com pacientes ‘neuróticos’, e, quanto à psiquiatria psicanalítica, um serviço de internação também deveria estar disponível” (Freud, 2010, p. 380-381).

Isso poderia nos levar a desdobrar dois processos distintos, dividindo a formação universitária e a formação psicanalítica, aos quais se poderia acrescentar outras dimensões da formação, a formação de caráter, a formação política, a formação estética. Ocorre que essa divisão é totalmente contraditória com o sentido psicanalítico de formação, em que isso tudo se combina e concorre para a formação daquele desejo. Em outras palavras, há formação ou não e por ela o responsável é, em primeiro lugar e antes de tudo, o próprio sujeito. Diz-se que *aluno* vem daquele que está desprovido de luz, *ab-lumen*, e que o professor trará para sua alma a claridade iluminadora do saber ou do conhecimento. Isto pode servir para separar educação de formação, enquanto a primeira nos supõe no lugar de minoridade, em relação aos quais certos saberes e práticas devem ser impostos, a formação nos supõe capazes de nos separar do legado que nos foi imposto, por isso ela é marcada pelo esforço de separação, de dúvida e questionamento crítico da forma-saber até então em vigor. Para o raciocínio clássico, kantiano, isso requer um sujeito capaz de uso autônomo e público da razão, alguém que tenha se emancipado de sua minoridade.

Nesse ponto, a relação entre o percurso universitário e a chamada formação psicanalítica pode ser equiparada ao que Freud diferiu entre tratamento de ensaio (*Probebehandlung*) e início do tratamento (Freud, 1989a). Durante o período das entrevistas preliminares, conforme sua redesignação lacaniana, valem as regras que se espera para o tratamento: o paciente deve falar livremente, a atenção deve ser equiflutuante, prestamos atenção aos sintomas e assim por diante. Ainda não se decidiu se haverá desejo e condições objetivas e subjetivas para a realização da análise, mas, se isso acontece, o momento anterior é retrospectivamente integrado ao processo, e temos, então, a plena conta de que já lá, no início, havia uma análise em curso, ainda que isto tenha sido produzido por um ato que se deu após este momento. Isso não significa que tratamos alunos como analisantes, mas que não devemos desprezar o fato de que alguns destes estudantes podem vir, depois do transcurso dos acontecimentos, a considerar naqueles primeiros encontros universitários, os primeiros passos de ensaio, de sua formação psicanalítica. Enfatizemos bem este ponto. A formação não terá sido

iniciada depois da conclusão do curso universitário, mas antes, ainda que só subjetivemos isso depois.

A ética da formação

Isso traz algumas dificuldades e idiosincrasias para o ensino da Psicanálise na universidade e mais ainda para o ensino da Psicanálise em universidades brasileiras. É certo que, como professor, como orientador ou como supervisor de estágio, alguém não se colocará como psicanalista, pois esta é uma função que aloca do outro lado um analisante. Contudo, quando nos pomos a transmitir a Psicanálise, isso não se reduz a estas duas posições fixas e de certa forma complementares. Transmitir a Psicanálise pode ser feito também desde a posição de psicanalisante, afinal é deste lugar que Lacan declarava-se quando estava a oferecer seus seminários. E observemos que é neste lugar que se cultiva esta paixão tão cara aos psicanalistas que é a paixão da ignorância. Ao final e ao cabo, transmitir a Psicanálise nada mais é do que fazer passar a sua ética, que afinal subordina todas as relações que se poderá localizar no interior de seu discurso.

Se a primeira implicação da noção de formação é a que coloca o sujeito como responsável de seu próprio percurso, conforme o conceito de formação, a segunda é que esse percurso é coletivo, envolvendo relações reais e concretas com outros, relações que terão como fundamento e lei maior a condição ética colocada por Freud no que diz respeito ao tratamento do inconsciente, ou seja, a transferência. A transferência é esta condição ética primeira que será trazida pelos que se dedicam a transmitir a Psicanálise na universidade. Contudo, nem sempre as condições e as implicações desse conceito mostram-se compatíveis com as condições da vida institucional universitária, e isso terá consequências diretas para as três práticas habitualmente reconhecidas como fundamentais da formação psicanalítica: a análise, a supervisão e o estudo da teoria.

Levar a transferência para a prática da docência não implica em se autorizar a decifrar o inconsciente em sala de aula, mas levar em conta a transferência que cada qual mantém com a Psicanálise como fator importante da experiência com o saber. Isso implica considerar a atitude de professor

de forma particular, a começar pela ideia de que estamos contribuindo para a formação daquele sujeito, e não distribuindo saberes constituídos, de modo anônimo e imparcial. A parcialidade aqui deve ser entendida como crítica permanente dos motivos que levam alguém a ensinar a Psicanálise e em última instância fazer deste ensino parte do progresso de sua própria formação. Nesse sentido, o que este professor transmite não são apenas os conceitos, mas a sua relação com estes, e dentro de sua relação com o saber a sua própria transferência com a Psicanálise, até o limite de sua pesquisa sobre o inconsciente.

O segundo tópico problemático é que uma formação demanda uma análise própria, e isso não se pode impor ou até mesmo divulgar como um princípio genericamente bom e interessante por si mesmo. Procurar uma análise é uma decisão ética, e decisões éticas não podem se guarnecer ou se escusar em coerções disciplinares. Ainda que o princípio socrático de que se alguém quer cuidar de outrem, deve antes saber como cuidar de sua própria alma, seja justo e desperte certa congruência com a Psicanálise, disso não decorre que ele possa ser estipulado como uma regra geral. Em tese, uma docência que passe pela Psicanálise deveria buscar acolher e tornar produtiva a transferência de cada qual que nela se engaje. Em muitos casos, deverá se contentar com o fato de que a transferência ela mesma, ainda que se trate de um processo espontâneo, imanente às relações de amor, autoridade e saber, nem sempre de fato se particulariza para todos.

O terceiro princípio formativo é justamente a prática da supervisão. Também chamada de *controle*, a supervisão começou como uma atividade sistemática na qual se discutia casos com alguém mais experiente. Mas era tal o entranhamento entre as dificuldades na condução dos tratamentos de analisantes e os limites de cada qual com seus próprios sintomas, inibições e angústias, que se justifica porque os franceses chamam tal acompanhamento de *análise de controle* e que Lacan parodiava com a noção de *superaudição*. O conhecido adágio de que cada um só leva o tratamento de seus pacientes até onde foi o seu próprio torna-se agudo e problemático em uma situação na qual não há nenhuma pressuposição de análise pessoal e onde a transferência com a Psicanálise não é necessária e constitutiva, mas contingente e costumeiramente ligada aos professores que ensinam seus conceitos.

Agora, pode-se examinar com mais clareza as dificuldades representadas pelo ensino da Psicanálise nas universidades e mais particularmente nos cursos de Psicologia. Talvez isso possa ser feito sobrevalorizando seus pontos de difração e diferença em detrimento de todos os demais nos quais há potencial acordo ou conciliação.

Muito frequentemente estágios que envolvem contato com pacientes ou com situações de sofrimento são supervisionados por psicanalistas, tais como disciplinas de diagnóstico, técnicas projetivas, psicoterapia ou psicopatologia. Disciplinas implicam horas de estágio prático, muitos deles necessários para a obtenção do diploma de bacharel em Psicologia ou mesmo de psicólogo. Pode soar bastante razoável, em um país que opta por tornar seus cursos básicos de Psicologia habilitantes para a prática da psicoterapia, que seus alunos tenham uma razoável exposição à clínica e contato com pacientes. Segundo o raciocínio elementar de que se o curso de Psicologia é profissionalizante essa deve ser uma habilidade verificada para-todos os alunos, e segundo o princípio maior de que a universidade dispensa um currículo mínimo que tem força de lei, é bastante razoável que todos se vejam diante de estágios que envolvam pessoas em situação de sofrimento. Contudo, nem todos os que se interessam por um curso de Psicologia, tem em mente o trabalho com pacientes. Muitos deles, senão a maioria, orienta sua formação para outras áreas como educação, empresa, judiciário e até mesmo a pesquisa científica. Este argumento justifica que dentro da regra que se aplica para-todos, existem aqueles que a cumprirão sem grande interesse, de forma meramente protocolar ou objetarão infortúnios pessoais na tarefa. Essa atitude é compatível com a posição moral de aluno, mas incabível do ponto de vista da ética da Psicanálise. Ninguém deve ser confrontado com a obrigação de *cuidar de outra pessoa* e seria até mesmo obsceno, deste ponto de vista, expor um paciente à mera condição de circunstância necessária para o cumprimento de créditos educativos.

Mas a real diferença reside nas razões que nos levam a concluir por uma ou outra direção, razões que não se deduzem do *para-todo*, mas do *este* que está envolvido no encontro *deste* terapeuta com *este* paciente. Mesmo aquele que se dispõe, por interesse e transferência, a progredir na formação clínica deve, sobretudo, ter em mente que esta se pauta por uma temporalidade

específica. O desejo não é a vontade, e o desejo de escutar pacientes não equivale à conclusão que isso é compatível com a lógica temporal daquele processo formativo.

Como saber, então, se é o momento? Se temos condições? Como discernir o que queremos quando nos interessamos pelo sofrimento alheio? Perguntas como estas são incontornáveis na formação do clínico. Criar-se e cuidar de questões como estas nos permitem discernir, por exemplo, quando temos uma formação em curso. Sua ausência, seguida de convicção sem reticências, costuma prenunciar o pior. Ainda que as respostas sucedam-se ao longo do tempo com surpreendentes descobertas e inversões de propósitos, podemos entabular uma resposta inicial que nos oferece uma caricatura possível. Para cuidar de outrem, é preciso antes cuidar de si e é no contexto desta experiência que a verdadeira formação se estabelece. Não é por outro motivo que a maior condição para se tornar psicanalista é passar por uma análise própria e pessoal.

O que nos leva a escolher cuidar de outras pessoas, a se interessar por suas vidas e por suas condições de sofrimento, retoma inexoravelmente os cuidados e tratamentos recebidos durante nossa própria experiência. Uma escolha como esta frequentemente representa um sintoma, ou seja, uma *formação de compromisso*, que emprenha e realiza nosso desejo de maneira deformada e não plenamente reconhecida. Poder-se-ia objetar, nesse ponto, que a vontade de fazer o bem e de levar os outros a conhecer informações relevantes e libertadoras sobre si mesmos não necessita de qualquer outra justificativa, incluindo-se na mais geral tendência altruísta dos seres humanos. Infelizmente, isso não basta para a ética da Psicanálise, que olhará impiedosamente nossos ideais, inclusive este do amor ao próximo, com suspeita. E com mais suspeita se deterá diante daquele que se autoriza a fazer o que faz em nome do bem. Frequentemente, perceberemos que, em troca desse bem, o que se espera é o reconhecimento e gratidão de quem se cuida. Para a Psicanálise, esta é uma péssima troca. Uma troca que permite distinguir a Psicanálise, entre as psicoterapias, como uma prática que extrai sua força não apenas de nossos ideais benévolos e de nossas satisfações narcísicas, mas também das moções hostis e menos admissíveis que costumam comparecer na transferência, com todas as variantes, inclusive odiosas e eróticas, do

amor. Isso teria levado Lacan a dizer que a ética da Psicanálise não é uma ética do *fazer o bem*, mas do *bem dizer*. Uma vez que essa ética orienta a formação em geral, ela se aplica à supervisão em particular.

Clínica geral

Vimos que a Psicanálise no Brasil se introduziu de forma incomum nos currículos universitários de Psicologia, bem como participou ativamente da formação da psicologia clínica brasileira. Observemos agora que os modelos de supervisão se desenvolveram em uma época em que a Psicanálise era exercida majoritariamente por médicos. A discussão sobre seu ensino nas universidades, até o surgimento do primeiro departamento estritamente psicanalítico, na França dos anos 1970, supunha que este seria precedido por uma formação em Medicina. Durante os anos 1960, discutia-se palmo a palmo, país a país, a admissão de candidatos não médicos pelas sociedades de Psicanálise. Isso se opunha abertamente às recomendações de Freud sobre a chamada questão da análise leiga, sendo o termo “leigo”, nesse caso, relativo a não médicos. Mesmo no caso de filósofos, advogados, enfermeiros e assistentes sociais, carreiras de onde emergiram os primeiros *leigos* psicanalíticos, recomendava-se uma formação universitária qualquer, contudo, presumia-se que estes tinham pelo menos uma experiência clínica como referência: a sua própria.

A situação muda de figura inesperadamente quando se observa a disseminação da Psicanálise entre os cursos emergentes de Psicologia. Freud jamais previra que sua invenção desse margem e impulsionasse decisivamente a autonomização de um novo curso universitário como a Psicologia. Quiçá ele jamais imaginasse que seu método de tratamento das neuroses se tornasse sinônimo de psicoterapia em quase todo o mundo, contribuindo decisivamente para sua implantação como prática social, pelo menos no Ocidente cristão.

Isso introduz uma novidade na formação. Alunos que serão tratados segundo sua posição subjetiva de responsáveis por suas próprias formações, que estarão sujeitos a questionamentos éticos que problematizam sua requerida obediência moral e, finalmente, se encontrarão com um primeiro

paciente sob tais condições. Refiro-me aqui a um fato que talvez testemunhe a absorção psicológica de uma consideração psicanalítica, isto é, a observância em muitas instituições de facultar ao estudante a escolha da linha, escola ou abordagem clínica com a qual deseja trabalhar. Nem sempre isso se efetiva por limitações práticas, mas remanesce um razoável consenso de que escolhas desse tipo devem estar subordinadas a afinidades, identificações e demandas que a Psicanálise reúne sob a efígie conceitual da transferência.

Isso traz uma dificuldade adicional para o supervisor. Ele terá que, ao mesmo tempo, introduzir princípios gerais de escuta e acolhimento e apresentar regras elementares do raciocínio clínico. Ele terá que favorecer o desenvolvimento de dotes terapêuticos ligados ao uso da palavra, como a empatia, a franqueza, a disposição para a confiança, a curiosidade e interesse pela vida de seu paciente, que favorecem neste a abertura para a fala, mas também apropriar-se na ética da relação com a verdade do desejo, esboçar e encontrar seu estilo, autorizar seu desejo de escutar, enfrentar as evocações identificatórias e o apelo imaginário que a dimensão trágica do sofrimento traz consigo. Para Lacan (1988), a Psicanálise não é apenas um método de tratamento e um procedimento e investigação, ou uma teoria que colige tais práticas, ela é também uma ética, a ética trágica do desejo, e um discurso, ou seja, uma nova forma de laço social. Como se não fosse suficientemente desafiador entrar em conta com a estilística terapêutica, no plano das táticas da palavra e com a política do tratamento, que se fundamenta na ética da Psicanálise, o jovem que recém perdeu sua segurança de aluno terá sua primeira experiência no exercício do método clínico.

O método clínico importa para a Psicanálise mais como estrutura de pensamento e forma de racionalidade do que pelos elementos empíricos que definiram sua emergência, em fins do século XVIII, como uma clínica do olhar, orientada pela leitura dos sintomas, no quadro de um novo conceito de saúde – o silêncio dos órgãos – e de vida – como sistema de órgãos e tecidos (Foucault, 1998). A Psicanálise subverte tanto seus procedimentos básicos, que são o exame clínico e a anamnese, bem como seus elementos estruturais, *semiologia*, *diagnóstico*, *etiológica* e *terapêutica*, mantendo-se, no entanto, como uma clínica (Dunker, 2012). A disciplina do *exame clínico* tornou-se para nós a atenção regular, ainda que equiflutuante,

ao estado geral e ao estado transferencial de nossos pacientes naquilo que se relaciona às incidências do Real, do Simbólico e do Imaginário, enquanto a *anamnese* evoluiu para a pesquisa dos sintomas e para nosso interesse por suas variações, intensificações, origens, alterações e tudo o mais que compõe seu regime de verdade. Tudo isso estava pressuposto pela formação médica de Freud e dos primeiros psicanalistas, e precisa ser considerado na formação da disciplina clínica de cada psicanalista.

Ele terá que aprender a reconhecer os elementos de semiologia de linguagem que correspondem aos chistes e sonhos, aos sintomas e atos falhos, às repetições e insistências do discurso. O reconhecimento de como, ao falar, nós repetimos e encenamos a história contada, a quem ela se destina naquele momento o levará a reconhecer as recorrentes estratégias transferenciais. A atenção aos silêncios, a rupturas e demais suspensões, incoerências e fragmentações da fala permitirá entrar em contato clínico com o que se chama de resistência. E a percepção de que tais movimentos relacionam-se com o modo como ele mesmo se instala como figura e lugar no discurso de seu paciente mostrará como a resistência não é um fato de má vontade ou insinceridade, mas satisfaz determinações inconscientes segundo sua lógica própria.

Uma vez que não há clínica sem diagnóstico, trata-se também de formar uma suposição sobre como aquela forma de vida articula seus modos de sofrimento, a articulação entre demandas, identificações e transferências, seus esforços de nomeação do mal-estar, bem como o estado do saber e a posição do sujeito diante dos sintomas, inibições e angústias. O diagnóstico não é só sob transferência, ou seja, inferido dos modos de relação na linguagem, mas também da transferência, o que concorre decisivamente para a avaliação sobre se o tratamento é possível e se ele é desejável, diante das condições subjetivas e objetivas que se apresentam.

O terceiro procedimento clínico do início do tratamento é justamente relativo ao estabelecimento da transferência, em sua função de causa e condição, para a associação livre e da atenção equiflutuante. Isso envolve dois movimentos fundamentais: a implicação subjetiva, pela qual indagamos sobre a participação do sujeito na desordem da qual ele se queixa e a retificação das relações do sujeito com a realidade, na qual indicamos as linhas

de fissura e indeterminação que se abrem em sua *teoria do adoecimento e sua concepção de cura*. Outra forma de falar desse desencadeamento calculado da transferência é a chamada histericização do discurso, passagem regressiva ou progressiva do discurso do mestre e do discurso universitário, ao discurso da histeria. Este giro discursivo opera-se pela entrada em cena de algo que faz função de causa, ou de etiologia, se lembrarmos a proveniência do termo na estrutura da clínica clássica. Há várias formas de captar esta incidência da causa na Psicanálise de Lacan: pelo tipo de negação da verdade, pelo objeto *a* causa de desejo, pelo objeto *ágalma* que faz causa para o amor. A entrada da causa no interior da relação permite que a transferência mostre-se então como a suposição de um sujeito ali onde o saber inconsciente mostra-se como falho e como falta.

A última questão clínica, sem a qual não se pode concluir as entrevistas preliminares, diz respeito à função da interpretação. Ainda que desavisada ou preliminar e baseada apenas nos efeitos sugestivos de um significante qualquer, a presença de efeitos interpretativos coloca a função do inconsciente articulada ao tratamento. Seja pelo dizer que perturba o saber instituído, pela enunciação que faz presença, ou pela resposta sobre a demanda, podemos intuir ou verificar os efeitos terapêuticos e de reposicionamento diante do sofrimento ou do sintoma que representam ganhos iniciais. Com isso, a história da doença (*krankengeschichte*), que se confunde com a história dos sintomas, abre-se para uma nova história, a transferência como história dos desejos desejados, com a força da interpretação que ela autoriza. Índices de que há uma resposta transformativa que autoriza o prosseguimento do processo.

Portanto, a supervisão, e particularmente no início da formação, nas circunstâncias que salientamos acima, presta-se à introdução em uma experiência. Seu objetivo é favorecer que o terapeuta iniciante faça o melhor que pode com seus próprios recursos, que ele se encontre em seu lugar e exerça sua forma de escutar. Neste momento, experiências transformativas, provenientes da vida que precedeu aqueles primeiros encontros, exercem um peso proporcional que não é desprezível. Retomando o conceito de formação, aqui se verá a retomada de experiências pessoais de encontros, cuidados e perdas, de incertezas e elaborações, de percursos éticos e estéticos,

sem falar na reelaboração inteira do plano conceitual sob a ótica de sua apropriação prática.

O caso clínico

A prática da supervisão geralmente consiste na apresentação do caso pelo supervisionando seguida da exposição de suas dificuldades e consideração compartilhada pelo supervisor sobre os caminhos tomados pela direção daquele tratamento. Às vezes, discute-se um obstáculo transversal e recorrente em muitos casos. Outras vezes, questões atinentes à formação. Existem supervisões que se concentram no exame de decisões clínicas que podem alterar o curso do tratamento, outras que se dobram sobre problemáticas mais pontuais, outras ainda que enfatizam a coesão intencionada pela noção de *práxis*, ou seja, a relação entre os conceitos e a experiência tal que seus meios e fins se apresentem indissociados da relação entre o agente e o outro.

Este retrato não nos informa, porém, o quê ou quem, exatamente, será supervisionado. A resposta mais óbvia é que tratamos do caso ele mesmo, por isso ele deve ser criteriosamente redigido, de tal forma a conter todos os detalhes ocorridos, com a maior precisão descritiva possível. Isso é coerente com a hipótese de que o terapeuta, estagiário ou aluno está a agir sob tutela daquele que é o verdadeiro responsável pelo que virá a acontecer. É ele, o supervisor, que deve prestar contas ao Conselho Regional de Psicologia numa eventual situação de imperícia, negligência ou imprudência. É ele que está habilitado pelo Estado para exercer a prática da psicoterapia, prerrogativa jurídica de médicos e psicólogos. É ele também o docente responsável pela disciplina, que assinará os boletins de notas e sancionará os relatórios de prosseguimento, encaminhamento ou encerramento do caso junto à Clínica Escola. Finalmente, é o supervisor e não o estagiário que está investido da autoridade e do saber necessários para dirigir um tratamento psicológico, dada sua experiência e formação especializada. O *caso* constitui-se na medida em que alguém inscreve sua demanda em um discurso endereçando-a a um equipamento, em nosso caso público, de saúde mental. Portanto, o *caso* é um acontecimento institucional que deve seguir sob cuidados e prerrogativas de um duplo serviço público: de educação e

de saúde. Por isso ele deve subordinar-se às regras, condições e benefícios que assim se consigna: triagens, protocolos, consensos, regulamentos, consentimentos livres e esclarecidos – em caso de pesquisa. Lembremos que, em geral, o que faz *caso* em instituições de saúde, convocando a urgência da supervisão, é justamente aquilo que se coloca de forma residual e excepcional à circulação ordinária de processos e pessoas. A escuta disto que não se inclui, permanecendo em ruído, polifonia, disfuncionamento ou exclusão tem sido habitualmente ligada à função do psicanalista em instituições.

Em tese, nenhuma das exigências acima seria incompatível com a Psicanálise. Ela pode ser considerada como um método de tratamento de sintomas, como qualquer outra forma de psicoterapia. Ela é laica e cientificamente referida, formando parte como recurso e como técnica de nosso esforço para melhorar a saúde e profilaxia da população em geral.

Contudo, o que vale como princípio geral facilmente se contraria quando olhamos para as circunstâncias do caso particular. Observemos que a mais banal constatação institucional de que o supervisor possa ser ele mesmo o responsável pelo caso contraria fortemente tanto a noção psicanalítica de formação, quanto a ética na qual esta se insere. A perspectiva de que, diante de uma pessoa que sofre, nós coloquemo-nos como emissários ou porta vozes de um saber alheio e externo é incabível diante do que vimos anteriormente. A premissa de que um psicanalista não se autoriza senão de si mesmo e seu corolário, de que o fulcro na substância terapêutica é o próprio desejo do psicanalista torna inviável supor que alguém possa atender outra pessoa pela garantia ou *extensão de um terceiro*. É isso que distingue um aluno de um clínico, ainda que este último seja pouco experiente. Entrar em uma sala com alguém que sofre para escutar seu destino, que se coloca naqueles poucos minutos em nossas mãos, e responder desde a posição subjetiva de quem está *cumprindo ordens* não é tolerável. A escolha ética de escutar o outro, sob tais circunstâncias, é um gesto intransferível e não alienável. Nada é mais terapêutico do que a qualidade da relação que ali se estabelece, portanto, supor que seu centro possa estar ausente seria um lastimável desperdício de recursos.

Aqui o problema desdobra-se em um segundo nível que diz respeito ao próprio conceito de caso clínico feito equivalente do que o supervisionando

conta sobre o ocorrido no encontro com seu paciente. Ora, pelo exposto acima, o que se supervisiona em uma supervisão não é o paciente em si, mas o sujeito que por ele se engaja quando se coloca a escutá-lo na situação clínica, ética e técnica de uma sessão. Isso não decorre de que sua memória pode não ser ideal, pois há salas de espelho e recursos de filmagem ou gravação que poderiam substituir, com vantagens, os lapsos de memória, as escolhas temáticas, os recortes que aquele supervisionando faz ao nos trazer a sua versão do ocorrido. Se lidamos com esta versão do ocorrido, isso é uma exigência de método, não uma limitação técnica. Assim como diante de nossos pacientes, não verificamos a paridade do que eles nos contam com a realidade ou a pertinência dos que eles nos dizem com a verdade dos fatos, não estamos propriamente interessados na exatidão descritiva dos acontecimentos, mas em como aquele sujeito, o supervisionando, coloca-se diante da situação que ele deverá reencontrar logo depois com o seguimento do atendimento. Como ele criará hipóteses, agrupará o *material* discursivo, como ele iluminará uma narrativa em detrimento de outras, como ele convocará certos conceitos e não outros, tudo constitui o exercício clínico fundamental da formação, que não pode ser substituído pelo incentivo à posição de acertos e erros julgados segundo um crivo impessoal, seja o da teoria, seja o da experiência do supervisor. Aliás, quando o supervisor, os elementos teóricos ou a própria deontologia moral do supervisionando adentra a sessão, sabemos que em geral algo vai mal.

Isso traz consequências dramáticas para o sistema de responsabilizações que cria um caso a partir de sua inscrição em um sistema de discursos que se hierarquizam do ponto de vista da responsabilidade social. As regras que se colocam *para-todos* podem não ser convenientes para *este*. Aqui costuma emergir a querela possessivista sobre a quem ele pertence, o paciente, e que regime de contratos regulam sua circulação. Neste ponto, as relações entre o psicólogo e o psicanalista, que pareciam tão conciliáveis, tornam-se um pesadelo. Contratado juridicamente como psicólogo, sujeito a deveres e obrigações que são os de qualquer profissão, o psicanalista responde de outro lugar. Quando o inquire porque ele não se profissionaliza, inscrevendo sua atividade como uma prática qualquer regulamentada pelo Estado, como tantas outras, ele se insurgirá, convocando argumentos seculares, que aqui

resumimos, mas ele também lembrará que esta situação de exterioridade íntima é condição para o que melhor ele poderá oferecer, para seu paciente e para a instituição.

Desse ponto de vista, vale o antigo dito de que “a clínica é soberana”. É ela que decidirá sempre o que melhor convém para seu próprio andamento. O caso não pertence à instituição, nem ao supervisor, nem à disciplina, nem à Clínica Escola. O caso pertence a quem o constitui do ponto de vista da transferência e da aposta no tratamento. Tudo o mais deve se subordinar a isso. Tal posição trará óbvio embaraço à nossa partição intuitiva entre ordem privada e ordem pública. Se do ponto de vista público todo tratamento deve ser gratuito, e é muito justo que assim seja, do ponto de vista clínico a ausência de pagamento pode ser desastrosa para um tratamento, mas não para todos. Por exemplo, Freud não recomendava tratamentos gratuitos pelo potencial sentimento de dependência, de dívida simbólica e de desfavorecimento da transferência. Isso não significa que nenhum tratamento pode funcionar se não houver pagamento. Françoise Dolto desenvolveu modalidades de pagamento simbólico, em forma de flor ou de desenhos, ou até mesmo uma moeda que fizesse tal função para uma determinada criança. Na prática, alguns casos se congelam na ausência do tipo de implicação que o pagamento pode causar. Privar tais casos da possibilidade de pagar é um óbvio desrespeito ao interesse público de disponibilizar o melhor tratamento possível para seus cidadãos.

Outro exemplo. Diante da regra que deve incidir como igual para todos, e da confusão entre espaço público e interesse público, não se deveria facultar que pacientes possam determinar condições de escolha de seus terapeutas, vamos dizer, quanto ao gênero, idade, cor ou apresentação. Um direito óbvio, que viola ou desfavorece aspectos que podem ser decisivos para esta pessoa ou para aquela, mas não para todas, quanto ao desenvolvimento da transferência. O mesmo se poderia dizer da passagem de um paciente para outro terapeuta conforme as conveniências institucionais, a sazonalidade curricular dos atendimentos, a escolha de atender pais e filhos, a frequência das sessões, a circulação de informações pessoais em relatórios e tudo o mais que é habitualmente percebido como um contrato fixo e homogêneo, pública e juridicamente legislável. Para a Psicanálise,

só há exceções e lutamos tenazmente para que elas possam ser escutadas enquanto tais, pois nem toda exceção é corrupção da norma, boa parte delas representa apenas casos da norma que ainda não foi escrita, quando não mero exercício de poder.

A construção do caso clínico

Se o caso clínico não equivale ao acontecido na sessão, pois nossos analisantes não são casos, mas sujeitos, e se ele não é sancionado pela norma institucional, nem reduzido à palavra do supervisor, onde está o caso? Para a Psicanálise, o caso é uma construção discursiva, não uma realidade natural. Construção aqui deriva do conceito psicanalítico de construção (*konstruction*), que se refere a certas intervenções do psicanalista que não estão subsidiadas diretamente no material lembrado, mas que coligem o material produzido pela interpretação em uma espécie de suposição que articula pontos contraditórios e pontas soltas de suas conexões históricas. A construção surge em nosso auxílio quando chegamos ao limite do que pode ser lembrado.

O objetivo da supervisão pode ser agora melhor delineado. Ela visa auxiliar o supervisionando em seu próprio trabalho de construção do caso. Essa construção reúne a Psicanálise como método de tratamento e a Psicanálise como método de investigação, ou seja, ela funciona como uma espécie de agregado de hipóteses que permitem avaliar o progresso da situação do tratamento e a direção da cura. Para tanto, é importante que ele parta do material narrativo e dos significantes fundamentais de um caso, contudo nenhuma unidade poderá ser alcançada sem algum grau de ficcionalização. Isso não significa que o supervisionando inventará detalhes para confirmar suas preconcepções, mas que, ao reunir e recortar o material de forma mais rigorosa e textual possível, ele mesmo não deve se esquecer que o produto é um efeito de ficção. Isso protege o supervisionando de aplicar as reflexões tecidas no interior do caso ao seguimento dos acontecimentos e naturalmente guiá-lo segundo certo viés de confirmação.

Sejamos categóricos: não se trata, na anamnese psicanalítica, de realidade, mas de verdade, porque o efeito de uma fala é reordenar as contingências passadas dando-se um sentido de necessidades por vir, tais como as constitui a escassa liberdade pela qual o sujeito as faz presentes (Lacan, 1988, p. 257).

Uma anamnese na qual se trata de verdade só pode ser composta levando em conta que, para Lacan, a própria verdade tem “estrutura de ficção”, ou seja, ela é posta segundo uma perspectiva que não exclui aquele que fala daquilo de que ele fala. Reordenar contingências passadas é uma indicação de como a Psicanálise pensa o passado não como acúmulo de acontecimentos, mas como uma contingência de significação que o produz a cada presente e para cada outro presente. Construir um caso é, portanto, organizar o seu passado como uma contingência, mas de tal forma que este reordenamento se abra para um futuro que estaria sujeito a alguma ordem de necessidade. O termo retém aqui a sua dimensão lógica, que não nos leva a antecipar o futuro ao modo de um prognóstico, mas de fixar as nossas expectativas quanto ao caso, de modo que ele possa mais uma vez nos surpreender, criando esta escassa liberdade necessária para que, a cada presente, possamos estar à altura da associação livre que se realiza. É nestes termos que se pode entender por que a escrita de um caso deve ser a escrita de seu fracasso, de sua singularidade como aquele traço que contraria a mera redução do caso à regra, do particular ao universal.

Construir o caso é retirá-lo de sua experiência privada e de certa forma torná-lo público, não pela violação de seu sigilo, mas pela sua articulação com os conceitos, em primeiro lugar, e pela formalização dos conceitos no seu momento de formalização, o que vem a ocorrer apenas em alguns casos, as exceções.

A supervisão em instituições

O trabalho de Emília Estivalet Broide (2017) aborda de maneira clara e ágil o tema da supervisão, aparentemente pouco desenvolvido entre os estudos lacanianos, considerando-se a magnitude de sua importância formativa, clínica e transmissiva. Encontramos aqui uma boa síntese das perspectivas mais

importantes sobre a matéria com uma apresentação histórica que permite apreender algumas oscilações de perspectiva. Duas questões se destacam no texto, pedindo um desenvolvimento: a “extração da lógica do caso” e as diferenças entre a supervisão no contexto institucional envolvendo psicólogos, médicos e outros trabalhadores da saúde.

Tratar-se-ia aqui mais de uma transmissão do que de um ensino no sentido de um saber sistematizado. O que se passa por transmissão passa por negatividade dos meios e por uma reinvenção da forma, necessária ao processo de reapropriação de um fazer no contexto do estilo e das contingências do praticante.

A peculiaridade da supervisão analítica para *leigos*, para retomar a expressão freudiana, e mais especificamente no quadro da intervenção social em Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (Suas) é que ela converge para uma espécie de apresentação em ato dos efeitos do inconsciente. O inconsciente não é aqui pressuposto, mas hipótese. Por isso a supervisão extrai sua força organizativa, em termos da transferência, a partir do *não saber* ou da douda ignorância como estratégia para operar giros de discurso e impulsionar a implicação do desejo. Esta seria uma extensão possível entre as acepções históricas de Psicanálise:

[...] a palavra psicanálise tornou-se polissêmica. Em sua origem designou um determinado método catártico; agora também se tornou o nome de uma ciência, a ciência dos processos inconscientes. [...] O terreno de aplicação da psicanálise tem a mesma extensão que o da psicologia, a qual agrega um complemento de poderoso alcance (Freud, 1989c, p. 65).

Conforme a expressão de Vorcaro e demais autores (2016), é preciso “fazer caso”, pois o caso nunca é um mero depósito de inscrições institucionais ou uma rotina de decisões. O caso faz obstáculo ao trâmite.

Recupera-se aqui o fato de que Freud inicia sua carreira clínica como supervisor de Breuer. Ao contrário de Fliess, Charcot ou Chrobak, que se poderia dizer, foram supervisores de Freud, Breuer é de fato uma situação anômala, de alguém mais jovem e menos experiente, vale dizer menos ciente,

supervisionando alguém mais experiente. Isso concorre muito para a tese sobre a função do não saber, redobrando-a e confirmando-a em ato histórico.

Mas a fronteira entre Psicanálise e instituições possui um limite interno também, a fronteira entre o campo clínico e, por exemplo, o domínio administrativo. Nela, o paciente deve ser criteriosamente distinto e separado das práticas de gestão. Há caso clínico onde há clínica, e quais seriam as condições elementares disso? A resposta depende um pouco do tipo de supervisão e das modalidades que poderíamos discernir conforme a ênfase da experiência recaia sobre sua função, sobre o sujeito, sobre a formação de supostos ou sobre o próprio saber. Se a transferência define-se como função do sujeito suposto saber, ela mesma pode ser qualificada pelos seus diferentes vértices de composição.

Há supervisões que visam retirar o clínico de seu embaraço. Elas têm a ênfase no supervisionando, como o embaraço de Breuer diante de Ana O. Para elas, a ignorância socrática e o método de *Mênon* são fundamentais. Mas há supervisões que enfatizam o modelo clínico, no qual a ênfase estará no paciente. Ele é o objeto próprio da supervisão. Não é o analista em supervisão, nem seu paciente, mas a própria prática da Psicanálise, como advoga Safouan (2006). Há ainda supervisões que tem por foco o elemento da formação e aqui a ênfase está no supervisor. Ele se faz uma testemunha solidária para repor em jogo o pior. Aqui se verá também o trabalho sobre a contratransferência assumir virtual protagonismo, combinando os dois primeiros tipos de supervisão. Finalmente, há supervisões que colocam sua ênfase no analista do supervisionando. Neste caso, a indicação ética para o desejo de analista do lado do supervisionando, o desejo de saber torna o tema controverso.

Considerações finais

De fato, a supervisão é o pé manco da formação psicanalítica. Quando dizemos análise pessoal, em que pese a querela genérica, sabemos dizer o que é uma Psicanálise própria ou “pessoal”. Em que pese a ainda mais vasta querela sobre o que seria a doutrina psicanalítica, ou ainda a sua “teoria”, intuímos a prática de leitura e crítica que ela nos impõe. Mas, quanto à supervisão,

não nos resta nenhuma definição ou qualquer proposição canônica, afora o anedotário. Surgida como uma espécie de arremedo para o fato de que uma análise e a leitura de textos faziam uma escada clínica, na qual se podia subir com os dois pés, mas não um banquinho, no qual se podia sentar e observar.

Penso que este estado relativamente indeterminado da prática pode ser melhor elucidado se pudermos separar a supervisão de duas outras práticas que lhe são afins, mas que dela se distinguem por uma diferença de finalidade. Antes de tudo, seria preciso lembrar que nos tempos de Freud, mas também de Lacan, até certo ponto, os psicanalistas eram médicos. E quando não eram, pedia-lhes alguma experiência com pacientes e com a clínica em geral. Ou seja, estava pressuposto ao psicanalista em formação que ele conhecesse os procedimentos clínicos elementares da anamnese e do exame clínico, bem como dominasse, de alguma maneira, a semiologia e a diagnóstica em psicopatologia. É nesse sentido que se pode entender a afirmação de Lacan de que na anamnese psicanalítica se trata de verdade e não de realidade, ou a asserção freudiana de que a abertura e o encerramento do tratamento eram as partes mais fáceis de formalizar – pois nelas os procedimentos clínicos são mais regulares. Há, portanto, uma parte da experiência de supervisão que descende da antiga disciplina da clínica, tal como vemos em Charcot e na, até hoje praticada, apresentação de pacientes.

A disciplina da clínica possui estrutura didática e por isso ela contempla uma formação (*bildung*). Nela, alguém mais experiente transmite aos seus alunos ou discípulos certas regularidades, *dando a ver* um conjunto de signos que aos psicanalistas são apenas escutáveis, mas que de toda forma compõe uma semiologia, uma teoria geral dos signos, que Freud nos apresentou em suas três obras fundadoras *Interpretação dos sonhos*, *Chistes e sua relação com o inconsciente* e *Psicopatologia da vida cotidiana* e que, em Lacan, sinteticamente aprendemos a cernir em torno da tese do inconsciente estruturado como uma linguagem. Ou seja, sem discernir certas estruturas elementares de linguagem, não é que não seja possível a Psicanálise, só não é possível a clínica da qual a Psicanálise é um caso particular. Quero crer que muito do que se faz em supervisão é da ordem da introdução à semiologia da clínica, ao domínio desta língua de signos, sintomas, traços e sinais. É o que aparece na justa lembrança de que a supervisão remete à disciplina (*kontrolle*

ou *controlèe*) do olhar (supervisão), ou seja, uma observação (*Psychoanalytische Beobachtung*).

Do outro lado do rio da supervisão, podemos posicionar o esforço de generalização e a procura de regularidades conceituais e práticas. Ou seja, a supervisão ambiciona passar da experiência particular de um caso para a sua transmissão. Nesse caso, entende-se que a supervisão envolve um exercício de ciência, de generalização, de inclusão ou de disjunção com relação a uma tradição que nos precedeu e da qual faremos parte. Aqui falamos em escrita do caso ou em construção do caso, como uma passagem do plano narrativo e imediatamente prático do *que fazer?* para a perspectiva representada pelo que o caso nos ensina. E, nesse contexto, a supervisão é parte da elaboração do luto do analista, de seu processo de separação em relação à experiência que lhe deu causa. O caso construído substitui o caso narrado e este substitui o caso acontecido em uma série que vai se impessoalizando. É por isso que conta aqui menos a ideia de formação, referida ao sujeito que aprende um fazer, e mais a expressão “transmissão”, referida a um sujeito que passa adiante, com aperfeiçoamentos, uma mensagem que ele recebeu. É nesta medida que o analista em supervisão vai se *autorizando*, vai adquirindo autoria, vai se apropriando de um estilo que será o seu, mais além do caso e do supervisor. Assim, se na disciplina da clínica trata-se de hierarquia de saberes, na transmissão do caso trata-se de autoria de um saber.

Entre estes dois extremos, da supervisão como disciplina da clínica e a supervisão como transmissão de um fazer, há a terceira margem do rio composta pela supervisão ela mesma. E nela seria interessante marcar que não há nenhuma necessidade de que o supervisor seja mais experiente ou mais velho do que o supervisionando. Não me refiro apenas às supervisões *horizontais* que foram tão importantes em minha formação, mas também à essência do que está em jogo. Pois se como clínicos estamos um pouco como professores, e se como auxiliares da construção de um caso estamos como *cientistas*, como supervisores estamos entre pares. E a finalidade da supervisão é ajudar o supervisionando a fazer melhor o que ele já está fazendo. É permitir que ele se escute e que se refaça, a cada vez a equação das quatro transferências: com o paciente como sujeito, com o supervisor como função e com a Psicanálise como suposição ou com o saber como meio de transmissão.

E que essa reconstrução renda o melhor resultado possível das condições reais dadas.

O que muda na crítica lacaniana da análise didática não é o conceito de análise, mas o conceito de didática. A didática não é a passagem do saber de alguém mais experiente para alguém menos experiente, nem a busca universal da singularidade, extraída da particularidade do caso, mas o trabalho do saber que estrutura e define o inconsciente. É nesse sentido que a supervisão é do supervisionando, não é do caso. E digo isso no sentido do genitivo objetivo (do caso *criado* pelo supervisionando) e do genitivo subjetivo (do supervisionando como caso em questão). É neste sentido mais específico que não há descrição em supervisão. Pois é da posição intermitente entre psicanalisante – que fala desde psicanalista – e de psicanalista – que fala como psicanalisante – que obtemos esta terceira margem do rio que é a supervisão psicanalítica propriamente dita. Dizia-se antigamente que a supervisão devia levantar os *pontos cegos* que o psicanalista enfrenta na sua prática, os pontos-limite onde a resistência do psicanalista se mostra de forma mais evidente e obstrutora. Portanto, uma boa supervisão é aquela que cria ou permite *avanços* na análise do supervisionando.

Contudo, frequentemente, encontramos que este movimento se tornou um serviço à desautorização dos analistas, e é neste caos que a supervisão se torna a demanda de uma chancela de *bom comportamento analítico*, o que por si mesmo só pode estimular efeitos *desautorizativos*. Entendo que uma boa supervisão é aquela que, sem desconhecer suas margens, clínicas e construtivas, dedica-se ao termo incógnito na equação de Lacan: “sustentar autenticamente uma práxis” – ou exercer o poder. E o termo incógnito para a supervisão não é só a práxis, que ela divide com o tratamento ele mesmo, mas principalmente o sentido desta *autenticidade*. Uma supervisão deveria visar a sustentação desta *autenticidade*, para além da repetição formal – que se espera da clínica – e da criação formal – que se espera da escrita. E o critério da autenticidade, que sempre foi o traço unário das éticas da amizade, só pode se dar quando a experiência do inconsciente impõe-se aos que dela querem tratar.

Referências

- BROIDE, E. E. *A supervisão como interrogante da práxis analítica: desejo de analista e a transmissão da psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2017.
- DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2012.
- DUNKER, C. I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. Originalmente publicado em 1964.
- FREUD, S. Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? *In: FREUD, S. Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 377-381. Originalmente publicado em 1919.
- FREUD, S. Observaciones acerca del início del tratamiento. *In: FREUD, S. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989a. p. 238-324. Originalmente publicado em 1912.
- FREUD, S. O Inconsciente. *In: FREUD, S. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989b. p. 153-214. Originalmente publicado em 1917.
- FREUD, S. Um estudo autobiográfico. *In: FREUD, S. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989c. p. 1-70. Originalmente publicado em 1925.
- LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *In: LACAN, J. Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 238-324. Originalmente publicado em 1953.
- LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. Seminário proferido em 1960.
- SAFOUAN, M. Respostas a algumas questões relativas à supervisão. *In: JORGE, M. A. C. (org.). Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p. 277-284.
- VORCARO, A. et al. A clínica do caso construído em instituições. *In: MARCOS, C.; MOTTA, J. (org.). A parceria universidade e hospitais de ensino: os caminhos da pesquisa clínica em psicanálise*. Curitiba: CRV, 2016. p. 11-38.

A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA

ensino de uma práxis e transmissão de um estilo

MIRIAM DEBIEUX ROSA
EMÍLIA ESTIVALET BROIDE

Este capítulo parte de um conjunto de experiências de supervisão que nos permitem sustentar a posição de que a supervisão é um dispositivo da clínica psicanalítica implicada (Rosa, 2016) enquanto interrogante ético e político da práxis psicanalítica e do tipo de laço social que ela supõe promover e sustentar, ou seja, o discurso psicanalítico.

A supervisão psicanalítica capta o limite da clínica, da teoria e de sua formalização, possibilitando a entrada em cena do não saber tanto do supervisor quanto do supervisionando diante do caso que os interroga. A supervisão toca no ponto onde o não saber agita o desejo de saber, estabelece um enigma, convoca à interrogação, cria demanda, abre a escuta e põe em movimento a experiência analítica. Suspende a resposta teórica e o diagnóstico para dar espaço aos impasses teóricos e clínicos que o caso suscita.

Será a dimensão ética e a política que vai situar o campo do inconsciente e dos seus fundamentos no cerne da experiência de supervisão. Dessa forma, a ética é retirada do campo que a aproximaria da crença no “Bem Supremo” universalizante, comum a todos os sujeitos. A ética aqui em questão se afasta da moral que rege as ações humanas – prescritivas e/ou restritivas –, dispõe a distribuição dos bens na cultura e faz objeção ao desejo.

A experiência da supervisão inicia lá onde a explicação fracassa. Como elucidada Emília Broide (2017), ao situar o insabido como eixo articulador da

práxis da supervisão, coloca-se em relevo o desejo, mais do que a explicação. Ganha destaque esse “estrangeiro”, o não saber que é próprio e constitutivo a todo conhecimento. Ou seja, a supervisão psicanalítica apresenta-se como uma espécie de avesso da demanda de tudo saber e/ou de querer saber a verdade.

O dispositivo de supervisão se contrapõe à demanda de se tornar o lugar de encontrar a verdade que finalmente responderia à pergunta do que fazer em um caso – coloca em primeiro plano o não saber. Dessa forma, a política da falta-a-ser, intrínseca à posição do analista, é assumida pelo supervisor e sustenta a ética da sua práxis. Nessa perspectiva, o supervisor dirige a supervisão e não o supervisionando; portanto, o supervisor recusa o poder da sugestão implicado na identificação imaginária em prol do manejo da transferência e seus tempos, a partir do desejo que o orienta.

Do lado do supervisor, continua Broide (2017), o dispositivo de supervisão psicanalítica o convoca quanto à responsabilidade da construção da *práxis da teoria*¹, a partir do desejo de analista², que ele sustenta. O dispositivo de supervisão como interrogante ético e político articula-se, então, ao laço social e aos discursos vigentes, indagando os limites da clínica e da teoria, apresentando a dimensão não toda do saber.

Do lado do supervisionando, o dispositivo de supervisão o convoca a suportar aquilo que ele não sabe e que o lança na busca do saber acerca do que nele o caso causa. Ele então dirige seu não saber, sua questão sobre um caso, ao supervisor. Nesse movimento faz do outro, Outro – suporte de um endereçamento transferencial – demanda, convocando o supervisor a compartilhar com ele as suas questões, os seus tropeços, as suas dúvidas, as elaborações e as inscrições de seu trabalho, bem como as razões de sua clínica.

1 Em 1964, Lacan funda a Escola Freudiana de Paris com o objetivo de reconquistar a radicalidade da descoberta freudiana. Sua escola foi constituída por três seções: seção da psicanálise pura, onde está incluída a supervisão – garantida pela Escola como indicação e não como obrigação –, seção da psicanálise aplicada e seção de recenseamento do campo freudiano. Esta última contém três subdivisões, uma das quais ele constituiu como responsável pela “ética da psicanálise, definida como práxis da teoria”.

2 Falamos aqui em *desejo de analista* e não em *desejo do analista* para salientar que não é o desejo singular da pessoa do analista ou do supervisor que está em questão. O desejo que conta, e que está em causa, é o desejo inconsciente.

A supervisão, destaca Broide (2017), visa extrair do caso a lógica que o constitui, a partir da implicação daquele que fala sobre o caso. Desse modo, a supervisão psicanalítica é menos responsável pelo que o supervisor ensina sobre um caso ou explicita da teoria e seus conceitos, e mais pelos efeitos de transmissão da ética referida à impossibilidade de um saber total, uma ética que aponta um limite, a castração. Não se trata, portanto, de buscar um saber a mais, como se fosse possível apreender a escuta de um caso por acúmulo de conhecimento.

Ao modo da clínica psicanalítica, o supervisionando encontra, por seu turno, no supervisor, aquele que o interpela a tecer uma ficção singular acerca do que ouviu do caso. Na interpelação do supervisor, faz-se presente o seu não saber. Esse insabido do supervisor não o remete a um nada saber, mas a uma posição de recusa à mestria e, dessa forma, dá lugar à interrogação da implicação do supervisionado no caso.

Destacamos aqui a formulação proposta por Lacan (1988) em *Variantes do tratamento-padrão* sobre a *douta ignorância*. Nesse texto, Lacan dirá que o fruto positivo da revelação da ignorância é um saber, que se sabe incompleto. A partir do lugar da *douta ignorância* (associada à posição socrática) revela-se um saber-fazer e não uma pretensão de tudo saber. Essa ignorância reconhecida e assumida pelo supervisor torna cada experiência de supervisão uma experiência única e original, destaca Broide.

Para Lacan (1988), se os mestres não introduzem o candidato a analista nos meandros de um não saber – saber que se sabe incompleto –, ele nunca será nada além de um robô de analista, evidenciando aí o fechamento do inconsciente. Ele nos ensina que o discurso do mestre é o avesso do discurso psicanalista. Anteriormente, Freud já recomendava aos jovens analistas que cada caso fosse tomado como o primeiro, mostrando que não se tratava de escutar o paciente a partir de um saber prévio. Com isso, aludia ao fato de que na escuta clínica deveria estar sempre em causa um não sabido, uma interrogação que acompanha a escuta e movimenta o desejo de saber, sendo essa a via da formação e da transmissão em Psicanálise. Essa é a nossa posição: que a supervisão, embora circule pelo discurso do mestre e pelo universitário, opera, ela mesma, no discurso analítico.

Há especificidades relativas aos contextos em que a supervisão ocorre – no consultório, na universidade, nos equipamentos de saúde ou de assistência social, entre outros –, também há os casos em que, nas instituições, nem sempre a supervisão será para outros psicanalistas, mas para a equipe encarregada do caso. Há especificidades também quanto a modalidades de caso – clínico, clínico-institucional, clínico-político, nas urgências sociais etc. A própria circunscrição do que se considera o caso estará em jogo.

Seguimos o capítulo abordando algumas questões da supervisão na universidade e uma breve discussão da configuração do caso clínico diante da urgência social e da construção de redes transferenciais, com foco nas instituições.

A supervisão e sua transmissão na universidade

Mas como fica essa recusa à mestria e a sustentação desse não saber na práxis de supervisão no contexto universitário? Sim, uma vez que ela compõe a formação do psicólogo, nos cursos de graduação em Psicologia. Um dos aspectos que surgem, principalmente no contexto universitário, é a relação entre ensino e transmissão na supervisão, uma vez que na academia é fato que o supervisor clínico é também professor na instituição de ensino, ou seja, a relação do professor/supervisor analista com o aluno/analista não é independente de sua função docente. E isso introduz uma complexidade.

Na supervisão clínica realizada na academia, a concepção pedagógica do professor articula-se com a concepção clínica do supervisor e a posição que ele sustenta. Esse fato incide de forma direta no atendimento clínico realizado pelos alunos, enquanto estagiários, e tem reflexos em sua relação com aqueles que procuram os serviços de atendimento nas clínicas escolas ou nas instituições vinculadas às universidades nos projetos de extensão. Ou seja, como não existe narrador sem ouvinte, a relação do supervisionando com o supervisor é mediada, entremeada, atravessada pela função que o supervisor ocupa como docente. O relato do atendimento realizado reúne supervisionando e supervisor, sendo que a posição clínica do supervisor ao escutar o relato define a forma de narrar do supervisionando.

Há, portanto, destaca Rosa (2001), um paradoxo entre a função do professor que expõe o seu saber e a do supervisor que deve operar a partir de outra lógica. O supervisor psicanalista deixa o seu saber em resguardo de modo a que compareça o enigma que o atendimento instigou no supervisionando, para que se possa construir, *a posteriori*, o caso clínico. Freud nos auxilia ao dizer que não há preparação ou protocolos que deem conta do que se passa numa análise, mas que é importante tornar público o que ali se produz e dar o aporte de algo novo que se construiu. O caso clínico, portanto, é o material que nos possibilita compreender moebianamente a supervisão no contexto universitário: ora ensino, ora transmissão. Lembrando que

Não posso escrever a história de meu paciente em termos puramente históricos ou pragmáticos; não posso dar nem um histórico clínico, nem do tratamento, senão que me vejo obrigado a combinar ambos os métodos de apresentação. É sabido que não se tem encontrado um caminho que possibilita expressar de algum modo no relato da análise, a convicção que emana dela. De nada valeriam para isso protocolos exaustivos quanto ao que acontece nas sessões de análise, uma vez que a técnica mesma exclui sua preparação. Consequentemente não se publica tais análises para produzir convicção aqueles que até agora têm tido uma posição de rechaço e incredulidade. O único que se espera é aportar algo novo a investigadores que por suas próprias experiências com enfermos já têm suas convicções³ (Freud, 1988, p. 14, tradução nossa).

3 “No puedo escribir la historia de mi paciente en términos puramente históricos o pragmáticos; no puedo brindar ni un historial clínico ni uno del tratamiento, sino que me veré precisado a combinar entre sí ambos modos de exposición. Ya es notorio que no se ha encontrado un camino que permita dar cabida de algún modo, en el relato del análisis, al convencimiento que dimana de él. De nada valdrían para esto, ciertamente, unos protocolos exhaustivos de cuanto sucede en las sesiones de análisis; por lo demás, la técnica misma del tratamiento excluye su confección. En consecuencia, uno no publica tales análisis para producir convicción en quienes hasta el momento han tenido una conducta de rechazo e incredulidad. Lo único que se espera es aportar algo nuevo a investigadores que por sus propias experiencias con enfermos ya se hayan procurado convencimientos”.

O caso clínico não incita paixões ou adesões. Não busca convencer os incrédulos, como nos alerta Freud. Busca aportar algo novo na experiência da escuta. Não é protocolar. O caso clínico como construção inclui o analista/professor, instigado em seu desejo na escuta do caso – sem transferência não há escuta e sem escuta não há caso clínico em Psicanálise. A construção do caso clínico permite situar, numa escrita, mais do que uma história, uma posição para o sujeito na ficção fantasmática (Rosa *et al.*, 2013).

O caso revela não só o paciente, mas também aquele que escuta, ou seja, aquilo que ficou nele do caso atendido e as sinuosidades do campo no qual transita. Nesse sentido, a transferência se faz presente e é elemento estruturante da relação analítica e também da supervisão. O caso não se confunde com a história, não é biográfico. Tal é a aprendizagem da supervisão em Psicanálise desde Freud até os dias de hoje no contexto universitário.

Lacan (2003b), em *Da psicanálise em suas relações com a realidade*, texto datado de 1967, indaga: o que faz com que uma Psicanálise seja freudiana? Aqui nos perguntamos, o que faz com que uma supervisão mantenha a trilha freudiana?

A resposta de Lacan a sua própria pergunta também nos auxilia no contexto universitário. Ele dirá que é a coerência de um procedimento, cuja característica em geral conhecemos pelo nome de associação livre. Portanto, toda vez que o supervisor/professor promover a associação livre daquele que ouviu alguém em sofrimento e traz o caso para a supervisão, mais próximo estará do fundador da Psicanálise e da escuta psicanalítica, mesmo no contexto acadêmico, uma vez que o que está em questão é o atendimento clínico e não a didática.

Freud sustentou a transmissão da Psicanálise a partir das narrativas de seus impasses clínicos. Seus insucessos e as elaborações deles decorrentes são motor da sua indagação e inquietação clínica. Encontramos no texto freudiano menos o relato de curas milagrosas e mais a produção na direção da precisão dos conceitos e as transformações do método analítico para operar a clínica (Broide; Broide, 2013, 2015). Nessa perspectiva, o caso clínico em supervisão sempre nos possibilita a pensar teórica e clinicamente, como dissemos no início do trabalho: a supervisão toca no ponto onde o não saber agita o desejo de saber, estabelece um enigma, convoca

a interrogação, cria demanda, abre a escuta e põe em movimento a experiência analítica, deslocando os impasses teóricos um pouco mais para frente. A supervisão na universidade faz parte da formação do analista.

O caso clínico, a urgência social e a construção de redes transferenciais

Destacamos três aspectos constituintes e enodados na construção do caso clínico, dando realce a três termos: a marca do caso, a construção do caso e a transmissão por uma escrita. Rosa, Martins, Braga e Tatit (2013, p. 5) entendem que

[...] a construção do caso e sua escrita tenha por efeito uma transmissão, na perspectiva de transmissão não só da psicanálise, mas dos efeitos desta última na cultura [...] As escritas do caso pretendem tomar o enigma como *causa* na experiência compartilhada e na construção da posição de testemunha e transmissor da cultura, ofertando outro olhar sobre os acontecimentos.

A marca do caso (Dumézil, 1992), a ser escutada, será o enigma, a questão que o caso faz àquele que o escuta e que permite identificar os pontos do caso que organizam a direção do tratamento. O caráter de construção evidencia esse tempo *a posteriori* da marca do caso e da supervisão, bem como o abandono do ideal de busca de uma verdade única. A marca do caso busca a elaboração de um saber na direção da historização do sujeito, da interrogação da teoria e dos indícios das mudanças na posição enunciativa. A marca do caso porta um real que põe em movimento as vias simbólicas do sujeito – seu discurso.

O efeito de transmissão da supervisão no contexto institucional opera na dupla direção: para quem fala e/ou relata o vivido remete à transformação da vivência em experiência; já aquele que escuta a narrativa – o analista, o supervisor, o grupo de supervisão, ou mesmo os integrantes das redes de serviço – encontra a possibilidade de receber o testemunho e dar endereço para a circulação das inquietações e desassossegos que o caso promove.

Aquele que escuta, por um lado, aciona a demanda para que o outro fale e, por outro lado, faz com que o relato coloque em causa o seu desejo, revelando nesse movimento a busca do saber em jogo para todos os envolvidos. Esses termos operam em diferentes tempos e o relato/escrita carrega as inscrições e apagamentos desses processos. Inscrições e apagamentos que se fazem presentes no campo de práxis, nos funcionamentos institucionais, nos sujeitos atendidos e nas marcas inscritas naquele que atende.

Para Dumézil (1992), a marca do caso faz laço, mas também o rompe, perfura, realça, barra e guarda a distância necessária entre signo, significante e significação. Remete ao traço unário, uma vez que conduz ao ponto de partida, no qual se produz a incidência do significante no caso. Nesse sentido, podemos pensar que introduzir a dimensão da marca do caso na supervisão possibilita contornar o real, o intransmissível que o caso contém e que nos conduz – pelos ditos – ao dizer. Dessa forma, possibilita a construção da ficção que permite a circulação do saber, a partir do não saber posto em causa na supervisão.

A escuta clínica do caso deve ser sensível às palavras, à entonação da voz, aos silêncios, aos movimentos do corpo, às repetições, aos discursos sociais, ou seja, aquele que escuta deve entregar-se à possibilidade de ser surpreendido com a fala do outro, bem mais do que buscar a confirmação de uma hipótese previamente elaborada, a partir de uma cronologia de fatos presumidamente conhecida (Broide, 2017).

A escuta do caso possibilita a sua construção num tempo *a posteriori*. A construção carrega através dos ditos um dizer que inscreve a escrita em uma nova borda que se cria, ampliando as possibilidades de transmissão. Ao longo de seu ensino, Lacan passa da primazia do significante à teoria da letra; da letra literal, presente em *A instância da letra no inconsciente* (1957-1958), à letra litoral, em *Lituraterra* (1971), situada no real, que faz borda e difere do significante situado no simbólico. A fala pode se apoiar na escrita. Por sua vez, o escrito torna possível falar da experiência de escutar o outro, partilhar, (com)partilhar o acontecimento.

Na supervisão clínica, deparamo-nos com muitos casos atendidos nos quais a urgência social vivida pelos sujeitos e suas famílias os coloca diante do desamparo social e discursivo. À dramática psíquica que os fez ir à busca

de atendimento, na clínica da universidade, ou que os levou ao atendimento em uma instituição assistencial ou de saúde, somam-se as situações de vulnerabilidade plurideterminada, causada pelas mais diversas formas de violência – física, política, de Estado etc. – e os conduzem ao silenciamento.

O silêncio evidencia um desencontro com os recursos simbólicos de expressão. Não porque tais recursos lhes faltem, mas porque não encontram um destinatário para o endereçamento de sua demanda. Em outras palavras, porque muitas vezes são destituídos socialmente de um lugar de fala. Como diz Rosa (2016, p. 60), “o silêncio é uma constante nos sujeitos que se confrontam com a face obscena do Outro”.

O desamparo nessas situações não está referido ao que fundamenta nossa existência, e comumente nos habita, o *Hilflosigkeit* freudiano, mas sobrepõe-se a esse desamparo uma segunda camada que, ao invés de pôr em movimento o sujeito na sua interação com o outro semelhante no campo social, inviabiliza – por sua dimensão traumática – a constituição subjetiva tecida na relação com o outro e que possibilita que o sujeito situe-se como sujeito de desejo e de direitos.

Crianças abrigadas, jovens em conflito com a lei, frequentadores dos Centros de Atendimento Psicossocial (Caps), imigrantes, moradores em situação de rua, bem como todos aqueles afetados diretamente pelas situações de violências e violações, à deriva, em um desamparo social e/ou político, são excluídos do campo discursivo, ou ainda, presos em uma única posição social, posição de violenta submissão que enrijece o discurso. É a impossibilidade social de falar e elaborar as violências, os excessos e as carências vividas que produzem o excesso ou a falta de significações que estruturam uma condição traumática para além do acontecimento violento por si só.

Portanto, incluir essa realidade no atendimento clínico realizado exige o deslocamento do lugar tradicional do psicanalista-supervisor-docente, e do estagiário, diante do conforto que existe quando o sujeito encontra amparo no laço comum com os semelhantes. Nesse sentido, as situações de urgência social questionam a própria Psicanálise e os dispositivos de atendimento, incluindo as articulações entre sujeito e discurso social e entre atendimento e supervisão. Nessa perspectiva, introduzimos, como elemento de análise na escuta clínica, a dimensão sociopolítica do sofrimento.

A urgência social convoca o sujeito a falar de suas necessidades, de suas carências materiais concretas: a falta dos documentos, a fome, a falta de trabalho, de dinheiro etc., mantendo em dimensão segundo o que é relativo ao seu desejo. Premido pelas condições concretas de vida, repete em cada espaço de fala que encontra o enunciado vazio de enunciação. A angústia em sua dimensão traumática é, muitas vezes, impeditiva da construção de sua demanda no atendimento clínico. Criar, portanto, um tempo no qual estes sujeitos possam tornar o relato da sua trajetória e da história que lhes são próprias uma demanda (Rosa, 2012) caracteriza as intervenções psicanalíticas clínico-políticas, que relacionam o sintoma ao campo social.

Nesses contextos, muitas vezes um único dispositivo de atendimento não é suficiente. É necessário criar vários dispositivos de intervenção, em face da complexidade dessas situações. Ressaltamos a construção de redes de assistência e de discursos. A combinação de diferentes intervenções de distintas entidades e profissionais, reuniões com outros setores, órgãos públicos e terceiro setor possibilita criar ações articuladas, sinérgicas e em rede, rede transferencial, como articula Seincman (2019).

A incidência da urgência social no atendimento clínico afeta tanto os alunos, quanto os profissionais que trabalham nos contextos de violência e exclusão social. Nesse campo, a supervisão psicanalítica se vê confrontada a lidar com novos aspectos da clínica e os analistas-supervisores a lidar com a angústia despertada na escuta ante situações de urgência social e questões materiais e psíquicas.

Não raras vezes, as equipes técnicas e os supervisionandos, tomados pela angústia diante da urgência social do outro, são induzidos a um excesso de cuidado bem-intencionado que pode se tornar inoperante, porque ensurdece o ouvido e emudece a fala em sua potência de “dizer” preso ao emaranhado dos ditos. Essas situações exigem a criação de novas abordagens teórico-práticas e de novos dispositivos de intervenção.

Nessa perspectiva, a supervisão é um dispositivo bastante interessante para relançar tais questões às práticas dos analistas, dos alunos, dos técnicos e na universidade.

Segundo Seincman (2019), podemos tomar a relação analítica, e seus processos, como campo de investigação da Psicanálise, em que a teoria e

prática psicanalíticas não se separam. É nas transferências tecidas em campo que ocorre o enlaçamento social no qual o investigador-psicanalista cria seu campo de pesquisa e intervenção e, ao mesmo tempo, não está fora do campo, faz parte dele e por ele também se vê modificado.

Nesse sentido, o campo de pesquisa psicanalítica é o campo da transferência, tido como um espaço “entre” pacientes, analistas, usuários de um serviço etc. e, ao mesmo tempo, espaço produtor de incidência. A própria investigação cria em seus processos o objeto de estudo do qual pesquisador e pesquisados fazem parte. A supervisão faz parte desse processo de investigação, propiciando um espaço de circulação dos diversos discursos para que seja possível, reconhecendo um enigma entre a transmissão da experiência clínica e o saber da teoria, a construção de cada caso clínico e sua escrita.

A clínica capaz de escutar verdadeiramente os sujeitos vividos pela urgência social não é isolada. Necessariamente se faz a partir de múltiplas intervenções. Nesse sentido, a construção do caso clínico é elemento importante nessas situações. Segundo Viganò (2010), a construção do caso clínico é democrática, pois cada um dos protagonistas do caso – os operadores, os familiares, as instituições – traz a sua contribuição.

Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc. (Viganò, 2010, p. 2-3).

A construção do caso clínico articula o campo discursivo, o sujeito e o campo transferencial. Dessa forma, apresenta-se como um importante

operador pelo qual se promove a construção de narrativas, desde a supervisão até a construção de redes de atendimento diante dos casos premidos pela urgência social. As redes possibilitam criar, pela circulação de vários discursos, a instauração de um dispositivo processual de produção de um campo comum, onde profissionais e usuários constroem clínica e, politicamente, as direções do caso.

Em nosso trabalho com as redes – assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psiquiatras, profissionais dos direitos humanos, advogados –, a discussão dos casos atendidos é uma constante e exerce uma importante função: poder instaurar outro tempo que não o da urgência e da necessidade, possibilitando, dessa forma, o confronto com o não saber o que fazer com o caso, mas não a partir da impotência, e sim a partir da responsabilidade comum ante o desejo e os discursos.

Os profissionais podem deslocar-se do lugar de quem precisa tudo saber, tudo conhecer, tudo suprir, produzindo como efeito a saída dos usuários dos serviços da posição de vítima e depositários de assistência. Além disso, através do trabalho com as redes, é possível desvendar de que forma os discursos se articulam às possibilidades de posição no laço social, ou seja, que posição nova os sujeitos podem assumir em determinados contextos. Dessa forma, os dispositivos de supervisão podem criar campos onde a dimensão da necessidade não impere, abrindo lacunas para a produção de discursos que relançam o sujeito para o campo social.

[...] o enfrentamento da dimensão política do sofrimento produzido nas e pelas relações sociais; é também um modo de constatar e denunciar mecanismos de controle e de construir práticas de resistência às manipulações que não excluam ou silenciem a dimensão subjetiva (Rosa, 2016, p. 37).

A linguagem é sempre uma obra de ficção que possibilita criar pontes de ligação ante o abismo que existe entre o vivido da experiência e o narrado após a sua ocorrência. O analista já está incluído na teoria que faz sobre sua prática, ele se inscreve na experiência. Dessa forma, cria uma lógica não cindida entre sujeito e objeto, afetados e ilesos, e supervisor detentor do saber e aluno despossuído de saber.

Ensino e transmissão: verdade e saber

A transmissão está vinculada à articulação complexa entre saber e verdade. O saber em Psicanálise, por um lado, constitui-se em uma doutrina com conceitos, preceitos e regularidades enunciativas, por outro, é o saber insabido, lugar que implica a colocação em ato da falha. Portanto, é a partir do lugar de castração, do saber insabido, que o analista supervisor se referencia, propiciando que possam advir efeitos de verdade na fala do supervisionando, uma vez que o saber doutrinário não garante que o supervisor esteja bem-posicionado na situação de supervisão.

Estar bem-posicionado, ao contrário, implica a assunção do lugar da *douta ignorância*, posição esta que não emana de uma vontade preestabelecida. Para tanto, deve haver uma abstinência, que não é um lugar de neutralidade, pois a supervisão indica uma direção, que é vetorizada pela transferência e fissa o enigma do supervisionando.

Mas, então, o que se pretende em uma supervisão? Certamente, há algo que se ensina, mas o que se ensina passa, como dissemos, pela transmissão de algo que não se sabe bem o que é. O que se transmite leva junto um intransmissível. Passa pela transferência, pelo estilo do supervisor a serviço de um ensino que não se pretende total. Transmitem-se questões referentes aos enigmas da clínica psicanalítica, razões de um efeito inesperado, a validade das hipóteses suscitadas pelo caso, contudo não em uma positividade respondendo a demanda do “que eu devo fazer”.

A supervisão é o espaço que possibilita falar da angústia e do sofrimento, provocados pela escuta da demanda, do sofrimento do outro. Segundo Broide (2017), na supervisão, aquele que fala do caso, fala de seu íntimo exterior, fala sobre o que o caso lhe causou na escuta feita, no comportamento observado, na interrogação produzida. Cabe à supervisão acolher o que está em causa sem a pretensão de solucionar o caso ou a questão trazida pelo aluno, mas possibilitar no espaço da supervisão o exercício de elaboração, a fim de localizar o que produz obstáculo.

O atendimento clínico parte da demanda, de um pedido ao outro. A mãe pede obediência à filha e ao analista, ao analista pede que o supervisor lhe indique os caminhos para ajudar a mãe, a criança pede o pai de volta para casa, o discurso social pede que ambas condenem o pai e não o tomem

como objeto amoroso... São muitos pedidos e insatisfações presentes no encontro com o paciente e com o analista do paciente, com a família, o professor, os técnicos, o supervisor. São muitos os impossíveis, as angústias, desilusões, descaminhos...

São muitas as demandas de amor, de fazer-se amar pelo outro. Demandas de sentido, de completude e de busca de saber ante a precariedade humana, ao desamparo. O instintual não garante a sobrevivência do filhote humano. A demanda, portanto, difere da necessidade. É marca humana. O homem cria laço pelo uso comum da palavra e da linguagem. Do grito à demanda.

Bem, como atravessar o desfiladeiro da demanda até o ponto onde a experiência de ser escutado possibilite ao sujeito construir a interrogação sobre o seu desejo? O que escutar na queixa? A Psicanálise é uma práxis que “se engaja na falta central em que o sujeito se experimenta como desejo, tem estatuto de aventura, na hiância aberta no centro da dialética do sujeito e do Outro” (Lacan, 1985, p. 251).

Lacan (1985, p. 260) se pergunta:

O que é que se passa quando o sujeito começa a falar com o analista? – ao analista, quer dizer, ao sujeito suposto saber, mas do qual é certo que ele não sabe nada ainda. É a ele que é oferecido algo que vai primeiro, necessariamente, se formar como pedido.

Dois elementos estão presentes – a transferência e algo que se apresenta como pedido. Ele continua: “[...] é na medida em que o desejo alimentar tem um sentido outro que não o da alimentação. Aqui ele é o suporte e o símbolo da dimensão sexual, única a ser relançada pelo psiquismo. A pulsão em sua relação com o objeto parcial está lá subjacente” (Lacan, 1985, p. 260).

Ou seja, a fala dirigida ao que está no lugar do suposto saber está ancorada no desejo. Falar e historiar ao sujeito suposto saber, mesmo como queixa, produz efeitos: os enunciados não valem por si, pelo explícito, mas pela enunciação concomitante e pelo posicionamento do falante.

Ali onde se estabelece o sujeito será encorajado a movimentar-se; ali onde não sabe onde pisa construirá novos caminhos para poder situar-se; e assim novos trajetos e moradas vão sendo estruturadas.

A escuta feita no contexto universitário e institucional não é trivial: pode promover uma torção entre o saber exposto (o aluno confiante no saber do Outro – o professor; ou a Universidade que credencia sua escuta) e o saber suposto (o Outro – a universidade e o professor como uma suposição de saber).

As práticas psicanalíticas clínico-políticas baseiam-se em um duplo movimento: ao mesmo tempo em que propiciam uma escuta do sujeito, do que há de singular e daquilo que está para além das demandas concretas e das urgências do caráter de uma necessidade e incidência sobre o sujeito, propõem-se a elucidar os discursos – institucionais, sociais – e incidir neles (Rosa, 2016). Dessa forma, na supervisão se apontam, discriminam e analisam as questões envolvidas nos atendimentos dos casos e pode-se auxiliar na escuta da demanda. Mas não só: na escuta também se dá a ver a íntima relação das manifestações da subjetividade com a identidade social, em que a dominação é mascarada e pode aparecer sob a forma de “pobreza” ou deficiência psíquica ou intelectual, entre outras modalidades de desqualificação e individualização das problemáticas.

A prática clínica de que falamos procura ir além da transmissão de qualquer tipo de técnica ou especialidade. A articulação entre atendimentos, supervisão e construção de rede busca aquilo a que poderíamos chamar de uma formação intensiva e criativa, na medida em que exige dos analistas – na parceria de seus supervisores – a invenção constante de novas posições e de novos dispositivos, considerando a singularidade de cada caso e das articulações que vão sendo traçadas em torno dele.

Para finalizar

A história da Psicanálise é a história da sua transmissão e dos impasses dela decorrentes. A transmissão em Psicanálise é transmissão de uma experiência que não se reduz ao seu ensino, mas o contempla. A intenção do ensino é a aquisição de conhecimento; liga-se aos processos educativos e de aprendizagem que querem comunicar – “alguém que sabe, diz a outro como ele deve agir”. O ensino volta-se para um saber sistematizado. Implica, muitas

vezes, o exílio do traço ou vestígio do sujeito da enunciação – daquele que fala além dos ditos.

Já a transmissão requer a passagem pela experiência; é ato de linguagem que passa pela admissão do real em jogo em qualquer processo comunicativo ou informacional. Ocorre à revelia da intenção. Produz-se na relação transferencial estabelecida em uma situação específica, uma vez que a comunicação por si só não produz a experiência. A transferência é o elemento que se introduz, se intromete, e torna possível a construção de um endereçamento para que o comunicado toque o corpo do sujeito, implicando-o na busca do saber.

Mas, então, o que se pretende em uma supervisão? Certamente, há algo que se ensina, mas o que se ensina passa, como dissemos, pela transmissão de algo que não se sabe bem o que é. O que se transmite leva junto um intransmissível. Passa pela transferência, pelo estilo do supervisor a serviço de um ensino que não se pretende total. Transmitem-se questões referentes aos enigmas da clínica psicanalítica, as razões de um efeito inesperado, a validade das hipóteses suscitadas pelo caso, contudo não em uma positividade respondendo à demanda do “que eu devo fazer”.

O que passa pela transmissão, poderíamos dizer, passa por sua negatividade. Lacan (2005) no *Seminário 10: a angústia* (1962-1963) diz que, em relação ao que o analista ensina, a pergunta: “Será que ele pode ensinar o que sabe?” é equivocada. A pergunta é: “isso que ele sabe, o que é ensiná-lo?”.

[...] Se não houvesse essa instabilidade, um ensino analítico, este próprio Seminário, poderia ser concebido no prolongamento do que acontece, por exemplo, numa supervisão, na qual o que vocês soubessem é que seria trazido, e eu interviria apenas para oferecer o análogo da interpretação, ou seja: o acréscimo mediante o qual surge algo que dá sentido ao que vocês acreditam saber, e revela num lampejo o que é possível apreender além dos limites do saber (Lacan, 2005, p. 26).

Revelar num lampejo “o que é possível apreender além dos limites do saber” evocado acima encontra ressonância em Didi-Huberman (2011).

Esse autor nos faz ver que os sonhos, enigmas ocultos no mais profundo, podem chegar até nós, como transmissão, por lampejos.

Didi-Huberman nos revela que Charlotte Berardt fez-se narradora benjaminiana. Ela, em 1933, assustada com o rumo dos acontecimentos na Alemanha, começou a ter sonhos angustiantes e recorrentes, imaginando que não era a única a ter esses sonhos. A partir desse momento, entre 1933 e 1939 – data de sua fuga da Alemanha –, recolheu um conjunto de sonhos de diferentes pessoas (cerca de 300 investigações oníricas), tendo em vista oferecer um documento psíquico do totalitarismo, do terror político que tocou o mais profundo das almas.

“O conjunto dos textos não explica nada, nem a natureza do nazismo, nem a psicologia dos sonhadores, mas fornece, assim como a própria Charlotte Berardt o dizia a esse respeito, uma ‘sismografia’ íntima da história política do III Reich” (Didi-Huberman, 2011, p. 135). O autor aponta para o fato de que uma experiência íntima, por mais subjetiva e ficcional que seja, pode aparecer como um lampejo, tão logo encontre a justa forma de narrar e transmitir o vivido da experiência, lançando luz sobre a realidade de onde provém.

Poderíamos pensar, então, que a transmissão em Psicanálise tem efeitos de aprendizagem no dispositivo de supervisão, como uma transmissão por lampejos, no momento em que o supervisionando encontre a justa forma de narrar e transmitir o vivido da experiência. A supervisão é um momento de transmissão no qual ocorrem efeitos de formação de uma prática articulada ao levantamento de hipóteses, à construção teórica e à circulação do discurso analítico, tendo como motor o desejo do supervisionando e o desejo de analista do supervisor. Entretanto, não em uma duplicidade intersubjetiva de dois indivíduos em interação, mas sim com a colocação em ato do desejo enquanto causa e, nessa medida, é parte da formação do psicanalista.

Referências

BROIDE, E. E. *A supervisão como interrogante da práxis analítica: desejo de analista e a transmissão da psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2017.

- BROIDE, J.; BROIDE, E. E. *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. São Paulo: Escuta, 2015.
- BROIDE, J.; BROIDE, E. E. Supervisão clínico-institucional: possibilidades de transmissão. In: DUVIDOVICH, E. (org.). *Diálogos sobre formação e transmissão em psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2013. p. 73-82.
- DIDI-HUBERMAN, G. *Sobrevivência dos vaga-lumes*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2011.
- DUMÉZIL, C. Las razones de un seminario. In: DUMÉZIL, C. *La marca del caso: el psicoanalista por su rastro*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1992. p. 15-29.
- FREUD, S. De la historia de una neurosis infantil. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 1-112. Originalmente publicado em 1918.
- LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p. 496-533. Originalmente publicado em 1957-1958.
- LACAN, J. A psicanálise e seu ensino. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 438-460. Originalmente publicado em 1957.
- LACAN, J. Ato de fundação. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 237-238. Originalmente publicado em 1964.
- LACAN, J. Da psicanálise em suas relações com a realidade. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 350-358. Originalmente publicado em 1967.
- LACAN, J. Lituraterra. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003c. p. 15-25. Originalmente publicado em 1971.
- LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. Seminário proferido em 1962-1963.
- LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. Seminário proferido em 1964.
- LACAN, J. Variantes do tratamento padrão. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. Originalmente publicado em 1955.
- ROSA, M. D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta: FAPESP, 2016.
- ROSA, M. D. *et al.* Clínica e política interrogadas pelo ato infracional: a construção do caso. In: MOREIRA, J. O.; GUERRA, A. M. C.; SOUZA, J. M. P. (org.). *Diálogos com o campo das medidas socioeducativas: conversando sobre a justiça, o cotidiano do trabalho e o adolescente*. Curitiba: CVR, 2013. v. 1, p. 75-82.

ROSA, M. D. Migrantes, imigrantes e refugiados: a clínica do traumático. *Revista de Cultura e Extensão USP*, São Paulo, v. 7, p. 67-76, 2012.

ROSA, M. D. Psicanálise na universidade: considerações sobre o ensino de psicanálise nos cursos de Psicologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 189-200, 2001.

SEINCMAN, P. M. *Rede Transferencial e a clínica migrante: psicanálise em urgência social*. São Paulo: Escuta, 2019.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana*, [s. l.], ano 1, n. 1, mar. 2010. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

apontamentos metodológicos

ROSANA TERESA ONOCKO-CAMPOS

Nos alvares da Psicanálise, seu aprendizado era transmitido diretamente da boca do próprio Freud e, logo depois, pela primeira geração de psicanalistas. Freud gostava de fazer caminhadas enquanto conversava com seus discípulos que vinham a consultá-lo. Estudos apontam que foi na fundação da Policlínica de Berlim (1920) que essa atividade foi sistematizada como condição necessária à formação (Danto, 2019; Stein, 1992). Questão que coloca já de cara um primeiro aspecto que iremos desenvolver, qual seja, *a do caráter sempre institucional* de uma supervisão.

Precisaram passar muitos anos até que as primeiras associações psicanalíticas regulamentassem a formação e – de certa forma impusessem – o “controle” dessa formação¹. Assim, as supervisões dos casos em atendimento pelos analistas em formação foram instituídas quase como um reaseguro da disciplina. Há histórias muito interessantes e até curiosas do intrincado fio e emaranhado que essas relações triangulares produziram.

Alguns analistas criticaram duramente essa institucionalidade “decretada”, em 1985, em um debate organizado pela Associação para Estudos Freudianos em Paris. Valabrega (1992, p. 42) afirmava sobre as supervisões nas escolas vinculadas a International Psychoanalytic Association (IPA): “[...] as implicações são de uma relação hierárquica, autoritária, normativa,

1 A palavra mais utilizada para se referir à supervisão na França é inclusive *contrôle*.

escolar, paternalista, por vezes sedutora e por vezes repressiva [...] Nestas condições, é artificial e mesmo falacioso, separar as práticas de controle de seu bastidor institucional”.

Apontando já em outra direção, no rumo das potencialidades, há autores contemporâneos que destacam o intenso jogo das transferências grupais sempre presentes nos atendimentos institucionais, que permitiriam o estabelecimento de novos tipos de clínica, libertos do aspecto comercial e de mercadoria que caracterizaram a Psicanálise clássica desde a modernidade. “Daí o erotismo, a alegria civilizatória, o efeito da grande gratidão, desconhecido em outros circuitos analíticos, que este modo de dar ao mundo uma experiência do inconsciente freudiano, e do *self* Winnicottiano, produz”, diz Ab’Saber (2019, p. 88), ao se referir ao trabalho de sua equipe na Clínica Aberta de Psicanálise. Posso reconhecer alguma dessas características em algumas das supervisões de serviços públicos das quais participei e participo.

Contudo, mesmo para pessoas como eu, que não fizeram o caminho da formação por dentro de uma escola psicanalítica, é claro que o tema da supervisão envolve um paradoxo, que, quem sabe, como o paradoxo Winnicottiano, não precise ser revelado, porém, permita uma interessante reflexão sobre ele.

O paradoxo ao qual me refiro inclui essa tensão entre liberdade/controlado, mas não se resume a ela. Há, por exemplo, nas supervisões sob demanda, um desejo de alguém de compartilhar com outrem uma experiência clínica para a partir daí melhorar sua própria habilidade clínica com seus pacientes e para aprimorar também seu conhecimento sobre si próprio. Há nesse desejo de saber uma erótica, uma alegria, e uma criatividade que devem ser protegidas e saudadas. Assim, pensamos com Mannoni (1992, p. 38): “O supervisor deveria ajudar o analista a tomar consciência das referências com as quais ele funciona, a colocá-las em confronto com outras referências, ajudando-o a encontrar um estilo próprio que não seja pura imitação da habilidade de um outro”.

Quando afirmo a institucionalidade de toda supervisão, busco apontar, então, a mínima amarração necessária à teoria e práticas psicanalíticas. Mínima quer dizer isso, a menor necessária. Sempre haverá em jogo um

conjunto de afetações impossível de ser totalmente recobertas pela teoria, o que não é ruim, pois isso mantém viva e aberta a teoria psicanalítica.

Baseio minhas reflexões em mais de 20 anos de experiência em supervisões de vários tipos: (1) essa que estou chamando de sob demanda – quando um analista demanda a outro um espaço de escuta e reflexão sobre seus casos, sem ser obrigado a isso por estar em uma instituição de formação –; (2) a supervisão de equipes de trabalho de serviços de Saúde Mental e de saúde em geral; e (3) a supervisão de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Cada uma dessas experiências propicia a reflexão sobre diversos aspectos deste assunto tão vasto e relevante quanto é o da supervisão. Contudo, vou me concentrar em alguns aspectos metodológicos que considero comuns a todos esses casos.

A postura empática e compreensiva do supervisor

Tendo já colocado a questão da tensão entre liberdade-controle, é importante compreender que a plena horizontalidade será uma raridade nas supervisões. Há sempre um “suposto saber” do lado do supervisor. Apesar disso, é muito importante o cuidado em respeitar a idiosincrasia de cada supervisionando, sua escolha por linhas teóricas e seu estilo pessoal. Todos já vimos alguns grupos de supervisionados que acabam parecendo aquelas bonequinhas russas: todas iguais, só de diferentes tamanhos... Nada poderia ser pior! Por isso, o principal controle a acontecer em uma supervisão deve ser o do supervisor sobre ele mesmo. Por vezes, ele ficará tentado a antecipar uma interpretação inteligente, ou a apontar um suposto erro e/ou perda de oportunidade do outro. Nesses casos, é sempre prudente tentar se colocar em seus sapatos. Trazer questões, ajudá-lo a refletir sobre o *setting* institucional que envolve esses atendimentos, ou estimulá-lo a se perguntar coisas sobre si mesmo são sempre melhores caminhos.

A construção de um espaço “suficientemente trófico”, como disse Kaës (1991), é condição *sine qua non* para haver um processo frutífero. A alegria desses encontros e a liberação da criatividade do supervisionado são sinais

de que as coisas estão indo bem. Também há sempre envolvidas questões que dizem respeito à discricção e a um espaço de reserva. Como dizemos em outro trabalho:

A nosso ver, esse tipo de situação nos coloca diante de um conflito marcado pela delicada tensão entre cuidado e tutela, atenção constante e controle, proximidade afetiva e objetificação do outro. Para lidar com essas tensões, parecem-nos válidas algumas elaborações, feitas por Figueiredo e Coelho Jr. (2008), que propõem um tipo de posicionamento paradoxal do terapeuta, representado pelo binômio ‘presença implicada-reserva’. Os autores sugerem que o analista sustente uma presença que comporta certa ausência. Trata-se de uma reserva de si para o outro, que permite que o paciente surpreenda ao analista com suas associações livres, recordações, repetições, respostas transferenciais e *acting out* (Miranda; Onocko-Campos, 2013, p. 107).

Essas considerações feitas para o analista cabem como uma luva também ao supervisor.

A análise das questões institucionais sempre em jogo

Bleger (1984, p. 62) afirmava que:

[...] por ter as mesmas estruturas sociais as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm de enfrentar [...] nas instituições que atendem doentes mentais estes problemas se tornam mais agudos. Um dos que se apresentam é sempre (até agora) o de uma forte dissociação entre os objetivos explícitos e implícitos da instituição [...] neste sentido a instituição tende, em sua organização total, à alienação e à segregação do doente mental.

Cada serviço possui regras e normas, formas de organização do processo de trabalho e de gestão que afetarão as práticas clínicas que nele se desenvolvem. “A distância entre a cultura da instituição e o funcionamento

psíquico induzido pela tarefa está na base da dificuldade para instaurar ou manter um espaço psíquico de *contenção*, de *ligação* e de *transformação*” (Kaës, 1991, p. 36).

Fazem parte dessa cultura organizacional diversas formas de relacionamento e complexas mediações que envolvem desde os estilos de gestão – mais ou menos omissos ou autoritários –; as peculiaridades da divisão técnica e, sobretudo, social do trabalho entre os membros da equipe e a própria história ou mitologia institucional. Variações desses aspectos podem tornar as equipes mais criativas e horizontalizadas, erotizadas e alegres, ou fechadas, persecutórias e tendentes ao recalque dos problemas, para apontar as polaridades mais prevalentes.

Nesses casos, de supervisões de grupos de trabalho, cabe sempre ao supervisor começar sua tarefa analisando qual tipo de equipe foi convidado a supervisionar. Um aspecto revelador disso será sempre a encomenda – ou seja, a queixa explícita – pela qual foi chamado. Com isso, destacamos que é importante incorporar outras categorias teóricas – como a já clássica distinção entre encomenda e demanda feita pela socioanálise francesa (Lourau, 1996). Sendo a encomenda o motivo explícito e a demanda algo sempre a ser desvelado pelo próprio processo de supervisão.

Correlata às relações de poder, está sempre também a questão de quem fez o pedido. Costumo falar que, nesse tipo de supervisões, a gente sempre sai pela porta que entrou (Onocko-Campos, 2003). Ser chamado pela gestão, por exemplo, pressupõe sempre que o trabalho será colocado em xeque quando houver algum momento de tensão pela horizontalização das relações ou críticas ao estilo do gestor.

Todas essas são questões importantes nas supervisões que temos chamado de clínicas institucionais, e que alguns serviços procuram escamotear ao “liberar” seus trabalhadores ou miniequipes para escolher diversos – e as vezes simultâneos ou sucessivos – supervisores. Na realidade, tal situação exaure uma resistência a um verdadeiro trabalho de supervisão, pois, nesse formato “picado”, as mais sérias questões de poder e de resistências permanecem denegadas. É o reforço do pacto denegatório (Kaës, 1991) disfarçado de liberdade. Nunca será pouca a cautela do supervisor em relação a esses assuntos, e ele precisará estar advertido sobre sua existência, pois

eles interferem permanentemente sobre o delineamento da organização da clínica no serviço e assim também sobre a clínica singular e de cada um de seus agentes.

Nos casos vinculados ao ensino e formação, essas questões são facilmente negligenciadas. Porque nelas o polo do suposto saber está instituído do lado do supervisor, e estabelecido pela condição de “aluno” do supervisionado. Nelas, portanto, é muitíssimo relevante compensar esse aspecto pedagógico já dado pela situação institucional com uma atitude de amparo, empatia e oferta do lado do supervisor. Isto também é muito gritante porque, em certos *settings*, os alunos – como os analistas em formação na IPA – são “obrigados” a participar dessa atividade como critério para a obtenção da almejada formação. E faz sentido em termos de responsabilização institucional – no caso das residências, a universidade lhe outorga um título se cumprem suas obrigações e aprovam as avaliações –, mas, sendo inevitável esse fator “controle”, o que proponho aqui é que ele seja permanentemente colocado em análise, repensado, questionado.

Por outro lado, penso que a postura de supervisor mudo é muito ruim nessa situação. Para um jovem em formação, a resposta “o que você acha?” com a qual muitos supervisores respondem às angústias ou inquietações dos jovens equivale a deixá-los sozinhos, sem amparo algum. Na minha opinião, não devemos temer, nesses casos, oferecer um certo aconselhamento, basta colocar esses conselhos com um “eu no seu lugar” ou “isso me faz pensar que...” ou ainda “uma vez tive um caso no qual...”, qualquer dessas opções é melhor do que a solidão e o abandono. Também é muito importante que os jovens sejam encorajados a experimentar, a se interrogar sobre si próprios e ajudá-los a perceber as benesses que a própria inexperiência muitas vezes traz, já que costuma torná-los mais ousados e criativos nas suas intervenções clínicas.

A importância do enquadre

Seja nas supervisões de grupos, ou individuais, a questão do enquadre se torna central. Bleger foi um dos psicanalistas pioneiros ao abordar essa temática. Costumo dizer que o enquadre é para o nosso trabalho de supervisão

o que a rede de segurança é para um equilibrista. O enquadre cria as condições para o trabalho, demarca a zona de segurança possível, permite que as pessoas se permitam arriscar.

Winnicott define o setting como ‘a soma de todos os detalhes da técnica’. Proponho – por razões que ficarão claras ao longo do desenvolvimento do tema – que adotemos o termo situação psicanalítica para a totalidade dos fenômenos incluídos na relação terapêutica entre analista e paciente. Esta situação compreende fenômenos que constituem um processo, que é o que estudamos, analisamos e interpretamos; porém inclui também um enquadre, isto é, um ‘não processo’, no sentido de que são as invariáveis que formam a moldura dentro da qual se dá o processo (Bleger, 2002, p. 103).

Essas invariáveis para as quais Bleger chama a atenção são a condição e a garantia do desenvolvimento do processo. A manutenção do enquadre seria para esse autor a condição ideal, mas seu estabelecimento claro e firme também permitirá identificar os ataques e rupturas do enquadre. Seria tarefa do analista – e aqui tornamos análoga àquela do supervisor – sempre manter, proteger ou reestabelecer o enquadre.

Nas supervisões, fazem parte do enquadre o contrato inicial, a definição do local e horários, a explicitação da necessidade da presença de todos quando grupais, a necessidade de avisar com antecedência aos demais em caso de ausência, e os contratos de sigilo e restituição. Sigilo em relação a não comentar fora desse *setting* ou enquadre dos conteúdos trabalhados e a restituição sendo entendida como a necessidade de retornar ao grupo qualquer desdobramento, *acting out* ou fato acontecido fora do enquadre, mas como consequência do trabalhado nele.

Quando trabalho com equipes, tenho também incluído no enquadre um contrato sobre a duração mínima dos trabalhos – por exemplo, seis sessões. Isso é condição para a construção da confiabilidade no enquadre. Supervisões avulsas não fazem sentido dentro deste marco teórico conceitual que estou tentando detalhar. Por quê? Porque haverá certamente a mobilização de algumas fantasias inconscientes, tensionamentos de relações de poder

ou a evidenciação de seu recalque, enfim, questões que só poderão emergir se houver a garantia de uma mínima continuidade do processo de cuidado.

Concordo com Aiello-Vaisberg (2004, p. 5) quando diz:

Parece-me, pois, muito interessante considerar a proposta de enquadres clínicos como criação de mundos temporários voltados ao favorecimento de certo tipo de acontecer. Nestes mundos, haverá sempre ordenamentos e regras, pelos quais se configurará um pequeno mundo e não o caos ou o abismo. Entretanto, a carne deste mundo será constituída, sempre, por presenças e materialidades.

Assim, para nós, o enquadre seria esse espaço especial, esse mundo temporário que criamos para poder ajudar as pessoas – analistas, estudantes, equipes – a trabalhar melhor, a desabrochar sua capacidade criativa e produtora de mundo e de uma sociabilidade mais solidária, menos alienada e violenta.

Por outro lado, quando se compreende o homem como ser essencialmente vincular e criador, aceita-se, com facilidade, a proposição winnicottiana segundo a qual o sofrimento mais importante consiste em não se poder sentir vivo, real e capaz de ser e fazer como gesto espontâneo e transformador da realidade humana (Aiello-Vaisberg, 2004, p. 7).

A transposição das supervisões para o campo dos serviços públicos: articulações possíveis

No contexto das redes de serviços de saúde, e dos serviços do Sistema Único de Saúde no caso brasileiro, muito tem se questionado sobre a necessidade de se contar com estratégias de educação continuada, articulação de redes e humanização dos serviços. Pessoalmente, tenho me preocupado muito com o agravamento recente dos processos de burocratização, oriundo do descaso com os trabalhadores de saúde dos últimos seis anos. A pandemia

só veio agravar o que já estava ruim. Os serviços têm vivenciado alta rotatividade dos profissionais e trabalhadores – muitas vezes por causa da terceirização –, aumento da demanda com subsequente pressão assistencial e estilos de gestão que oscilam entre a omissão, os maus tratos e o autoritarismo. Por que destaco que esses fatos produzem burocratização? Porque a burocratização é um tipo de adoecimento institucional, que aparece como defesa dos trabalhadores perante essas situações, que são vividas no subjetivo como ataques.

A alta rotatividade impede a emergência de um “nós” fortemente investido, a construção de parcerias, a confiança no trabalho do colega, e até a reafirmação de que esse lugar de trabalho é bom suficiente para querer permanecer nele. Todas essas questões são postas em xeque pela permanente entrada e saída de pessoas na equipe.

O aumento da demanda, a escassez de funcionários e materiais, os locais físicos degradados e desconfortáveis: todas essas qualidades constituem o que Kaës (1991) chama de “entraves à tarefa primária”, ou seja, obstáculos que a própria organização ou sistema colocam para o cumprimento adequado das atividades e que produzem sofrimento para os agentes.

O estilo de gestão autoritário contribui com o estreitamento do que Kaës (1991) chama de “espaço psíquico do ser-conjunto”. Em outro trabalho, também apontamos como a omissão ou a arbitrariedade se constituem em fonte de sofrimento institucional (Onocko-Campos, 2012).

Retomando, então, todos esses fatores, unidos ao processo identificatório que sempre se dá entre trabalhadores e usuários, fazem com que os trabalhadores se sintam ameaçados, frágeis, indefesos e expostos – como a própria população da que se espera que cuidem. A defesa que se erige aí é uma espécie de casca ou couraça. Um artifício – como toda defesa – que busca proteger, mas, ao mesmo tempo, isola, aliena e afasta. Os humanos que devem cuidar, sentem-se assim quase que um outro tipo de humano em relação aos usuários. A frieza, o descaso, a falta de empatia que vemos em muitos serviços estão constituídos de burocratização. Como todo sintoma, a burocratização é sinal de alienação. Isso em uma sociedade segregada pelo racismo, o machismo e a violência, como é a sociedade brasileira, não é banal.

Por esse motivo, torna-se relevante, condição de eficácia de nossos serviços e necessário para qualificar os atendimentos prestados, que tenhamos estratégias de cuidado para com os trabalhadores da saúde. Esses cuidados não podem se resumir a atividades “de capacitação”, eles devem incluir um componente semelhante ao da supervisão, que vise contribuir com a desalienação dos sujeitos.

Efeitos de desalienação, de reabertura ao outro, de acolhimento da alteridade radical daquele que nos procura sofredor. No Brasil, houve antecedentes desse tipo de atividade no Programa de Humanização e também vinculado ao apoio Paideia. Campos (2000) propôs que a lógica do apoio deveria mudar as assessorias e gestões verticalizadas por um formato mais transversalizado, no qual a reflexão e a tomada compartilhada de decisões fossem centrais para a reconfiguração do trabalho nas equipes de saúde.

Desde *O Planejamento no Labirinto* (Onocko-Campos, 2003), tenho buscado aproximar alguns conceitos da psicanálise Winnicottiana ao campo da saúde coletiva para fortalecer o papel do apoio descrito por Campos (2000). Propus, naquela ocasião, que o apoiador deveria ter uma formação alargada para conduzir intervenções no campo da subjetividade e das instituições, enriquecendo seu repertório com conhecimentos para lidar com grupos e instituições. Dentre as categorias winnicottianas, destacamos a de suporte (*holding*) e a de manejo (*handling*).

Caberia ao suporte a compreensão do momento dos grupos, seu grau de burocratização, sua constituição ou não como um “nós”, seu grau de fragmentação ou de estereotipia na organização etc. Reconhecendo esses diversos momentos e estilos, caberia ao apoiador/supervisor ser o garante da sobrevivência do *setting* (enquadre), aquele que coloca em suspenso o exercício do poder instituído durante a sessão – para que possam aparecer suas dimensões míticas e simbólicas – etc. A identificação dos vários tipos de sofrimentos institucionais (Kaës, 1991) possíveis também se enquadraria nesse aspecto do suporte.

Já ao manejo caberia uma dimensão mais tecnológica – ou técnica, se quiser – da tarefa do apoiador/supervisor. Um componente relacionado com a oferta de maneiras de resolver questões ou com a apresentação – à maneira da apresentação de um objeto para Winnicott – de formas de organização

possíveis e conhecidas no campo da gestão em saúde. Em geral, essas ofertas especificam tipos de arranjos ou dispositivos possíveis de serem explorados em uma dada situação ou serviço. Mas essas ofertas – assim como o suporte e o manejo nunca andam separados – também não estariam desligadas dos aspectos do funcionamento subjetivo das equipes. Por exemplo: a uma equipe muito burocratizada seria bom lhe ofertar arranjos e dispositivos que visem a singularização do cuidado – adscrição de usuários, equipes de referência etc. Pelo contrário, a uma equipe muito fragmentada e desorganizada no exercício de seus papéis profissionais, ofertar uma discussão e debate sobre núcleo e campo...

Dessa forma, penso que o supervisor “suficientemente bom” – para parafrasear Winnicott mais uma vez – deve ser uma espécie de anfíbio. Não basta ser um psicanalista genial. Tem de trazer na sua bagagem algo de clínica institucional e de Saúde Coletiva. Também não lhe bastaria ser Oswaldo Cruz, precisaria deter alguma competência para entender o mal-estar e distingui-lo do sofrimento institucional. Saber manejar grupos, ter o que oferecer em termos de organização do trabalho e das agendas etc.

À guisa de conclusão

Busquei neste capítulo, escrito por isso na primeira pessoa do singular, resumir algumas balizas teóricas que alicerçaram meu trabalho de supervisão ao longo dos últimos 25 anos. Espero ter conseguido mostrar, não uma “pureza” de categorias teóricas ou de linhas ou escolas psicanalíticas ou institucionais, mas uma *certa bricolagem pessoal* construída ao longo dos anos de prática, descoberta perante novos problemas e desafios que me levaram cada vez a me interrogar, a buscar novos autores e/ou referências.

Se tivesse que destacar um achado ou descoberta, seria o do paradoxo, como no caso do binômio liberdade/controlado. Se pudesse dar um conselho aos psicanalistas que desejam se tornar supervisores, lhes diria que estudem outras coisas além da Psicanálise. E aos gestores, lhes aconselharia que estudem Psicanálise e teorias institucionais – isso não significa que precisem virar psicanalistas.

Castoriadis (1986) dizia que não há lugar fora da história, nem da sociedade para estudar o homem, tampouco há lugar para pensar a formação clínica fora da instituição ou de certa institucionalidade. Por isso, falava no início do caráter sempre institucional de toda supervisão. Estamos sempre atravessados pela história e pela nossa sociedade. Inclusive, nestes obscuros tempos do autoritarismo tupiniquim, que passará, e ao qual devermos ser capazes de sobreviver.

Almejo, com este texto, ter passado algo de minha experiência à frente, à maneira de uma transmissão, e de ter contribuído para que algum aprendizado acumulado seja útil para aqueles que carregam o futuro.

Referências

- AB'SABER, T. A clínica aberta, o analista grupo e suas transferências. In: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. (org.). *SaúdeLoucura 10: tessituras da clínica - itinerários da reforma psiquiátrica*. São Paulo: HUCITEC, 2019. p. 79-90.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Os enquadres clínicos diferenciados e a personalização/realização transicional. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBRÓSIO, F. F. (org.). *Cadernos ser e fazer: o brincar*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004. p. 6-17.
- BLEGER, J. Psicanálise do enquadre psicanalítico. *Calibán: revista latino-americana de psicoanálisis*, Montevideu, v. 2, n. 1, p. 103-114, set. 2002.
- BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed, 1984.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DANTO, E. A. *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938*. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. et al. *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MANNONI, M. Risco e possibilidade da supervisão. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992. p. 37-40.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 100-115, mar. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: HUCITEC, 2012.

STEIN, C. Em que lugar, em que enquadre, para que fins falar de seus pacientes? *In: STEIN, C. et al. A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992. p. 15-35.

VALABREGA, J.-P. Análise quarta. *In: STEIN, C. et al. A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992. p. 41-53.

PARTE II

INVENÇÕES

PSICANÁLISE E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

a supervisão como estratégia na universidade

ANDRÉA MÁRIS CAMPOS GUERRA

A transmissão da Psicanálise desde a universidade coloca questões distintas ao psicanalista, quando seu ofício clínico atravessa a docência e a experiência com o real o desloca do campo da compreensão. Lacan diz que o grande desafio da transmissão psicanalítica é “[...] ensinar não apenas a quem não sabe, mas a quem não pode saber” (Lacan, 2005, p. 26), dada a incidência do inconsciente como experiência de linguagem que afeta o corpo.

Ele distingue o trabalho da supervisão do trabalho do ensino analítico neste ofício. Dada a instabilidade que o impossível de apreender evoca, ensino da teoria e supervisão da prática não são simplesmente análogos. Na supervisão, há “[...] o acréscimo mediante o qual surge algo que dá sentido ao que vocês acreditam saber, e revela num lampejo o que é possível apreender além dos limites do saber” (Lacan, 2005, p. 26).

Já o trabalho conceitual de estudo da teoria psicanalítica visa a estrutura. “É exatamente aí que adquirem importância os elementos significantes que introduzo [...] Através de sua notação na relação estrutural, eles são o meio pelo qual tento manter o nível necessário para que a compreensão não seja enganosa” (Lacan, 2005, p. 26).

Além disso, ambos, supervisão e estudo da teoria, diferem da radicalidade do encontro com o real numa análise pessoal. Nesta, o sujeito, aprendiz, experimenta o deslocamento do eu, a resistência, a compulsão à repetição

e se torna testemunha da imperiosa incidência do real como trauma que incide como acontecimento de linguagem sobre o *fallasser* (Miller, 2015).

A experiência da supervisão em Psicanálise encontra nas premissas freudianas da formação analítica seu eixo de orientação. O tripé análise pessoal, supervisão e estudo teórico, como elementos da formação de um psicanalista que prescindiria de uma regulamentação externa em seu ofício, indica a direção primeira de Freud. Afinal, para ele,

[...] a atividade psicanalítica é árdua e exigente; não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair para caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um médico [psicanalista] inteiramente, ou não o possui em absoluto (Freud, 1976b, p. 150).

Trata-se de uma escolha marcada pelo desejo que orienta seu percurso.

Por não ser passível de ser objetivada em disciplinas, créditos ou avaliação sistemática, o campo da formação do psicanalista se articulou às instituições psicanalíticas. Elas deram corpo institucional numa comunidade de interesses à expansão geopolítica da Psicanálise e à estrutura de sua sustentação. Essas escolas de Psicanálise guardam o espaço da transmissão e o rigor da formação psicanalítica entre pares. A universidade é prescindível neste percurso.

Freud (1976d) considera que o estudo da teoria na formação clínica seria bem-visto pelo psicanalista, mas seria completamente dispensável que acontecesse num espaço universitário. A universidade, esta sim, poderia se beneficiar da presença dos estudos psicanalíticos em seus currículos. Teria, porém, que pensar em como incorporá-los. A Psicanálise serviria ali para preparar e introduzir o médico no exercício da psiquiatria, mas sofreria com a teoria sem a prática, restando-lhe algo em torno da pesquisa. “O estudante de medicina jamais aprenderia a psicanálise propriamente dita [...] será suficiente que ele aprenda algo *sobre* a psicanálise e que aprenda algo *a partir* da psicanálise” (Freud, 1976d, p. 220).

O psicanalista encontraria a teoria na literatura especializada, nos encontros científicos das sociedades psicanalíticas ou ainda no contato com os psicanalistas mais experientes. E ainda, sobre a experiência prática, não

poderia dispensar sua análise pessoal, o que se torna quase um obstáculo à sua presença num currículo universitário. Como obrigar alguém a sofrer para experimentar o método clínico psicanalítico e ali aprender seu ofício? A supervisão, assim, ao lado da teoria e da análise pessoal, sustenta o tripé freudiano da formação analítica nas escolas (Freud, 1976d), restando à universidade, talvez, a função de despertar a causa desejan-te pela Psicanálise através da prática e da pesquisa, a introdução da(o) estudante na sua teoria e o horizonte da formação num tempo futuro.

Lacan (2003), na esteira da discussão da formação do analista, questiona seu modelo *standard* e universal. Ele radicaliza a posição do psicanalista em formação e parte de um princípio geral em sua proposição: “o psicanalista só se autoriza de si mesmo” (Lacan, 2003, p. 248). O que revela a incidência da decisão por tornar-se um analista, de um lado, sobre o desejo de quem faz este voto e, de outro, sobre sua responsabilidade. Assim, ele reestrutura a formação do analista sobre novo dueto: o cartel e o passe.

No primeiro, 4 pessoas + 1 se reúnem em torno de um tema comum que os causa singularmente, podendo seguir por até dois anos neste encontro, do qual nasce um produto qualquer e de cada um(a) a ser apresentado na escola. E o segundo, o passe, implica em um testemunho da experiência analítica de um *fallasser* que dá provas e transmite sua trajetória, acrescentando algo de si ao campo psicanalítico.

E a universidade? Onde estaria neste caminho de formação? E as supervisões ali orientadas pelo discurso analítico e pela presença de um psicanalista, teriam qual estatuto? O encontro com o real ainda seria seu norte?

Neste texto, procurei, em dois tempos, reunir os elementos que organizam o trabalho do psicanalista na universidade, a partir da supervisão como ponto de corte. Para isso, situei inicialmente a supervisão em Freud e Lacan, meus guias no campo psicanalítico. Na sequência, trouxe uma experiência em curso neste ofício de ser uma professora universitária, orientada pela Psicanálise. Falei do modo como articulamos o programa Já É no núcleo Psicanálise e Laço Social no Contemporâneo (@Psilacs) da Universidade Federal de Minas Gerais, destacando a supervisão como estratégia que favorece, desde a experiência clínica, a tomada de posição da função analítica no debate democrático.

Finalmente concluo que a presença da Psicanálise na universidade, como um despertar que causa o movimento desejante de um *fallasser* em direção à formação como psicanalista, irá operar quando o real de sua causa é tocado. Por isso, o real e seus efeitos se mantêm, ali também, como a estrutura que fornece o enquadre de nosso ofício como psicanalistas na função de supervisão. Porém, na vivência clínica que ali se desdobra no social, no encontro-confronto com os espaços públicos extramuros, algo do real do laço social, não todo domesticado pelo discurso de uma época, se revela.

Esse ponto convoca a responsabilidade do analista cidadão (Laurent, 2007), mostrando que neutralidade e omissão são posições políticas (Gonzalez, 2020) que, na cena analítica, convocam o psicanalista em sua função na clínica. Operando desde o lugar de causa do desejo, o psicanalista trabalha com o real – velado, encriptado, negado, forcluido, recalcado ou desmentido. Sua presença desloca o enquadre da perspectiva e revela a mancha, dando a ver o ponto cego continente de gozo.

Assim, participar do debate democrático desde sua função mantém tensionado o campo do desejo e incita à transformação dos meios e modos de gozo, estabelecidos pelos discursos em ação. A supervisão da experiência seria sua estratégia. “Nessa corrida para a verdade, é apenas sozinho, não sendo todos, que se atinge o verdadeiro. Ninguém o atinge, no entanto, a não ser através dos outros” (Lacan, 1998, p. 212).

Ponto de partida

Nosso ponto de partida: não existe a possibilidade de um curso de graduação credenciar um psicanalista, seja ele um curso de Psicologia, de Medicina, seja ele um curso aventureiro de “Psicanálise”, que deforma os princípios do próprio campo. Afinal, uma análise pessoal seria avaliável em termos de nota? O desejo inconsciente seria transformado em crédito? O percurso analítico, mobilizado pelo sofrimento, entraria em um currículo obrigatório, já que é imprescindível na formação de um psicanalista?

A Psicanálise tem um modo próprio de compor a formação clínica e ela prescinde da universidade. Em *Questão da análise leiga*, Freud (1976a, p. 259) é peremptório: “[...] o preparo para a atividade analítica de modo

algum é fácil e simples. O trabalho é árduo, grande a responsabilidade”. Ele refere-se às obrigações do analista entre estudar, suportar os fenômenos das transferências, manejar resistências, levar à supervisão seus impasses e levar a cabo sua própria análise. “Esse fator individual sempre desempenhará um papel mais significativo na psicanálise que alhures” (Freud, 1976a, p. 250).

No percurso de formação, oferecido pelas escolas psicanalíticas que guardam a tradição da transmissão da Psicanálise, o inconsciente é experimentado em sua dimensão transferencial e real. O espaço da análise pessoal ganha testemunho, a supervisão entre pares guarda o espaço da transmissão do fazer clínico e os espaços de estudo avançam nos encontros públicos. O que tornaria, então, um profissional um psicanalista, afinal?

Qualquer um(a) que tenha passado por um percurso dessa natureza pode autorizar-se face à comunidade analítica. Que tenha sido analisado, que tenha dominado o que pode ser ensinado em nossos dias sobre a psicologia do inconsciente, que esteja familiarizado com a ciência da vida sexual, que tenha aprendido a delicada técnica da Psicanálise, a arte da interpretação, de combater resistências e de lidar com a transferência – qualquer um que tenha realizado tudo isso “[...] não é mais um leigo no campo da psicanálise” (Freud, 1976a, p. 259). Teoria, análise e supervisão. Transmissão, *práxis*, instituição. Dois trinômios se entrelaçam na formação do analista desde Freud.

Lacan irá compor um desenho para a formação analítica em distintos momentos de seu ensino, firmando-a com duas novidades: o cartel e o passe. Em seu texto sobre a *Proposição sobre o psicanalista da Escola* (Lacan, 2003), escrito 40 anos depois de *A questão da análise leiga* de Freud (1976a), Lacan lembra que “nenhum ensino fala do que é a psicanálise” (Lacan, 2003, p. 250). Sua transmissão assenta-se neste impossível, que seria aceder à verdade toda. Se o analista só se autoriza de si mesmo, isso não quer dizer que ele não atravesse o testemunho de seu percurso entre pares. Ao contrário, as escolas, por sua própria iniciativa, podem garantir a formação analítica ao fundarem-se na própria experiência inconsciente.

Como apreender essa experiência? Lacan (2005) propõe o objeto *a* como chave da experiência analítica. Nem o método do catálogo, nem o método do análogo, mas o ideal da simplicidade como orientação. Não se

trata de buscar enumerar a partir de um princípio único, pois sempre restarão os inclassificáveis por sua singularidade. Assim também, não se espera grande resultado em se comparar e rascunhar uma tipologia do comum. Ela aniquila o que, da exceção, funda a condição única.

Ao tomar a experiência como método, “[...] esse método não se distingue de seu objeto” (Lacan, 2005, p. 267). Em outras palavras, faz operar o inconsciente. Como efeito aquém e além da linguagem, o objeto *a* circunscreve o campo do impossível, costurando pelas bordas o que é passível de significação. A Psicanálise submete seu método ao que ela pressupõe e efetua na relação com a verdade, não toda cernível.

Nós não somos sem a verdade, mas ela nos é sempre estranha. A verdade depende da enunciação. Porém, “o verdadeiro não é interno à proposição, onde só se anuncia o fato” (Lacan, 1992, p. 57). Por isso, nunca acedemos à verdade toda. Se a enunciação é marcada pelos impasses do desejo e do gozo, e se não há verdade senão daquilo que aí se escamoteia, a verdade é inseparável dos efeitos de linguagem. “Só se encontra o verdadeiro fora de toda proposição [...] aí o inconsciente” (Lacan, 1992, p. 59).

O objeto *a* como sua encarnação lógica condensa o que pode ser formulado como referido ao que causa o desejo do sujeito, sem ser apreendido pela linguagem ou pela representação, sem equivalência. Ele será mobilizado como falta de saber numa supervisão, como desejo de saber no estudo da Psicanálise e como causa estrutural numa análise. E, assim sendo, guarda o minimalismo da experiência e lhe serve de guia, de chave na transmissão, de articulação na composição dos registros da realidade – Real, Simbólico e Imaginário. Por isso, “[...] o desconhecimento do *a* deixa uma porta aberta” (Lacan, 2005, p. 366). E convoca o psicanalista a uma tarefa política central na transmissão da Psicanálise: produzir uma marca como efeito do objeto *a* que passa à história.

A política da Psicanálise diz sempre de um impossível que causa um movimento.

O real e o impossível são antitéticos, eles não podem caminhar juntos. A análise empurra o sujeito para o impossível, ela lhe sugere considerar o mundo como ele é realmente, isto é, imaginário, sem significação. Enquanto que o real, como um

pássaro voraz, só faz se alimentar de coisas sensatas, de ações que têm sentido (Lacan, [2016?b]).

Talvez esse seja o mínimo comum a que, realize onde for seu ofício, um psicanalista não pode ceder.

Podemos, pois, neste tópico, firmar a perspectiva da supervisão como parte da formação do analista que implica seu ser na aposta desejante desde a experiência clínica. Mas o tripé da formação desenrola-se nas escolas psicanalíticas. Assim, pensar a supervisão clínica desde a universidade implica em sustentar o real da experiência desde o ponto de causa do praticante, numa posição de extimidade em relação às escolas. A experiência oriunda da práxis desde a instituição universitária pode despertar o desejo em relação à Psicanálise e, quem sabe, até levar ao percurso de uma formação que acontecerá depois. O que, enfim, se passa então quando nos *campi* se abriga a Psicanálise? Partindo desta questão, apresentaremos o programa Já É do núcleo @Psilacs da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

No meio do caminho, havia uma pedra

A universidade, como instituição, quando habitada pela presença da Psicanálise, não está imune aos efeitos discursivos de uma época e de sua geopolítica. Ela também opera pela incompletude da verdade. E aqui entra nossa experiência com o programa Já É¹, que se realiza extramuros junto à escuta de adolescentes autores de ato infracional ou jovens da periferia estudantes de cursinhos populares. Essa clínica nas bordas da cidade nos coloca face ao impossível de nossa realidade brasileira: genocídio e encarceramento em massa da população jovem negra brasileira, herdeira da devastação provocada pelos processos de escravização.

Em 2011, ao propor uma pesquisa psicanalítica sobre a entrada de adolescentes autores de ato infracional em trajetórias de delinquência, recebemos da superintendência do estado, responsável pelas medidas

1 O programa Já É, do núcleo @Psilacs da UFMG, é co-coordenado por Tatiana Goulart, Fídias Siqueira e Christiane Matozinho.

socioeducativas, a Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo de Minas Gerais (Suase/MG), a demanda por uma contrapartida da universidade. A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como universidade pública e gratuita, tem na extensão universitária a intenção de aplicar extramuros o conhecimento produzido na pesquisa e transmitido no ensino, ancorada na indissociabilidade do tripé ensino-pesquisa-extensão, previsto no art. 207 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

As universidades devem inserir as atividades extensionistas na grade curricular de todos os cursos de graduação e regulamentá-las como prática acadêmica. O potencial educativo e formativo da Extensão deve ser inserido de modo qualificado no projeto pedagógico universitário (Deus, 2020, p. 13).

Aqui, uma primeira brecha que faz caber na prática extensionista a Psicanálise: a prática, por lei, é hoje presença obrigatória em um currículo universitário. Mas a(o) estudante decide em qual práxis se inserir. Face a essas duas contingências nasceu o programa Já É: fruto do encontro com a demanda da Suase e com a necessidade da prática extensionista na graduação universitária.

Um terceiro elemento, necessário, insistiu. O necessário, na lógica aristotélica, é aquilo que *não* cessa de se escrever, aquilo que retorna, que insiste, que se repete. Em nosso caso, foi o mal-estar colonial que retorna sobre a forma de violência simbólica (Zizek, 2014), encarceramento em massa da população negra (Nascimento, 2016), necropolítica (Mbembe, 2018) com a gestão da morte perpetuada em chacinas e espancamentos que ainda hoje nos invadem. O Brasil está entre os países que mais mata seus jovens negros, suas mulheres, sua população trans. Isso não é um acaso.

A herança escravagista brasileira (Guerra, 2020) constituiu em nosso país, com 56% de sua população negra, dois mitos que mantêm invisibilizado nosso racismo estrutural (Almeida, 2019) à brasileira (Munanga, 2017): o mito da democracia racial e o mito da cordialidade do povo brasileiro. Esses mitos ocultam e criam versões locais para o modo de colonização que sofremos e que, modificado, ainda nos oprime. O Modo Colonial de Poder

(MCP) construiu-se com a conquista das Américas (Dussel, 1993; Quijano, 2017) e data de 1492, com a descoberta das terras originárias.

Sob seu regime, assentado na raça como critério de legitimação científica e discursivo, coloniza-se o poder, o saber, o ser e o gênero. Seu preço foram epistemicídios seculares contra os saberes muçulmano, indígena, afro-originário e das mulheres pagãs (Grosfoguel, 2016). Como olhar que tudo vê, menos a si mesmo, o pensamento cartesiano forjou a *hibrys del punto cero* (Castro-gomez, 2005). Uma espécie de olhar que cria a ilusão de universalidade sobre a verdade do mundo, como ponto neutro e axioma inquestionável, interpretando todo conhecimento não europeu como local, parcial, primário.

Se estendermos esse critério ao poder, ao ser e ao gênero, entenderemos como a Europa cristã, branca, patriarcal, burguesa e acuada pelos muçulmanos na virada das Grandes Navegações, tornou-se o centro do mundo (Maldonado-Torres, 2008). A invenção deste sistema mundo criou a distinção entre o centro, a periferia e uma semiperiferia, dada a existência de uma economia hegemônica articuladora do conjunto do sistema. Rompe-se ontologicamente com a relação homem-natureza e com a visão orgânica de mundo, engendrando um modo de conhecimento que se torna instrumento puro de controle racional sobre o novo mundo constituído e legitimado como sistema-mundo capitalista que justifica a expansão colonial europeia (Wallerstein, 2012).

Em que tudo isso nos interessa? O encontro do sofrimento racial e estrutural decorrente desse modo colonial de poder tem, no Brasil, uma das maiores fontes de mal-estar contemporâneo. Freud (1976c) fala que, das três fontes de mal-estar – o corpo, a natureza e as pessoas –, a relação com as pessoas é a que produz maiores dissabores. Ele não explicou, entretanto, que quando pessoas são equivalidas a mercadoria, como nos processos de escravização, rompe-se um modo de laço discursivo e passamos a crer que tudo é objeto passível de ser consumido. Lacan ([2016?]) chamou de discurso capitalista esse modo que não faz laço. Nós entendemos seu avesso como variante colonial do discurso capitalista (Guerra, 2022).

Neste modo discursivo, a outridade que implica no gozo do corpo como habitando o próprio sujeito, enquanto estrangeiridade é tratada pela

projeção deste gozo nos outrinhos, que se tornam a fonte do Mal. Projetamos no outro nosso pior, nosso gozo desmedido e não reconhecido, passando a visar sua eliminação. “A raiz do racismo é o ódio de meu próprio gozo” (Miller, 2016).

Ao nos depararmos com os adolescentes autores de ato infracional no programa Já É, a reincidência discursiva das instituições, da mídia, do senso comum e do saber universitário sobre eles nos tomou de assalto. O programa, hoje com dez anos de existência, revelou este avesso colonial, predatório e destrutivo de combustão do planeta, na forma que ganha no Brasil o genocídio e a privação de liberdade do jovem infrator em sua infração epistêmica (Garcia, 2011).

Para Garcia, não só os jovens que não tiveram oportunidade de ingressar e viver uma educação formal superior demonstram carência em relação ao acesso ao conhecimento e à produção intelectual das universidades, mas também a comunidade acadêmica sofre carência similar em relação a outros saberes e formações culturais fora de seu meio (Matoso, 2014, p. 21).

Reproduzo abaixo o texto de uma apresentação de Célio Garcia que resume sua hipótese de que a ação infratora é uma resposta do adolescente à invisibilização de sua presença e anulação de sua participação na vida pública.

*O Sistema prefere que o aluno siga o algoritmo, as regras do como fazer. Uma infração seria um gesto, um ato que fugisse ao que está previsto no algoritmo. Só então há invenção, e ainda assim, graças ao por acaso.

*Antes que ela aconteça, dando prova de seu valor heurístico-epistêmico, o professor terá dito: - Volte para o algoritmo!

*O jovem infrator inventa uma saída / produz um ato que rompe com uma cadeia / conjuntura (familiar, social) na qual era submetido a tentativas de anulação de sua existência. Uma infração pode ser seguida de outra infração [novos usos], afastando ainda mais o aprendiz do algoritmo fornecido pelo sistema, construindo uma maneira própria de agir.

*Não é transgressão, mas criação de um espaço *trans* onde opera a invenção (Matoso, 2014, p. 29).

Para além de dimensões ideológicas a que essa discussão poderia nos conduzir, destaco aqui a entrada da Psicanálise com a prática da supervisão neste programa dentro do aparato de universidade pública e gratuita. Na supervisão dos casos dos adolescentes ali escutados, seja individualmente, seja em conversações psicanalíticas, exercitam-se modos de ler as respostas do *falasser* a partir da estrutura que as engendram.

Isto posto, antes de explicar como funciona o programa e como pensamos nele a supervisão e seus efeitos, resumimos nosso fundamento. Entendemos o *falasser* como corte na linguagem com efeitos sobre o corpo na cena do mundo. Tomamos como em relação moebiana a dimensão material e política e a dimensão subjetiva e íntima (Guerra; Martins, 2013). Associamos a face pública à dimensão política, tomada como estratégia que trata da finalidade de uma prática discursiva. Enquanto a dimensão subjetiva é tomada na qualidade de inconsciente seja em sua dimensão transferencial, seja em sua dimensão real.

São como os dois lados de uma mesma banda retorcida que, sendo unilateral, ao ser percorrida é, ao mesmo tempo, interna e externa, sem dentro e fora ou qualquer outra divisão binária. Isso implica em não patologizar o social, não individualizar a determinação histórica ou responsabilizar separadamente o sujeito e a estrutura econômica ou desconsiderar a dimensão pulsional que rasga o discurso. Tomamo-los como estando em relação direta.

Desde essa perspectiva, demos início à escuta do mal-estar colonial, vivido pelos adolescentes autores de ato infracional em 2011, a partir da demanda da Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo (Suase) da atual Secretaria de Justiça e Segurança Pública, à época Secretaria de Defesa Social, do estado de Minas Gerais. Adotando o método da simplicidade da experiência na base de seu funcionamento, nosso dia a dia como prática de extensão universitária, guiada pela Psicanálise, é igualmente singelo.

Estudantes do curso de graduação em Psicologia, interessadas(os) na experiência clínica de escuta psicanalítica, manifestam seu desejo endereçando-o ao programa Já É. Pressupomos que ele já iniciou seus estudos em

Psicanálise, que esta despertou nele o confronto com o real e que ele pode estar em análise. Nada disso, porém, torna-se condição para sua entrada no programa. A única condição radical de entrada é seu desejo sustentado por si mesmo.

Manifestado este desejo, a(o) estudante é acolhida(o) nas supervisões quinzenais como *escutante*. Ela(e) passa ao menos um semestre apenas participando das supervisões, sem atender nenhum jovem. Apenas após sua manifestação por começar a prática da escuta clínica depois desse tempo, entendendo que a transmissão da experiência na supervisão a preparou para este encontro, e sendo corroborada pela supervisora, a(o) extensionista dá início à prática clínica. A supervisão segue como fio condutor durante toda a permanência do jovem universitário no programa.

Além disso, durante todo o período, a equipe ampliada do Já É² oferece espaços de trocas teóricas com a leitura dos textos fundamentais freudianos e lacanianos da clínica psicanalítica, aliados a textos que problematizam o mal-estar colonial e situam em perspectiva a experiência inconsciente desde nossa geopolítica e contemporaneidade. Como nos inspira Freud, essa posição na supervisão “[...] será mais uma questão de novas formas de ver as coisas e novas maneiras de situá-las, do que de novas descobertas” (Freud, 1976b).

Como entendemos, finalmente, a supervisão nesse programa? Como espaço convergente e moebiano da teoria e da clínica psicanalíticas, ancorado na experiência a que o encontro com o real poderá conduzir cada participante. Em nossa última publicação do programa, o livro *Psicanálise implicada e adolescência: modos de intervenção e testemunhos clínicos* (Guerra; Bemfica, 2020), sistematizamos a supervisão em relação à construção do caso clínico, conforme o quadro abaixo, que reproduzo aqui como efeito-síntese teórico de nosso entendimento sobre a mesma, discutido mais amplamente naquela obra.

2 Neste momento, a equipe ampliada conta com a doutoranda Débora Bossa e com a recém pós-doutora Monica Januzzi, ambas professoras.

Quadro 1 – Quadro distintivo: construção do caso e supervisão

	Construção do caso clínico	Supervisão clínica
1	Deve restaurar, <i>a posteriori</i> , a topologia do furo originário do Outro, no qual o sujeito se aloja como resposta à sua demanda invertida;	Atua no instante de ver, colocando-se em contemporaneidade com o ato analítico;
2	Propõe-se a avaliar e a evidenciar cada golpe dado no momento em que algo do caso cai, testemunhando as diversas fases do trabalho do analisante - único a enunciar sua conclusão;	Refina as coordenadas do tratamento analítico e limpa o campo do analista praticante de fantasias e <i>a priori</i> imaginários;
3	Permite uma margem de previsão, construindo as escansões do processo analítico;	Visa orientar o ato analítico e ampliar as possibilidades de manobra clínica em curso numa análise;
4	Em geral, dirige-se ao público da instituição, interessado no sujeito;	Pressupõe e dirige-se ao sujeito suposto saber encarnado pela figura de um analista pressuposto mais experiente;
5	Opera transversalmente em relação às fronteiras profissionais, relança o desejo de cada trabalhador e evita processos segregatórios;	Opera sobre a relação sujeito-praticante como terceiro <i>extimo</i> que anima a posição do analista como causa;
6	Constitui uma equipe em torno do caso;	Constitui um caso a partir do trabalho do analista praticante;
7	Reativa a relação do sujeito com o Outro;	Opera a partir da relação do sujeito com seu Outro;
8	É a construção do ato analítico como ponto de não retorno, a partir do qual o sujeito pode enunciar-se de um novo lugar;	É a construção da evidência do real impossível para cada sujeito, que se presentifica no equívoco, a fim de que um ato possa se escrever;
9	Serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso, produzindo um novo saber-fazer em, ao menos, dois tempos: (1) localização do sujeito no discurso; (2) montagem de um novo projeto;	Serve para orientar o trabalho de interpretação, iniciado quando o sujeito formula e endereça sua questão em uma análise;
10	Construir o caso é construir a teoria;	Supervisionar é construir possibilidades de enfrentamento clínico do real;
11	Produz uma autoridade clínica, referida ao debate democrático;	Apoia-se na autoridade clínica, sustentada pelo discurso do analista;
12	Ambos operam a partir do saber extraído do analisante e consideram a transferência, o sintoma e a demanda - fenômenos que Lacan aloca no furo central rasgado pela causa do desejo - em temporalidades e lógicas diferenciadas, mas sempre referidas ao real.	

Fonte: Guerra e Bemfica (2020, p. 62).

Conclusão

Recolhendo os efeitos dos psicanalistas hoje em formação que passaram, quando estudantes de graduação, pelo programa Já É, escuto os efeitos e marcas em sua formação como podendo ser reunidos em alguns pontos a desenvolver em futura ocasião. Primeiramente, eles dizem respeito à perspectiva do olhar do analista, que não goza do que não vê, como no esquema óptico de Lacan, mas antes inclui na cena o que restava obliterado pelas linhas invisibilizantes da estrutura colonial (Guerra, 2021).

Em segundo lugar, manifestam o movimento da operação desejante endereçada à formação psicanalítica que se instala quando da passagem pelo programa. Em terceiro lugar, dizem respeito à posição de responsabilidade clínico-político pelos efeitos a que sua incidência como corpo-psicanalista no mundo provoca e que carece ser suportada. Finalmente, em quarto plano, mantêm viva a posição inquieta de *pesquisantes* que ali no programa se transmite como condição permanente do psicanalista face aos efeitos de real que mudam em relação ao discurso de cada época, engendrando novas respostas do *fallasser*.

Essa orientação ética e política na formação em Psicanálise pode ser deduzida do aforismo lacaniano: “não digo a política é o inconsciente, mas o inconsciente é a política”. (Lacan, [entre 2016 e 2023], p. 168) Ao dizer que o inconsciente é a política, Lacan aponta justamente que o sujeito não tem outra forma de existência a não ser esta que resiste à tensão entre o que é do coletivo – universal ou particulares – e o que é do singular – idiosincrático. Assim, o discurso, ou mesmo a instituição, também podem (e devem) ser tomados como a matéria sobre a qual incide o próprio inconsciente, desnudando a incompletude do espaço da discursividade. Afinal, ficariam somente as escolas e a universidade fora desta?

Referências

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

CASTRO-GOMEZ, S. *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2005.

- DEUS, S. *Extensão universitária: trajetórias e desafios*. Santa Maria: PRE-UFSM, 2020.
- DUSSEL, E. 1492: o encobrimento do Outro: a origem do mito da modernidade. Petrópolis: Vozes, 1993.
- FREUD, S. A questão da análise leiga. In: FREUD, S. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v. 20, p. 211-283. Originalmente publicado em 1926.
- FREUD, S. Dissecção da personalidade psíquica. In: FREUD, S. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. v. 22, p. 75-102. Originalmente publicado em 1933 [1932].
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. v. 21, p. 81-178. Originalmente publicado em 1930 [1929].
- FREUD, S. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: FREUD, S. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976d. v. 17, p. 217-223. Originalmente publicado em 1919 [1918].
- GARCIA, C. *Estamira, novas formas de existência (por uma clínica da carência)*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2011.
- GONZALEZ, L. *Por um feminismo afro-latino-americano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.
- GROSGOUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016.
- GUERRA, A. M. C.; BEMFICA, A. G. (org.). *Psicanálise implicada e adolescência: modos de intervenção e testemunhos clínicos*. Curitiba: CRV, 2020.
- GUERRA, A. M. C. Branquitude e psicanálise. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, ano 21, n. 230, p. 55-67, 2021.
- GUERRA, A. M. C.; MARTINS, A. S. Psicanálise e política: contribuições metodológicas. *Revista Borrromeo*, [Argentina], n. 4, p. 90-111, 2013.
- GUERRA, A. M. C. O papel da psicanálise na desconstrução do racismo à brasileira. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 20, 2020.
- GUERRA, A. M. C. *O sujeito suposto suspeito: a transferência no Sul Global*. São Paulo: N-1 edições, 2022.
- LACAN, J. *Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972, paru dans l'ouvrage bilingue: Lacan in Italia 1953-1978*. [S. l.: s. n.], [2016?a].

- LACAN, J. *Entretien de Jacques Lacan avec Emilia Granzotto pour le journal Panorama (en italien)*, à Rome, le 21 novembre 1974. [S. l.: s. n.], [2016?b].
- LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. Seminário proferido em 1962-1963.
- LACAN, J. *O seminário, livro 15: o ato analítico*. [S. l.: s. n.], [entre 2016 e 2023]. Originalmente publicado em 1966-1967.
- LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. Seminário proferido em 1969-1970.
- LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 197-213. Originalmente Publicado em 1945.
- LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 para o psicanalista da escola. In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 248-264.
- LAURENT, E. O analista cidadão. In: LAURENT, E. *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. p. 141-150.
- MALDONADO-TORRES, N. A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 80, p. 71-114, 2008.
- MATOSO, D. C. *Jovem: infrator? A experiência do Projeto Selex*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 edições, 2018.
- MILLER, J.-A. *O osso de uma análise + o inconsciente e o corpo falante*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.
- MILLER, J.-A. Racismo e extimidade. *Derivas Analíticas*, Belo Horizonte, n. 4, 2016.
- MUNANGA, K. As ambiguidades do racismo à brasileira. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (org.). *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise*. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 33-43.
- NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.
- QUIJANO, A. Colonialidad del poder y subjetividad en América Latina. In: CASTAÑOLA, M. A.; GONZÁLEZ, M. (coord.). *Decolonialidad y psicoanálisis*. Cidade do México: Navarra, 2017. p. 11-34.

WALLERSTEIN, I. A análise dos sistemas-mundo como movimento do saber.
In: VIEIRA, P. A.; VIERA, R. L.; FILOMENO, F. A. (org.). O Brasil e o capitalismo histórico: passado e presente na análise dos sistemas-mundo. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 17-28.

ZIZEK, S. *Violência*. São Paulo: Boitempo, 2014.

ADOLESCÊNCIA, ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E PSICANÁLISE

peculiaridades de uma clínica em diálogo com as políticas públicas de proteção social

VLÁDIA JAMILE DOS SANTOS JUCÁ
LAÍS FLORES SANTOS LOPES COSTA

Introdução

O convite para escrever o presente capítulo foi recebido como a oportunidade de sistematizar reflexões oriundas de uma atividade de estágio e de extensão, realizada sob a forma de um projeto, intitulado Adolescência, Acolhimento Institucional e Clínica do Desamparo, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS-UFBA). O mesmo nasceu das trocas de experiências e inquietações de duas psicólogas, autoras do presente texto e responsáveis pela concepção e pela implantação do projeto, as quais haviam, por caminhos diversos, atendido jovens em acolhimento institucional.

Na bagagem de uma das autoras, experiências anteriores com práticas de estágio, extensão e pesquisa realizados em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) proporcionaram a aproximação com trajetórias de vida de adolescentes em instituição de acolhimento e com os impasses para fazer acontecer o trabalho em rede e as políticas públicas destinadas ao público em questão. Ademais, fortaleceram o entendimento de que a clínica

psicanalítica voltada para adolescentes em acolhimento institucional – lançados precocemente em situações nas quais o sofrimento psíquico se fez presente em íntima relação com a precariedade social e com violações de direitos – requer manejos que considerem as especificidades deste público.

A outra autora vivenciou o cotidiano do fazer psicológico em uma instituição de acolhimento voltada apenas para adolescentes. Para além das dificuldades de se trabalhar o laço familiar, que muitas vezes já chegava no limite do esgarçamento, e com a irrupção de angústia provocada pela institucionalização, havia dificuldades de encaminhar os adolescentes acolhidos e suas famílias para serviços públicos de assistência, proteção e garantia de direitos (aqui incluímos saúde, assistência social, trabalho e renda, moradia, lazer etc.). Os entraves para os encaminhamentos giravam em torno da precariedade do funcionamento de alguns serviços, das dificuldades no trabalho em rede, bem como em decorrência do imaginário social sobre o adolescente institucionalizado, frequentemente considerado perigoso.

O projeto nasceu então da conjugação das preocupações acerca do sofrimento psíquico apresentado por esses adolescentes e do desejo de construir um espaço com dupla função: por um lado, garantir o atendimento clínico para esse público no âmbito de uma instituição pública de ensino, a UFBA, e, por outro, ofertar um lugar de formação para estudantes interessadas na clínica psicanalítica e no atendimento desses jovens.

Além dos propósitos assinalados, o projeto tinha como objetivos específicos: 1) colaborar com o Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada adolescente, considerando as necessidades de cada caso; 2) trabalhar no laço do adolescente com sua família de origem ou extensa na tentativa de promover sua reinserção; 3) assessorar o adolescente e a unidade de acolhimento com vistas à inserção e permanência na escola e em projetos de arte, de cultura, de lazer e de profissionalização; e 4) acompanhar o desacolhimento institucional do adolescente, seja em decorrência do retorno para o contexto familiar ou da maioridade.

O grupo de trabalho foi inicialmente composto por quatro estagiárias e duas extensionistas, além das duas supervisoras que coordenavam o projeto. Ao longo do primeiro ano, foram acolhidos 17 adolescentes que estavam em situação de institucionalização, dos quais 13 afirmaram seu interesse em

continuar no projeto. O número de atendimentos variou bastante devido, principalmente, às dificuldades que as instituições encontravam em viabilizar o transporte dos adolescentes. A duração do acompanhamento também foi inconstante por diversos motivos e a interrupção, muitas vezes, dava-se a despeito do interesse do adolescente. Duas adolescentes, por exemplo, foram adotadas por uma mesma família, a qual optou por não continuar o acompanhamento. Outra adolescente saiu da instituição por vontade própria, indo morar com uma pessoa da comunidade e, apesar de manter contato com a estagiária que a atendia por telefone, não compareceu mais aos atendimentos. Por fim, houve ainda uma adolescente que se envolveu em atividades extracurriculares na escola e, por falta de horário, preferiu encerrar os atendimentos.

A maioria dos adolescentes atendidos estava em acolhimento devido ao falecimento dos responsáveis principais (pais e avós). Alguns chegaram a ficar em situação de rua, enquanto outros foram logo institucionalizados. A situação de rua acontecia não apenas pela perda do principal responsável, mas também por conta de violências sofridas e dificuldades de inserção que envolviam outros membros de suas famílias. Deste modo, uns entraram em instituição ainda na primeira infância, outros na segunda e os demais no início da adolescência. Outros motivos para o acolhimento institucional foram as ameaças de morte devido ao envolvimento com o tráfico de drogas e saída de casa em decorrência da não aceitação da identidade de gênero por parte da família, no caso de adolescentes transgêneros. As trajetórias são complexas e envolvem por vezes a circulação das crianças e dos adolescentes entre cuidadores diversos durante suas vidas.

A fim de discorrer sobre a experiência com os adolescentes em questão, bem como a transmissão dessa clínica, o presente capítulo abordará inicialmente o acolhimento institucional enquanto medida de proteção pensada no âmbito da reorientação das políticas públicas ocorridas com a reabertura democrática do país na década de 1980. Em seguida, trará reflexões sobre a clínica com adolescentes em acolhimento institucional, no intuito de nos aproximarmos das peculiaridades das questões trazidas por esses adolescentes e do trabalho a eles destinado. Na sequência, abordaremos a construção de um fazer e de um saber através da supervisão, a qual

compreendemos mais como lugar de elaboração e aprimoramento do trabalho desenvolvido do que um lugar de transmissão dos conhecimentos já constituídos. Por fim, realizaremos nossas considerações finais que, nesse caso, traduzem-se como pistas para o refinamento da assistência destinada aos jovens em acolhimento institucional.

Sobre o acolhimento institucional

A atual Constituição Federal, promulgada após 21 anos de Regime Militar, no qual os direitos individuais e constitucionais foram suprimidos, instituiu como direitos fundamentais do indivíduo o acesso à saúde, educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (Brasil, 1988, art. 6).

Como desdobramento das lutas sociais pela redemocratização do país, a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) – (Brasil, 1993) – define e organiza um novo paradigma de assistência social, passando a ser vista como dever do Estado e direito do cidadão, distanciando esta política pública da ação beneficente e caridosa de instituições privadas. O primeiro artigo da Loas afirma que “[...] a assistência social [...] é Política de Seguridade Social não contributiva” (Brasil, 1993). Portanto, mesmo que algum cidadão não contribua com a Previdência Social, ele tem direito a receber os benefícios de que necessite. Na referida lei, encontra-se estabelecido que o Sistema Único da Assistência Social (Suas), irá gerir as ações nesta área. Contudo, somente em 2005, após o lançamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (Brasil, 2005), fica deliberada sua efetiva implantação a partir da regulamentação pela Norma Operacional Básica do Suas (NOB-Suas). Cabe destacar que durante os dez anos subsequentes à promulgação da Loas, relativo ao governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o país viveu um momento marcado pelo neoliberalismo, no qual muitas empresas estatais foram vendidas e a intervenção do Estado nos problemas sociais foi enxugado. No momento seguinte ao do lançamento da PNAS, em decorrência de uma nova gestão no governo federal, o Estado foi novamente colocado a exercer seu papel regulador e financiador das políticas sociais.

A assistência social passou a trabalhar com uma visão de proteção social, em cuja base estava a necessidade de conhecer os riscos e as vulnerabilidades sociais aos quais os cidadãos estão sujeitos, bem como saber dos recursos com que contam para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível. Assim, criou-se um conjunto de serviços e programas baseados na supremacia do atendimento às necessidades sociais, sob os princípios da universalização dos direitos sociais, respeito à dignidade e igualdade no acesso ao atendimento, e organizados de modo descentralizado e participativo (Brasil, 1993).

A estratégia de atuação do Suas foi hierarquizada em dois eixos, a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial. A proteção social básica tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social. Tais serviços são executados no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) (Brasil, 2005).

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) (Brasil, 2006), na perspectiva da proteção básica, tem importante significado nessa política, visto a história nacional de estigmatização das famílias pobres e a consequente institucionalização de suas crianças e adolescentes. Esse plano esclarece a ideologia que perpetrou a intervenção do Estado sobre tais famílias, destituindo os pais de seus deveres com seus filhos, fragilizando assim os vínculos familiares desta população. Nesse sentido, o PNCFC retoma a ideia de que a família é “[...] lugar essencial à humanização e à socialização da criança e do adolescente, espaço ideal e privilegiado para o desenvolvimento integral dos indivíduos” (Brasil, 2006, p. 15).

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social. Suas atividades são diferenciadas de acordo com níveis de complexidade média e alta. O acolhimento institucional é um serviço de alta complexidade, responsável pelo atendimento a famílias e indivíduos que se encontrem em situação de abandono, ameaça ou violação de

direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. Esses serviços visam a garantir proteção integral a indivíduos ou famílias em situação de risco social e pessoal, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados. Realizam-se por meio de unidades que garantam o acolhimento em ambiente com estrutura física adequada, oferecendo moradia com condições de higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade. Os serviços também devem assegurar o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários e o desenvolvimento da autonomia dos usuários (Brasil, 2005).

De acordo com a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2009b), quatro serviços compõem a proteção social especial de alta complexidade: Serviço de Proteção em situações de calamidade pública e de emergência e os acolhimentos institucional em república e em Família Acolhedora. O serviço de acolhimento institucional é um espaço de proteção provisório e excepcional, destinado a crianças e adolescentes privados da convivência familiar por meio de medida protetiva de abrigo, em decorrência de situação de risco pessoal ou social ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta (Brasil, 2005). As instituições de acolhimento assumiram diversas formas, funções e modalidades ao longo da história do Brasil. Atualmente, seu funcionamento está fundamentado no princípio da proteção integral e do direito à convivência familiar e comunitária, instituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) e regulamentado através das Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (Brasil, 2009a).

De acordo com o manual de Orientações Técnicas supracitado, existem quatro modalidades de acolhimento: abrigo institucional, casa-lar, família acolhedora e república. Cada modalidade possui suas normas em relação a quantidade de profissionais para atender seu público, quantidade máxima de crianças por unidade, faixa etária, bem como a organização dos espaços

e dos atendimentos. Para fins deste capítulo, abordaremos somente o abrigo institucional, com quem o projeto firmou parceria.

No abrigo institucional, a quantidade máxima de crianças e adolescentes acolhidos deve ser de 20 educandos. Esta nova configuração das instituições de acolhimento propõe que o atendimento a este público seja realizado de modo a considerar a singularidade de cada criança, suas necessidades individuais, garantindo o aspecto de uma casa. Ela entra em contraposição aos antigos abrigos – conhecidos como orfanatos –, mesmo quando as crianças tinham família.

Com a inauguração do ECA e as radicais mudanças na forma de ver a infância e sua proteção, surgem também novos paradigmas de atendimento institucional a essa população. Atualmente, o trabalho deve ser realizado sob os seguintes princípios: excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar; preservação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; garantia de acesso e respeito à diversidade e não discriminação; oferta de atendimento personalizado e individualizado; garantia de liberdade de crença e religião e respeito à autonomia da criança, do adolescente e do jovem (Brasil, 2006).

Assim, uma grande mudança de paradigma em relação ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade está em curso. A constituição brasileira, o ECA e a PNAS não consideram mais a assistência social como uma benesse do Estado ou de instituições filantrópicas, mas sim um direito do cidadão. A população que necessita deste tipo de serviço deve ser vista e tratada como sujeitos de direito, independente da sua situação econômica. Apesar de a Constituição Federal estar prestes a completar 31 anos, e o ECA ter completado 29 anos, parece ainda ser preciso (re)afirmar a todo momento que a população de baixa renda tem direito a ter seus direitos básicos garantidos.

Consideramos fundamental a discussão acerca do trabalho clínico realizado com adolescentes em acolhimento institucional e dos processos de aprendizagem dela derivados na formação em Psicologia no atual momento histórico brasileiro, marcado por uma crise sobretudo política, que ameaça os avanços referentes ao cuidado com crianças, adolescentes e famílias em contextos de precariedade social, política e econômica. Em tais contextos,

os laços se fragilizam não apenas por questões de sofrimentos psíquicos que atravessam as gerações, mas também em decorrência da fragilização dos dispositivos de assistência social e de políticas outras como os programas de transferência de renda, importantes para a manutenção de núcleos familiares. Assistimos cotidianamente a publicação de debates políticos, decretos e outras normativas que caminham novamente para fomentar a institucionalização da infância e da adolescência, seja através da redução da maioria penal, do aumento do valor do financiamento para internação de adolescentes em comunidades terapêuticas, acompanhadas do retorno da internação involuntária – com incidência sobre os pais de muitos jovens –, seja pelo retraimento dos investimentos públicos no combate à pobreza, na educação, na saúde, na assistência social e demais políticas públicas.

A clínica com adolescentes em acolhimento institucional

Antes de tratar da especificidade dos jovens em acolhimento institucional, é importante destacarmos a compreensão acerca da adolescência construída a partir da Psicanálise. Diferente de perspectivas calcadas em etapas de desenvolvimento cronologicamente delimitadas e bem caracterizadas, autores de orientação psicanalítica (lacaniana) consideram que a adolescência é sobretudo um tempo de elaboração psíquica das questões referentes ao posicionamento na partilha dos sexos, na assunção de um nome próprio e de luto pelo corpo, pelo papel e pela identidade infantis perdidos (Monteiro; Lage, 2007). Ao mesmo tempo, o adolescente tende a se encontrar em um não lugar, visto que não é mais considerado ou tratado como criança, tampouco ainda é autorizado como adulto (Lo Bianco; Nicacio, 2015).

De um modo geral, a estranheza inicial do corpo pubertário, em transformação, é seguida por uma angústia frente ao olhar dos outros sobre esse novo corpo. Há o medo de uma perda de amor caso essa nova imagem não agrade (Dias, 2000). Contudo, não é somente o sujeito que não mais se reconhece, os pais também não reconhecem mais os filhos, o que causa neles também certo desconcerto, requerendo dos pais um trabalho de luto desse filho perdido/crescido (Alberti, 2009). O adolescente vê a imagem

do novo corpo no espelho com o mesmo estranhamento que o bebê, nesse processo de reconhecimento de um corpo que muda. Há, portanto, aí, um cruzamento entre o olhar do adolescente sobre seu corpo e o olhar do Outro, principalmente o Outro social, de onde, nesta etapa, virá o reconhecimento dessa nova imagem (Backes, 2004).

Alberti (2004) considera serem os questionamentos dirigidos pelos adolescentes aos seus pais um sinal de que as figuras parentais deixaram de funcionar como os principais modelos identificatórios. Assim, a adolescência é um momento no qual se questiona a autoridade dos pais e as regras estabelecidas socialmente. Para fazer este exercício, é fundamental que os pais estejam presentes, ou seja, ao contrário do que se imagina, o adolescente precisa muito dos seus pais. É somente a partir da presença deles que o sujeito poderá decidir se irá abrir mão deles ou não. Os pais que recuam diante das afrontas de seu filho adolescente, acabam por se separar dele antes do momento no qual é possível para o(a) filho(a) se separar dos seus pais (Alberti, 2009).

As considerações preliminares acerca da adolescência acima destacadas precisam ser redimensionadas a partir dos contextos específicos nos quais os processos de constituição do sujeito acontecem. Deste modo, é necessário pensar tanto as peculiaridades da adolescência marcada pela experiência do acolhimento institucional, quanto o trabalho psíquico realizado por cada um de modo singular. Se, por um lado, as operações psíquicas implicadas na adolescência acontecem em um tempo atual, por outro, elas convocam as marcas deixadas na relação com o Outro¹, expondo a céu aberto, restos não simbolizados do modo pelo qual cada adolescente, enquanto *infans*, foi recebido no mundo. Esses restos, no caso dos jovens atendidos no projeto,

1 O Outro primordial, a partir da teoria lacaniana, pode ser entendido como aquele que, enquanto presença real, é suporte da identificação especular, sendo o veículo, a partir dos significantes disponíveis na cultura, da impressão de uma primeira marca no bebê, investida de desejo. Retornando a Freud, este Outro primordial só opera efetivamente quando é capaz de ler, de projetar “no pequeno ser a sua frente – em seus gritos e esperneios – suas próprias demandas” (Fernandes, 2000, p. 65). Em outras palavras, o Outro primordial precisa estar disponível psiquicamente para ocupar uma função passível de inúmeras vicissitudes, em particular, nas situações de precariedade social em que se encontram imersas muitas famílias.

por vezes, remontam a sofrimentos transgeracionais, atualizados em histórias de abandonos superpostos.

Sônia Altoé, através da experiência acumulada com um projeto também destinado ao atendimento de jovens em acolhimento institucional na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, afirma que “[...] as histórias de vida dessas crianças são fragmentadas, marcadas por mudanças constantes de local de moradia e pela ausência de referências duradoras em relação às quais possam construir sua subjetividade” (Altoé; Silva; Pinheiro, 2011, p. 119). Por esse motivo, crianças institucionalizadas normalmente sentem-se confusas em relação às suas referências familiares, “[...] não conseguindo contar suas histórias de vida senão em narrativas entrecortadas, perdendo o laço de continuidade de sua genealogia” (Altoé, 2008 *apud* Altoé; Silva; Pinheiro, 2011, p. 120). Além da fragmentação concreta decorrente das interrupções dos laços sociais fundamentais à constituição psíquica, nosso trabalho nos leva a identificar o desamparo e a inconstância na relação com aqueles que supostamente exerceriam o lugar de Outro primordial como fatores que tornam ainda mais difícil a apropriação e a narrativização de suas respectivas histórias por parte dos adolescentes, como argumentaremos a seguir.

Poli (2005), a partir de um trabalho semelhante na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, aponta o baixo nível educacional e cultural como um dos motivos para a dificuldade dos adolescentes em narrar suas histórias, afirmando que eles apresentavam uma relação empobrecida com o universo simbólico. Além disso, ela descreve que no início do trabalho com os adolescentes havia uma reprodução do discurso institucional sobre seu sofrimento e sobre sua família. Contudo, a autora adverte que tal dificuldade diz respeito a uma “[...] dificuldade de simbolização do real, de inclusão do sujeito na sua experiência, isto é, de uma dificuldade da constituição da ‘realidade psíquica’” (Poli, 2005, p. 170). A despeito de concordarmos com a autora acerca da dificuldade de narrativizar e de contornar o que acima referenciamos como restos não simbolizados na relação com o Outro primordial, não consideramos pertinente tomar as dificuldades relativas ao nível socioeconômico e de escolaridade como motivo para o aparente empobrecimento do simbólico.

Um elemento chave para o entendimento da dificuldade apresentada pelos adolescentes na reconstrução da sua história – ou, porque não afirmar, na construção do seu romance familiar – parece-nos mais associada ao outro elemento apontado por Poli (2005), referente às particularidades da constituição destes jovens, marcada pela dificuldade em efetivamente contar com o Outro como uma referência estável, passível de confiança. Deste modo, o vivido é resgatado através de fragmentos e, para alguns, tal resgate é evitado por colocar em cena o insuportável – contra o qual defesas são erguidas – e mesmo o não simbolizado. Narrativizar uma história, criar um romance no qual somos personagens centrais, depende do lugar simbólico que ocupamos para o Outro bem como o modo pelo qual este Outro inscreveu-se simbólica e imaginariamente em nosso psiquismo. Aliás, em termos lógicos, a própria existência de uma alteridade apresenta-se como um fragmento do real que opera simbolicamente graças a uma construção imaginária através da qual o Outro produz temor, mas também respeito e admiração. No enlace do real, do simbólico e do imaginário, faz-se a trama de nossa história, nunca traduzível de todo em palavras. Mesmo assim, ela é possível de ser narrada e compartilhada para além da realidade factualmente vivida, posto que os fatos são reconstruídos pela ótica da realidade psíquica. Quando a posição ocupada frente ao Outro é marcada por uma profunda ambivalência, ou mesmo pela dominância de um desejo de destruição, ou mesmo quando a relação com esse Outro é marcada no real da carne de um bebê que sofre maus-tratos e não conta com a disponibilidade – pelo menos, não de modo contínuo – daquele que poderia decodificar suas necessidades como demandas, os restos não simbolizados dominam o psiquismo. Resgatar e ressignificar a história possível para cada um é uma tarefa necessária e delicada do trabalho analítico desenvolvido com os adolescentes em questão.

Ademais, é fundamental considerar que ao chegar para o atendimento conosco, os jovens já passaram por inúmeros profissionais e, por vezes, também por algumas instituições. Os adolescentes com passagem por várias instituições de acolhimento e por serviços ambulatoriais de Psicologia foram os que apresentaram maior resistência ao trabalho. Desta forma, favorecer o estabelecimento de uma relação transferencial através da qual a relação

com o analista não se inscreva como mais uma na ordem da série dos encontros burocráticos é um dos grandes desafios na construção dessa clínica.

Em nosso projeto, encontramos diferenças na capacidade em conhecer a própria história entre aqueles que foram institucionalizados ainda pequenos, daqueles que passaram sua infância na família, entrando na instituição já na adolescência. Aqueles cuja institucionalização se deu precocemente, de modo geral, não tinham conhecimento sobre sua história, ou tinham um conhecimento fragmentado das razões do seu abrigo, não conheciam seus pais nem as condições de seu falecimento. Temos, como exemplo, uma fala bem ilustrativa a esse respeito. Sobre sua história de vida, uma adolescente que se encontrava institucionalizada relata:

[...] [nome da responsável pela instituição] soube de cinco crianças passando fome em uma casa, disse que não podia pegar as cinco, mas não aguentou deixar e levou todas. Eu e meus quatro irmãos. Ela sempre conta essa história para todo mundo. Fala para todo mundo que eu tô lá desde os 5, 4 anos. É só.

Ao mesmo tempo, encontramos adolescentes que conseguiam narrar com precisão cronológica os acontecimentos marcantes de sua trajetória, lembrando, inclusive, as datas em que ocorreu cada fato. É importante destacar também que algumas incongruências no discurso não diziam respeito a uma dificuldade de rememoração do evento, mas o não estabelecimento ainda de uma relação transferencial, o que fazia com que o adolescente não quisesse ou suportasse contar o que de fato tinha desencadeado a institucionalização. As distorções escolares relativas a série/idade, conforme destacamos, não surgiram como os empecilhos para a abordagem das questões concernentes ao sofrimento psíquico por parte dos jovens atendidos.

O trabalho analítico, de qualquer sorte, convida o sujeito a recontar sua história e, através da transferência, a simbolizá-la e, dela, apropriar-se. A partir desse convite, observamos em alguns adolescentes o despertar do desejo de saber mais, desencadeando a busca por familiares que pudessem esclarecer e situar determinados acontecimentos, bem como maiores informações na própria unidade de acolhimento sobre sua história. Um adolescente, por

exemplo, apresentou o desejo de reencontrar um avô, figura presente em sua infância, solicitando a instituição a realização de uma visita domiciliar a ele, com a participação da estagiária responsável por atendê-lo. Esse exemplo serve também ao propósito de pensarmos o quanto a concretização dessa clínica requer a incorporação de estratégias diversas, que envolvem idas a territórios e equipamentos nos quais os adolescentes estão inseridos, bem como a territórios e pessoas importantes na reconstrução de suas histórias.

A transmissão na clínica psicanalítica com adolescentes em acolhimento institucional

O processo de escuta clínica de sujeitos tão desamparados política, social e subjetivamente pode ser bastante mobilizador ao terapeuta, principalmente para aquele que está se iniciando neste trabalho. Rosa (2002) nos adverte sobre as resistências do analista nesta situação e do risco de a escuta ficar aprisionada nas questões sociais como forma de defesa. Outro risco apontado pela autora é de o analista aderir às formas usuais de tratamento, sem perceber outras formas de expressão do sofrimento, atribuindo qualquer dificuldade na condução do caso à resistência do paciente.

O espaço de supervisão, precioso a todo exercício clínico, no caso específico dos adolescentes em acolhimento institucional, é imprescindível não apenas para que as resistências e os impasses de cada “aprendiz de analista” possam ser ditos e elaborados. É regra geral que o encontro com o paciente ressoe para cada terapeuta de modo único, provocando identificações e outras fontes de resistência. Assim, quando trabalhadas e contornadas, as resistências dão lugar à aprendizagem e à abertura para a construção de novas direções para o tratamento.

Sobre os possíveis embaraços vividos pelo analista, vale sublinhar que, em se tratando de crianças e de adolescentes, as funções constitutivas do humano – a alienação operada pelo desejo da mãe e a separação viabilizada pela função paterna – e, mais especificamente, as incidências que tiveram sobre o psiquismo do adolescente são resgatadas, pois, trata-se de sujeitos ainda em constituição. Tal exposição ao psiquismo do adolescente em um processo de constituição marcado por impasses decorrentes das vicissitudes

presentes nos laços com os cuidadores primeiros, deixa o terapeuta em uma suscetibilidade maior no que diz respeito ao ter que se haver com as marcas inscritas durante a constituição do seu próprio psiquismo.

No geral, a clínica com crianças e adolescentes requer alguns cuidados específicos, como o manejo da transferência, a construção de uma demanda de análise que inicialmente situa-se no discurso dos responsáveis, as manifestações da angústia através do agir e a própria construção do *sinthoma*, como feitura artesanal de um arranjo psíquico. Na clínica com adolescentes em acolhimento institucional, outros cuidados são exigidos. Além da questão do desamparo peculiar à adolescência, devido ao excesso pulsional no qual a puberdade lança cada um, há o desamparo primordial, reeditado pela experiência de adolecer. Desamparo constitutivo do humano, mas que, para os adolescentes em questão, tomou proporções difíceis de contornar, como comentamos anteriormente. Tal especificidade demanda um esforço particular por parte do analista para que ele, na transferência, não se coloque e/ou não se ofereça como objeto de reparação das relações primeiras. Tarefa difícil, considerando outro aspecto: que o desamparo está em constante atualização diante dos moldes de funcionamento das instituições.

Deste modo, o espaço da supervisão é fundamental para que o analista em formação não perca de vista o norte do trabalho analítico: suportar o desamparo, tomando-o não como objeto de reparação, mas de construção das estratégias para contornar a angústia, criando assim as possibilidades para que cada adolescente construa uma narrativa sobre a própria história e situe-se diante de seus atos. Para tanto, o analista precisa estar em uma posição outra que não a da reparação, pois aí ele não permite que o sujeito possa sair da condição de rejeitado/abandonado. Condição a ser superada a fim de possibilitar o surgimento de Nomes do Pai norteadores de desejos que os permitam construir outros espaços no campo social para além daqueles impulsionados pelas identificações que giram em torno da condição marcada sob a insígnia “adolescente de abrigo”.

Ainda, sem perder de vista as considerações de Rosa (2002) a respeito da resistência do analista discutido acima, não se pode desconsiderar as várias violações de direito que tais adolescentes passaram antes da institucionalização e podem continuar passando mesmo após ela. Esta

é uma posição delicada, visto que o analista não pode ficar preso à fala de denúncia do adolescente, devendo estar atento à sua posição de sujeito, e também não pode fechar os olhos para violações que possam estar acontecendo. Deste modo, construir com o adolescente possibilidades de saída/resistência a algumas situações são cruciais, mas, em alguns casos, é preciso dialogar com a instituição sobre determinados posicionamentos dela. Assim como com os pais na clínica com crianças e adolescentes, essa atitude pode gerar tanto retificação quanto resistência ao tratamento. Contudo, esse é um risco a se correr.

Outro aspecto importante de ser destacado nessa clínica diz respeito à pulsão de morte presente em atos realizados por esses adolescentes de modo compulsivo, em particular, as condutas de risco comumente interpretadas como impertinência, rebeldia, insubordinação, sinal de depressão ou necessidade de chamar atenção. Dois exemplos: um adolescente fugia pelo telhado nas madrugadas para se prostituir e não usava nenhum tipo de proteção; outro começou a usar cola excessivamente e a se desligar do mundo, estando sempre ou sob efeito da substância, ou dormindo em consequência de seu uso. Considerando o enlace entre a pulsão de morte e a pulsão sexual, é preciso entender o que tais atos dizem sobre cada um, sobre seu modo de gozar e, por vezes, sobre suas tentativas de sobreviver diante de ameaças reais como, por exemplo, as provocadas pela desinstitucionalização por maioria sem nenhuma perspectiva de moradia e de renda, quanto as ameaças psíquicas oriundas de uma angústia insuportável, da qual se defendem através dos seus atos.

Dois aportes teóricos são importantes para entender melhor tais movimentos. O primeiro diz respeito a diferença feita por Jacques Lacan (2005) entre passagem ao ato e *acting out*. Para o autor, na passagem ao ato, o sujeito sairia da cena na qual se mantinha em relação com o Outro. O *acting out*, por sua vez, teria como diferencial seu caráter de apelo dirigido à alteridade. De acordo com Alberti (2009), na adolescência, os *actings out* são recorrentes e requerem elaboração. O primeiro passo, nessa direção, seria introduzir uma interrogação na sequência de condutas na qual se coloca em jogo a própria vida e o valor dela para o Outro.

O outro aporte teórico vem da antropologia de David Le Breton, cujo entendimento sobre as condutas de risco assemelha-se, em parte, à reflexão sobre os *actings* enquanto apelo:

As condutas de risco são também maneiras ambivalentes de lançar um apelo aos mais próximos, àqueles que importam. Constituem uma maneira última de forjar sentido e valor. Atestado da resistência ativa do jovem e de suas tentativas de repor-se no mundo, opõem-se ao risco muito mais incisivo de depressão e do desmoronamento radical do sentido. Não obstante os sofrimentos que acarretam, possuem, pois, uma vertente, apesar de tudo, positiva: possibilitam ao jovem conquistar a autonomia, procurar balizas próprias; às vezes abrem caminho para uma imagem melhor de si mesmo; são um meio de construir uma identidade para si. Nem por isso são menos dolorosas em suas consequências, por meio das dependências, dos ferimentos ou das mortes a que levam (Le Breton, 2009, p. 41).

Os atos são diversos. Alguns realmente fogem a ordem do apelo e parecem mais uma tentativa do que Le Breton (2018) denomina como “Desaparecer de Si”. Um exemplo que encontramos foi o relato de um adolescente que saiu com o intuito de consumir maconha e lança-perfume “pra dar teto preto”. Tal expressão, presente na fala dos adolescentes, significa dormir, ou seja, apagar-se, saindo de cena transitoriamente. De qualquer sorte, seja como apelo, seja como uma saída de cena transitória, fazer esses adolescentes falarem sobre seus atos é imprescindível para que a angústia possa ser contornada através do simbólico, tornando a repetição um enigma a ser decifrado. A partir desse movimento, é possível, para o adolescente, indagar-se e produzir um saber sobre si e construir alternativas para as respostas que até então apareciam presas no circuito das repetições. Repetições, vale sublinhar, que fortalecem um conjunto de identificações, tais como “desobediente”, “brigão”, “violento”, “irresponsável” e “quem não quer nada com a vida”, geralmente associadas a uma mesma perspectiva – a de que o jovem não tem jeito, portanto, não tem futuro.

O desamparo como aparece nessa clínica – nas histórias de vida dos adolescentes quando ainda crianças, nas violações de direitos, na fragilidade presente na implementação das políticas públicas – torna a escuta clínica particularmente desafiadora. A precariedade em que alguns são lançados precocemente, agravada pelas questões destacadas ao longo do texto, produz naquele que atende momentos nos quais o sentimento de impotência pode se tornar uma grande fonte de resistência ao trabalho clínico. Como se a oferta fosse ínfima diante da complexidade dos casos apresentados, nos quais o sofrimento psíquico e social desponta sem pudores. Nesses momentos, a supervisão tem a função de – ao garantir o raciocínio clínico e o compromisso das articulações em rede (mesmo quando nem tudo é favorável a esse formato) – sustentar a potência do dispositivo clínico. Geralmente, o trabalho não caminha a passos largos, mas produz efeitos. Para percebê-los, por vezes, retomamos, com cada supervisando, o caso de alguns adolescentes, desde o início, a fim de que os deslocamentos possam ser percebidos, desfazendo assim a impressão de que, diante das dificuldades presentes, a clínica não produz diferença.

Apesar de todos os desafios impostos, trabalhar com os jovens em questão é também muito instigante e nos impele à criatividade e à invenção. Todo caso é sempre tomado como único em Psicanálise, mas na clínica com os adolescentes em acolhimento institucional, o tipo de intervenção a ser usado é construído e reconstruído a cada encontro. Assim, as estratégias e a direção do tratamento são repensadas a cada supervisão. Em termos de estratégias, estamos falando de atendimento individual na sala, acompanhamento terapêutico, visita domiciliar a familiares, clínica peripatética, idas às unidades de acolhimento e outros dispositivos nos quais o adolescente circula. Com essa clínica, a abertura para fazer uso de estratégias diversas é necessária. Nossos estudantes aprendem, portanto, a clínica enquanto um dispositivo de cuidado a ser efetivado através das estratégias que se façam necessárias a partir do entendimento clínico e político de cada acompanhamento realizado. Por fim, alimentamo-nos do desejo de que um tratamento aconteça e de que novos analistas possam iniciar uma formação sensível às particularidades dos jovens cujas trajetórias são marcadas pelo acolhimento institucional. Almejamos formar futuros psicólogos que se movam

no espaço entre a singularidade de cada adolescente, as reflexões teóricas norteadoras da nossa práxis e as políticas públicas, em particular, aquelas em cujo cerne residem o entendimento do adolescente como um sujeito de direitos e ainda em processo de constituição subjetiva.

Considerações finais

Neste capítulo, tratamos sobre como o acolhimento institucional é pensado dentro da Política Nacional de Assistência Social. Na sequência, refletimos sobre as especificidades da adolescência a partir da teoria psicanalítica, bem como sobre a clínica com adolescentes em acolhimento institucional, com seus desafios e exigências. Por fim, discutimos a importância da “invenção” nessa clínica, construída no espaço da supervisão, configurada não apenas como espaço de transmissão, mas principalmente de produção conjunta de um saber-fazer.

Não podemos esquecer que qualquer política pública só se faz, efetivamente, em articulação com as demais políticas públicas. Neste sentido, é sempre importante reafirmar a necessidade de articulação do projeto com as instituições de acolhimento, com os serviços de saúde que os adolescentes frequentam, com as escolas, com os demais cursos que realizam e, especialmente, com a família. Infelizmente, todavia, esta última articulação não foi possível com nenhum dos adolescentes atendidos, a despeito das variadas tentativas realizadas nesse sentido.

Para além da clínica estrito senso, temos um desafio enorme no cenário macro político atual: vivemos no país um momento de desmonte das políticas públicas de todos os setores e de retorno de um desejo declarado pela institucionalização de crianças e adolescentes provenientes de famílias de baixa renda, seja pela redução da maioria penal, ou através das internações nos hospitais psiquiátricos e/ou nas comunidades terapêuticas. De modo complementar e em sintonia com a institucionalização, alimentado por um jogo de saberes e poderes que interligam a ciência e o cenário neoliberal, proliferam diagnósticos como o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição, os quais são facilmente aplicados para os adolescentes em acolhimento institucional, em especial, aqueles

que entram em conflito com a lei – e, em decorrência, estão em cumprimento de medida socioeducativa – sem considerar suas trajetórias marcadas pela violação de direitos, pelo abandono, pelas rupturas de laços e, por vezes, por experiências institucionais mais produtoras de desamparo do que de proteção.

No atual cenário, continuar a sustentar a clínica destinada a esses adolescentes, reafirmando o lugar do raciocínio clínico que valoriza suas histórias de vida, seus impasses e também suas potencialidades é um movimento de resistência. Ademais, diversificar e aprimorar as estratégias através das quais a clínica se realiza enquanto atenção que respeita as singularidades é um compromisso ético e político a ser mantido. Para tanto, é preciso operar tanto na vertente da assistência quanto da formação de novos profissionais. Na formação, deve-se manter a memória de como a reabertura democrática levou à construção de políticas públicas nas quais as crianças e os adolescentes passaram a ser considerados, pela primeira vez na história do país, como sujeitos de direitos e de deveres. Em consonância com tais políticas, nasceu uma política de assistência em saúde mental que pressupunha que o sofrimento psíquico não era propriedade do adulto e que, na infância e na adolescência, o mesmo se expressava através de impasses na constituição subjetiva e na inserção no laço social. Nesse percurso, a política e a clínica se expandiram. Se hoje a primeira retrocede, a segunda precisa ser reinventada porque, nela, a dimensão política também habita. Nessa reinvenção, apostamos nos adolescentes, nas estagiárias e nas extensionistas, através de uma micropolítica do cuidado e da formação em Psicologia a partir do horizonte ético e teórico da Psicanálise.

Referências

ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. 3. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009.

ALBERTI, S. *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ALTOÉ, S.; SILVA, M.; PINHEIRO, B. S. A inconstância dos laços afetivos na vida das crianças e adolescentes abrigados. *Psicologia Política*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 109-122, 2011.

- BACKES, C. A reconstituição do espelho. In: COSTA, A. et al. (org.). *Adolescência e experiências de borda*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004. p. 29-41.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 135, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 233, 8 dez. 1993.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social - PNAS/ 2004*: Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, DF: [s. n.], 2005.
- BRASIL. Resolução Conjunta nº 1, de 13 de dezembro de 2006. Aprova o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 244, 21 dez. 2006.
- BRASIL. Resolução Conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 124, 2 jul. 2009a.
- BRASIL. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 225, 25 nov. 2009b.
- DIAS, S. A inquietante estranheza do corpo e diagnóstico na adolescência. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 119-135, 2000.
- LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. Seminário proferido em 1962-1963.
- LE BRETON, D. *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. Campinas: Autores Associados, 2009.
- LE BRETON, D. *Desaparecer de si: uma tentação contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2018.
- LO BIANCO, A. C.; NICACIO, E. O adolescente e o encontro com os impasses do sexual. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 33, p. 71-84, jul./dez. 2015.

MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. A depressão na adolescência. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 257-265, maio/ago. 2007.

POLI, M. C. *Clínica da exclusão: a construção do fantasma e o sujeito adolescente*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ROSA, M. D. Adolescência: da cena familiar à cena social. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 227-241, 2002.

CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

tecendo a rede no atendimento a jovens

ANGELA VORCARO
ALINE AGUIAR MENDES
ALICE OLIVEIRA REZENDE

Introdução

O desenvolvimento de uma pesquisa interinstitucional¹ voltada para construção do caso clínico tomou, como ponto de partida, pesquisas anteriores (Mendes, 2011; Teixeira, 2010), das quais decantamos uma metodologia de intervenção em instituições. Fomos, assim, conduzidas a especificar um método de intervenção institucional capaz de sustentar a tensão singular/universal imposta pelos pacientes em instituições, entretanto, geralmente negligenciada. Essa modalidade de escuta de agentes clínicos em instituições colheu, também, a potência das elaborações freudianas sobre a clínica.

A tensão entre universalidade do tipo clínico e a singularidade do caso único diferencia o método psicanalítico das classificações que ajustam o paciente a categorias previamente definidas. Nestas, reconhecem-se as manifestações do indivíduo, comparando-as aos elementos de classes de

1 A pesquisa congregou, além dos professores de universidades, estagiários e serviços de atenção à saúde do adolescente. É coordenada conjuntamente por Angela Vorcaro (UFMG) e Aline Aguiar Mendes (PUC-Minas) com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) que financiaram a pesquisa.

um catálogo previamente dado, para nele reencontrar a nomenclatura que o designaria. Nessa perspectiva que caracteriza a psiquiatria, semelhanças e oposições entre as manifestações do indivíduo e os elementos das classes definem a categoria em que o indivíduo se enquadra.

Estamos orientados por outra vertente, a Psicanálise que, justamente, interessa-se pelo que há de paradoxal nas classes, ou seja, o que escapa aos padrões previstos numa classe, sendo “dessemelhante de qualquer outro” (Milner, 2006, p. 91). Limitando a função classificatória das nomenclaturas a conceitos-tipo que apenas ancoram a distinção da pluralidade implicada no sofrimento psíquico, considera-se que há algo do sujeito que resiste a sua integração numa classe (Milner, 2006). Assim, conforme Nascimento (2018) constata, a existência de agrupamentos não cria entre seus elementos nenhuma comunidade, formando um conjunto impossível de ser atualizado na simultaneidade de suas partes: indicam a construção de uma *classe paradoxal* que designa apenas que cada elemento do grupo possui uma característica *inagrupável*. Tal déficit da instância da classe num indivíduo faz o traço do sujeito num indivíduo. Contudo, também distante da restrição romântica implicada no singular do caso, essa unicidade não destitui a presença de formas generalizáveis e transmissíveis nos tipos clínicos: a Psicanálise requer, de cada caso, uma formalização que modalize a articulação da singularidade subjetiva no discurso que a transmite (Teixeira, 2016).

Nossa proposta de uma metodologia de pesquisa-intervenção com equipes de saúde mental juvenil está referida a noção freudiana (2017) de *construção* para enlaçar a singularidade do caso e o concernimento da equipe de profissionais envolvidos no serviço de assistência. Vale ressaltar, entretanto, que essa modalidade de construção do caso junto aos técnicos dos serviços contou ainda com um elemento essencial: o *agente do caso*, um *aluno aprendiz*, que desdobra a função dos enigmas do caso e os faz trabalhar em sua permanência no serviço e em reuniões com os profissionais que são constituídas em três tempos, que retomam, na especificidade dessa construção do caso clínico, a temporalidade explicitada por Lacan (1998), de modo que o percurso de trabalho acesse a construção da lógica que o condiciona, cernindo os contornos do que persiste como impossível de ser tratado.

Como veremos, ao incluímos o que o sujeito tem de real no seio da estrutura – a linguagem – desde a qual este se manifesta, procuramos o modo como as equipes formais concebem aquilo que se repete no que comparece no serviço como perturbação intratável provocada pelo caso. Nessa trajetória, visamos promover a produção de um saber concernido que denominamos *efeito-equipe*.

Ressaltamos que nossa perspectiva descarta qualquer intenção *psicanalizante* dos serviços de saúde mental, como muitas vezes pudemos constatar. Ao contrário, a proposta limita-se à orientação do eixo metódico da construção, concebida por Freud (2017), para estabelecer um dispositivo de construção do caso clínico junto aos agentes clínicos embaraçados em sua prática nos serviços de saúde e educação. Nessa direção, tratamos de rastrear a lógica das defesas próprias do sujeito, para delas apurar suas respostas específicas em seu trânsito no laço social, discernindo as invenções subjetivas que o articulam.

Na experiência freudiana (2017), as construções que o analista apresentava ao paciente faziam surgir uma singular produção do paciente, cuja aparência marginal pareceria remeter apenas indiretamente ao construído. No entanto, essa produção provocava um importante concernimento do paciente, que assim reconhecia sua implicação subjetiva na construção do analista.

Transpusemos essa noção de construção para a prática do grupo de agentes responsáveis pelo atendimento de pacientes, apostando que a construção coletiva do caso recolha e testemunhe o traço que engendra uma repetição em que o sujeito aparece justamente onde se apaga, demarcando o ponto em que não pode ser totalmente capturado por qualquer representação.

Em vez de partir de dilemas e dificuldades técnicas que a equipe enfrenta em seu cotidiano, focalizamos os impasses ao tratamento do caso problemático pela equipe. Convidando a equipe formal de técnicos a enfrentar o impasse em que se encontra, a construção do caso orienta-se pela incapacidade que acomete os técnicos para apurar, da sensação de impotência, os contornos da insistência real do impossível. Nessa construção junto aos técnicos a partir dos impasses da equipe, são produzidos os fragmentos de opacidade que se destacam. Rastreado o impossível de ultrapassar, tocamos

no impossível de abordar, constringindo a sensação de impotência da equipe para delimitar o impossível do caso.

Demarcados como o que é impossível ao campo simbólico compartilhado pela equipe, estes são tomados como orientação para o real, na medida em que os pontos de insistência da relação do sujeito com os técnicos resistem a entrar no tecido do saber que a equipe até então compõe para o caso. Tocada pelo que rasga o tecido de saber já composto, a equipe formal pode bordear o que insiste de real, abrindo a possibilidade de que um ou mais membros produzam um saber concernido.

O encontro com a evidência-opacidade dos restos que se depositam incógnitos no trabalho institucional nos permitiu elaborar o que se tornou um achado, um saber que nos possibilita operar: a equipe não existe previamente a um caso, ao contrário, é a construção do caso que faz existir o que chamamos de *feito-equipe*. A construção do caso clínico ultrapassa a impotência em que esses agentes se veem enredados. A construção do caso clínico, ao implicar os profissionais, faz existir uma equipe, fazendo valer que ali há sujeitos concernidos pelo caso, o que é distinto de uma equipe composta por profissionais designados burocraticamente pela instituição. Não se trata de estabelecer uma equipe coesa em torno do caso, nem tampouco que todos os profissionais se impliquem. No *feito-equipe*, um ou mais profissionais, ao serem tocados cada um ao seu modo pelo impasse, concebe-se como aprendiz do caso, o que reorienta suas intervenções, que antes eram dirigidas pelos significantes mestres normatizantes da instituição (Mendes, 2015).

A construção do caso em equipes

Jovens que precisam de um apoio institucional requerem uma resposta social a certos estados da psicose, passagens ao ato ou mesmo atuações diversas que podem levar esses jovens a uma exclusão social e até a morte (Zenoni, 2000). Nesse contexto, um cálculo dos profissionais de como devem intervir, de como endereçarem-se a esses sujeitos é exigido no tempo de permanência na instituição, sob pena de que a convivência possa ficar insuportável para

eles e para os outros se isso não acontecer, o que faz com que a prática não se restrinja a um só, nem tampouco a alguns momentos.

O caso eleito pela equipe para a construção é aquele que causa impasses expressos, por exemplo, nas dificuldades na orientação do tratamento que está sendo proposto; nas dificuldades na inserção na instituição; no impedimento no laço com outros participantes, ou mesmo, por uma inércia da instituição no tratamento, o que perpetua atos de violência, em que os pacientes colocam a si e/ou a outros em risco.

Localizamos nossa base operacional a partir da *presença de um aluno*, aprendiz, que denominamos de AT, não somente por sua função de Acompanhante Terapêutico, mas também e mais fundamentalmente, como veremos, por sua função de colocar a equipe ao trabalho.

O aluno aprendiz inicia seu trabalho com a condução de um caso escolhido pela equipe formal na função de acompanhante terapêutico dentro e fora da instituição. Este caso encaminhado ao aluno deverá necessariamente ser construído em pelo menos três reuniões com a equipe. Em uma primeira reunião, ele é apresentado pela sua referência e a outros profissionais. É exposto o percurso do paciente na instituição, sua história de vida e clínica – quando surgiram os sintomas, os tratamentos realizados –, bem como são discutidos livremente os pontos de impasse e os pontos de avanço. A reunião é gravada e transcrita.

Após a reunião com a equipe formal da instituição, há um trabalho dos pesquisadores para elaboração de uma lógica do caso. Nesse momento, já se inicia com o aluno/estagiário o trabalho de introduzir uma leitura a partir da clínica do caso ou da lógica do impossível. Nos atentamos primeiramente para os pontos de impasse trazidos pela equipe formal, o que nos permite circunscrever as repetições de atos, falas do paciente que insistem, esgarçando o tecido de um saber prévio que esta equipe compunha para o caso, possibilitando uma outra composição de saber a partir da suposição de um sujeito no paciente como efeito de linguagem.

Na medida em que as reações do paciente ao trabalho terapêutico até então estabelecidas são tomadas como “enigma”, essas reações podem fazer caso para equipe formal e, por isso, exigir construção. O paciente faz caso na medida em que faz cair a certeza de que a aplicação do saber, ou da

soma de saberes legitimados cientificamente, seria suficiente para abarcar a especificidade daquele sujeito. Faz caso porque interroga e recruta os técnicos a retornar a ele, a retomá-lo e, assim, a construí-lo.

No momento em que a equipe institucional pode apresentar os desdobramentos resultantes das interrogações problematizadas na primeira reunião, agendamos nova reunião com a equipe que, tendo reduzido a profusão imaginária provocada pela sensação de impotência, pode delimitar mais precisamente seus impasses. Nesta segunda reunião, recolhemos, num segundo giro, o que do paciente faz caso.

Esses pontos de impasse apresentados pela equipe na segunda reunião são recolhidos, demarcados e destacados pelos pesquisadores em uma apresentação/leitura, na inauguração de um terceiro encontro. É o aluno que conduz a reunião. O aluno, por estar inserido no cotidiano da equipe, mas também por não pertencer a ela e, além disso, por ser um aprendiz, produz um efeito por estar a trabalho do caso, ao buscar sustentar a autoridade clínica do caso, colocando, num mesmo movimento, a equipe também ao trabalho. Temperando a urgência em problematizar com a lentidão que a escuta exige para tornar possível um diálogo entre vários, um efeito de pressa pode emergir da fala de alguém, ou do assentimento de alguns. Surpresas na linguagem podem manifestar a presença de sujeito, onde a urgência em falar gera a superação da impotência, para delimitar um ponto de impossibilidade, a partir do qual uma nova direção de tratamento pode ser suposta.

Neste terceiro encontro, apresentamos um giro a mais em nosso método estabelecido pelo trabalho com o material da reunião que é gravado e transcrito para devolvê-lo à equipe. Na metodologia de construção do caso clínico do projeto Tecendo a Rede (TaR), observamos a partir das teorizações de Allouch (1995) e Vorcaro (1997) os movimentos da clínica associados aos três registros: tradução, transcrição e transliteração. A primeira transformaria as manifestações do caso em sentido atribuído pelo clínico, presumindo consistência no percebido e definindo seu significado, como por vezes observamos nas falas dos técnicos sobre o paciente.

A transcrição converteria uma manifestação clínica num código, supondo, portanto, um ideal de igualdade entre o que se percebe e o que se registra. Não é aqui que nos situamos, pois, durante a construção, percebemos que

nossa escrita não contempla esse ideal. Ao fazer a passagem da fala da equipe formal para o texto escrito, estamos advertidos do intervalo entre os dois registros.

A transliteração, por sua vez, é uma transposição de registros que consideraria as manifestações clínicas como um texto de traços desconhecidos, movimento que requer recuperar a “[...] lógica que estabelece os valores de cada cifra” (Vorcaro, 1997, p. 13). É, portanto, a escolha de fragmentos operada pelo TaR que ordenam e seriam as posições do caso e aquelas que posicionam a equipe do serviço de modo a permitir, nessa ficção, o seu concernimento, o que chamamos de efeito-equipe (Mendes, 2015).

A lógica temporal da construção do caso deixa-se segmentar na subdivisão de três tempos: 1º e 2º encontros: tempo de ver; 3º encontro: tempo de escutar-se; 4º encontro: do que resta a construir.

Para situar a temporalidade implicada na construção do caso, retomamos a lógica da deliberação localizada por Lacan (1998) como *pressa*, cuja função é essa “[...] maneira por que o homem se precipita em sua semelhança ao homem” (Lacan, 1992, p. 351), numa modulação do tempo diferenciada segundo três formas de subjetivação que com Porge (1994) aqui desdobramos para contemplar a construção do caso em equipe:

- (1) sujeito impessoal no *instante de ver*: em que o sujeito *transitiva* o que constata a partir de seus próprios estados, deslocando-se de sua surpresa entre interpelar e responder.
- (2) sujeito indefinido recíproco no *tempo para compreender*: funcionando simetricamente ao outro, alterna e articula as possibilidades, no diálogo intersubjetivo em que se faz reconhecer e antecipa o outro.
- (3) sujeito da asserção no *momento de concluir*: o sujeito da asserção é engendrado ao romper o andamento que tensionava suas relações ao outro. Essa constrição do tempo inverte-se em urgência, isolando a função específica da *pressa* em que o sujeito se precipita em concluir para compensar seu atraso eventual.

A antecipação pode então ser distinguida da função da *pressa*, que é decorrência do exercício daquela: a antecipação formulada e não concluída

produz uma precipitação da presença do sujeito. Essa asserção temporal da pressa em que o sujeito emerge, foi recolocada por Lacan (1988) no advento da pulsão, em que, também no seu terceiro tempo, o *se fazer* especifica a conclusão do funcionamento pulsional em que se verifica o aparecimento do sujeito que se insere na rede simbólica, alienando-se, para dela separar-se ao emergir singularmente. Dessa forma, o usufruto do balizamento simbólico demarcado pela alternância dialógica franqueia a antecipação. O exercício da antecipação, quando não coincidente com a atualização da experiência, produz a pressa. Assim, a precipitação pode ser focalizada como já presente muito antes de esta se estabelecer, seja por uma competição temporal com o outro², seja na identificação imaginária, em que é efeito do próprio funcionamento binário. Vale ainda ressaltar que, por mais especular que seja o tempo de compreender, tal funcionamento está submetido às discordâncias entre os sujeitos. A dimensão de antecipação, que coage o sujeito a precipitar-se, o situa entre o risco do atraso e o risco de adiantamento que implicariam, ambos, em o sujeito perder a possibilidade de afirmar-se *a tempo*, sem esvair-se. Entre atraso e adiantamento, o sujeito incide, precipitando

2 Lacan (1998, p. 199) introduz o *sofisma dos três prisioneiros*. Considerando que “todo sofisma se apresenta, de início, como um erro lógico”, explicita que nele não há solução pela dedução direta da lógica clássica. Como enigma que desemboca numa aparente aporia, ao esbarrar num ponto de impossível, o sofisma exige que, para resolvê-lo, o sujeito tenha de colocar algo de si. Neste sofisma, o diretor da prisão apresenta um enigma a três prisioneiros: aquele que o decifrasse ganharia liberdade. Propõe, então: dentre os cinco discos ali dispostos (três brancos e dois pretos), sem se comunicarem, cada prisioneiro teria um exemplar afixado em suas costas, de modo que pudesse ver o dos adversários, mas não o seu. Aquele que adivinhasse primeiro a cor do próprio disco e explicasse a lógica de sua descoberta estaria livre. No *Instante de ver*, cada prisioneiro vê dois discos brancos, mas não sabe o que tem nas costas. No *Tempo para compreender*, há duração de um tempo de meditação em que cada um objetiva que, se fosse preto, os outros teriam constatado serem brancos; e, ainda, considera a inércia de seu semelhante para ter a chave do problema: se ele não saiu e continua meditando, é porque sou branco. Se ninguém sabe, os três devem ser brancos. No *Momento de concluir*, os três correm para fora da cela juntos, dizendo: “eu sou branco!”. Sair antes dos adversários, convoca o ato e demonstra a função da pressa. A única verificação para o dizer *sou branco* é a certeza do sujeito, numa aposta antecipada pela pressa. Assim, ao distinguir instâncias do tempo na solução do sofisma, o psicanalista pretende revelar nelas não um alinhamento espacial de sinais, mas a hierarquia de uma descontinuidade tonal essencial ao seu valor, captando a modulação do tempo. Cada tempo tem sua função escandida, em que a passagem para o seguinte reabsorve a anterior e restabelece a sucessão de sua gênese em um movimento lógico.

sua certeza em concluir na pressa, num momento de eclipse em que sua certeza é impelida pelo ato de engajamento na asserção antecipada.

A aposta no truco

Um fragmento de nosso trabalho em parceria com um serviço universitário de atenção à saúde do adolescente³ pode franquear a aproximação do que nomeamos *efeito-equipe*.

Instantes de ver: obscuridades

No primeiro encontro para a construção do caso, Rocha é apresentado como um adolescente que chega ao *serviço de atenção à saúde do adolescente*, encaminhado em função de seu quadro clínico de hipertensão e obesidade e também por sua difícil inserção na escola, que o expulsa reiteradamente e chama pela mãe para que ela responda por suas atitudes. A equipe demanda a participação do projeto Tecendo a Rede (TaR), principalmente, para uma intervenção na escola. No entanto, ao longo do encontro, o que se apresenta como impasse em seu tratamento é a relação do jovem com sua mãe. Desse modo, durante o 1º encontro, delinea-se um outro caso, distinto daquele para o qual fomos inicialmente apresentados. Rocha é apresentado pela equipe como um adolescente cuja imagem reflete a imagem da mãe: vestiam roupas parecidas, ambos estavam obesos e a lipomastia de Rocha acentuava, ainda mais, a semelhança entre mãe e filho. A psiquiatra do serviço relata ainda frequentes e insistentes demandas da mãe para uma avaliação psiquiátrica de Rocha desde os dois meses de idade, no Centro de Saúde e no Serviço. Esse percurso culminou por insistência da mãe numa solicitação de um Centro de Saúde de uma perícia do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). “Então, a psiquiatra solicitou a perícia do INSS e Rocha conseguiu o benefício, para surpresa da psiquiatra que não esperava que ele iria conseguir.”. Tal benefício foi o único sustento de Lucia e Rocha por um longo período. Representa, ainda hoje, a maior parte da renda familiar.

3 Não revelamos o serviço em questão para preservar o adolescente e os profissionais envolvidos na construção do caso apresentado.

Segundo a equipe, no percurso do serviço, Rocha e Lúcia chegam quando este contava com 12 anos de idade. O acompanhamento clínico do adolescente está atento ao quadro de obesidade, associado à hipertensão, e exerceu, até a construção do caso, função de escuta do jovem. A psiquiatria procura intervir frente às suas respostas impulsivas e agressivas. Além disso, Rocha participa da oficina que acontece semanalmente no serviço, na qual consegue estabelecer importante vínculo com os pares, com o serviço e com uma produção de saber.

No atendimento clínico, Rocha endereça seus embaraços na relação com seu próprio corpo. Por vezes, solicitava para não ser pesado e medido, sendo respeitado. Ele entrava e saía, várias vezes, interrompendo e recomendoando a consulta.

Rocha endereça à médica a repercussão que o filme *Malévola* exerce sobre ele, dizendo: “*a Malévola perdeu suas asas e lutou para retomá-las, também quero ser livre*”. A mãe insistia em participar ativamente das consultas médicas, ora entrando com o filho, ora se apresentando ao final, quase sempre para se queixar dele. Quando o jovem está perdendo peso, ele mesmo pede para que não chame sua mãe, e, ao ganhar peso, pede que a chame. Num jogo de escrever e soletrar palavras, realizado com a médica, Rocha interroga: “*mãe: onde coloca o acento?*”.

No serviço, outro espaço é ofertado à Lucia para dizer do mal-estar em sua relação com Rocha. A psicóloga que a atende relata que o trabalho de escuta da mãe permitiu a esta investir em seu próprio corpo, tornando-o mais feminino, propiciando significativa mudança no modo como se apresentava. Relata ainda que ela coloca Rocha num lugar próximo ao pior do pai, o Mauro.

Assim ela também descreve Rocha, como tendo o mesmo gênero do pai (gênero, é muito bom): pegajoso, não gosta de fazer nada, vive na asa da mãe, o Rocha. [...]. A Lucia desenha destinos complicados para o filho: vagabundo como o pai, traficante como os parentes do pai, louco como os tios, ou ainda drogado, homem debaixo da asa da mãe...

E ainda, a psicóloga diz:

tendo receio de que ele a matasse ou a estuprasse, o que me contava ainda sorrindo. [...] dormiam juntos, a mãe sabe dos segredos do filho, o filho não deixa a mãe se divertir com as amigas, como se fosse seu dono, o filho mostrava suas ereções para ela: olha como está duro ou então por que fica duro? Que à noite só ia ao banheiro acompanhado da mãe, por medo do escuro, um lugar que ela consentia!.

Ainda neste primeiro encontro para a construção, ante o relato apresentado, buscou-se demarcar o ponto a partir do qual o estagiário poderia operar. A equipe do serviço debruça-se, então, sobre os impasses na relação de Rocha com a escola. A equipe do serviço supõe que caberia ao estagiário do TaR intervir junto à escola, para solucionar a questão, pois a própria escola já havia contatado a equipe, para discutir o caso. Atendendo a este pleito, a estagiária do projeto, juntamente com a médica do serviço, dirige-se à escola no intuito de dialogar com a instituição. O encontro fez ruir a imagem de incapaz atribuída a Rocha, permitindo entrever não a debilidade da criança, mas entraves localizados na própria escola: *“o problema não é o Rocha, sou eu que não consigo transmitir o conteúdo para ele”*, testemunha uma professora. Num segundo encontro com professores, estes alegam que não é possível uma intervenção específica destinada a Rocha, pois eles priorizam casos “mais graves”. Nada poderia ser ofertado a Rocha já que ele não era grave o suficiente nem “normal” como outros alunos. A direção da escola finalmente alerta que o jovem não poderia continuar no colégio, inclusive por motivos impertinentes, como soltar um pum.

No segundo encontro, que recolhe os efeitos do primeiro, a médica indica “um momento que é novo” para Rocha: este se apresentava mais “introspectivo”, silencioso e “angustiado”; por outro lado, seu corpo aumentava de tamanho, ganhando peso. Vale ressaltar que só recentemente Rocha e Lúcia mudaram-se da casa da mãe de Lucia, para uma casa só deles. Este passo era para Lucia uma importante separação de sua própria mãe, que a humilhava constantemente. E, para Rocha, uma separação da avó, que regravava a comida do neto, o que era motivo de constantes conflitos. A equipe do serviço viabiliza a doação de um fogão para a nova casa de Lucia e Rocha. A este ato, Lucia responde: *“eu e o Rocha a gente está fazendo tanta comida, tanta*

comida, estamos comendo até. A gente está fazendo tanta comida gostosa, porque lá na minha casa eu não posso fazer comida, agora eu tenho minhas coisas.”

A partir das falas que foram se decantando na construção, cernimos uma outra fala do paciente à sua médica: *“quero cortar minhas mamas com faca”*. Havia um avanço reconhecido, a partir do tratamento de Rocha com sua médica e, por outro lado, uma evolução no tratamento da mãe, no tocante a sua posição de mulher e mãe. Mas persistia o modo como a mãe era convocada a responder pelos atos de Rocha, tanto na escola, quanto no serviço. Foi o que pontuamos como um impasse do caso. Durante as reuniões, escutamos como mãe e filho dormem, comem e engordam juntos.

Ainda no segundo encontro para construção do caso, a equipe do serviço decanta a maneira como este caso gira entre o corpo e a fala. Afinal, o modo como a mãe olha e manipula o corpo de Rocha, no horror que o filho ocupa no discurso de Lúcia, orienta-nos a oferecer um lugar de escuta distinto, no qual o olhar do Outro possa estar suspenso. Ao cernimos esta lógica do caso, a médica de referência afirma a necessidade de introduzir mais um agente na referência do caso, assinalando que, além dos impasses de Rocha, são três os casos a serem considerados: *o caso Rocha, o caso Lucia e o caso da própria equipe*. Desde então, a estagiária passou a atender à Rocha semanalmente.

Tempo de compreender: escutar-se

O encontro foi iniciado com a apresentação/leitura projetada em *slide* de falas dos técnicos, contendo o que, até então, fora decantado. É interessante por permitir que cada um da equipe, ao ler suas falas projetadas, escute a própria voz: o que disseram, como se posicionam frente ao caso. Recolhemos momentos de surpresa dos profissionais e também uma possibilidade da palavra circular sem se repousar num mestre.

Assim, pontos importantes foram recolhidos e apresentados para equipe. É o aluno que inicia a reunião. A relação mãe-criança é um ponto fundamental e sua relação com o modo como a equipe vinha trabalhando é salientado como um ponto de impasse da equipe. A coordenadora do serviço

pontua: “Sem dúvida, quando você coloca assim, ele repete uma coisa assim da relação com a mãe, na relação com a sua médica.”.

Outros pontos são trabalhados sobre como intervir com a escola, e também sobre o horror com o qual Rocha muitas vezes se apresenta, como nos diz a coordenadora da oficina de arte:

E outra coisa, por exemplo, que eu participo do grupo deles no WhatsApp, aí por exemplo, os meninos estão conversando numa boa. Aí chega o Rocha assim, 23h da noite ele manda um vídeo de terror. Aí eles falam: nossa credo, você exagerou. Tem um pior aí sabe, assim nos vídeos, ou são histórias de terror, que ele quer horrorizar, aí os meninos dão um chega para lá nele, aí ele pára.

Nesse encontro, a estagiária também narra os atendimentos com Rocha. Nas primeiras entrevistas, Rocha por vezes demorava a ir ao atendimento, necessitando que a estagiária insistisse e sustentasse o seu desejo de escutá-lo. Prevalencia o silêncio e o corpo caído, o jovem virava-se de costas, batendo-se contra a parede, entrava e saía da sala. Contudo, diz gostar de futebol, truco e videogames. Jogar truco, então, viabilizou o laço transfereencial, na medida em que se trata de um significante do sujeito que demarcava *um lugar* no qual Rocha sabe transitar. E, mais, o truco se tornou um significante a partir do qual a estagiária transmitia sua aposta no sujeito: “*truco que você não tem nada a dizer*”, ou “*truco que você só quer ficar em casa dormindo*”. A psiquiatra do serviço escuta este relato da estagiária e aponta que é o desejo desta que possibilitou que um sujeito fosse se desenhando, apesar da dificuldade em situar Rocha em *um lugar* que não aquele de um menino que recebe o benefício social.

Na construção do caso, este manejo dos jovens com Rocha foi se desvelando como a direção do tratamento: pontuar os excessos sem se horrorizar, o que mantém o laço e permite a Rocha experimentar outras posições. Ele passa daquele que assusta o outro tentando “*sujá-lo*” de tinta, àquele que faz “*maravilhas*”, artes no corpo do outro, como diz uma dasicineiras. Desta forma, aicineira joga “*truco*” com ele, e, ao não se horrorizar diante de uma ação intempestiva do jovem tentando “*sujá-la*”, legitima tal movimento como um ato subjetivo. Portanto: “*o caso não pode ser tomado no horror*”.

O truco aparece como a invenção desse sujeito acolhida pela equipe que rompe com a palavra especializada: ele pode passar a trucar a palavra do Outro que o nomeia no lugar do pior, como a escola fazia. A estagiária interroga porque Rocha jamais havia escrito uma palavra sequer na escola, já que no serviço, ele vinha escrevendo, trocando mensagens com os colegas. Ele distingue que, *“no ambulatório, as pessoas se importam umas com as outras, e que na escola ninguém está nem aí”*.

Nesse encontro, também foi abordada a necessidade de se pensar a continuidade de tratamento de Rocha e do tratamento de sua mãe, pois, segundo a equipe, havia uma sutileza a ser respeitada: a mãe não aderiu ao atendimento fora do serviço. Assim, era necessário mediar essa situação para que a mãe continuasse seu tratamento. Como a equipe constatava, se a mãe não ia ao atendimento, o comparecimento de Rocha também era dificultado.

Momento de concluir: o que resta a construir...

Neste encontro, a estagiária fala de como estava o processo de seu desligamento do projeto Tecendo a Rede (TaR) e a apresentação de uma nova estagiária e de uma psicóloga do serviço para continuidade do tratamento. Rocha responde que continuaria a ir aos atendimentos: *“só se elas souberem jogar truco”*. São também trabalhados os pontos de dificuldade do trabalho da equipe com a mãe e com Rocha que passam a se ausentar do ambulatório. Nesse tempo, a psicóloga que acompanhava a mãe já não está no caso há algum tempo, bem como a médica que os atendia também já não estava acompanhando o caso. Uma nova médica tenta contato com mãe, mas sem alcance necessário. A nova estagiária e a psicóloga fazem contato. Rocha responde, mas tem dificuldade de comparecer ao serviço. Apenas vai se a mãe o leva, o que ocorre poucas vezes, e ele não se engaja novamente, de fato.

Três aspectos que colhemos como efeito na construção do caso podem ser destacados. Primeiramente, como efeitos sobre o adolescente, a invenção de um significante “truco” que possa romper com a palavra especializada que mortifica o sujeito. Consideramos que o significante “truco” também poderia ser o caminho para uma possível separação da palavra da mãe. Em segundo lugar, efeitos para o TaR após a proposição da entrada de um novo

agente pela equipe, a estagiária passa a ser, por um tempo significativo, a principal referência para escuta do caso. Como podemos ler os efeitos da ausência de Rocha ao serviço após a saída da estagiária, da psicóloga que escutava a mãe e da médica que atendia Rocha? Por fim, como efeito para o serviço, a equipe escuta a necessidade de não reproduzir uma repetição e trabalhar para permitir, no que fosse possível, uma separação do jovem e sua mãe. Mas como podemos ler o mal-estar tão bem colocado pela médica do serviço ao afirmar que são três os casos a serem construídos: o caso de Rocha, o caso da mãe e o caso da equipe?

Conclusão

A repetição é o foco do trabalho da construção. É com as repetições do sujeito e com aquelas da equipe na condução do caso clínico, tanto em voz quanto em texto, que podemos ficcionar a narrativa de um sujeito.

Consideramos que nosso esforço de transliteração dos registros na construção permite cernir algo de Real no caso. Apoiado nas proposições de Viganó (1999), Alkmim (2003) propõe a maneira de introduzir a lógica da Psicanálise em uma instituição através da construção do caso clínico. Para ele, a construção do caso clínico permite que, independentemente do diagnóstico clínico, escutemos os movimentos do sujeito em seu endereçamento ao Outro. É o que possibilita uma orientação a partir de um diagnóstico de discurso no qual será possível encontrar o lugar no qual o sujeito, em potencial, torna-se sujeito da palavra. Isso exige que nos coloquemos numa posição de não saber, reconhecendo o sintoma como resposta do sujeito à relação com seu Outro para que, ao operar o ato que cria a palavra, operemos na clínica da instituição como exceção. Assim, tomamos a instituição enquanto lugar do Outro que pode responder de maneira diferente e única à demanda do sujeito.

Dessa perspectiva, estamos advertidos que a instituição não existe previamente ao caso e que somente o caso faz existir uma instituição. Nestas, a construção do caso clínico implica localizar a impotência do tratamento formal a partir dos impasses provocados pelo paciente, na instituição. Os ideais instituídos operam enquadres de mestria que normatizam, mas

impedem a presença do sujeito, conduzindo-o a incidir com atuações mortificantes. Ao localizar um campo de não saber, os profissionais podem ultrapassar as convicções técnicas e reconhecer uma borda que dê lugar à invenção e ao laço do sujeito.

O trabalho de construção pode levar a um ponto de orientação, a um ponto que faça a equipe tomar uma decisão. Viganó (1999) nomeou esta outra lógica do caso de autoridade clínica: ao vir à luz, produz uma torção subjetiva naqueles que o acompanham, dando ao caso um lugar inédito. Esse estatuto de uma autoridade clínica na condução do caso pode ser verificada por meio de mudanças de posicionamento produzidas na equipe e nos efeitos que essas mudanças geram na evolução clínica do paciente. Nesses termos, a construção do caso deve restaurar a topologia do furo que o usuário põe em causa, sendo o preliminar lógico ao ato clínico, preliminar que concerne a todo movimento que caracteriza o tempo para compreender. A construção atua quando o jogo que articula paciente e instituição já foi feito e visa a evidenciar o golpe que foi dado e que fez cair o caso, mostrando um furo no saber instrumental.

Diferindo também da supervisão constituída a partir da suposição do *expert*, a construção prescinde do sujeito suposto saber. Trata-se de construir as bases para o ato clínico: rastrear o trabalho que o paciente realiza com seu sintoma para que uma intervenção aí incida. Esta poderá, *a posteriori*, ser localizada e diferenciada. O saber depreendido é, nesse caso, fruto da construção, é posterior à construção: é saber extraído do paciente que permite a imposição de uma decisão.

Nesse percurso de construção do caso clínico em instituições, constatamos a possibilidade e a relevância de uma prática que articula instituições cuja diversidade geralmente permite torná-las incompatíveis a partir da consideração da especificidade de seus discursos específicos: a Psicanálise, a universidade, o serviço de assistência. Caso possamos suportar e acolher o limite de saber implicados em suas respectivas regulamentações, talvez possamos encurralar o indizível que as regula. Nesse ponto, a presença daquele que se encontra na condição de aluno advertido, ou seja, aquele que suporta não-saber-tudo, torna-se, exatamente por isso, ensinante de seus mestres. Está *a trabalho*, mas não de qualquer maneira, longe de portar-se como mero

escravo, pode se deixar submeter ao que lhe escapa ao mesmo tempo em que se permite estar *con-cernido* pelo que lhe foge, para tensionar distintos campos e assim tecer as bordas do que o interroga. Nossa aposta é que, talvez, esse percurso possa fazer, de um aluno, um pesquisador autêntico.

Referências

- ALKMIM, W. Construir o caso clínico: a instituição como exceção. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, n. 1, p. 43-36, 2003.
- ALLOUCH, J. *Letra a letra*: transcrever, traduzir, transliterar. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.
- FREUD, S. Construções em análise. In: FREUD, S. *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. Originalmente publicado em 1937.
- LACAN, J. *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. Seminário proferido em 1961-1962.
- LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. Seminário proferido em 1964.
- LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. Originalmente publicado em 1945.
- MENDES, A. A. *Tecendo a rede*: uma proposta de formação no campo da saúde mental a partir da articulação entre universidade, serviço e comunidade em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi). Belo Horizonte: *Pucminas*, 2011. p. 360-374.
- MENDES, A. A. *O efeito-equipe e a construção do caso clínico*. Curitiba: CRV, 2015.
- MILNER, J.-C. *Os nomes indistintos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- NASCIMENTO, C. L. *Da desmontagem do diagnóstico a localização do traço do caso*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
- PORGE, E. *Psicanálise e Tempo*: o tempo lógico de Lacan. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1994.
- TEIXEIRA, A (org.). *Metodologia em ato*. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.
- TEIXEIRA, A. Neurose, psicose, perversão: a implicação do sujeito na nosologia freudiana. In: FREUD, S. *Neurose, Psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 327-348.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, p. 50-58, 1999.

VIGANÒ, C. Novas conferências. In: VIGANÒ, C. *Novas conferências*. Organizado por Wellerson Alkmim. Belo Horizonte: Scriptum, 2012. p. 35-49.

VORCARO, A. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

ZENONI, A. Qual instituição para o sujeito psicótico? *Abrecampos: revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Belo Horizonte, n. 0, p. 12-31, 2000.

A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO PROJETO DE SAÚDE MENTAL

Brincando em Família

VANIA BUSTAMANTE
LORENE AMARAL

No presente capítulo, abordaremos a experiência de supervisão no Brincando em Família, um programa permanente de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tal projeto oferta cuidado à saúde mental de crianças e suas famílias, sendo também um espaço de formação de psicólogos e produção de conhecimento. Trata-se de uma proposta construída em diálogo com demandas sociais, dentro do horizonte ético-político da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Mostraremos que o trabalho de supervisão integra contribuições da clínica psicanalítica e da clínica ampliada e compartilhada, buscando lidar criativamente com as peculiaridades do âmbito universitário.

Sobre a rede de atenção à saúde mental

O ponto de partida é o diálogo com as políticas públicas, especialmente no que diz respeito à saúde mental infantil. Trata-se de um recorte que esteve, por muito tempo, ausente da agenda de políticas públicas brasileiras. Somente no início do século XXI, foram propostas as primeiras formulações voltadas à construção de uma rede de cuidados específica para esta população, que até então se restringia aos campos filantrópico e assistencialista (Couto;

Delgado, 2015). O tema foi abordado na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001 (Couto; Delgado, 2015) e, somente em fevereiro de 2002, dois meses depois da III CNSM, foi publicada a Portaria nº 336, tratando da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Estes foram caracterizados como serviços ambulatoriais, responsáveis pela regulação da “porta de entrada” da rede assistencial, organização da demanda e do cuidado no território brasileiro (Brasil, 2002).

Posteriormente, o Ministério da Saúde publicou os princípios para a Política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, incluindo a perspectiva de que todas as crianças e adolescentes são sujeitos e, portanto, responsáveis pelos seus sintomas, sofrimentos e demandas, mas também possuidores do direito ao cuidado. Assegura-se o acolhimento universal e respostas efetivas em saúde mental, através de encaminhamentos implicados e em diálogo com as instituições. A rede com os demais serviços é permanentemente construída, ofertando às demandas do público infantojuvenil um cuidado de base territorial e intersetorial (Brasil, 2005). Tais princípios são referendados pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público em documento que enfatiza a importância do trabalho em rede, tanto a partir da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), quanto na articulação com setores como educação e o sistema de proteção social integral (Brasil, 2014).

A partir do referencial da clínica ampliada e compartilhada, Campos (2016, p. 33) afirma: “Saúde mental tem a ver com a liberdade e autonomia das pessoas, com a dificuldade de cada sujeito de lidar com a rede de dependências que toda existência engendra”. E, sob esse prisma, a saúde mental ampliada “[...] seria tanto terapêutica quanto preventiva quando voltada para ampliar a capacidade de análise e de maiores graus de liberdade de ação das pessoas em seu contexto”, indo muito além “[...] de uma prática centrada no alívio de sintomas incômodos ou no treinamento de comportamentos adequados ao meio social” (Campos, 2016, p. 33). Nesse sentido, a compreensão sobre quais as situações que requerem uma intervenção especializada não tem uma resposta única, pois muito depende das dinâmicas sociais, culturais e políticas, algo que extrapola a área da saúde.

Ao refletir sobre a organização da rede assistencial, Campos (2016) problematiza a divisão de responsabilidades entre a atenção especializada e a atenção básica, em que caberia à atenção especializada a responsabilidade pelos transtornos mentais graves e à Estratégia de Saúde da Família lidar com diversas “dificuldades de viver”, outras modalidades de sofrimento psíquico ou distúrbios intermediários. O autor considera que se trata de um encargo demasiado grande para a atenção básica, que inclusive constitui “[...] um sintoma da tendência a subestimar, se não a negar, a relevância de problemas psíquicos considerados fora do grupo das psicoses” (Campos, 2016, p. 35). Nesse sentido, ele chama a atenção sobre a necessidade de construir diversas modalidades de cuidado para além do que já está instituído para demandas complexas, ainda que não se trate de “problemas mentais” graves, e, então, aposta na:

[...] construção de uma clínica transparadigmática em saúde mental, não eclética, mas que utilize evidências, recursos analíticos e terapêuticos acumulados por essas várias tradições. Valorizar o processo singular de adoecimento e escapar à tendência de encerramento dos profissionais em algumas dessas escolas/facções, reconhecendo, ao mesmo tempo, o imenso não saber sobre a subjetividade e sobre a existência humana (Campos, 2016, p. 44).

Sobre o programa de saúde mental Brincando em Família

O projeto Brincando em Família busca dialogar com as questões apontadas por Campos (2016), integrando na sua fundamentação teórica e técnica contribuições da Psicanálise e da clínica ampliada e compartilhada. Oferta-se um espaço para crianças e suas famílias, independentemente de diagnósticos, sendo que a inclusão da família contempla uma característica central na saúde mental infantil (Onocko-Campos, 2012). O serviço busca preencher lacunas assistenciais entre a atenção básica e a de alta complexidade. Propõe-se também a lidar de maneira criativa com a pergunta sobre a partir

de que ponto é necessária uma intervenção especializada, colocando para a família a decisão sobre quando e de que modo fazer uso do espaço. Os atendimentos acontecem em dois turnos por semana em um espaço grupal, conduzido por psicólogas e estudantes de Psicologia. O serviço é gratuito, não exige marcação prévia e o padrão de frequência pode ser livremente construído por cada família (Bustamante; Santos, 2019).

Funcionamos em Salvador, um município no estado da Bahia com aproximadamente 2.418.005 habitantes (IBGE, [202-]), onde a maior parte da população é negra ou parda, de baixa renda, baixa escolaridade, com acesso precário a direitos básicos. A cobertura de atenção básica é muito deficiente, inclusive quando comparada às demais capitais, variando, em 2019, de 35,99% a 40,57% (Brasil, [2019?]). A cobertura de outros serviços que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por sua vez, também é insuficiente, visto que a cidade conta com apenas dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

A preocupação com esta realidade tem sido uma importante justificativa para mantermos os esforços necessários para a continuidade do Brincando em Família¹. Além da baixa cobertura assistencial, como no caso de Salvador, percebemos que a população depara-se com a crescente medicalização da infância – por exemplo, muitas escolas encaminham crianças a serviços de saúde mental, demandando diagnósticos e tratamento, por vezes, medicamentoso. Com frequência, chega-se inclusive a condicionar a matrícula da criança na escola à comprovação de estar realizando acompanhamento psicológico e/ou de outros profissionais.

O Brincando em Família é frequentado por crianças e suas famílias, tanto aquelas que chegam com “queixas” e foram encaminhadas de outros serviços, como aquelas que se interessam por um lugar para brincar que faz parte da oferta de uma biblioteca pública infantojuvenil. A biblioteca Monteiro Lobato localiza-se em Nazaré, um bairro próximo ao centro histórico, que é acessível para pessoas de muitas áreas da cidade que chegam de bairros distantes e às vezes de outros municípios da região metropolitana.

1 O projeto não possui financiamento. As psicólogas atuam de maneira voluntária. Alguns brinquedos e outros materiais são obtidos através de pequenas doações. Esta é a nossa maior limitação.

O funcionamento dentro da biblioteca, que se iniciou em 2011, é possibilitado pela existência de um convênio de cooperação técnica entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Fundação Estadual Pedro Calmon, que administra a referida biblioteca. Também, nestes anos de trabalho, temos avançado na construção de vínculos com profissionais de serviços de saúde, educação e assistência social que são as fontes de encaminhamentos mais frequentes². Em alguns casos, conseguimos construir um cuidado em rede.

Contamos com uma sala ampla e materiais que possibilitam o brincar de crianças de diferentes idades. Elementos estruturados e não estruturados (como materiais para desenhar e pintar, massinhas etc.), bonecos e bonecas negras e brancas, super-heróis, animais, carrinhos, jogos de regras, fantasias, livros de histórias, entre outros. Ofertamos espaço para atividades coletivas e também para conversas individuais. Garantimos estabilidade nos dias e horários de atendimento: sempre terças das 9h às 12h e quintas das 14h às 17h. Os períodos de férias acontecem duas vezes por ano, nos meses de junho e dezembro, e são avisados com antecedência. A atitude de acolhida (Holmes, 2012), central neste trabalho, cristaliza-se na figura dos(as) acolhedores(as), que são entre oito e dez a cada dia de atendimento, sendo duas ou mais psicólogas e as demais estudantes.

Faz parte da prática do projeto realizar o acolhimento inicial e, quando a família explicita queixas, é construído um Psicodiagnóstico Interventivo ao longo de aproximadamente os quatro primeiros encontros. De acordo com Barbieri (2010), o Psicodiagnóstico Interventivo rompe com um olhar positivista que diferencia o momento da avaliação e o da intervenção. À medida que temos contato com a criança e sua família, realizamos intervenções que nos dão elementos para compreender a criança e a dinâmica familiar. Nesse sentido, desde o primeiro encontro dialogamos com Lucas³, um menino de cinco anos, sobre as regras de convivência do espaço e sobre os efeitos que algumas das suas ações produziam nas outras crianças, como bater e xingar

2 Estamos estreitando o contato através do Simpósio Baiano de Saúde Mental Infantil, evento que já teve três edições, sendo a mais recente em agosto de 2019. Trata-se de um evento gratuito, dirigido preferencialmente a profissionais dos serviços públicos voltados a crianças e adolescentes, que discute temas relevantes para esse público.

3 Por motivos éticos, este e todos os outros nomes citados são fictícios.

machuca e irrita os demais. O modo como Lucas – que chegou com queixa de agressividade – e os familiares dele responderam nos ajudaram a construir o caso, seguindo a proposta de Figueiredo (2004), e a pensar sobre a construção de um Projeto Terapêutico Singular, incluindo um momento de devolutiva com a família.

Acreditamos que o Brincando em Família tem sucesso em propiciar o fortalecimento dos vínculos familiares através de experiências de acolhida a adultos e crianças. Isto porque, quando os adultos se sentem aceitos e valorizados, geralmente sentem-se mais seguros e confiantes nas suas possibilidades de cuidar (Bustamante; Oliveira, 2018). A oferta de um espaço para o brincar livre é prazerosa para a maioria das crianças. Ao mesmo tempo, é possível ver alguns processos acontecendo, e nesse sentido podemos ter mais efetividade em ajudar os adultos a refletir sobre o caráter relacional de muitas queixas em torno das crianças.

Ao estar no projeto, muitas famílias percebem como a equipe trata as crianças e, a partir disso, buscam fazer de modo semelhante, por exemplo, ao utilizar mais o diálogo. Percebem também os efeitos de dedicar um tempo para estar e brincar com sua criança. As famílias se sentem acolhidas, validadas em seus esforços. Uma parte importante das queixas são “resolvidas” na medida que são elaboradas ou transformadas, pois as famílias percebem que se trata de questões com as quais podem lidar sem precisar da intervenção diretiva de um profissional. Ao mesmo tempo, as famílias sabem que o projeto permanece de portas abertas para elas e que poderão voltar quando precisarem. Existem também algumas famílias que não se sentem contempladas com tal proposta, na medida em que buscam um atendimento individual, geralmente associado à procura por diagnósticos e laudos, o que às vezes é uma demanda da escola.

As visitas a escolas é uma proposta de cuidado importante. Realizamos essa ação quando percebemos que existem queixas escolares significativas, e tendo a anuência prévia da escola e da família. Existem diversas situações, nem todas são bem-sucedidas. Frequentemente, as profissionais da escola – professoras, diretoras, coordenadoras – estão muito angustiadas e sem saber o que fazer. Ter um espaço de escuta e diálogo tem efeitos positivos em várias visitas e isto repercute no fortalecimento da relação entre a criança, a sua família e a escola.

O Brincando em Família é também um espaço muito propício para a formação de profissionais vinculados com a atenção psicossocial, no momento apenas psicólogos(as). Por isso, o projeto recebe estudantes de graduação em Psicologia da UFBA na condição de estágio obrigatório, bolsistas de iniciação à extensão ou à pesquisa, e, por vezes, como extensionistas voluntários. Ademais, atualmente, o projeto está sendo campo de pesquisa de duas estudantes de mestrado acadêmico.

Embasamento psicanalítico do Brincando em família

A Psicanálise é uma âncora de grande importância, inclusive para pensar a implementação do tripé ensino-pesquisa-extensão. A extensão, neste caso a experiência clínica, é o norte tanto para o ensino quanto para a pesquisa que se faz a partir do que aquela desperta. Tem-se como embasamento primordial Freud, assim, levando em consideração as “recomendações” que o mesmo fez para que haja Psicanálise (Freud, 1996a), podemos destacar: a transferência, o rigor com o enquadre, a interpretação, a escuta e a intervenção analítica, a supervisão em Psicanálise e até mesmo a recomendação aos estudantes de que façam análise pessoal.

Dialogamos com a perspectiva de Winnicott (1975) que compreende as possibilidades de desenvolvimento humano a partir de uma tendência inata para o amadurecimento vinculada à existência de um ambiente suficientemente bom. Ao mesmo tempo, é preciso considerar o sofrimento social, gerado por fenômenos como o racismo, o sexismo e outras formas de discriminação, que podem levar a experiências de despersonalização, como destaca Aiello-Vaisberg (2017). Tais experiências podem estar presentes ao longo da vida, retirando assim a centralidade das experiências da infância na relação com a figura materna.

Segundo Winnicott (1975), o brincar é expressão de uma área intermediária da experiência do sujeito. É o “entre”: entre a realidade interna e externa e, desse modo, deve ser uma área livre de contestação. No início do relacionamento entre a criança e o mundo, tal área exerce função de amparo frente à desilusão das falhas maternas. Sendo assim, o autor destaca que “[...] a criança traz para dentro dessa área da brincadeira objetos ou

fenômenos oriundos da realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra derivada da realidade interna ou pessoal” (Winnicott, 1975, p. 76). O brincar, além de ser terapêutico, é primário, próprio da saúde e conduz aos relacionamentos grupais.

O Brincando em Família teve como inspiração *La casa de la familia*, um espaço que funciona em Lima, Peru, que visa a prevenção de problemas de socialização e violência, onde a palavra pode auxiliar os pais perante dificuldades com a criação dos filhos (Maza, 2009). Essa modalidade de intervenção teve como primeira referência a *Casa Verde*, criada por Françoise Dolto, em Paris, em 1979, e que tinha como objetivo principal ser um espaço de acolhimento para crianças pequenas e suas famílias. Dolto (2004) mostra que, embora não sejam feitas intervenções dirigidas às famílias, são visíveis os benefícios que estas obtêm ao frequentar o espaço.

O projeto em questão se propõe a construir cuidado junto a crianças e suas famílias. Por isso, tem sido muito potente o encontro com a “Metapsicologia do cuidado” de Luís Cláudio Figueiredo, elaborada através de um atravessamento entre diferentes paradigmas da Psicanálise, extraindo contribuições diversas e articulando-as no que ele denominou de teoria geral do cuidar (Figueiredo, 2009). Para o citado autor, o cuidado é uma atividade intrínseca à vida humana que se dá na relação entre os sujeitos. Coexistem dispositivos especializados de acordo com cada prática, desde o cuidado que é ofertado nas relações familiares, a relação pedagógica, a experiência estética e também a situação analisante, que é própria da Psicanálise⁴. Figueiredo (2014, p. 10) aposta em que “[...] uma teoria geral do cuidado de orientação psicanalítica pode fornecer uma plataforma básica para todas as disciplinas e práticas envolvidas”.

Para Figueiredo (2009), diante das situações mais ou menos difíceis da existência, faz-se necessária uma elaboração, pois aquilo que é irrepresentável causa intensa dor psíquica. Em outras palavras, é preciso transformar a passionalidade pura em sentido, gerando uma vivência mais organizada e integrada. Se até para os sujeitos de vida mais tranquila há a necessidade

4 E não se deve ser confundida com o arranjo da sala de análise com a presença do divã, por exemplo. O que é próprio do dispositivo da situação analisante “opera em outras ‘salas’ ou mesmo fora de qualquer sala” (Figueiredo, 2014, p. 11).

de reunir experiências de forma significativa, essa demanda se faz ainda mais presente ao se tratar das famílias que frequentam este serviço, muitas delas de baixa renda, em um país com muitos problemas sociais, onde é frequente encontrar situações de excessos e faltas ambientais traumáticas. Sendo assim, para a saúde mental, é indispensável construir sentido para as experiências. O cuidado, por sua vez, é um terreno intersubjetivo em que esta atividade pode ser viabilizada.

No Brincando em Família, o cuidado é construído na interação entre acolhedoras – psicólogas ou estudantes de Psicologia –, adultos de diferentes famílias e crianças, através da possibilidade de falar e ser ouvido, do brincar, das regras de convivência, do acolhimento e das trocas diversas. O cuidado com o outro pode se dar a partir da presença implicada, quando o cuidador é atuante, e a partir da presença reservada, na qual faz parte do cuidado o não intervir.

A seguir, serão apresentadas as dimensões do cuidado propostas por Figueiredo (2009), seguidas de alguns exemplos da sua aplicação no cotidiano do Brincando em Família. Entre as modalidades de presença implicada, temos primeiramente o sustentar e conter. Trata-se de um ambiente ou um objeto capaz de hospedar e sustentar. Mesmo a criança mais velha, que já entende a diferença e separação entre si mesma e o outro, e inclusive os adultos, demandam a presença de algo ou alguém capaz de acolhê-los. A partir dessa continência saudável, é possível constituir um senso de continuidade e encontrar vias de transformação.

O serviço apresenta-se como um espaço de acolhimento e, através da constância de sempre funcionar nos dias e horários combinados e, de forma geral, manter o espaço e os acolhedores presentes, coloca-se disponível e traça uma continuidade. Transmitimos esse elemento às crianças, por exemplo, quando ao final do atendimento elas querem levar um brinquedo para casa e não permitimos, mas argumentamos que na próxima semana ela poderá retornar e encontrar novamente o brinquedo. Também há a escolha de uma acolhedora responsável por cada família, o que proporciona um vínculo mais próximo e estável com uma das cuidadoras. Trata-se de um manejo que dialoga com a proposta da construção do Projeto Terapêutico Singular e da existência de um técnico de referência em equipamentos de saúde e de saúde mental.

O projeto não conta com burocracias para o acesso. Sendo assim, a própria instituição assume a função de acolhimento porque não é necessário fazer fila para conseguir atendimento, nem mesmo há a lógica de que se a família faltar poderá “perder a sua vaga”. Embora seja sinalizada, principalmente quando há queixa expressa, a importância da presença continuada da família no espaço, a mesma tem abertura para frequentar o quanto queira e possa, não sendo penalizada por suas faltas.

A modalidade de sustentar e conter se faz presente também na condução das acolhedoras. Um exemplo são os casos em que as crianças têm comportamentos agressivos. Bustamante (2020) mostra, a partir do caso clínico de Pedro, de cinco anos, e sua família, como a perspectiva winnicottiana indica a importância do cuidador “sobreviver” aos ataques de agressividade da criança. Como ficou expresso em seu artigo, as acolhedoras acolhiam e sustentavam estar com Pedro, apesar da sua agressividade, e isso foi entendido como uma intervenção importante, contribuindo para o desenvolvimento do mesmo.

Outra expressão da presença implicada é a de reconhecer. A mesma se configura quando dois ou mais indivíduos exercem um para o outro, com destaque especial para o agente cuidador, a ação de reconhecer. Trata-se de primeiro testemunhar o que o objeto de cuidados tem de singular e, então, espelhar, fornecendo ao sujeito sua própria imagem (Figueiredo, 2009). Na relação com as crianças, em diversos momentos as acolhedoras realizam essa função. Geralmente, ao perceber comportamentos como: uma criança gosta muito de determinado brinquedo, uma que sente a necessidade de arrumar tudo para começar a brincar e outra que não quer ir embora quando chega o horário, é frequente que a agente de cuidados afirme que notou essas particularidades, o que serve como testemunho do reconhecimento do sujeito e também um espelhamento para o mesmo.

Já a terceira e última modalidade de presença implicada destacada por Figueiredo (2009) é a de interpelar e reclamar. Trata-se da ação do cuidador no sentido de questionar e despertar a pulsionalidade daquele que é cuidado, e sem isso este não conseguiria se posicionar na vida e dentro do conjunto humano. Essa função, tão importante como as outras, leva o objeto de cuidados a se deparar com os limites como a morte, a alteridade e a lei. É a

função que ocorre quando o cuidador intima a pessoa cuidada, chamando-a para a existência, para a fala, para se responsabilizar por suas ações, entre outros. Um exemplo da modalidade interpelar ocorre quando uma criança tenta agredir um de seus pares, e os cuidadores precisam intervir, evitando que a agressão aconteça, posteriormente perguntando o que aconteceu e o que a criança sentiu, esclarecendo que as regras do espaço não permitem esse comportamento e negociando outras soluções.

Ao tratar da presença reservada, Figueiredo (2009) indica que a mesma é necessária para que haja um equilíbrio dinâmico no processo de cuidado, pois uma presença sempre implicada produz extravios e excessos das funções cuidadoras. A presença reservada demanda uma moderação do cuidador, que por um momento precisa desapegar-se, renunciando à sua onipotência para simplesmente “deixar ser” seu objeto de cuidados. No caso apresentado por Bustamante, Oliveira e Rodrigues (2017), houve a presença em reserva na postura da acolhedora em relação à Márcia, mãe da criança. Nos primeiros atendimentos, Márcia demonstra seu cansaço, permanecendo deitada nas almofadas e mais distante das demais pessoas no ambiente. A equipe mostrou-se disponível a estabelecer contato com ela, mas ao mesmo tempo compreendeu esse movimento de Márcia e não insistiu na interação. Com o passar das semanas, ela teve espaço para observar seu filho, ambientar-se e então assumir uma postura mais ativa, o que poderia não ter acontecido se a equipe agisse sempre de forma implicada e até intrusiva, acreditando que precisaria ensinar a ela como cuidar da criança.

Entramos mais diretamente no tema da supervisão ao sinalizar que, além de cuidar do outro, é fundamental cuidar de si e deixar-se cuidar por outros. Tal mutualidade de cuidados é saudável para todos (Figueiredo, 2009). Sendo assim, é muito importante que a equipe tenha este momento em separado, em que todas as dimensões do cuidado anteriormente descritas podem se fazer presentes. Entre colegas que vivem o mesmo cotidiano de trabalho, a empatia e o acolhimento diante das limitações de cada um fazem-se importantes. Estes mesmos colegas conseguem reconhecer uns aos outros, autorizam-se entre si a realizar o trabalho proposto, bem como a interpelar e estabelecer regras sempre necessárias para o trabalho coletivo. Mas, antes de aprofundar nas reflexões sobre a supervisão no Brincando

em Família, é importante abordar algumas peculiaridades do lugar da Psicanálise na universidade e mais especificamente nos cursos de Psicologia.

A psicanálise na universidade e na formação em Psicologia

A relação entre Psicanálise e universidade tem sido tema de discussão desde o nascimento da primeira. Coutinho e demais autores (2013) afirmam que é possível e até necessário para uma formação geral universitária tomar a conceituação da Psicanálise e suas articulações com a cultura. O próprio Freud (1996b) enfatiza a necessidade da experiência e não apenas das aulas teóricas para tal ensino. O “estudante de medicina” não aprenderia verdadeiramente a Psicanálise, mas já seria suficiente que ele aprendesse algo *sobre* a Psicanálise e *a partir* dela.

Nas instituições psicanalíticas, para a formação em Psicanálise, são necessários três elementos: a análise pessoal, a supervisão clínica e o estudo teórico, já a universidade tem por base o ensino, a pesquisa e a extensão. Tal diferença entre os tripés basilares da formação em Psicanálise e da universidade é sinalizada por Santos Filho (2013). Considera-se também que não cabe a universidade formar analistas, mas que ela pode ser lócus do saber psicanalítico (Coutinho *et al.*, 2013) ou ainda, provocar nos estudantes o desejo de se formar em Psicanálise (Santos Filho, 2013).

É preciso construir estratégias para a transmissão da Psicanálise na universidade e para que os estudantes de Psicologia não se “esbarrem na resistência” (Carneiro; Pinto, 2009, p. 179). Para eles, a Psicanálise no ambiente universitário deve afirmar “o lugar do desejo, o saber habitado pelo desejo, instigando o desejo de saber” (Miller, 1997 *apud* Carneiro; Pinto, 2009, p. 179), principalmente no momento atual em que as práticas psicológicas objetivadas fazem frente no que tange ao conhecimento reconhecido como essencial.

Coutinho e demais autores (2013) afirmam que na universidade há pouco espaço para inserir outras lógicas de formação que não aquelas que pregam a fragmentação, porém, apostam que é possível transmitir um saber *sobre* a Psicanálise, por exemplo, através de dispositivos de formação em

pesquisa e em extensão “[...] nos quais é possível integrar ensino, pesquisa e extensão em serviços clínicos, sob supervisão de um docente-psicanalista” (Coutinho *et al.*, 2013, p. 114).

Derzi e Marcos (2013) apontam a supervisão como ponto fundamental de apoio para a transmissão da Psicanálise. No contexto universitário, a supervisão institui a relação entre experiência psicanalítica e teoria, espaço este em que os estudantes podem ser auxiliados em sua escuta, tendo a apresentação de dimensões teórico-clínicas até então desconhecidas. É também um espaço em que a angústia de ter que se deparar com o não saber frente ao outro, devido ainda à inexperiência, pode ser trabalhada com o supervisor. E nesse sentido:

[...] a supervisão pode ter a função de remeter o supervisionando com suas dificuldades à sua própria análise [...] O caso clínico da supervisão presentifica o sujeito dividido porque encontra um saber que lhe escapa, um saber inconsciente ao qual se submete (Derzi; Marcos, 2013, p. 329).

Ou seja, a supervisão pode ser mobilizadora para um processo terapêutico individual do estudante, sem que isso perpassasse por um caráter obrigatório.

O trabalho de Silva e Garcia (2011) aborda a relação da noção psicanalítica de sujeito de desejo e a promoção de saúde, visando uma formação integrada ao estudante de Psicologia em um serviço-escola. Tal serviço tem o objetivo de articular teorias e práticas e prestar atendimentos à comunidade como atividade de ensino, pesquisa e extensão. As autoras supracitadas apontam que uma das contribuições da introdução de conceitos psicanalíticos para a formação em Psicologia seria a compreensão de que o sujeito e sua constituição são efeitos do inconsciente. Assim, o profissional afinado a essa perspectiva não se restringirá a ler apenas os sinais da doença, pois terá condições de fazer uma escuta do sofrimento e suas diferentes formas de manifestação. O estudo, a partir desse referencial, poderá refletir sobre o sujeito histórico, que fala e pode desejar, aquele que ressignifica o seu modo de viver, inclusive o próprio adoecer.

No Brincando em Família, buscamos propiciar uma formação de psicólogos que possam se relacionar de modo respeitoso e criativo com

a Psicanálise, visando construir uma prática psicossocial potente. Assim como Silva e Garcia (2011), percebemos que a Psicanálise traz contribuições marcantes para a formação, tanto na compreensão da singularidade de cada sujeito, quanto nos cuidados técnicos e éticos que são necessários.

A supervisão clínico-institucional no Brincando em Família

Tal como afirmam Campos e demais autores (2014), ao refletir sobre o trabalho em saúde e o método Paidéia, compreendemos que se trata ao mesmo tempo de cuidar das famílias que nos procuram e de contribuir com a formação da equipe. Ou seja, a “realização” da equipe faz parte dos objetivos do projeto. O caráter de ensino-pesquisa e extensão não deixa dúvidas quanto a isso. A supervisão precisa contemplar ambas as dimensões.

Toda semana a equipe se reúne durante quatro horas para realizar estudo e supervisão. Discutimos textos que dão embasamento teórico e técnico ao projeto, seguindo um cronograma que é pactuado com a equipe no início do semestre. O semestre em parte coincide com o da UFBA – quando não há mudanças por conta de greves –, mas também há períodos em que a universidade está de férias e o projeto está em funcionamento. O cronograma de estudos inclui apresentação de casos clínicos nas últimas semanas, priorizando para esta tarefa as estudantes que cursam estágio obrigatório. Toda a equipe – incluindo também bolsistas de extensão e pesquisa, extensionistas e psicólogas voluntárias e supervisoras – está presente nestes encontros.

O Brincando em Família lida com desafios que tem pontos em comum com as clínicas escola e também possui diferenças que o favorecem. O fato da análise pessoal dos membros da equipe não estar formalmente incluída dentro do processo formativo é uma grande limitação em relação à formação ofertada em instituições psicanalíticas. Por outro lado, nas clínicas escola, há alguns atravessamentos como recessos e férias, que determinam os períodos e a duração do atendimento, além de normas sobre o acesso à vaga ou a perda (Aires, 2019). Frequentemente, o supervisor também fica em um lugar de controle em relação ao cumprimento dessas normas

(Saraiva; Nunes, 2007). Já no Brincando em Família, os períodos de recesso são decididos coletivamente pela equipe, as famílias não perdem a vaga no serviço, apenas deixam de frequentar, porém, o projeto permanece de portas abertas para quando quiserem voltar. As famílias acompanham a rotatividade da equipe, algo que é trabalhado no vínculo, pois as acolhedoras avisam da sua saída no final do semestre, mas junto a isso ocorre a permanência do projeto e a chegada de novas acolhedoras.

Para ofertar um cuidado no caso a caso, sempre de portas abertas, em uma equipe de alta rotatividade, é preciso muito rigor no registro das informações e dados clínicos. Por isso, produzimos um cadastro geral dos frequentadores e um cadastro com informações sobre o padrão de frequência de cada criança. Após cada turno, produzimos relatos sobre todas as crianças e adultos que estiveram presentes no projeto. Os relatos são compartilhados por *e-mail* com a equipe e lidos por todas idealmente antes do momento da supervisão, sendo posteriormente organizados e armazenados por uma integrante da equipe. Uma ata é feita em cada encontro de supervisão. Procuramos que o trabalho seja distribuído entre a equipe, considerando que há tarefas comuns a todas as acolhedoras e outras que são específicas de um tipo de inserção. Por exemplo, uma acolhedora é responsável por arquivar as fichas de acolhimento de famílias novas e solicitar a quem estiver faltando entregar. O controle ligado ao caráter acadêmico da inserção no projeto, por sua vez, fica sob a responsabilidade da coordenadora⁵.

Durante a supervisão, procuramos falar de todas as famílias que estiveram presentes durante a última semana. Quando necessário, priorizamos as famílias novas, aquelas que deverão receber devolutiva – preparada pela acolhedora responsável após aproximadamente os quatro primeiros encontros da família no espaço – e situações difíceis para a equipe. Conceitos psicanalíticos como transferência, contratransferência, interpretação, manejo ou enquadre coexistem com conceitos da clínica ampliada como acolhimento, articulação de rede ou projeto terapêutico singular. Dada a sua centralidade

5 Atualmente, o projeto conta com duas professoras que estão presentes durante as reuniões de supervisão – Vania Bustamante e Hortênsia Brandão. Vania Bustamante é responsável pela coordenação.

em nosso trabalho de supervisão, será importante, a seguir, explicitar o modo como compreendemos a contratransferência.

A contratransferência diz respeito a respostas vivenciadas por quem está na função analítica, ou, no nosso caso, na função de “acolhedor”, que tem relação com os processos transferenciais do paciente – usuário, ou “frequentador” como chamamos no Brincando em Família. Muito mudou desde o momento em que Freud (2006) apontou a contratransferência como um fenômeno que deveria ser evitado. Winnicott (1993) abordou o ódio na contratransferência, relacionando este sentimento vivenciado frequentemente no trabalho com pacientes em sofrimento mental intenso com o ódio que a mãe sente diante do seu bebê, algo que precisa ser tolerado e não atuado. As contribuições de Bion sobre a identificação projetiva como modalidade de comunicação (Figueiredo; Coelho Junior, 2018) tem como desdobramento a grande importância da contratransferência como instrumento de trabalho. Alguns pacientes se comunicam, frequentemente de modo inconsciente, fazendo com que o analista vivencie o que eles estão vivenciando.

É com base nessa perspectiva que, na supervisão, damos espaço para explicitar a contratransferência, de um modo semelhante ao que Brandt (2017) refere sobre o trabalho nos grupos Balint. Quando a equipe vivencia raiva, impotência, impaciência ou carinho e desejo de estar perto, entendemos que se trata de dados clínicos que nos ajudam a refletir sobre o que a criança e sua família pode estar vivenciando e precisando nos comunicar. Lembramos de Joana, uma menina de cinco anos que frequenta o projeto há vários meses junto com a avó materna. Joana brinca incansavelmente de arrumar uma casa, cuidar da filha dela, levá-la às compras, preparar aniversários, e se mostra autoritária inclusive com as acolhedoras. Coloca-nos no lugar de filhas que estão de castigo, um castigo que não tem um motivo claro, que produz na acolhedora um sentimento de desamparo, aflição, sem conseguir compreender o que está se passando na mente dessa figura parental que castiga. Entendemos que esta é uma vivência que Joana precisa comunicar e recriar na tentativa de elaborar.

Por ser uma supervisão em grupo e com uma equipe diversa – de um lado com psicólogas com alguns anos de experiência, de outro com estudantes dos primeiros semestres que estão tendo o primeiro contato com

a clínica –, evitamos problematizar aspectos individuais. Fazemos acordos sobre o manejo de cada caso, inclusive a participação de pessoas da equipe em determinadas ações, como em situações de crianças que precisam de atenção individualizada e constante. As decisões são tomadas coletivamente, procurando escutar a disponibilidade de cada acolhedora. Ofertamos espaços para o diálogo individual quando a acolhedora o solicita ou quando a supervisora sente que se faz necessário. Também no dia a dia utilizamos o WhatsApp como recurso para um contato pontual com algumas acolhedoras. A análise pessoal é incentivada sempre, inclusive através da oferta de contatos de profissionais que atendem em clínica social em instituições psicanalíticas de Salvador.

Assim como na supervisão clínico-institucional (Onocko-Campos, 2012) e como no apoio institucional (Campos *et al.*, 2014), faz parte das funções da supervisora coordenadora realizar ofertas ao grupo, por exemplo: propor textos, ofertar oficinas, também convidar para momentos de avaliação e autoavaliação, o que tem contribuído para fazer ajustes no projeto visando melhoras.

Às vezes na supervisão conversamos de um modo mais “diretivo” sobre o manejo. Por exemplo, como lidar com as perguntas que vem dos frequentadores, perguntas como: “Você tem filhos?”, “O que você pensa sobre um assunto ‘x’?”. Procuramos pensar junto com a equipe que o ambiente informal e descontraído do projeto deve fazer parte de uma situação analisante (Figueiredo, 2014) que passa por um manter dos princípios freudianos de neutralidade e abstinência, porém pensando na singularidade de cada situação.

Ao mesmo tempo, e com a inspiração em Winnicott, consideramos que é preciso gostar do que a gente faz: lidar com a surpresa, pois não sabemos quantas nem quais crianças virão – podem ser 5, 15 ou 25! –, estar em presença implicada na brincadeira, olhar para cada situação e, ao mesmo tempo, para o todo espaço. É preciso não demorar muito com uma família ou uma criança, apostando que a transferência é com o projeto e isso inclui as diferentes acolhedoras e também outras famílias e crianças. Por todas essas características, talvez não muito comuns, certamente se trata de um ambiente que pode não ser confortável para alguns estudantes. Por isso,

procuramos realizar um processo cuidadoso de apresentação do projeto antes do efetivo início das atividades como acolhedora.

Em supervisão, refletimos sobre as interseccionalidades envolvendo classe social, gênero, raça ou geração, apostando que é importante fazer uma discussão em equipe, embora isso ainda não possa ser discutido diretamente com as famílias. Convivemos com a tensão entre respeitar o funcionamento de cada família e deixar claro que o projeto combate as diversas expressões de discriminação. A violência a que estão expostas muitas famílias, e de um modo mais dramático as mulheres, é um ponto de difícil elaboração na equipe. Em supervisão, discutimos o caráter social desses fenômenos e ao mesmo tempo discutimos como se apresentam no caso a caso.

Temos tido avanços no modo de lidar com as questões raciais. Atualmente, faz parte das questões indagadas no primeiro encontro o convite à autodeclaração da raça e cor tanto da criança quanto do familiar. Antigamente, registrávamos de acordo com a percepção da acolhedora, optando assim pelo silenciamento. Entendemos que está havendo um despertar para as relações raciais – que vem se dando em conexão com discussões no curso de Psicologia e na sociedade.

Ao abordar o tema da supervisão clínico-institucional, faz-se pertinente trazer Kaës (1991) que destaca como as instituições participam do processo de constituição dos sujeitos. Para lidar com as angústias que fazem parte da relação com as instituições, é fundamental construir projetos que tenham o sentido de uma ilusão compartilhada. Winnicott (1975) destaca a importância do espaço transicional, que tem origem na experiência da ilusão que o bebê vivencia – a ilusão de estar criando o mundo, sustentada pela experiência de receber aquilo que precisa no momento certo, de modo que fica o paradoxo entre ter criado ou recebido aquilo que precisava. Ter um ambiente que sustente essa ilusão e uma desilusão progressiva é essencial para construir o verdadeiro *self*, uma atitude de confiança no mundo, que é base da criatividade.

Onocko-Campos (2012) recupera esses conceitos para pensar nas instituições e o papel da supervisão clínico-institucional, que seria propiciar a construção de projetos em um espaço transicional de experiência que nunca será objetivo – não está dentro nem fora – e por isso é impossível

recortar concretamente. Para a referida autora, o mito, a utopia, a ideologia são formações intermediárias estruturantes e defensivas, que tanto no seu excesso quanto na sua falta, podem ser fontes de intenso sofrimento. Por isso, é preciso que as instituições criem uma história sobre a sua origem e, também, uma utopia para inscrever isso no seu funcionamento.

No Brincando em Família existe um projeto compartilhado e a ilusão de estar fazendo algo importante para a saúde mental de crianças e suas famílias em Salvador. Compartilhamos a ilusão, ou talvez a utopia, de que a nossa experiência poderá ser recriada em outros contextos. A nossa produção acadêmica movimenta essa ilusão assim como a participação em eventos, alguns convites recebidos⁶ e o contato cada vez mais estreito com profissionais da rede que nos reconhecem como interlocutores legítimos.

Onocko-Campos (2012) destaca que, em instituições onde há grande sofrimento, a tarefa do supervisor clínico-institucional será abrir espaço para recriar um contrato narcísico, dando tempo e espaço para que as pessoas se orgulhem do que fazem ou, pelo menos, possam sonhar um projeto comum. Isto também faz parte dos trabalhos de supervisão clínico-institucional do Brincando em Família. A maior parte das acolhedoras passa um período curto no projeto – dois semestres de estágio, um ou dois anos de bolsa – e depois continuam vivenciando a graduação, iniciam mestrado ou residência, assumem ou procuram um emprego. Ainda que passando um curto período, a maior parte da equipe expressa que sente orgulho do que faz e se sente parte de uma história que está prestes a completar dez anos. Tem feito parte da tradição que estamos construindo comemorar cada um dos nossos aniversários e desde 2016 fazemos isso no Simpósio Baiano de Saúde Mental Infantil, organizado pela equipe. Este é um momento em que o projeto e as ilusões se fortalecem. As brincadeiras com expressões como “família brincante” ou “uma vez brincante sempre brincante”, nos fazem pensar que fazer parte da equipe do Brincando em Família proporciona uma significativa aderência narcísica⁷ (Kaës, 1991) e nesse sentido con-

6 Recentemente, em dezembro de 2019, recebemos o convite para integrar Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial elaborado por uma equipe da Fiocruz.

7 Outros modos de fortalecer a relação com o projeto são: os grupos de WhatsApp – um para a equipe atual, outro para quem já fez parte da equipe, a comemoração dos aniversários

tribui para lidar com os desafios de ser estudante de graduação ou psicóloga recém-formada.

Considerações finais

O Brincando em Família está em construção desde seus inícios em 2010, tanto no seu escopo, suas técnicas e fundamentação teórica. Neste processo, a integração de aportes psicanalíticos, com contribuições do campo da saúde mental e o referencial da clínica ampliada e compartilhada tem sido de grande valor. Não sem incertezas e angústias, acreditamos que o projeto contribui para preencher lacunas importantes da rede e para a formação de profissionais criativos, autônomos e engajados com as políticas públicas, especialmente o Sistema Único de Saúde.

A experiência do Brincando em Família indica quão fundamental é garantir espaço e tempo para a supervisão clínico-institucional. Com a prática, percebemos que, para além de cuidar, é preciso refletir sobre o cuidado oferecido. Em outras palavras, a ação precisa estar sempre acompanhada da compreensão do que se está fazendo, sendo necessário interromper a ação para exercitar uma supervisão, ou seja, uma “sobre” visão, um olhar mais amplo, como indica a própria etimologia da palavra. Como não é suficiente refletir sozinho, é necessário fazer isso em grupo, junto com toda a equipe, para que cada um possa estender horizontes e fornecer limites ao outro.

Referências

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Estilo clínico ser e fazer: resposta crítico-propositiva a despersonalização e sofrimento social. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 37, n. 92, p. 41-62, 2017.

AIRES, S. Atendimento psicanalítico em clínica-escola: uma experiência de supervisão. In: AIRES, S.; KURATANI, S. (org.). *O serviço de psicologia na Universidade*. 2. ed. Cruz das Almas: UFRB, 2019. p. 43-62.

e a realização de confraternizações de encerramento de cada semestre.

- BARBIERI, V. O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 59, n. 131, p. 209-222, 2010.
- BRANDT, J. A. Supervisão em grupo da prática clínica psicanalítica: algumas reflexões. *Vínculo*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica [em Salvador de janeiro a outubro de 2019]. *e-Gestor Atenção Básica*, [s. l.], [2019?]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 26 out. 2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 34, 20 fev. 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BUSTAMANTE, V. Cuidado a crianças e suas famílias e queixas de agressividade: um estudo de caso clínico. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 15-34, 2020.
- BUSTAMANTE, V.; OLIVEIRA, R.; RODRIGUES, N. B. Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 429-447, 2017.
- BUSTAMANTE, V.; OLIVEIRA, R. S. O brincar de crianças e suas famílias como alternativa de cuidado à saúde mental infantil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 726-743, dez. 2018.
- BUSTAMANTE, V.; SANTOS, A. M. Perfil de usuários e modos de frequentar um espaço de saúde mental infantil. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2019.
- CAMPOS, G. W. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, Botucatu, v. 18, p. 985-995, 2014.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (org.). *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: Edufba, 2016. p. 29-46.

CARNEIRO, H. F.; PINTO, P. J. C. A transmissão da psicanálise na universidade a partir do estudo de casos clínicos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 172-188, ago. 2009.

COUTINHO, D. M. B. *et al.* Ensino da psicanálise na universidade brasileira: retorno à proposta freudiana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 103-120, 2013.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

DERZI, C.; MARCOS, C. M. Supervisão em psicanálise na universidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 323-331, 2013.

DOLTO, F. *La causa de los niños*. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2004.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar*: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2009.

FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura*: matrizes e modelos em psicanálise. São Paulo: Blucher, 2018.

FIGUEIREDO, L. C. *Cuidado, saúde e cultura*: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante. São Paulo: Escuta, 2014.

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: cinco lições de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 11, p. 143-156. Originalmente publicado em 1910.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: o caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 12, p. 125-133. Originalmente publicado em 1911- 1913.

FREUD, S. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: uma neurose infantil e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 17, p. 217-219. Originalmente publicado em 1917-1918.

- HOLMES, J. A model of intervention at a psychoanalytic parent-child drop-in group in a poor district of Lima-Peru. *Journal of Child Psychotherapy*, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 170-184, 2012.
- IBGE. *Cidades e Estados*: Salvador. [S. l.]: IBGE, [202-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html>. Acesso em: 26 out. 2023.
- KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. (org.). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 19-58.
- MAZA, B. (ed.). *La casa de la familia: una contribución psicoanalítica a la salud pública en el Perú*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- SANTOS FILHO, F. C. Psicanálise, sua transmissão na universidade e o futuro: reflexões sobre uma experiência. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 46, n. 85, p. 61-75, 2013.
- SARAIVA, L. A.; NUNES, M. L. T. A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 12, n. 3, p. 259-268, dez. 2007.
- SILVA, J. C.; GARCIA, E. L. Formação em psicologia: entre a psicanálise e a promoção de saúde. *Psicologia: Ensino e Formação*, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 95-102, 2011.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.

A SUPERVISÃO CLÍNICA A PARTIR DA PSICANÁLISE E AS DIRETRIZES INSTITUCIONAIS DE UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

ANDRÉA HORTÉLIO FERNANDES
CLAUDIA SALDANHA

A experiência, de dez anos, como supervisora clínica da especialização sob forma de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, numa parceria entre o curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia e o Hospital Especializado em Saúde Mental Juliano Moreira (HJM), através da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, permitiu referendar que a supervisão em Psicanálise coloca em destaque a dimensão clínica nas diretrizes institucionais, tomando por premissa que a clínica pode manejar o empuxo das instituições de se presentificarem através de protocolos rígidos que desconsideram o singular de cada caso.

De início, é relevante apresentar algumas considerações feitas por Freud e Lacan sobre o ensino da Psicanálise na universidade, visto que, ao discutir essa temática, Freud (1996e) enuncia o tripé da formação do psicanalista: análise pessoal, supervisão da clínica e estudo teórico. Em seguida, será discutido um recorte de um caso clínico com o intuito de problematizar questionamentos acerca da direção do tratamento em um ambulatório de saúde mental infantojuvenil situado no interior do HJM, na cidade de Salvador. Mais uma vez, a discussão de Freud (1996e) de como a Psicanálise pode se inserir na universidade serve de guia, pois ele afirma que, para a prática da pesquisa, o material clínico poderia vir da clínica realizada em ambulatórios.

Tal fato pode ser contextualizado na atualidade através da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Ministério da Saúde que orienta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e através da qual o Conselho Nacional de Saúde determina: “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/ CONEP” e a “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”. Logo, em conformidade com a resolução citada e com a consideração freudiana, muitos casos clínicos trabalhados nas monografias da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental surgiram da clínica praticada em serviços de saúde e acompanhada em supervisão.

Já Lacan (1985, p. 218) associa o ensino da Psicanálise à formação do analista, chegando a declarar que o fim do seu ensino é “o de formar analista”. Tal frase deve ser compreendida por meio da teoria dos discursos que sustenta que a relação do sujeito com o Outro da linguagem se estabelece através de quatro discursos nos quais o lugar de agente revela o que domina o discurso. Os sujeitos inseridos em cada um dos discursos ficam submetidos, não todos, ao agente do discurso, visto que a cada giro discursivo é possível haver a mudança de discurso e a emergência do discurso do analista que convoca a implicação do sujeito e a habilidade em responder frente aos discursos que se formalizam quase como absolutos e restringem a autonomia dos sujeitos. Os sujeitos aqui dizem respeito tanto aos profissionais, como aos pacientes, uma vez que os anos de manicomialização deixaram um legado de uma clínica tutelar, iatrogênica e segregacionista.

Bastante consonante o fato de a clínica médica psiquiátrica, nos tempos da manicomialização, levar à cronificação dos quadros clínicos ao custo da docilidade e da objetualização dos pacientes. Na contramão da manicomialização, a Psicanálise se dedica ao exame dos discursos presentes nos ambulatórios de psicologia clínica, como em hospitais, para examinar em que medida a supervisão pode criar orientações clínicas que levem em consideração as especificidades de cada caso e a consequente singularização do sujeito.

Entre as especificidades da Psicanálise, está o fato de considerar o sintoma como estando atrelado a uma questão do sujeito frente ao laço com os

semelhantes, permeada pela linguagem, que está diretamente associado à forma como investe a catexia libidinal nos laços sociais. Atento a isso, Freud se preocupou em como a Psicanálise poderia ser ensinada na universidade de forma que não se transformasse numa doutrina científica distante do que surge de forma espontânea e contingencial na clínica. É justo da contingência que algo que diz respeito ao humano advém, revelando a forma como cada sujeito lida com sua realidade psíquica. Assim sendo, a máxima freudiana, segundo a qual teoria e clínica são indissociáveis, faz-se presente também através da prática clínica supervisionada.

Tendo em vista que a supervisão clínica acontecia dentro do espaço da universidade, por se tratar de um curso de residência, mostrou-se pertinente discutir o ensino da Psicanálise na universidade para, em seguida, adentrar as condições necessárias para o exercício da prática psicanalítica. Nesse sentido, é importante contextualizar de que forma a teoria dos discursos de Lacan pode ser útil para examinar o lugar da supervisão clínica para que as diretrizes institucionais possam se referendar, cada vez mais pela clínica e menos pela burocracia administrativa.

O tripé da prática psicanalítica à luz da teoria dos discursos

Ao discutir sobre o ensino da Psicanálise na universidade, Freud (1996e) parte de alguns paradoxos. De um lado, defende que a Psicanálise poderia abster-se de ser ensinada no espaço universitário, ao mesmo tempo em que declara que a Psicanálise teria muito a lograr ao se fazer presente dentro da academia. Essa discussão é construída em meio a um intenso debate em torno da formação do psicanalista, tanto que, como dito anteriormente, nessa ocasião, Freud propõe um tripé para todo aquele que almeja o exercício da Psicanálise.

À análise pessoal, condição necessária, mas não suficiente, deveriam ser acrescidos o estudo teórico e a supervisão da clínica do praticante da Psicanálise. A proposta freudiana foi retomada no texto “Proposição de 9 de outubro sobre o psicanalista da Escola”, no qual Lacan (2003b) tece argumentos fundamentais acerca da formação do analista. Nesse artigo, a

Psicanálise em intensão e em extensão são formalizadas de maneira moebiana. Uma não vai sem a outra. A Psicanálise em intensão, a análise pessoal, condição indispensável à formação do analista, é também requerida na Psicanálise em extensão, ou seja, na prática da Psicanálise em instituições ou em outros campos de saber. Essa torção moebiana entre a intensão e a extensão veicula que a Psicanálise é uma só, uma vez que ela se sustenta pela possibilidade de o analista fazer função de objeto *a* para causar o desejo do sujeito.

Lacan, ao se dedicar à teoria dos discursos, propõe o discurso do analista como tendo a função de fazer desejar, desde que a divisão do sujeito esteja em causa. Nessa lógica, o matema do discurso do analista ($a/S_2 \rightarrow \$/S_1$) tem um vetor que parte do analista convocado a operar como objeto *a* causa de desejo. Tal operação se torna possível se o saber que lhe serve de esteio é o saber inconsciente, ou seja, cabe ao analista saber lidar com o saber inconsciente para além das especificidades clínicas. O saber inconsciente no lugar da verdade revela que a verdade que está em causa na clínica psicanalítica é a verdade do sujeito. Desse modo, atualiza a máxima freudiana de que a Psicanálise se interessa, sobremaneira, pela realidade psíquica dos sujeitos concernente às fantasias e aos delírios.

Tanto em Freud como em Lacan é possível constatar a preocupação com a sustentação clínica na formação do psicanalista. Freud (1996e) destaca que a presença da Psicanálise na universidade não deveria se restringir ao ensino dogmático dos conceitos psicanalíticos e defende que a Psicanálise possa ser suplementar à formação na histologia médica e à fenomenologia psicológica. Nessa perspectiva, a Psicanálise vai mais além das patologias da mente e, com isso, propõe um intercâmbio contínuo com as artes e com a filosofia que tratam dos laços entre os seres falantes e do que produzem na civilização.

Essa interlocução com as artes foi sempre destacada nas elaborações freudianas e lacanianas a ponto de ser continuamente ressaltado, desde Freud (1996c), o fato de que os escritores, muitas vezes, trabalharam alguns temas, como, por exemplo, a feminilidade, antes mesmo que a Psicanálise pudesse se dedicar a eles. Nessa perspectiva, o escritor tem a possibilidade, em alguns casos, de produzir uma obra literária que questiona os hábitos

e os costumes, no que o livro *24 horas na vida de uma mulher* (2011) de Stefan Zweig é exemplar.

A feminilidade é trabalhada na novela no mesmo período em que Freud (1996c) escreve uma conferência sobre o tema, para, ainda assim, afirmar, em “Análise terminável e interminável” (Freud, 1996a), que permanecia aberta a pergunta sobre o que quer uma mulher. No texto “A questão da análise leiga” (Freud, 1996b, p. 205), no qual discute a questão da prática clínica da Psicanálise por não médicos, a sexualidade das mulheres é descrita como um “continente negro”. Contudo, desde os primórdios da Psicanálise com as histéricas, está claro que a prática em causa extrapola em muito a problemática anatomopatológica da medicina. Portanto, no referido texto, é possível afirmar que Freud está discutindo a formação do analista.

Com Lacan e a teoria dos discursos, foi possível localizar que é o objeto *a* que sustenta e impulsiona o discurso histórico: $\$/a \rightarrow S1/S2$. O objeto *a* como indizível, substância episódica, demarca os laços do sujeito com o outro, com o social, com a *polis*. O modo como o sujeito se relaciona com o Outro da linguagem, que nada mais é que seu inconsciente, está na base do axioma lacaniano segundo o qual o inconsciente é estruturado como uma linguagem. É, portanto, por uma operação de histericização do discurso que o sujeito pode vir a modalizar os ditos do Outro e, com isso, fazer barreira à intrusão de significantes, seja na ruminação mental neurótica, seja nos fenômenos alucinatórios de eco e sonorização do pensamento, guardando as devidas diferenças entre eles.

O discurso da histérica opera tendo o sujeito no lugar de agente, o que promove uma desalienação do discurso do Outro e indica a direção de saber fazer com o inconsciente particular a cada sujeito. Esse discurso se sustenta por uma verdade não toda e singular a cada sujeito. Logo, diferentemente do discurso do Mestre ($S1/\$ \rightarrow S2/a$) que institui o inconsciente pela operação de alienação ao discurso do Outro, visto que um significante representa um sujeito para outro significante, o discurso da histérica pode conduzir a uma operação de separação, desde que a cada mudança de discurso o discurso analítico possa se presentificar.

A preocupação com a formação do analista esteve sempre presente tanto em Freud como em Lacan. Freud se dedica a esse tema, muitas vezes,

a partir de precisões conceituais acerca da interpretação dos sonhos e da definição de inconsciente, como quando da produção de conceitos psicanalíticos, como o de pulsão. O arcabouço conceitual esteve todo o tempo alicerçado e redimensionado pela clínica, o que foi determinante para Freud (1996f) declarar que, na Psicanálise, teoria e clínica caminham juntas.

Contudo, o saber em jogo ultrapassa o saber dos conceitos e convoca que aquele que queira se dedicar à clínica psicanalítica se submeta a uma psicanálise pessoal. O saber inconsciente afluí numa psicanálise graças à instauração da transferência, como aconteceu entre as históricas e Freud. Nesse sentido, a supervisão teria por visada aparelhar o praticante a não recuar lá onde as condições para o ato analítico se encontram. É possível, então, afirmar que o supervisor age orientado pelo momento clínico no qual o supervisionando se encontra, mas aponta na direção de que haja uma aposta para o ato, ou seja, cria condições para que, no ato, o praticante intervenha, segundo o matema de a/S_2 .

Assim sendo, o discurso universitário e suas diferentes especialidades podem criar barreiras para a prática da clínica psicanalítica. A Psicanálise pode ser convertida em uma subespecialidade segundo a inserção em que se dá a extensão da clínica psicanalítica. A Psicanálise em extensão regida por protocolos pode ser impulsionada a tomar o objeto da Psicanálise como algo palpável, identificável, do qual se pretende o domínio, deixando de lado o inconsciente com sua atemporalidade, não contradição e que não se submete ao domínio da razão. Ao se submeter ao discurso universitário, o praticante da Psicanálise pode produzir sintoma, o que é próprio da divisão do sujeito conforme o discurso da universidade: $S_2/S_1 \rightarrow a/\$$.

Isso posto, é importante salientar que o ensino da Psicanálise convoca que a sua transmissão aconteça respaldada pela experiência clínica, seja da análise pessoal dos analistas, seja pela condução de análises. Freud (1996e) estava atento a isto a ponto de propor que a pesquisa em Psicanálise, realizada na universidade, necessitaria levar em conta o manejo clínico, apoiando-se nos atendimentos clínicos em ambulatórios e/ou em hospitais. A dimensão estrutural da clínica aparece para Freud (1996e, p. 189) desde muito cedo, tanto que ele situa que os neuróticos perfazem a população atendida nos serviços destinados aos “clientes externos”, enquanto os casos

que ele denominava como da “psiquiatria psicanalítica” poderiam ser acessados em setores destinados aos “pacientes mentais internos”.

Ainda no século XX, a dita psiquiatria psicanalítica passou por profundas modificações retratadas nas diferentes versões do Manual Classificatório das Doenças Mentais (DSM). A partir do DSM-III, cada vez mais, a escuta clínica dos sujeitos foi rechaçada em prol da catalogação de sintomas que deram margem a uma crescente profusão de diagnósticos. Muitas vezes, casos clínicos atendidos em ambulatórios públicos são diagnosticados e recebem uma prescrição medicamentosa após uma rápida anamnese psiquiátrica.

O relato de um recorte de um caso clínico acompanhado em supervisão na Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental pode auxiliar no debate acerca da medicalização infantojuvenil e da clínica da escuta que leva em conta a subjetividade de cada caso, referendada pela Psicanálise.

A supervisão de um caso clínico em um ambulatório de saúde mental infantojuvenil

Um caso clínico, acompanhado em supervisão, de uma criança de dez anos atendida no ambulatório de saúde mental infantojuvenil do Hospital Juliano Moreira durante a realização da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, evidenciou que uma instituição, ao se propor a atender crianças, deve criar condições para, se necessário, oferecer tratamento também para os pais e/ou responsáveis. Há uma recomendação clínica, nesse sentido, feita por Lacan (2003a, p. 369), no texto “Nota sobre a criança”, ao afirmar que o sintoma da criança está em propensão “de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar”, seja a algo relativo ao casal parental ou à subjetividade materna. Nessas circunstâncias, torna-se imprescindível franquear aos responsáveis o acesso ao serviço ambulatorial no intuito de propiciar que eles possam decantar aspectos da própria subjetividade que podem interferir no ato de educar uma criança, pois na educação são transmitidos aspectos objetivos e subjetivos, sendo que o que é da ordem inconsciente perpassa o funcionamento psíquico, como afirma Freud (1996d).

No caso em questão, o sintoma da criança apontava para algo da subjetividade materna, uma vez que remetia a uma fantasia na qual a criança

estava implicada. A mãe educou o filho sem a presença do genitor, pois este não aceitou a gravidez e rompeu o relacionamento. Foi pela via da maternidade que a resposta à feminilidade foi construída, o que retroalimentava a fantasia da mãe de que a criança, como objeto *a*, pudesse responder àquilo que desejava como mulher.

A relação dual da mãe com a criança se tornou, então, o palco no qual a criança deveria responder como objeto *a* condensador do gozo materno ao custo de permanecer alienada aos significantes do Outro. Dessa forma, o caso traz à tona como uma criança pode alienar “em si qualquer acesso possível da mãe da sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e até exigência de ser protegida” (Lacan, 2003a, p. 370).

Fábio¹ foi matriculado no referido ambulatório e recebeu o diagnóstico CID F93 – transtornos emocionais com início especificamente na infância. Tal diagnóstico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2007, p. 373), refere-se a um “grupo de transtornos que constituem uma exacerbação de manifestações normais do desenvolvimento, mais do que um fenômeno qualitativamente anormal por si só”. Através do atendimento com a residente de Psicologia, praticante da Psicanálise, foram ofertadas condições para que a história de Fábio se particularizasse para além do CID da psiquiatria e, assim, ele pudesse encontrar meios para se reposicionar frente aos significantes maternos, o que ele realizou por meio de um sintoma fóbico no qual interrogou o desejo do Outro.

Esse caso clínico teve como especificidade a oferta de uma escuta clínica à criança, juntamente com a mãe, durante dez meses de atendimento. A construção do caso clínico, a partir da supervisão, revelou que era indispensável tanto para Fábio, como à mãe, serem escutados pela praticante, mas também serem escutados um pelo outro com a mediação da residente.

A mãe trouxe como queixa o fato de o filho ter “problema de desatenção, de nervoso, muita timidez”, não falar, não brincar com outras crianças, só gostar de televisão, ser desobediente, “teimoso e muito ansioso” (Saldanha; Fernandes, 2012, p. 27). Logo nas primeiras sessões, os ditos maternos foram

1 O nome “Fábio” foi escolhido por Claudia Saldanha para nomear o paciente por ser um anagrama da palavra “fobia”.

colocados em questão por Fábio. Ele trouxe a queixa de que a mãe brigava com ele e não deixava que fizesse as coisas que queria fazer.

Ele contextualizou que queria comer chocolate e não podia, porque a mãe afirmava que ele tinha alergia e dava dor de barriga. A mãe tomou a palavra para dizer que o teste alérgico não confirmou a alergia a chocolate, porém, como a dor de barriga persistiu, criou outra fantasia na qual a criança estava, mais uma vez, diretamente implicada. A mãe proibiu que o filho comesse chocolate para não se tornar diabético, assim como interditou que “tomasse gelado”, pois acreditava que ele tinha “alergia a frieza”. A mãe, ao falar nas sessões, dava vazão à sua fantasia em relação à criança e, com isso, retratava o lugar que um “possível” sintoma do filho ocupava na própria subjetividade.

Sobre o sintoma da criança e a subjetividade materna, Lacan (2003a) afirma que o sintoma somático da criança pode franquear à mãe o máximo de garantia para atestar a culpa ou servir de fetiche para que possa gozar com a criança. Fábio se colava à fantasia materna e tentava dar consistência a ela com o próprio corpo. Além da “alergia à frieza”, a mãe disse que o filho tinha “um problema na garganta, nas amígdalas”, além de informar que Fábio gostava de gritar ao imitar um ônibus e saía correndo pela casa fazendo gestos. A mãe foi assertiva em dizer que “*isso não é comportamento de uma pessoa normal*”. Acresceu ainda que o filho não gostava de ir ao Juliano Moreira, porque era “lugar de maluco”. Diante desse dito, a praticante interveio: “*o Juliano não é apenas lugar de maluco*”, e Fábio começou a gritar: “*eu não sou maluco*”.

À praticante coube então fazer a mediação entre o dito materno e o dizer de Fábio, ao questionar quem o chamava de maluco. Pela transferência, ele reatualizou a realidade sexual do inconsciente da fantasia materna, ao responder que a praticante o chamou de maluco. Seria uma reatualização da realidade sexual inconsciente em conformidade à definição que Lacan (1974-1975) formula sobre o sintoma no Seminário XXII: Real, Simbólico e Imaginário. O sintoma, nessa ocasião, é definido como o modo como cada sujeito goza do inconsciente, na medida em que o inconsciente o determina. O inconsciente, aí, deve ser entendido como o discurso do Outro. O sintoma de Fábio, então, faz com que ele goze ao se manter numa posição de petrificação alienante frente aos significantes do Outro.

Tal situação demanda ser examinada pelo viés das operações de causalização do sujeito. Elas pressupõem que, para se constituir, o sujeito deve escolher entre o sentido e a petrificação. Ao identificar-se aos ditos do Outro, Fábio escolhe pelo ser, não ingressa no sentido, pois seu sintoma realiza a presença do objeto *a* na fantasia materna. A praticante, durante o trabalho clínico, fez a aposta de que Fábio, ao se historicizar, pudesse caminhar na produção de significantes novos que não tivessem nenhum sentido e, assim, viabilizassem o descolamento da petrificação aos significantes do Outro.

Durante a supervisão desse caso, uma questão interpelava tanto a supervisora, como a supervisionanda: dizia respeito ao longo tempo que o garoto e a mãe eram atendidos conjuntamente. A supervisão respeitou o manejo singular das sessões com a criança e a mãe e criou condições para o ato analítico, através do qual a praticante pôde promover giros² discursivos nos ditos maternos para daí advir algo do dizer de Fábio.

Na teoria dos discursos, o exame dos giros entre os termos dos discursos revela que há mudança de discurso e isso está articulado a algumas mudanças relativas à posição dos sujeitos para com o Outro da linguagem e, conseqüentemente, com os outros, os semelhantes. Nessa perspectiva, é importante lembrar que a criança, na clínica psicanalítica, é acolhida como um sujeito em potencial. É a potencialidade de se fazer intérprete que alicerça a posição de sujeito. Essa condição é dada pelo matema $\$/a$, do discurso da histórica, ou seja, a causa significativa do sujeito é também meio de gozo. Levar a criança a questionar o desejo e o discurso do Outro pode franquear o caminho para ela se tornar intérprete.

Uma interpretação foi fundamental para abalar o sintoma posição de Fábio, alicerçado pelos ditos maternos como tentativa de responder à subjetividade da mãe. A praticante lhe perguntou se alguém o chamava de maluco, e ele apontou com o dedo indicador para a mãe. Nesse momento, foi, pela via de uma denegação, que a mãe respondeu ao dizer de Fábio. Ela declarou: “*não o chamo de maluco, acho que não é comportamento de uma pessoa*

2 “*Les tours dits*” em francês é homofônico com *l'étourdit*, daí Fierens jogar com o sentido de os giros do discurso (*les tours dits*) com o título do texto *L'Étourdit* (*O aturdido*) de Lacan. Ver: Fierens (2002).

normal, ele já passou da idade de fazer essas coisas. Acho que de tanto gritar ele ficou com esse problema na garganta”.

O tema da garganta fez Fábio demandar um terceiro que fizesse mediação aos ditos maternos. Ele declarou nas sessões que queria “*ir ao otorrino por causa da garganta, senão iria tapar*”. Ao mesmo tempo, disse que “*a garganta da mãe já tapou e ela não morreu*” e complementou: “*não tô nem aí, se tapar, não vou morrer, porque não aconteceu nada com minha mãe, ela falava e respirava*”. A sua demanda, de fato, era poder não permanecer alienado aos significantes do Outro, entre eles o de “maluco”.

Quando surgiu o medo de cachorro, desvelou-se que a fobia tinha por função mediar a relação de Fábio com a mãe. Ao ir para a sessão “todo ralado”, porque um cachorro tentou mordê-lo, a mãe disse que ele tinha “*um medo pavoroso de cachorro, sempre teve*”. Ao apostar que a oferta de associar livremente poderia propiciar a Fábio se enveredar pelo sentido e pelo sem sentido, a praticante lançou uma interpretação que jogou com o equívoco ao perguntar se cachorro só mordia. A partir disso, ele contou que “*a vizinha tinha uma cachorra que*” o “*protegia dos outros cachorros*”, tal qual a mãe que o “*protegia de tudo*”.

Fábio, então, passou a historicizar seus medos. Antes do medo de cachorro, ele tinha medo “*do escuro, de fantasma, de bicho e de alienígena*”, o que fazia com que fosse dormir na cama da mãe. Além disso, Fábio trouxe um significante novo, sem sentido, ao dizer que tinha “*assinolação de noite*”. A palavra “assinolação” foi por ele descrita como “*um pensamento de uma coisa que você viu*” e que lhe causava medo. Ao ser convidado, pela praticante, a escrever a palavra, surgiu outro significante “asinalação”. Desses significantes novos de Fábio, adveio algo acerca de um saber inconsciente que tentava elaborar a angústia de castração frente à incompletude de saber do Outro materno, elaborada por Fábio durante os atendimentos.

Esse caso clínico revelou que o sintoma fóbico surgiu quando, por meio do trabalho de análise, houve um abalo da fantasia da mãe e, conseqüentemente, um abalo do lugar que Fábio nela ocupava. A angústia, como afeto, comparece como fonte da elaboração acerca da relação com o Outro, sendo parte do processo de separação, uma vez que Fábio interrogou o desejo do Outro. Do deslocamento do CID F93, pôde advir a fobia como um sintoma

decantado pelo tratamento psicanalítico. O sintoma fóbico revelou que a criança realizava uma tentativa de se desalienar da fantasia materna na qual se posicionava como objeto que faltava à mãe. Ele pôde se tornar sujeito desejante ao questionar o desejo do Outro e escapar da colagem ao gozo materno.

Na historicização do trabalho clínico, Fábio fez um apelo ao pai, ao retratar o romance familiar, o que atesta que a fobia chancela o caminho da neurose. Sobre o pai, foi pelo viés do não dito, do esquecimento, que ele apareceu no discurso da criança: disse não lembrar o nome do pai e perguntou à mãe que respondeu que também não recordava. Fábio, então exclamou: “*então ferrou!*” O recurso ao pai surgiu ainda como um apelo a um terceiro que fizesse mediação aos ditos maternos. No início do tratamento, Fábio construiu essa demanda e a dirigiu a um suposto “otorrino” a fim de que este investigasse o problema de garganta, mas em realidade ela foi dirigida à praticante da Psicanálise. Vale destacar que essas demandas foram construídas em análise, por meio da qual a criança tornou-se uma voz.

Através da oferta de escuta à mãe, nas sessões, ela contextualizou que, ao saber-se grávida, o pai da criança não quis assumir o filho. Quando o filho nasceu, ela interpretou que tinha que abrir mão “*de si mesma para ser mãe e pai, eu tinha que dar tudo para ele*”. Contudo, a tentativa de completude apontou para a falta no Outro e à emergência sutil de um desejo que estava para além da criança.

Foi pela fantasia de que o filho não era “uma pessoa normal” que a mãe tentou tomá-lo como objeto que tamponasse a própria falta e buscou um diagnóstico que justificasse essa construção. Com as sessões em conjunto com a criança, ela se implicou na própria demanda, o que propiciou a Fábio se furtar de ser objeto da fantasia materna, como também a retificação da demanda da mãe, a qual considerou que precisava de atendimento psicológico para saber lidar com o filho.

Na supervisão, foi discutida a necessidade de encontrar meios para que a mãe pudesse ser atendida no ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. No entanto, várias questões administrativas imperaram sobre essa orientação clínica. Por ser adulta, a mãe teria que ser atendida no ambulatório para adultos, e, para isso, seria necessário ser atendida também

por um psiquiatra, pois a matrícula no referido ambulatório estava condicionada à existência de vaga na psiquiatria. A psiquiatria funcionava como esteio de todos os atendimentos realizados no hospital, orientando, hegemonicamente, as diretrizes institucionais. A resistência da mãe foi fortalecida pelo impasse institucional e ela não concordou em ser atendida fora do hospital.

A supervisão a partir da Psicanálise em extensão: enlace entre a clínica, a pesquisa e as diretrizes institucionais

A partir das elaborações na supervisão clínica, o caso Fábio foi trabalhado em diferentes momentos da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental: inicialmente, foi discutido em uma sessão clínica; posteriormente, foi construído na monografia final do mesmo curso e, em seguida, foi publicado em uma revista de Psicanálise. Desse modo, o caso ilustra bem como a supervisão a partir da Psicanálise em extensão enlaça a clínica, a pesquisa e as diretrizes institucionais.

Durante a residência, as supervisões aconteciam semanalmente e propiciaram que um tema possível para a monografia final do curso fosse decantado ao longo do trabalho clínico. Para tanto, a supervisão apostou em sustentar as condições para o ato analítico da praticante no manejo do tratamento com Fábio. Tal aposta foi feita seguindo a recomendação de Freud (1996f) de que, no início do tratamento, o psicanalista deve, sobretudo, escutar. Quando se trata de uma clínica que está atrelada a uma atividade de ensino de pós-graduação, essa orientação freudiana é de suma importância.

Muitas vezes, os residentes iniciam uma pós-graduação ansiosos por terem que, o quanto antes, determinar o tema da monografia final de curso. Em geral, essa preocupação é impulsionada pelo fato de muitos fluxogramas colocarem a disciplina de Metodologia no primeiro semestre letivo. Quando se trata da pesquisa em Psicanálise, a clínica e a teoria devem sempre caminhar juntas, pois as questões relativas à condução do tratamento terminam por orientar a escolha do tema da monografia final.

Tal encaminhamento é bastante relevante, pois a pesquisa em Psicanálise leva em conta o manejo da transferência na direção do tratamento. É na supervisão que alguns impasses clínicos podem ser trabalhados concomitantes aos deslizamentos do caso, o que indica que a supervisão em Psicanálise não parte de protocolos pré-estabelecidos. Aquele que conduz um tratamento psicanalítico não dirige o paciente, mas sim o tratamento sob transferência.

No caso Fábio, a escuta clínica possibilitou que ele se reposicionasse frente aos ditos do Outro materno, o que franqueou a produção de um sintoma fóbico com o qual a escolha pela neurose se delineou. Nesse sentido, o acolhimento clínico realizado pela praticante de Psicanálise visou escutá-lo na sua singularidade, indo além do diagnóstico inicial. Ademais, o próprio diagnóstico CID F93 retratava que não existia anormalidade no desenvolvimento biopsicossocial da criança.

A supervisão ao se articular com a teoria da clínica psicanalítica fez desta um instrumento clínico indispensável à condução do tratamento. A supervisão, respaldada pela teoria psicanalítica acerca do lugar do sintoma na estrutura familiar, apostou, junto com a praticante da Psicanálise, que o manejo do caso pudesse franquear para Fábio a possibilidade de se descolar de um saber *a priori* elaborado pelo Outro, representado tanto pela mãe, como pela psiquiatria. Dessa forma, a supervisão construiu condições para o ato analítico do qual a praticante se autorizou para além das diretrizes institucionais.

A demanda de atendimento formulada pela mãe, para si mesma, esbarrou nos protocolos institucionais, entretanto, os efeitos clínicos desse caso ainda ressoam, em especial, na importância de que, no tratamento psicanalítico de crianças, faça parte do protocolo institucional oferecer a possibilidade de tratamento também para os pais e/ou responsáveis.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

FIERENS, C. *Lecture de l'étourdit*. Paris: L'Harmattan, 2002.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*: Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 23, p. 223-270. Originalmente publicado em 1937.

FREUD, S. A questão da análise leiga. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*: um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros Trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 20, p. 173-240. Originalmente publicado em 1926.

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise - Conferência XXXIII - Feminilidade. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*: Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 22, p. 113-134. Originalmente publicado em 1933 [1932].

FREUD, S. O Ego e o Id. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*: o Ego e o Id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 19, p. 13-80. Originalmente publicado em 1923.

FREUD, S. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 17, p. 183-189. Originalmente publicado em 1919 [1918].

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*: o Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 12, p. 135-158. Originalmente publicado em 1913.

LACAN, J. Nota sobre a criança. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 369-370. Originalmente publicado em 1969.

LACAN, J. O Seminário, livro 22: R.S.I. [S. l.: s. n.], [20--]. Não publicado. Seminário proferido em 1974-1975.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 248-264. Originalmente publicado em 1967.

LACAN, J. *Seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. Seminário proferido em 1964.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID - 10). São Paulo: Ed. USP, 2007.

SALDANHA, C. M. T.; FERNANDES, A. H. O caso Fábio: a criança entre a fantasia materna e o sintoma fóbico. *Marraio: revista interdisciplinar de psicanálise com criança*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 26-36, 2012.

ZWEIG, S. *24 horas na vida de uma mulher*. Porto Alegre: L&PM, 2011. Originalmente publicado em 1935.

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL E PSICANÁLISE

uma aposta que se faz em ato

SUELY AIRES

Em tom de brincadeira, costumo dizer que deveriam se somar aos impossíveis freudianos – educar, governar, psicanalisar (Freud, 2018) – o ofício de supervisionar. Brincadeira que, por sua repetição, parece ganhar caráter de verdade a cada novo impasse do fazer psicanalítico, seja nos atendimentos na clínica em seu *setting* tradicional, seja no dispositivo sustentado em espaços pelos quais o discurso psicanalítico circula, em sua diversidade. Despretensiosamente se enuncia algo que diz da relação entre saber e verdade e que se coloca como reinvenção de uma práxis e sua transmissão. Reconhecendo o impossível em jogo, busco, no presente ensaio, problematizar alguns aspectos teóricos e clínicos que se dão a escutar na prática de supervisão clínico-institucional desenvolvida junto ao programa Corra pro Abraço.

Um convite, um desafio

O programa Corra pro Abraço surgiu nas ruas de Salvador no ano de 2013, vinculado à Secretária de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia (SJDHDS) e, desde então, vem realizando ações voltadas a pessoas em extrema vulnerabilidade e/ou em situação de rua. As equipes do Corra reúnem profissionais de diferentes formações – assistentes sociais, educadores jurídicos, psicólogos, redutores de dano, arte-educadores,

profissionais da área de ciências sociais e educação – que atuam em diversos territórios¹ da cidade marcados pela violência, exclusão e uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPAs). Com uma abordagem acolhedora e lúdica, o Corra utiliza como princípios metodológicos as tecnologias leves em saúde (Merhy, 2002) – acolhimento, construção de vínculo e escuta qualificada (Bahia, 2016) – e tem como principal objetivo a promoção da cidadania e garantia de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou em uso abusivo de SPAs.

O programa construiu suas bases ético-política-metodológicas tendo como inspiração movimentos de defesa dos direitos humanos e aqui destacam-se as Reformas Psiquiátrica e Sanitária e os movimentos sociais anti-proibicionistas, antimanicomiais, antirracistas e feministas. Configura-se, então, como um programa de redução de riscos e danos que utiliza a arte-educação como tecnologia diferencial para a produção de cuidado e de novos sentidos nas ruas. Nessa direção, aposta em práticas realizadas em território e em liberdade, considerando as subjetividades, as histórias e os modos de vida de cada um e cada uma, construindo o cuidado em rede, seja ela formal – serviços – ou informal – movimentos sociais e ONGs (Araújo; Saad, 2020).

O programa, desde sua origem, recorreu à supervisão clínico-institucional visando construir suas práticas, bem como refletir sobre as ações desenvolvidas em campo, visto a complexidade do processo de cuidar em território, a diversidade da equipe e as tecnologias utilizadas. Destaca-se que, ainda que dialogue com o campo da saúde pública e saúde mental, bem como da assistência social, o Corra pro Abraço não se insere propriamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Assistência Social (Suas), tendo sua marca diferencial sustentada por sua articulação com o campo dos Direitos Humanos.

Nesse sentido, certa concepção de sociedade e cidadania embasa as ações do programa e possibilita que as intervenções realizadas visem não apenas a pessoa em extrema vulnerabilidade e/ou em situação de rua, mas

1 Para uma discussão crítica da noção de território, confira: *Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos* (Santos, 2009).

busque simultaneamente produzir efeitos no cenário social mais amplo. Não se trata, portanto, de adaptar pessoas a uma realidade social desigual e violenta, mas de possibilitar o questionamento do ordenamento social vigente, o qual produz segregação, exclusão e morte cotidianas de determinadas pessoas retiradas do referencial de humanidade produzido e compartilhado por essa mesma sociedade (Aires, 2021; Butler, 2019; Mbembe, 2018).

O Corra pro Abraço aposta, assim, na atenção psicossocial, no cuidado integral com respeito à autonomia dos assistidos² e na promoção da contratualidade, visando a garantia de direitos humanos e o acesso a serviços de saúde, assistência social e justiça. É nesse contexto que, diante dos impasses cotidianos em sua atuação ético-clínico-político-assistencial, a coordenação do Corra fez o convite para que, lado a lado com as práticas de estágio e extensão que desenvolvo no curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo como campo o programa Corra pro Abraço, viesse a se constituir um espaço de supervisão clínico-institucional junto às equipes que realizam trabalhos em território – Corra-Rua – e na Vara de Audiência de Custódia – Corra-VAC³.

Tendo aceito o desafio, as supervisões com os diferentes atores – estagiários, extensionistas e profissionais do Corra – mantiveram-se em diálogo, transitando entre discussões acadêmicas, clínicas e clínico-institucionais. A diversidade de perspectivas de leitura e atuação produziu efeitos interessantes, dentre os quais destaco os pontos de tensionamento entre ações e momentos de explicitação da necessária relação entre pressupostos teóricos e éticos e direcionamentos clínicos e políticos. Havia, portanto, momentos de supervisão para cada grupo, considerando suas especificidades – tanto

2 O termo “assistido” é utilizado para referir-se às pessoas acompanhadas pelo Corra. Evitou-se o uso do termo “usuário” [do serviço], mais comum no campo da saúde mental, pela equivocidade com usuário de drogas. Embora assistido seja um termo com conotação passiva, no contexto do programa é utilizado como modo de destacar sua vinculação às ações em curso, em diferença a outras pessoas em situação de rua com as quais ainda não se desenvolveu o vínculo.

3 Para maiores informações sobre as práticas desenvolvidas pelo programa Corra pro Abraço, indico *Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua* (Bahia, 2016) e *Outros Caminhos são possíveis. Corra pro Abraço: ação pública de redução de riscos e danos para populações vulneráveis* (Araújo; Saad, 2020). Para refletir as práticas do Corra em tempos de pandemia, sugiro “Covid-19 e a População em Situação de Rua: práticas de cuidado desenvolvidas em Salvador – BA” (Genonádio; Tedesqui; Aires, 2021).

de composição (estudantes de psicologia e/ou profissionais com diferentes formações) quanto de campo (os diferentes territórios e/ou a VAC) – e reuniões integradas, nas quais se discutia um direcionamento geral para as intervenções, bem como se analisava a singularidade de cada caso e/ou situação. Essa dinâmica de supervisão conduziu à invenção e reinvenção cotidiana de uma práxis por meio de deslocamentos do olhar, da escuta e do fazer, o que levou a algumas reflexões e questionamentos, que compartilho a seguir.

Inconsciente, marca diferencial da Psicanálise

O contato mais próximo com o trabalho realizado pelas equipes do Corra pro Abraço me possibilitou muitas surpresas e aprendizados a cada encontro de supervisão. A lógica clínica e a ética psicanalítica, que sempre guiaram minhas práticas em diferentes contextos, não eram a base que ancorava o fazer dos profissionais do programa, os quais se reconheciam como trabalhadores do campo dos direitos humanos em suas diferentes formações profissionais. As leituras de contexto, o tensionamento e articulação entre redes de saúde, justiça, assistência social, educação e lazer, as tecnologias leves que visavam promover cidadania, consciência crítica e redução de riscos e danos eram rapidamente produzidas e manejadas pelos diferentes atores nas discussões que combinavam linguagens técnicas e artísticas. Nesses momentos, eu estava na condição de aprendiz.

A relação entre equipes, assistidos pelo programa e territórios vivenciais, mostrava-se viva, em ato, tecendo, por diferentes vias, o respeito e acolhimento subjetivos para cada um daqueles que, usualmente, são retirados do campo do humanamente reconhecido por sua condição de *anormalidade* (Aires, 2016). Reconhecidos como pessoas com direitos, possibilidades e responsabilidades; conhecidos por seu nome próprio e apelidos, pelos *corres*, pelos laços com os parceiros e trazendo uma história de vida que não se resume ao uso de substâncias ou à condição de rua, via-se se abrir ali um espaço de produção de saúde e cidadania para os envolvidos.

Contudo, um ponto recorrente inquietava a equipe: casos e/ou situações em que *tudo parecia estar indo bem e, de repente*, a pessoa se ausentava,

negava-se a comparecer a algo que havia sido pactuado de forma consistente. O que parecia encaminhar-se para a resolução de uma demanda, feita insistentemente pelo assistido, *furava, como se ele não quisesse, de fato, que a situação se alterasse, que tivesse melhores condições de vida*⁴. Um segundo ponto, não menos recorrente, era a sobreposição entre as situações de difícil resolução e os casos de sofrimento psíquico intenso, quando a parceria com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) era fundamental, mas, ainda assim, insuficiente para as ações em território. Nesse contexto, a equipe colocava-me na posição de Sujeito Suposto Saber (Lacan, 2003): por conhecer minha trajetória prévia no campo da saúde mental, supunham que eu saberia orientá-los para que viessem a alcançar a finalidade de seu trabalho. Moebianamente, trocávamos suposições, leituras de contexto, hipóteses clínicas e, ponto de nova surpresa, concepções e conceitos vindos de campos de conhecimento distintos.

A cada encontro de supervisão, a transferência de trabalho era tecida, permitindo que a equipe⁵ e seus diferentes atores se lançassem na aventura de fazer perguntas e inventar modos de lidar com o *não saber* e manter um *fazer aí* no curso das ações. De minha parte, seguia o jogo transferencial já indicado por Figueiredo (1997): fazer da diferença de leitura – sustentada na teoria e clínica psicanalíticas – uma especificidade que não se retira do campo de ação do trabalho em equipe. Uma diferença que permite relançar questões e produzir enodamentos pontuais, destacando para os trabalhadores do Corra o *savoir-y-faire* do qual já dispunham, ao mesmo tempo em que se produziam deslocamentos do olhar sobre as ações desenvolvidas, reestruturando-as. Considerando as questões recorrentes colocadas pela equipe e apresentadas no parágrafo anterior, um outro deslocamento se fez: a escuta foi afinada em direção ao sujeito, não apenas ao cidadão, permitindo reconhecer a existência do inconsciente em sua não obediência ao explicitado no contrato. O que, até então, parecia ser a posição de impotência da equipe frente à quebra do que havia sido pactuado, pôde ser pensado sob

4 Os trechos em itálico referem-se a fragmentos de falas proferidas em momentos de supervisão.

5 Para discutir e apresentar a ideia de uma equipe que se constitui a partir do caso e do trabalho clínico, confira Mendes (2015).

a forma de pergunta: *o que era dito por meio dessa ausência, recusa ou furo do contrato por parte do assistido?* Era a equipe que agora se colocava na posição de aprendiz frente às situações que escapavam ao planejado.

Nessa direção, algumas discussões sobre posição subjetiva e ética permitiram situar a função de cada membro da equipe na escuta realizada, bem como incluir – também por meio de um questionamento – a noção de pulsão de morte (Freud, 2010a), tão cara ao pensamento freudiano. *Será que um sujeito visa sempre o próprio bem?* Será que alguns atos do sujeito podem ser lidos como modos de repetição e destruição de si, de seu corpo, dos laços com os pares e equipe? Ao relançar tais questionamentos e colocá-los em relação a outra noção freudiana fundamental – o mal-estar na civilização (Freud, 2010b) –, um dado modo de escutar o que era dito pelo sujeito pôde advir. As questões delineadas em supervisão visavam articular inconsciente, sujeito, pulsão de morte e laço social – conceitos psicanalíticos fundamentais – em uma relação concreta com o fazer cotidiano da equipe. Em cada encontro de supervisão, produzia-se uma pergunta – ou várias –, o risco de uma hipótese e a autorização para a invenção de uma práxis que se mantenha em consonância com o direcionamento ético e político do Corra.

De certo modo, suponho que um dispositivo específico se fez: sustentado na transferência de trabalho, articulando o fazer da equipe e os diferentes saberes em jogo, constituiu-se um espaço de produção de uma clínica singular e social. Nesse sentido, pensar o sujeito – com sua história de vida, significantes que o nomeiam, dos quais ele faz uso ou que lhe são atribuídos, dividido em suas incongruências, destrutividade e desejo – é também pensar nas condições sociais e languageiras de sua emergência e reconhecimento no laço social – ou fora dele. Ou seja, trata-se de efetivamente partir do pressuposto de que um sujeito, em sua singularidade, constitui-se na relação com o Outro e diferentes outros, inclusive com aqueles que sustentam o trabalho cotidiano do Corra.

A supervisão clínico-institucional desenvolvida no Corra não visa, portanto, a discussão do caso e/ou situação, nem tampouco ofertar uma orientação à equipe, em seu fazer. Trata-se, mais precisamente, de um dispositivo sustentado na transferência de trabalho que permite a construção de uma escuta singular no campo social, bem como a transmissão

da Psicanálise em sua ética e clínica. Os deslocamentos em jogo na prática de supervisão junto à equipe referem-se, em especial, à presentificação da hipótese norteadora da Psicanálise – *há inconsciente* – e os efeitos que tal suposição produz no modo de conhecer, reconhecer e escutar as pessoas com as quais trabalhamos. *Ao supor um sujeito, um sujeito pode advir*. E as práticas que daí decorrem modificam-se em sua visada e estrutura por considerar que, sendo o inconsciente o discurso do Outro (Lacan, 1998), não há como efetivamente desenraizar o sujeito do campo social no qual está inserido discursivamente, mesmo que em exclusão.

Reinvenção de uma práxis por meio de verbos

Buscando manter a dimensão de agenciamento e de ato, optei por, nesse tópico, estruturar a apresentação por meio de verbos no infinitivo. Para cada verbo, a possibilidade de uma ação e, ao mesmo tempo, a expectativa das variações que podem surgir no tempo verbal – presente, passado, gerúndio, futuro – e na ocupação por parte do sujeito/agente. Quem declinará cada um dos verbos?

Ler. O relato de um acontecimento, seja em torno de um assistido ou de uma situação ocorrida no campo, coloca-nos a trabalho: como ler isso que vimos, que falamos, que escutamos? A leitura deve ser entendida aqui como uma operação de interpretação, como “[...] negação determinada do dado imediato e construção de um novo objeto” (Mezan, 2002, p. 75), sem se deixar levar pelo engano de supor qualquer decifração: não se trata, portanto, de saber o sentido da ação ou uma suposta intenção do assistido.

A construção de um novo objeto, para utilizar a expressão de Mezan (2002), pode ser compreendida como a produção de um enigma diante do ocorrido ou relatado, problema original de toda significação que recusa a relação direta e/ou transparente entre significante e significado (Agamben, 2007). Dito de outro modo, buscamos provocar e reconhecer o que do inconsciente, entre subjetivo e social, presentifica-se em ato a partir de uma questão. Trata-se ainda de fazer barreira ao sentido e buscar, no fazer da equipe, o ponto de virada que permite outro modo de interpretar o que

se apresenta como dificuldade ao trabalho. Do *não saber* inventar um saber contingente, pontual e articulado com a direção ética e política que guia as ações da equipe e de cada um de seus participantes. Nesse contexto, a supervisão funciona como espaço de alteridade que possibilita leitura, releitura e invenção.

Autorizar. A tecitura da transferência se produz a cada encontro de supervisão, em que os fios se trançam tanto entre supervisora e equipe – pensada como um efeito do trabalho e da discussão clínica (Mendes, 2015) –, quanto entre os participantes em suas diferentes posições. Nesse sentido, constrói-se “[...] uma rede de saberes baseada na horizontalidade, uma horizontalidade dos saberes e da responsabilidade” (Silva, 2019, p. 130) e, como dito anteriormente, busca-se produzir uma invenção em torno do *não saber*. Contudo, em especial nos momentos iniciais do meu trabalho com o Corra, um gesto se mostrava relevante: validar e, de certa forma, autorizar o que a equipe já produzia em seu fazer cotidiano. É nesse sentido que o verbo “autorizar” deve se fazer presente em nossas considerações pelo lugar atribuído à supervisão e à supervisora no trabalho desenvolvido em campo.

Diante de tantas urgências sociais, das situações enfrentadas pelos assistidos – e mesmo pelos trabalhadores do Corra – frente à violência do Estado e vulnerabilização produzidas cotidianamente, a equipe se lançava em luta política pelo acesso aos direitos humanos fundamentais. Essa prática, construída a partir dos movimentos sociais, não pode e nem deve ser desconsiderada em sua longa história, a qual se encontra nas origens do programa e que ancora um campo de luta. Mas, nos encontros de supervisão, as demandas seguiam outros fios pelo lugar que me era atribuído. Se, de um lado, como supervisora, era esperado pela equipe que eu viesse a trazer soluções para impasses do fazer clínico; de outro, ao não responder a tal demanda, coube justamente sustentar minha posição de aprendiz e fazer circular o discurso psicanalítico por meio de questionamentos que não se propunham a responder imediatamente às urgências em jogo, ainda que as reconhecesse.

A relação analítica que se estabelece tem o seu eixo sobre uma suposição de que o analista pode escutar todas as queixas sem sucumbir à esfera da urgência. Trata-se de algo que poderíamos chamar de sujeito-suposto-faltar – parodiando o sujeito-suposto-saber (LACAN, 1995) – que é dado ao analista na relação transferencial, no sentido de que se espera dele que não tampona cada queixa como se ela pudesse ter apenas uma significação (Seincman, 2019, p. 30).

Nessa direção, o gesto de nomear e validar o que era produzido pela equipe permitia retomar o ato de ler e reler o que não se mostrava de forma transparente, produzindo diferentes ângulos de leitura e uma invenção da práxis. Pela posição suposta, autorizar à ação, a qual já se encontrava em curso, e inserir um diferencial: o que se faz singular e não apenas particular no contexto geral de vulnerabilidade e exclusão social.

Articular e des-articular. Tratava-se, portanto, de articular o que era produzido por cada um dos membros e pela equipe em torno do enigma colocado em supervisão para, em seguida, desarticular os pontos em que um saber qualquer – entendido como resposta *a priori* ou sentido previamente atribuído – viesse a tamponar a questão. Como se, sobre a tecitura da transferência construída a cada encontro de supervisão, viesse a se constituir uma outra rede, entre saber e *não saber*, entre hipóteses e linguagens – técnicas, artísticas, clínicas –, entre discursos. Nesse sentido, a presentificação do discurso psicanalítico entre os discursos vigentes podia vir a lançar sombras sobre o que parecia se mostrar transparente sob as lentes de certa leitura social, seja aquela que produz exclusão – da justiça, da mídia televisiva, das propostas salvacionistas – seja aquela que, ao denunciar a violação dos direitos e a ruptura do pacto civilizatório, mantinha o problema no centro da cena e não o sujeito humano ou o fazer da equipe. Cabe, portanto, apostar em outro verbo.

Intervir. E aqui talvez estejamos no ponto mais delicado dessa construção. A intervenção não pode ser pensada apenas sobre o caso – seja o assistido do Corra, seja a equipe de trabalho –, mas deve considerar as

determinações sociais e discursivas, bem como seu modo de enlaçamento ao sujeito. É, portanto, fundamental considerar como concebemos a noção de responsabilidade de cada sujeito face ao vivido e como compreendemos a produção política na qual estamos inseridos.

Desconsiderar a necropolítica (Mbembe, 2018) e seus alvos privilegiados no Brasil é pactuar com a manutenção dos processos de segregação e extermínio que incidem diretamente sobre as pessoas em situação de rua, usuárias de Substâncias Psicoativas (SPAs) e assistidas pelo Corra. Entendida como Psicanálise implicada (Rosa, 2018), como Psicanálise em situações sociais críticas (Broide, 2010) ou ainda sob outros nomes, trata-se de constituir uma Psicanálise advertida de seu lugar, politicamente situada e eticamente posicionada como discurso – que circula entre outros discursos – e como clínica.

Nessa direção, uma leitura que suponha a pessoa humana em sua autonomia plena ou, em viés contrário, que considere a impossibilidade de mudança frente à estrutura social, mantém-se em consonância com os discursos vigentes na cultura. E, do ponto de vista concreto, produz, por vias distintas, paralisia e impotência da equipe face às situações e casos com os quais trabalhamos cotidianamente. É necessário produzir uma subversão. É, portanto e mais uma vez, o conceito de inconsciente e a noção de sujeito – tal como concebida em Psicanálise – que pode vir a se colocar como marca diferencial das práticas desenvolvidas.

Ao discutir Psicanálise e política, Vladimir Safatle (2020) traz algumas considerações que me parecem pertinentes de serem reafirmadas:

Toda a nossa gramática da emancipação é fundada nas noções de agência, de decisão e deliberação. Emancipado é aquele sujeito capaz de agir e de se responsabilizar por seus atos, pois eles foram fruto da deliberação como cálculo de meios e fins, da decisão como escolha diante de possíveis. É bom nos lembrarmos, mais uma vez, dessas posições comumente aceitas, porque elas serão *profundamente questionadas por uma prática que coloca o inconsciente em seu centro, como a psicanálise*. Não se tratará mais de exercer uma liberdade entendida como escolha e deliberação, mas de defini-la como reconhecimento de um ato

que age em mim, como implicação com um processo do qual sou o suporte, sem que isso signifique servidão ou submissão (Safatle, 2020, p. 119, grifo nosso).

Nesse sentido, a intervenção calculada pela equipe não pode ser pensada como uma ação dos trabalhadores sobre os assistidos – que estariam aí na condição de objeto de intervenção –, nem tampouco como ação de reivindicação de direitos para um sujeito universal. Trata-se de singularizar a escuta, reconhecer-se implicado nesse processo e possibilitar a circulação de significantes e de seus efeitos no campo social. Uma prática de reconhecimento se faz enquanto micropolítica – entre assistido e trabalhador – e também, no mesmo giro, como possibilidade de reconhecimento social mais amplo sobre as ações do programa, sobre os sujeitos envolvidos – trabalhadores, assistidos, familiares e parceiros – e em relação com as políticas de estado. Entre micropolítica e macropolítica tecer e construir um espaço que é subjetivo e político, clínico e ético, entre sujeitos reconhecidos como tais em seus direitos, deveres, desejo e singularidade.

Um último verbo nos parece fundamental: *Transmitir*. E aqui há que se conjugar e diferenciar o que se transmite *na práxis* e o que se transmite *da práxis*, bem como colocar o tempo verbal que permite questionar os efeitos de transmissão. Ou seja, adequar a pergunta e buscar refletir sobre *o que se transmitiu na práxis*, em tempo passado. *Só-depois* torna-se possível colher os efeitos do que foi dito, do que foi escutado e do que foi construído em cada encontro de supervisão. Momento de novas surpresas e aprendizados em torno do que foi relançado entre diferentes atores e participantes, retomado de um cenário para outro, de um encontro anterior para o que se constituirá a seguir e retornar. Entre saber e *não saber*, inventar um modo de aproximar-se do desconhecido *sem jogar fora a criança com a água do banho*: sem desvalorizar os diferentes saberes em jogo – redução de riscos e danos, arte-educação, métodos de educação, informações jurídicas e tantos outros –, sem desconsiderar os vínculos previamente construídos, perguntar-se sobre o que move o jogo. É, portanto, a partir de uma questão-guia, construída como enigma com os participantes e para a equipe, que algo se constitui e se transmite entre vários.

Nesse sentido, a *transmissão na práxis* é efeito da relação entre trabalhadores, supervisora e *caso*⁶ – entendendo o caso como a pessoa do assistido, a situação vivida e/ou questão institucional – e se tece na transferência. Sem transferência que nos coloque a trabalho, pouco se poderá produzir que não seja orientação, ensino ou até mesmo capacitação da equipe frente a um objeto definido. É fundamental destacar que o trabalho se coloca em torno de uma questão que mobiliza o encontro de supervisão e que precisa ser recortada em sua dimensão significativa, sendo nomeada e provocada em sua equivocidade. O enigma é o que permite assinalar, de forma contingente e singular, o que escapa ao saber e relança ao trabalho. *Só-depois, o que se transmite na práxis* articula-se ao desejo e à certa subversão da relação com o saber que coloca em cena a verdade: discurso psicanalítico e produção de uma práxis em que o saber se produz no lugar da verdade.

Por sua vez, a *transmissão da práxis* parece se fazer por outra via, tal como agora se enuncia, por exemplo, na escrita desse ensaio: uma reflexão posterior que visa lidar com os restos que insistem da experiência e que produzem empuxo à escrita. Escreve-se em torno de um ponto de impossível, de uma questão que insiste em sua singularidade concreta. Nesse contexto, é importante enfatizar o quanto a particularidade da construção do saber sobre a experiência vivida – em territórios vivos com pessoas em situação de extrema vulnerabilidade – coloca-se em oposição à generalidade e universalidade de um saber qualquer, seja acadêmico, técnico ou psicanalítico. Há uma verdade em questão, aquela que aponta para os efeitos decorrentes de uma enunciação que implica posição de sujeito. Novo giro que permite ir da particularidade à singularidade.

Moebianamente, entre *transmissão na práxis* e *transmissão da práxis* articulam-se saber, verdade e desejo, na condição de que se reconheça inconsciente – e seus efeitos discursivos e subjetivos – e transferência, motor do trabalho psicanalítico. Ao mesmo tempo, faz-se necessária uma operação de

6 O termo “caso” aqui referido é usado de forma coloquial, como acontecimento e/ou recorte de uma dada situação, não se confundindo com a concepção psicanalítica de caso. Para uma discussão de caso em Psicanálise indico as coletâneas *O caso: entre exceção e transmissão* (Leite; Moraes; Milán-Ramos, 2018) e *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (Dunker; Ramirez; Assadi, 2017).

leitura e reconhecimento do que se apresenta nas diversas situações com as quais a equipe se defronta e que não se deixam apreender. *Não saber* como ponto de provocação ao relançamento e motor da ação da equipe. *O que se transmitiu na práxis* coloca-se como resto do que, inventado e reinventado, pode se fazer *aventura de saber* pela via do amor (Lacan, [2020?]).

Considerações finais

Para concluir, retomo o início: a brincadeira que parece revelar uma verdade – o impossível do ofício de supervisionar. Se de antemão se sabe que o resultado será insatisfatório, como nos adverte Freud (2018), tal antecipação não deve ser justificativa para qualquer recuo. Avançamos de modo a *não fazer da impossível impotência*. A firme convicção quanto à relevância da hipótese do inconsciente para as práticas clínicas e a noção de sujeito daí decorrente – com seus efeitos no campo político – permitem-nos fazer uma aposta em torno da supervisão. Uma aposta que vem em momento anterior, mas cujos efeitos só serão colhidos em tempo posterior, o da transmissão.

Transitando entre discussões acadêmicas, clínicas e clínico-institucionais, a supervisão se propôs como um espaço de alteridade, permitindo trocas em que a posição de aprendiz sustentava o encontro: como supervisora, aprendi com a equipe; como trabalhadores, aprendemos com o impossível em jogo em cada caso e/ou situação vivenciada; aprendemos por fazer insistir a dimensão enigmática ao buscar uma resposta possível para cada impossível em questão.

No campo das ações e intervenções, os giros – do olhar, da escuta e do fazer – foram produzidos na equipe, pelos participantes e entre assistidos, de tal modo que um deslocamento se fez: do cidadão ao sujeito; do *não saber* ao saber pontual, contingente e derivado da experiência; do saber à verdade que implica posição enunciativa e efeitos no cotidiano. A supervisão não foi, portanto, ofertada como resposta a uma demanda, mas fez-se leitura, autorização à ação, articulação e desarticulação entre saberes visando uma intervenção possível. Entre práticas e saberes, produziu enodamento: *savoir-y-faire*.

Ao fazer circular o discurso psicanalítico entre outros discursos, em alteridade e equilibrando-se na transferência, a supervisão não tomou como objeto o caso nem tampouco a equipe, mas a própria prática, que se faz entre singular e social e se enuncia nos encontros de supervisão. Em tecitura, entre vários, apostamos na indissociabilidade entre clínica e política por meio de um posicionamento ético que recusa a banalização da segregação, do extermínio e da morte: aposta que se faz em ato.

Referências

AGAMBEN, G. Édipo e a Esfinge. In: AGAMBEN, G. *Estâncias: a palavra e o fantasma na cultura ocidental*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 217-224.

AIRES, S. A psicanálise está em toda parte e os psicanalistas em outro lugar. In: CARVALHO, S. (org.). *Transferência à psicanálise: clínica, ética e política*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2021. *E-book*.

AIRES, S. Os anormais do século XXI: usuários de crack e políticas públicas de segurança e saúde. *Sofia*, Vitória, v. 5, n. 1, p. 3-14, 2016.

ARAÚJO, E. T.; SAAD, L. *Outros caminhos são possíveis: corra pro abraço: ação pública de redução de riscos e danos para populações vulneráveis*. Salvador: Comunidade Cidadania e Vida, 2020.

BAHIA. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. Centro de Referência Integral de Adolescentes. *Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua*. Salvador: SJDHDS, 2016.

BROIDE, J. *Psicanálise: nas situações sociais críticas. Violência, juventude e periferia: uma abordagem grupal*. Curitiba: Juruá, 2010.

BUTLER, J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

DUNKER, C.; RAMIREZ, H.; ASSADI, T. (org.). *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva*. São Paulo: Annablume, 2017.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. *Obras completas, volume 14: história de uma neurose infantil (“o homem dos lobos”)*, além do princípio do prazer

e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. p. 161-239. Originalmente publicado em 1920.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. *Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Originalmente publicado em 1937.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Obras completas, volume 18: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. p. 13-122. Originalmente publicado em 1930.

GENONÁDIO, A.; TEDESQUI, N.; AIRES, S. Covid-19 e a população em situação de rua: práticas de cuidado desenvolvidas em Salvador – BA. In: JESUS, M. L. *et al.* (org.). *Pensar Junto/Fazer Com: saúde mental na pandemia de Covid-19*. Salvador: Edufba, 2021. p. 425-439.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. Originalmente publicado em 1953.

LACAN, J. *Le savoir du psychanalyste*. [S. l.: s. n.], [2020?]. Seminário proferido em 1971-1972. Disponível em: staferla.free.fr. Acesso em: 15 maio 2022.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. Originalmente publicado em 1967.

LEITE, N. V. A.; MORAES, M. M.; MILÁN-RAMOS, J. G. (org.). *O caso: entre exceção e transmissão*. Campinas: Mercado de Letras, 2018.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MENDES, A. A. *O efeito-equipe e a construção do caso clínico*. Curitiba: CRV, 2015.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MEZAN, R. A querela das interpretações. In: MEZAN, R. *A vingança da esfinge: ensaios de psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 67-82.

ROSA, M. D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2018.

SAFATLE, V. *Maneiras de transformar mundos: Lacan, política e emancipação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SANTOS, M. *Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos*. Entrevistadores: Odette Seabra; Mônica de Carvalho; José Corrêa Leite. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SEINCMAN, P. M. *Rede transferencial e a clínica migrante: psicanálise em urgência social*. São Paulo: Escuta, 2019.

SILVA, R. F. *A supervisão (controle) na formação do psicanalista*. Belo Horizonte: Relicário, 2019.

PARTE III

FORMAÇÃO

SUPERVISÃO COMPARTILHADA PARA A FORMAÇÃO DE PSICÓLOGAS NO NÚCLEO DE APOIO/AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

MÔNICA LIMA
JOÃO BATISTA ALVES
FERNANDA REBOUÇAS
LEILA GRAVE

Introdução

A supervisão de Estágio Supervisionado em Psicologia na Atenção à Saúde, com foco na formação para o trabalho no âmbito do Núcleo de Apoio/Ampliado à/de Saúde da Família (Nasf), busca distanciar-se da acepção de supervisão que implique em inspecionar e controlar, mantendo-se na noção de *vigilância do bom senso*, uma constante avaliação da prática, que culmine em uma prática educativa sem conotação hierárquica e de abuso de poder entre as educadoras e as (os) estagiárias (os), bem como entre elas mesmas, como nos inspira Paulo Freire (1996). Nesta direção, buscamos organizar um método de ensino-aprendizagem que alimente a curiosidade, o comprometimento, a reflexão crítica sobre a prática e promova a autonomia das pessoas envolvidas (Freire, 1996).

O estágio supervisionado tem como objetivo aproximar paulatina e qualitativamente os(as) estudantes de Psicologia da atuação profissional na Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Nasf, que foi criado “[...] com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica,

bem como sua resolubilidade”, como estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (Brasil, 2011). Cabe ressaltar que a nova Portaria/Pnab (Brasil, 2017) institui este dispositivo como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Estamos de acordo que não se trata de simples mudança de nomenclatura e que há implicações sérias em vários aspectos para a organização da Atenção Básica (Radis, 2017). Há um “apequenamento” da concepção original de Atenção Básica, em termos “aos cuidados primários em saúde e ao enfrentamento à determinação social da saúde”, em decorrência da restrição de financiamento, como analisam Áquilas Mendes, Leonardo Carnut, Lucia Guerra (2018, p. 239). Este des-caso com o financiamento compatível com os princípios da Atenção Básica, que inclui a ampliação da cobertura da SF e do Nasf, parece não levar em conta, como destacam Luiz Pinto e Ligia Giovanella (2018, p. 1903), desde o resumo do estudo, a resolutividade da Estratégia da Saúde da Família como indicador de saúde:

[...] é bastante plausível que o resultado da redução das ICSAB (internações por condições sensíveis à atenção básica) esteja vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos.

No entanto, foge ao escopo do presente texto desenvolvê-las com a profundidade necessária. Destacamos que

Os Nasf devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (Brasil, 2011).

O Nasf foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 e, após nove anos, a implantação em Salvador pode ser considerada incipiente. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Brasil, [20--]), na Bahia

há apenas 91 equipes de Nasf (eqNASF), das quais 12 estão implantadas em Salvador-Bahia. Neste município, das 12 equipes, 11 contam com uma psicóloga em cada e, em uma das eqNASF, conta com duas profissionais da referida categoria, totalizando 13 trabalhadoras. Cabe ressaltar que a cobertura da Estratégia Saúde da Família em “Salvador amarga a última posição de cobertura da Atenção Básica (37,61%) dentre as capitais do Brasil e é a penúltima em Saúde da Família (27,45%)”, como lamenta o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2019). O desinvestimento na cobertura explica o fato de que ainda tenhamos poucas psicólogas vinculadas a este contexto de trabalho, não só nós, mas também as demais categorias profissionais que poderiam compor um Nasf, embora seja inquestionável a sua importância no apoio à Saúde da Família como estratégia para reorganização da Atenção Básica.

Para cumprir o objetivo primordial, as equipes multidisciplinares do Nasf, contando ou não com profissionais de Psicologia, podem desenvolver um conjunto amplo de ações, a saber: discussão de casos, atendimento individual ou compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Estas ações são desenvolvidas entre os próprios membros do Nasf, entre eles(as) e os(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre eles(as) e os demais membros das equipes de Saúde da Família (EqSF), ou em qualquer configuração oportuna para aumentar a resolutividade, ofertando apoio matricial às EqSF, através de retaguarda clínico-assistencial e suporte técnico-pedagógico (Brasil, 2011). O apoio matricial é uma forma de arranjo organizacional e metodologia de gestão do trabalho, que visa complementar a forma de organização prevista em sistemas hierarquizados. A corresponsabilização do cuidado e a interdisciplinaridade são orientações para o desenvolvimento deste tipo de trabalho, como destacam Gastão Campos e Ana Domitti (2007).

Nessa perspectiva, formar para atuar na atenção primária à saúde exige que a Psicologia introduza em seu arcabouço teórico e prático elementos da clínica ampliada, da intersetorialidade e do trabalho interdisciplinar, como

sugere o Conselho Federal de Psicologia (2009). Mônica Lima (2005), analisando a pertinência dessa categoria profissional no SUS, no contexto soteropolitano, sugeriu que o processo de trabalho ocorresse através da Atuação Psicológica Coletiva (APC), entendida como “[...] o processo contextual de identificação de demandas, de planejamento e de execução de necessidades de atendimento psicológico socioeconômica e culturalmente orientado” (Lima, 2005, p. 434). Apontou também que a APC funciona como uma “[...] estratégia de organização contextualizada da atuação psicológica para prevenir doenças e promover saúde em situações de trabalho em saúde coletiva” (Lima, 2005, p. 434). Para isso, dois elementos foram indicados fundamentais: uma escuta cautelosa, socioculturalmente orientada, e a reafirmação da importância da subjetividade no processo saúde-doença-cuidado (Lima, 2005). Essa compreensão do trabalho da Psicologia embasou o nosso olhar e as nossas reflexões sobre a supervisão compartilhada que apresentamos neste capítulo.

Caracterização do estágio supervisionado em Psicologia no Nasf

A inserção das(os) estagiárias(os) de Psicologia tem ocorrido em dois Nasf, do Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho. As psicólogas de tais equipes assumem a função de preceptoras do estágio, conduzindo o processo de inserção nas diversas atividades previstas na Saúde da Família e no próprio Nasf. Cada estudante dispõe de 20 horas semanais, durante aproximadamente 17 semanas (semestre acadêmico), quatro horas quinzenalmente são atribuídas à supervisão compartilhada, que será melhor explicada em momento oportuno. Nos últimos quatro anos, formamos 15 discentes nos Nasf, geralmente cursando entre o 8º e 10º semestres. No referido período, contamos com a mesma supervisora-acadêmica e com duas diferentes psicólogas preceptoras. No total, o estágio prevê uma carga horária de 340 horas/semestre. O trabalho de uma psicóloga do Nasf é bastante diversificado, mas uma semana típica pode ser assim exemplificada (Quadro 1).

Quadro 1 – Semana típica do trabalho da psicóloga no Nasf

Turno/ Atividade	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Sala de espera/ Acolhimento/ Ações no Programa Saúde na Escola (PSE)	Visitas domiciliares	Reunião EqNASF	Atendimentos individuais ou compartilhados	Matriciamento Caps e outros equipamentos/ Visitas ou reuniões institucionais
Tarde	Reunião com EqSF	Atendimentos individuais ou compartilhados	Grupos terapêuticos	Reunião com EqSF	Supervisão compartilhada/ Planejamento e organização de atividades

Fonte: elaborado pelos autores.

De modo geral, as atividades citadas acima são também aquelas que os(as) estagiários(as) acompanham, não havendo restrição em relação ao tipo de ação realizada pelas(os) discentes. No entanto, os(as) estudantes não estão sozinhos(as). Inicialmente, ele(a) irá acompanhar, por exemplo, a preceptora no atendimento a uma pessoa ou a uma família, ou realizar visitas domiciliares com participação da preceptora ou de outra categoria profissional, além de que estas nunca são realizadas sem a colaboração da Agente Comunitária de Saúde (ACS). Posteriormente, o atendimento individual e as demais atividades poderão ser realizados apenas pelo(a) estagiário(a).

Devido à diversidade de atividades desenvolvidas pelas psicólogas do Nasf e pelas outras categorias profissionais, algumas ações são fixas na Agenda de Trabalho, por exemplo, as reuniões das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (EqNasf) e as reuniões com as equipes de Saúde da Família (EqSF), bem como os grupos terapêuticos. Ao mesmo tempo, de uma semana para outra, várias ações precisam ser incorporadas em um processo de planejamento, performando o conjunto da oferta organizada, em que são programadas visitas domiciliares, atendimentos individuais e compartilhados nas instalações do serviço e outras reuniões, conforme sinalizados na semana típica (Quadro 1). Esta diversidade e necessidade de organizar a oferta de atividades tem exigido um aprendizado muito peculiar dos(as) estagiários(as), no que se refere à elaboração desta Agenda de

Trabalho, processo este que é realizado semanalmente, e muitas vezes no turno reservado para a supervisão compartilhada.

Supervisão compartilhada para formação em Psicologia

A supervisão compartilhada é um método de trabalho que envolve a supervisora acadêmica, preceptoras e estagiárias(os) em um processo coletivo, horizontal e cooperativo para aproximar qualitativa e sucessivamente as(os) últimas(os) dos desafios e potencialidades do exercício profissional no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela foi impulsionada, inicialmente, por dois motivos. O primeiro tem a ver com o fato do crescente pedido do corpo discente para a organização de estágios em Psicologia e atenção à saúde, mobilizado pelo oferecimento do componente curricular Psicologia e Saúde (IPSA-35), obrigatório na matriz curricular do curso de Psicologia, na Universidade Federal da Bahia, desde 2009. Este, entre outros conteúdos, apresenta os princípios e diretrizes do SUS e reflete criticamente sobre a inserção das psicólogas nos diferentes níveis de assistência à saúde. O segundo tem a ver com o fato da professora supervisora ter regime de 40 horas em dedicação exclusiva com a universidade, vindo de uma formação eminentemente acadêmica, embora, tenha tido, desde sua formatura (1987), registro profissional no Conselho Regional de Psicologia (CRP-03). Portanto, não se tratava de uma professora com vasta inserção profissional em serviços de saúde anterior ao ingresso ao ensino superior, mas uma que, em seu doutorado, dedicou-se a refletir sobre a atuação das psicólogas nos serviços de saúde de Salvador (Lima, 2005; Lima; Nunes, 2006).

Desta conjuntura, surgiu a iniciativa da docente de propor às colegas psicólogas com domínio prático no SUS a oportunidade de desenvolver um modelo mais colaborativo de supervisão de estágio. Nesta direção, para superar os desafios postos pelos motivos expostos, partimos da premissa de que trabalharíamos juntas, em encontros semanais com os(as) estagiários(as), gerando um formato pouco comum, pautado na presença de ambas em um único momento de supervisão. Por isso, a qualificamos como

“compartilhada”, do verbo compartilhar na língua portuguesa: 1. ter parte em, participar de. 2. partilhar com alguém.

Neste capítulo, vamos nos deter na experiência da Supervisão Compartilhada (SC) do estágio supervisionado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a partir de 2016.2, mas ela foi implementada muitos anos antes, em 2009, no Serviço Especializado em HIV/AIDS, cujo formato e objetivo do estágio foi descrito por Mônica Lima, Manuela Brito e Alice Firmino (2018).

A supervisão compartilhada é uma proposta pedagógica não muito comum nos cursos de Psicologia, necessariamente, por exigir a presença da professora-supervisora vinculada à Instituição de Ensino Superior (IES) e a psicóloga-preceptora vinculada ao serviço de saúde, juntas, para supervisionarem os(as) estudantes. De modo geral, o mais comum é que esses encontros sejam separados e realizados nas dependências da IES, como relata Vilela Santeiro (2012) ou que ocorra um encontro geral no final do semestre com todas as pessoas envolvidas – preceptora, professora supervisora e estagiárias –, como relatam Delane Pitombeira; Alessandra Xavier; Raimunda Barroso; Pedro Oliveira (2016) e em alguns casos, não menos comuns, professora e preceptora nunca se encontram presencialmente, conformando dois momentos distintos de supervisão. Em decorrência de tais formatos, não são poucas as situações em que ruídos ou tensionamentos se fazem presentes, algumas vezes fruto de orientações advindas de concepções teóricas e políticas divergentes, quando se trata de estágio nos serviços de saúde.

Na maioria das vezes, e que ainda é o formato mais prevalente, trata-se de encontros entre a supervisora-acadêmica da IES e estagiários(as) nas dependências dos Serviços-Escola das IES; algumas experiências interessantes são relatadas por Suely Aires e Sayuri Kuratani (2019). Não temos a pretensão de avaliar qual é o formato mais adequado ou tecer considerações sobre a positividade ou negatividade das diferentes combinações, sem os cuidados metodológicos necessários. Nesta direção, apresentamos a nossa experiência com o intuito de contribuir para o aprimoramento desta estratégia fundamental para a formação dos(as) estudantes, bem como ampliar o escopo de suas funções.

A diversidade de atividades dá um tom ainda mais complexo à supervisão compartilhada, que precisa funcionar como um espaço de encontro e trocas, onde os relatos dizem respeito a todas as atividades, desde os atendimentos individuais até os encontros de matriciamento do Nasf com outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde (Raps) (Quadro 1), com o objetivo de poderem experienciar as duas amplas atribuições do Nasf: retaguarda clínico-assistencial e suporte técnico-pedagógico (Brasil, 2014). É importante ressaltar que, em cada Nasf, recebemos dois/duas discentes por semestre e ambos(as) precisam relatar suas ações e receber retroalimentação na SC. A administração do pouco tempo que temos para a realização de tarefa tão complexa é um dos desafios importantes do processo de ensino-aprendizagem.

Temos refletido sobre a SC em cinco dimensões de significação, a saber: técnico-assistencial, político-formativa, afetivo-acolhedora, educação permanente – categorizadas inicialmente por Mônica Lima; Fernanda Rebouças e Leila Grave (2018) – e como estratégia-pesquisa, sistematizada em seus principais aspectos em Mônica Lima; João Batista Alves; Fernanda Rebouças; Leila Grave (2019). No presente capítulo, nos deteremos nas primeiras quatro dimensões, trazendo à baila recentes reflexões sobre o nosso fazer.

Cabe também sinalizar que a concepção teórico-metodológica da supervisão compartilhada está sustentada no movimento construcionista das ciências humanas e sociais, como destacado por Lupicínio Iñiguez (2003) e, particularmente, nas suas repercussões na psicologia social, como sinalizado por Mary Spink (2000), Kenneth Gergen (2011). Nessa perspectiva, a SC está ancorada em alguns princípios, a saber: conhecimento científico como prática social, fluidez entre as “fronteiras” das disciplinas, utilidade e valor do conhecimento científico para transformação social, fomento de métodos múltiplos e ampliação das formas de expressão do conhecimento, provendo maior diálogo com as comunidades fora da academia. No entanto, isso não significa que se trata de uma adoção exclusiva de uma vertente da psicologia social, visto que cada preceptora tem uma definição específica de corrente teórica da Psicologia, que não necessariamente coincide com a citada. Embora sejam os princípios destacados que são compartilhados e que dão a direção do nosso trabalho. Nesse sentido, todas mantinham

relação teórico-metodológica com a psicologia social e o campo da saúde pública/coletiva, que nos parece suficiente para contribuir com o entendimento e respeito mútuos.

Trata-se de uma das premissas que destacamos em relato anterior (Lima; Brito; Firmino, 2018, p. 49), que segue valendo no estágio supervisionado e supervisão compartilhada:

[...] não tínhamos como objetivo que todas as estagiárias fizessem adesão à perspectiva da psicologia social em detrimento das suas escolhas pessoais de vertentes teóricas psicológicas. Nem os impedimos de se aproximar da atenção básica à saúde, por não serem exclusivamente afeitos à vertente teórica das supervisoras. Nunca utilizamos, como critério de seleção de estagiárias, a vertente teórica - elas eram recebidas como protagonistas e não como coadjuvantes do processo de ensino-aprendizagem.

Partimos da premissa da horizontalidade do processo pedagógico e da construção de autonomia dos(as) integrantes, embora não tenhamos divergência em relação às funções diferenciadas e os papéis que cada uma pode desempenhar no que diz respeito ao tipo e nível de experiência. Estamos de acordo que, com a diversidade em um “[...] amplo contexto de concepção do termo, fica claro que a supervisão é um espaço de aprendizagem das regras para a coexistência e atuação junto aos pares nos espaços de trabalho”, como sintetizam Walter Silva Neto, Wanderlei Oliveira e Raquel Guzzo (2017, p. 576).

Na condução da supervisão compartilhada, apoiamos-nos na noção de que “[...] o que conta não é a experiência em si, mas o significado – sentido pessoal – que ela tem para o indivíduo” (Spink, 1992, p. 133). Nessa perspectiva, favorecer que os(as) estagiários(os) narrem como fizeram o acolhimento e a escuta psicológica, na supervisão compartilhada, busca desenvolver a nossa capacidade de refletir sobre como proporcionar às famílias e seus membros, às equipes de Saúde da Família (EqSF), Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (EqNasf) o confronto produtivo entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado por cada um (Spink, 1992) e que aberturas

construídas conjuntamente podem ser transformadoras. No entanto, cabe ressaltar que dar espaço para a narrativa no sentido pessoal, do ponto de vista construcionista, não é localizar o processo construtivo internamente ao indivíduo. Como destacam Kenneth Gergen e Lisa Warhuus (2001, p. 44), “[...] as palavras não significam nada em si mesma e só podemos perceber as origens, a manutenção e o declínio do significado se dermos atenção ao fluxo de intercâmbio relacional”.

A dimensão técnico-assistencial da SC relaciona-se ao processo que inclui a identificação da demanda, o planejamento e a execução das ações de cuidados, educativas e institucionais (Lima; Rebouças; Grave, 2018). Esta dimensão de significação está muito pautada nos estudos de Lima (2005) e de Mônica Lima e Mônica Nunes (2006). O espaço da supervisão compartilhada, desta maneira, configura-se como parte do processo, como um momento de tomada de decisão, avaliação e programação de novas ações, desenvolvidas de forma coletiva. De modo geral, começamos um encontro assim: “quem gostaria de relatar o que foi feito nas últimas duas semanas?” Todas já estão com as Agendas de Trabalho abertas com as anotações do que foi feito, do que foi previsto e não realizado. Um(a) dos(as) estagiários(as) inicia o relato da atividade. O que foi feito? Com qual família? Com qual profissional? Que tipo de atendimento? O que se percebeu no atendimento? O que foi acordado com a pessoa e/ou família ou com a equipe de referência? Quais os encaminhamentos possíveis? Trata-se de um acompanhamento que requererá uma escuta psicológica mais específica? Trata-se de uma intensificação de cuidados? Temos condição de acompanhar mais diretamente ou já há outro(a) profissional responsável? O que podemos agregar do ponto de vista da compreensão da Psicologia para a equipe de referência seguir acompanhando este(a) usuário(a) - família? Partimos do entendimento que nenhum usuário/família é de responsabilidade exclusivamente nossa, ou seja, da Psicologia. Então, através do ato narrativo de quem esteve com o(a) usuário(a) ou família, buscamos colocar em prática a noção de atuação psicológica coletiva, prezando por fazer uma escuta qualificada da subjetividade em situações concretas de existência, fundamentada na reflexão de como os pertencimentos de gênero, de classe social, de raça/cor produzem efeitos no cuidado e na gestão da saúde.

No entanto, a prática cotidiana tem nos imposto que enfrentemos outros âmbitos da presença das psicólogas na saúde pública/coletiva, que afetam a atuação psicológica na dimensão técnico-assistencial, mas que não se resumem a ela. A dimensão político-formativa tem a ver com o reconhecimento de que a atuação da Psicologia não se dá de forma neutra (Lima; Rebouças; Grave, 2018). É necessário um alinhamento com um projeto ético-político, em torno da defesa dos direitos de cidadania e a imprescindível responsabilização do Estado na construção e manutenção desses direitos. Esta necessidade é pouco comum de ser discutida e apresentada em suas estratégias de superação, embora muito apontada com o rótulo da formação apolítica da Psicologia. Para nós, tem sido fundamental não perder de vista princípios democráticos de defesa do direito à saúde, colocando em destaque crítico qualquer produção nossa (atendimento direto à população, apoio matricial, discussão de casos com as equipes etc.) que gere opressão e preconceitos. Essa dimensão se expressa na questão que nos fazemos a cada encontro: qual é a responsabilidade do Estado em relação ao que acontece com este usuário/família? Quais outras políticas e/ou dispositivos oficiais, comunitários, intersetoriais etc. devemos acionar para viabilizar o cuidado de quem acompanhamos?

Já a dimensão afetivo-acolhedora diz respeito ao processo de elaboração pessoal e coletiva diante de situações mobilizadoras – e paralisantes quando não bem acolhidas e compreendidas –, que envolve a forma como cada pessoa lida, sente, afeta-se com o cotidiano do trabalho, que pode gerar intervenções opressoras e discriminadoras (Lima; Rebouças; Grave, 2018). No cotidiano, cuidar dessa dimensão significa adotar sistematicamente as seguintes questões: como você se sente ou sentiu quando participou dessa atividade? Como sente o fato de você ser *cis* ou *trans*, negro(a) ou branco(a) neste grupo terapêutico, na visita domiciliar, nos atendimentos individual ou compartilhado etc? Em relação aos pertencimentos de classe social, gênero e raça/cor como isso performa seu trabalho com este(a) usuário(a) ou família, com os(as) ACS e demais profissionais de saúde? Como isso afeta a construção de vínculos? Como estes pertencimentos atuam no processo saúde-doença-cuidado das pessoas e famílias acompanhadas?

O estudo de Santeiro (2012, p. 945) também chama atenção para o papel da supervisão da IES na dimensão emocional – embora a supervisão não ocorra junto com as profissionais do serviço de saúde – para apoiar do ponto de vista teórico-técnico as(os) estagiárias(os) para a “[...] manutenção emocional e profissional do estagiário, que se posta nesse jogo de forças que têm sido descritas como resultantes da convergência de demandas institucionais, políticas e dos sujeitos que as integram, nas mais diversas facetas e momentos”. Nossa atenção se amplifica para o que designamos afetivo-acolhedora e suas relações com as demais dimensões de significação, porque não podemos mais negligenciá-las se temos a pretensão de superar a crítica do descompasso entre formação e atuação profissional. Neste sentido, vale ressaltar que temos a oportunidade de receber, cada vez mais, estagiárias de classes sociais variadas, com pertencimentos raciais diferentes, orientações sexuais distintas, identidade de gênero diversas e demais aspectos que estão em jogo subjetivamente e configuradas por condições objetivas de existência. Nesta direção, estamos nos fazendo, por exemplo, a pergunta proposta por Lia Schucman (2014): por que a Psicologia demorou tanto para lidar criticamente com as relações raciais e os efeitos da branquitude como ciência e profissão? O que devemos fazer para fomentar a formação antirracista?

Cabe lembrar que, nesses novos espaços de atuação, encontramos diversidade incomparável aos consultórios privados em relação às características das(os) usuárias(os) acompanhadas(os). Além de tais características variarem também em relação às preceptoras e professora-supervisora. Nesta direção, o espaço da supervisão compartilhada nos coloca a todas em situações reflexivas, quando produzimos novas narrativas que nos auxiliam a entender as nossas perspectivas e como elas performam ações que desenvolvemos nas práticas de intervenção. Isto guarda o intuito de posicioná-las em relação às questões de gênero, social, cultural e racial, em um jogo fluido, intenso e às vezes pouco compreendido ou negligenciado como constituintes do processo saúde-doença-cuidado e também da formação profissional.

Estas reflexões não se opõem à premissa de implicar as pessoas no seu cuidado, do ponto de vista dos processos subjetivos, quando oferecemos espaços de escuta cautelosa em detrimento de uma escuta asséptica,

impulsionando trajetórias profissionais de construção, em detrimento da trajetórias de conflito e reprodução (Lima, 2005). Revisitando a noção de escuta cautelosa, com a iniciativa, desde 2009, de colocá-la em prática no estágio supervisionado em Psicologia e na supervisão compartilhada, devemos situar nossas narrativas e os efeitos dela no “lugar de fala”, como sugere Djamila Ribeiro (2017). Situar-nos, cada uma de nós, no processo de racialização brasileira, e sermos capazes de escutar subjetivamente alguma pessoa e/ou um grupo, atentas a dinâmica de privilégios simbólicos e materiais decorrentes do racismo, que se sustenta também no patriarcado e no machismo. Inspiradas nas reflexões de Maria Aparecida Bento (2002) sobre os efeitos do branquitude e a urgência da formação antirracista na Psicologia.

Tudo isso condensa um espaço de produção incrível e nos conduzem à quarta dimensão de significação denominada educação permanente (Lima; Rebouças; Grave, 2018), inspirada em Marina Peduzzi; Debora Guerra; Carina Braga; Fabiana Lucena; Jaqueline Silva (2009). Esta se refere ao fato de que os saberes e experiências que são trocados, no contexto da supervisão compartilhada, servem como espaço de ensino-aprendizagem, construção de novos conhecimentos e elaboração de vivências não somente para os(as) estagiários(as), mas também para as preceptoras e professora-supervisora. Destacando esta dimensão, estamos permanentemente nos impondo uma reflexão sobre como vencer o “preconceito tecnológico”, termo utilizado por Jairo Golberg (2001, p. 35). Com esta noção, o autor adverte-nos sobre

Um preconceito que leva cada profissional a fazer exatamente o que assimilou de um repertório de comportamentos convencionalmente moldado por sua profissão, sem se preocupar de fato com o paciente que está sob seus cuidados. Assim redundaria num *não tratar* tudo o que se fizesse fora deste repertório - o que em muitos casos implica atender o paciente e afastar atitudes profissionais solidamente estabelecidas (Golberg, 2001, p. 35).

Como não reproduzir a clínica clássica psicológica em âmbitos de trabalho que nos exigem ainda mais compromisso social, ética e criatividade, por exemplo, nos casos de atendimento individual e/ou compartilhado no domicílio (visita domiciliar)? Além disso, como o solidamente estabelecido

na nossa profissão pode ser revisitado e aperfeiçoado nas várias atividades que desenvolvemos como apoio matricial, gestão do cuidado nas reuniões de equipe, nas ações territoriais etc? Cabe, então, destacar que “[...] O construcionismo não requer iniciativa e esforços tradicionais. [...] o construcionismo convida a novas formas de pesquisa, ampliando substancialmente o alcance e a importância dos esforços das ciências humanas” (Gergen, 2011, p. 51).

Nessa direção, a supervisão compartilhada tem funcionado como um momento de Educação Permanente para as psicólogas do serviço, que têm a oportunidade de pensar sobre suas próprias práticas e da professora supervisora, nas suas ações no tripé ensino-pesquisa-extensão, e não só para a formação dos(as) discentes. Estamos tentando colocar em prática, parafraseando, o que mais de uma vez, João Batista, um dos nossos ex-estagiários, agora colega e co-autor deste capítulo, disse para mim: *você(s) ensina(m), aprendendo*.

Referências

AIRES, S.; KURATANI, S. (org.). *O serviço de psicologia na universidade*. Cruz das Almas: EdURFB, 2019.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 25-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. [*Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*]. [Brasília, DF], [20--]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeba.def>. Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio Saúde da Família - volume I: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, DF: GFP, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Governo da investe em uma nova ferramenta de gestão para a saúde. CONASS, Brasília, DF, 23 de jan. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/governo-da-bahia-investe-em-nova-ferramenta-de-gestao-para-saude/>. Acesso em: 16 out. 2019.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERGEN, K. *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. 2. ed. Barcelona: Paidós, 2011.

GERGEN, K.; WARHUUS, L. Terapia como construção social: características, reflexões e evoluções. In: GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, O. F. (org.). *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto, 2001. p. 27-64.

GOLBERG, J. Reabilitação como processo - O centro de atenção psicossocial. In: PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 33-47.

IÑIGUEZ, L. (org.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez. 2005.

LIMA, M.; BRITO, M.; FIRMINO, A. Estágio em psicologia em um Centro de Saúde Pública de Salvador, Bahia. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 10, n. 2, p. 41-51, ago. 2018.

LIMA, M. et al. Caruru de Balbúrdia: supervisão compartilhada em psicologia como prática de pesquisa. In: MEDRADO, B.; TETI, M. M. (org.). *Problemas, controvérsias e desafios atuais em psicologia social*. Coordenado por Deivis Perez. Porto Alegre: Adrapso, 2019. v. 3, p. 132-151.

- LIMA, M.; NUNES, M. O. Práticas psicológicas e dimensões de significação dos problemas de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 294-311, 2006.
- LIMA, M.; REBOUÇAS, F.; GRAVE, L. Formação em psicologia: dimensões da supervisão compartilhada na atenção básica à saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12., 2018, Lisboa. *Actas do [...]*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário, 2018. p. 671-680.
- MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-243, set. 2018.
- PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, jul./set. 2009.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.
- PITOMBEIRA, D. *et al.* Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 36, n. 2, p. 280-291, abr./jun. 2016.
- RADIS. *Atenção básica não é atenção mínima*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, dez. 2017. Edição 183.
- RIBEIRO, D. *O que é lugar de fala? Feminismos Plurais*. Belo Horizonte: Letramento, 2017.
- SANTEIRO, V. Processos clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF: estágio supervisionado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 942-955, 2012.
- SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 83-94, 2014.
- SILVA NETO, W. M. F.; GUZZO, R. S. L. Internship in School Psychology: education and practice of the supervisor. *Estudos de psicologia*, Campinas, v. 33, n. 2, p. 213-224, abr./jun. 2016.
- SILVA NETO, W. M. F.; OLIVEIRA, W. A.; GUZZO, R. S. L. Discutindo a formação em psicologia: a atividade de supervisão e suas diversidades. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 573-582, set./dez. 2017.

SOUZA, L. V. Aconselhamento psicológico como construção social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 38, n. 2, p. 262-274, 2018.

SPINK, M. J. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 125-139, 1992.

SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

INTERVIR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CENÁRIO DE DERROCADA DOS IDEAIS E SUPRESSÃO DO PENSAMENTO

narrar, elaborar e resistir¹

LILIAN MIRANDA
MARILENE DE CASTILHO SÁ

Introdução

Neste capítulo, apresentamos as Oficinas Clínicas do Cuidado, espaços voltados ao compartilhamento e reflexão sobre vivências relativas ao cotidiano das práticas em saúde, que mobilizam intensamente os profissionais. Trata-se de uma experiência grupal situada no escopo de um curso de qualificação profissional, denominado *Oficinas Clínicas sobre o Cuidado: narrando casos e (re)construindo sentidos para o trabalho em saúde*, oferecido regularmente pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Voltado, principalmente, a profissionais do Sistema Único de Saúde que estejam exercendo suas atividades diretamente na assistência, o curso visa oportunizar não só discussões teórico-conceituais sobre o trabalho em saúde, mas também o compartilhamento e elaboração das questões afetivas e relacionais envolvidas nos processos clínico-assistenciais. As oficinas desenvolvem-se através de encontros grupais semanais, de três horas de duração, que ocorrem ao longo de três

1 Este capítulo é uma versão resumida, atualizada e adaptada de: Sá *et al.* (2019).

meses. Nestes, trabalhadores de diferentes categorias profissionais constroem narrativas de casos ou situações relacionadas ao cuidado em saúde, com apoio de materiais literários/artísticos em geral.

Cada profissional constrói a(s) sua(s) próprias(s) narrativa(s) num processo contínuo de compartilhamento e discussão com o grupo, de modo que as impressões, questionamentos e sugestões dos colegas podem colaborar com transformações nos modos de cada um ver e narrar as experiências de trabalho. Os grupos são coordenados por uma dupla de professores do curso, com base na abordagem clínica psicossociológica de orientação psicanalítica, segundo a qual a construção de narrativas se caracteriza como um trabalho de busca de construção de sentido, um processo em que ganha importância o outro, o discurso dirigido ao outro. Considera-se, assim, que o trabalho grupal potencializa a escuta e o compartilhamento de vivências e, igualmente, o descentramento e construção de novos olhares sobre os problemas e desafios vividos no cuidado em saúde.

Os encontros semanais das oficinas se dividem em dois momentos. Na primeira metade (cerca de uma hora e meia), conversa-se sobre um material de apoio – textos literários, por exemplo – lido na semana anterior e, a seguir, o grupo ouve e discute as narrativas. Estas vão sendo reelaboradas por cada participante, em casa, a partir das discussões grupais. Assim, as narrativas vão tomando forma através da leitura em voz alta, da escuta, das perguntas que suscitam e das reflexões partilhadas.

Para desencadear o processo de construção de narrativas, solicitamos, já no primeiro encontro das oficinas, que cada um escreva o que lhe venha à mente sobre alguma experiência profissional, ou seja, uma situação vivida no serviço de saúde, cena, caso, enfim, algo que lhe seja particularmente marcante. A proposta é de que façam apenas um ou dois parágrafos, que poderão ser desenvolvidos ao longo do curso. O grupo inicia, então, um processo de construção compartilhada, na medida em que se afeta com o parágrafo lido e expressa impressões, estranhamentos, dúvidas e sugestões. Estas podem ser consideradas por cada aluno no momento em que dá continuidade à sua escrita, em casa.

Para os encontros seguintes, solicitamos que os participantes trabalhem no texto que vêm escrevendo, revisando-o, desenvolvendo-o e/ou

transformando-o. A cada encontro, essa é uma demanda recolocada. A produção a ser feita em casa é sempre lida e discutida no próximo encontro do grupo. As coordenadoras procuram favorecer a livre expressão do pensamento e da associação de ideias, lembranças e sentimentos sobre as situações trazidas por eles. Procuramos incentivar que os participantes se coloquem de modo mais pessoal nas cenas e situações narradas sobre o cotidiano de seu trabalho, considerando os demais sujeitos presentes e o cenário em que as situações ou casos narrados se deram.

Na segunda metade do encontro, o grupo recebe um novo material de apoio para leitura e reflexão, enquanto as coordenadoras se retiram para avaliar o dia e planejar o próximo encontro. Consideramos que a importância deste segundo momento da tarde reside não apenas na discussão em si pelo grupo em torno do material de apoio fornecido, mas no fato de que esta é também uma oportunidade de amadurecimento da dinâmica de funcionamento grupal e de exercício da autonomia pelos integrantes do grupo, que têm que desenvolver uma atividade sem a presença das coordenadoras.

O trabalho com os grupos nas Oficinas Clínicas do Cuidado: a abordagem clínica psicossociológica

A psicossociologia francesa, de base psicanalítica – ou, como mais especificamente se denomina, Psicossociologia Clínica – constitui a principal referência teórico-metodológica para a organização e coordenação do trabalho com os grupos nas Oficinas Clínicas do Cuidado. Esta abordagem tem como objetos os grupos, as organizações, as comunidades, reconhecendo seu caráter complexo – e, conseqüentemente, a impossibilidade de tratá-los como coisas (Lévy, 2001) – e interessando-se, particularmente, pelos sujeitos em situações cotidianas, concretas, nestes diferentes espaços. Os fatos ou processos que ocorrem nas organizações e grupos não se reduzem a acontecimentos objetiváveis, mas incluem os elementos inconscientes que atravessam os sujeitos e suas relações. Nesta perspectiva, a problemática do sentido – da busca e/ou da reconstrução do sentido pelos sujeitos e grupos – e do sofrimento estão no centro desta abordagem psicossociológica e definem seu caráter clínico. Ela coloca como um desafio central o

problema das mediações e inter-relações entre processos e fenômenos de naturezas diversas e pertencentes a diferentes registros da realidade – histórico, social, organizacional, grupal, individual, psíquico, por exemplo – mas sempre imbricados. Como observa Lévy (2001, p. 14): “[...] Num plano mais geral, o ponto de vista clínico permite apreender o conjunto desses processos como o lugar onde se efetua a conjunção entre a história de grupos e coletividades e a dos indivíduos que os constituem”.

Assim, a análise dos processos e comportamentos envolve, pelo menos, dois âmbitos ou registros de compreensão: a realidade histórica e a realidade psíquica (Enriquez, 1997). Trata-se, portanto, de valorizar, ao lado das dimensões política, econômica, administrativa e técnica dos processos organizacionais, a dinâmica intersubjetiva (e inconsciente) ali presente e seus efeitos.

Lévy (2001) nos lembra que, a partir da psicanálise, a ideia de clínica pressupõe colocar o sujeito em posição de palavra e a análise das relações transferenciais/contratransferenciais no centro do processo, relativizando a ideia de cura e tendo como meta do trabalho analítico a procura, pelo sujeito, do sentido de sua própria história. Essas ideias, em sua essência, mantêm-se quando trazemos a perspectiva clínica para a análise (e intervenção) nos processos que se dão nas organizações, nos grupos, nos coletivos, mesmo que consideremos a especificidade destes espaços e suas diferenças – que não são poucas – com relação ao espaço do “entre-dois” da relação terapêutica tradicional.

Na psicossociologia clínica, dois aspectos colocam-se como complementares: de um lado, o ato ou intervenção clínica – uma forma particular de ajuda a um pedido de alívio de um sofrimento ou enfrentamento de um problema ou crise; e, de outro, uma prática de pesquisa ou de intervenção, em organizações ou grupos, diretamente implicada nos processos de mudança.

Cuidado, produção de sentido e implicação

A relação entre produção de cuidado e produção de sentido é extensamente trabalhada na obra de Luís Cláudio Figueiredo, segundo o qual cuidar é, de certa forma, contribuir para a construção ou reconstrução de sentido pelo

sujeito a quem destinamos o cuidado (Figueiredo, 2009). A partir desse autor, estabelecemos uma analogia entre a função de cuidar e a atitude ou posicionamento clínico que caracteriza a intervenção psicossociológica nas organizações (Sá, 2013).

Para Figueiredo (2009, p. 123), nas práticas de cuidado está presente um processo de “fazer sentido” que

[...] implica estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos. Em outras palavras: fazer sentido equivale a constituir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma *experiência de integração*. Tais experiências não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos cuidados de que somos alvo.

Em uma compreensão muito próxima, Barus-Michel (2005) define o sentido como aquilo que é, “[...] num dado momento, sentido por um sujeito individual ou coletivo como a coerência unificante de uma situação” (Barus-Michel, 2005, p. 247). Sabemos que os serviços públicos de saúde são marcados por toda ordem de deficiências, contradições e conflitos. São, ainda, invadidos não apenas pela enormidade da demanda, em termos quantitativos, mas pelo seu excesso, enquanto expressão da intensidade do sofrimento e da fragilidade da maioria da população atendida (Sá; Carreteiro; Fernandes, 2008). Nesse contexto, são frequentes as vivências de crise ou de falta de sentido pelos profissionais na execução de seu trabalho, assim como mal-estar e sofrimento diante do fracasso que a realidade institucional lhes impõe, cotidianamente.

Nas oficinas, entendemos que o compartilhamento das vivências dos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde constitui um processo de produção de sentido – ou de reconstrução de outros sentidos possíveis – para uma realidade de trabalho muitas vezes difícil de compreender, de suportar. Dificuldade que costuma cessar a inspiração de desejos de envolvimento e dedicação ou, por outro lado, produzir sobreimplicações.

A fim de possibilitar ao sujeito essa experiência integrada, para “fazer sentido”, a abordagem clínica supõe um processo em que o terapeuta, pesquisador, interventor/consultor ou, no nosso caso, as coordenadoras de

grupo, desloquem-se, como observa André Lévy (2001), não apenas fisicamente no “espaço” do outro, mas mentalmente, esforçando-nos para escutar aqueles que tentamos compreender. Neste processo, no entanto, a simpatia, a boa vontade e a disponibilidade não são condições suficientes. Juntamente com as noções teóricas que nos servem de referência, é preciso que nós, coordenadoras, como sujeitos, com nossas “zonas de sombra e questionamentos” (Lévy, 2001, p. 21), possamos facilitar e tomar parte da construção de sentido que os sujeitos dão à sua própria história.

A perspectiva acima implica reconhecer a participação do inconsciente do coordenador no trabalho grupal. Dito de outra forma, reconhecer que, enquanto coordenadores das oficinas clínicas, colocamo-nos diante dos participantes, não como transmissores de conhecimentos, mas como sujeitos que, como eles, somos atravessados por desconhecimentos, por dúvidas, por contradições, por desejos e sofrimentos.

Entramos aqui na problemática da implicação e dos processos transferenciais/contratransferenciais, que são centrais na abordagem clínica psicossociológica e, ao mesmo tempo, desafio e condição para a produção de conhecimento e para os processos de produção de sentido. A implicação, como alerta Amado (2005), pode ser tanto fonte de conhecimento como de desconhecimento, podendo contribuir tanto para os processos criativos, quanto para a alienação. É importante que, como coordenadores dos grupos nas oficinas clínicas, possamos procurar ter maior consciência e dar sentido, por exemplo, às nossas projeções e movimentos contratransferenciais, reconhecendo simultaneamente o peso dos processos econômicos, culturais, técnicos etc. Por outro lado, tal movimento exige também que possamos ir “[...] deixando-nos invadir um pouco por este [pelo outro sobre o qual nos debruçamos na prática clínica ou de pesquisa], *de modo a conhecê-lo por meio daquilo que ele nos faz viver, a senti-lo como que do interior...*” (Amado, 2005, p. 283).

As afirmações acima não significam, entretanto, que este outro, sobre o qual nos “inclinamos” na prática clínica seja, para nós, apenas objeto de afetos “positivos”. Lidar com a dor, com a morte, com o sofrimento e com os corpos dos outros – objeto do trabalho em saúde – pode despertar sentimentos contraditórios, fantasias e desejos difíceis de controlar – piedade,

compaixão, amor, ódio e ressentimento, nojo, repulsa, por exemplo (Menziés, 1970; Onocko-Campos, 2005; Sá, 2009). Todos esses sentimentos e processos psíquicos, muitas vezes inconscientes, produzem efeitos sobre o processo de trabalho em saúde e seus resultados. Do mesmo modo, também produzem efeitos no trabalho clínico psicossociológico com organizações e grupos. Por isso, é importante o esforço de buscarmos compreender o que se passa conosco na coordenação dos grupos, de termos um pouco mais de acesso à nossa própria subjetividade na relação com o outro e suas consequências sobre o trabalho que fazemos com as organizações e grupos.

A implicação não só é inerente ao trabalho clínico psicossocial, como é condição de “acesso à análise” (Barus-Michel, 2004) dos processos organizacionais e, no nosso caso, grupais. Para tanto, a distância é a contrapartida necessária da implicação no processo clínico de ajuda e/ou de produção de sentido junto a um outro.

O cuidado e/no manejo do grupo

Figueiredo (2009), quando discute as funções inerentes ao cuidar, em termos daquilo que o cuidador faz como presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – e como presença reservada – dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas –, oferece-nos algumas pistas para pensarmos sobre o posicionamento clínico.

Acreditamos que o posicionamento clínico da coordenação dos grupos das oficinas envolve um processo de reconhecimento, de dar testemunho à situação e ao sofrimento, crise e/ou busca por sentidos relativos ao trabalho nos diferentes serviços em que se encontram inseridos os profissionais participantes dos grupos. Cabe-nos retornar-lhes – ou refletir – sua própria imagem e as situações ou cenas narradas, em um esforço de facilitar o acesso e a integração, pelo sujeito, do que se passa consigo no cotidiano do trabalho em saúde.

A função de testemunhar depende da capacidade do coordenador de acolher afetivamente a situação do outro, reconhecendo em que ela lhe atinge, em que lhe toca, como sujeito. Assim, não se trata de reproduzir objetiva e “fielmente” – se é que tal coisa seja possível – a situação, caso ou

problema relatado pelo participante. Este reconhecimento ou testemunho pressupõe a explicitação, pelo coordenador, daquilo que ele pôde apreender/sentir – e daquilo que ele julga que o participante possa ouvir, compreender – a respeito do modo como ele narra determinada situação ou caso – suas ambiguidades, suas reticências ou silêncios, sua velocidade ou intensidade, por exemplo. Envolve, ainda, os possíveis sentimentos, afetos em geral, representações e associações de ideias que ele, coordenador, a partir do modo como a situação do outro lhe toca ou lhe afeta, atribui, hipotética e conscientemente, ao participante.

Assim, o coordenador pode perceber e sinalizar, por exemplo, para o participante, possíveis ambiguidades, reticências ou silêncios presentes no modo como narra determinada situação. Pode, ainda, chamar a atenção para possíveis sentimentos, afetos, representações ou associações de ideias que ele, coordenador, atribui hipoteticamente ao participante, isto é, imagina que o participante esteja sentindo ou pensando, considerando em parte seus próprios sentimentos sobre o que o participante manifesta e também a compreensão que já construiu sobre ele. Todas essas observações, de toda forma, são apenas hipóteses, que poderão fazer sentido ou não para aqueles a quem se destinam.

Este reconhecimento/constatação ou testemunho não necessariamente tem a forma de uma fala mais articulada e explicada por parte do coordenador, mas pode ser expresso, também, apenas através de uma ideia, palavra ou frase curta, recortada por ele do discurso do participante – ou dele derivado – e que se destacou para o coordenador na medida em que se apoiou em alguma hipótese ou associação de imagens ou representações que pôde fazer a partir do que escutava. Tal palavra ou frase curta pode provocar no outro alguma associação de ideias ou imagens, ou dar lugar a um movimento de questionamentos, enfim, pode funcionar como um “objeto” com o qual o sujeito possa “brincar”, inventar outras possibilidades, imaginar outros caminhos para se expressar ou saídas da situação de imobilidade em que se encontrava.

Outra função importante e inerente ao processo de cuidado é, segundo Figueiredo (2009), a de interpelar. Da mesma forma que a função de

reconhecer, acreditamos que tal função também seja própria à abordagem clínica psicossociológica de trabalho com as organizações e grupos. Corresponde à

[...] função de ex-citar, chamar para fora, chamar às falas. [...] Ambas as funções – chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem – são tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto as funções do acolhimento e do reconhecimento [...] (Figueiredo, 2009, p. 128).

Quando convidamos, convocamos, incentivamos esses profissionais a construir suas narrativas, estamos chamando-os às falas, estamos fazendo um apelo para que venham para fora, que exponham aquilo que vivem internamente no cotidiano de seus serviços, na execução de seu trabalho. Estamos garantindo-lhes o acolhimento necessário para que possam confrontar suas vivências com a de outros, experimentar os limites estabelecidos pela diferença de olhares e exercer/ampliar a capacidade de escutar, de suportar e, igualmente, reconhecer e acolher outras possibilidades de ser.

Essas três figuras, três modalidades de cuidados, com suas respectivas funções – acolher, reconhecer e questionar –, precisam agir em equilíbrio dinâmico para que os cuidados efetivamente proporcionem a instalação/ativação/potencialização da capacidade de fazer sentido no indivíduo. Além de tal equilíbrio, o agente de cuidado, como adverte Figueiredo (2009), deve se manter simultaneamente como presença implicada e presença reservada, renunciando à sua própria onipotência.

No caso da coordenação dos grupos, entendemos que a atitude de “renunciar à própria onipotência”, sugerida acima, pressupõe renunciar à ideia de qualquer explicação ou relato totalizadores e à fantasia de controle sobre os processos que se desenrolam nos grupos. Pressupõe, portanto, renunciar ao desejo de controle da dinâmica grupal, bem como dos destinos que os participantes darão às intervenções/interpretações que fazemos ou aos materiais de apoio que oferecemos. Como observou uma das participantes dos grupos a respeito da reação surpreendente de uma adolescente, que retornou ao serviço com desejo de engajar-se em atividades, após longa

história de recusa de tudo o que lhe era apresentado: “nós não controlamos o que eles fazem com o que oferecemos...”.

O trabalho clínico nas oficinas passa pela palavra, que deve ser expressa e formalizada em um dispositivo de escuta que a faça repercutir. Exemplos de dispositivos podem ser o “enquadre”, isto é, as normas ou regras, o “contrato”, e ainda o marco-teórico metodológico e as técnicas utilizadas. Tais instrumentos definem os objetivos, o escopo, ou espaço, e como se dará o processo clínico de intervenção psicossociológica, diminuindo os riscos da implicação e dos processos transferenciais/contratransferenciais presentes.

Aquilo que é vivido ou “experienciado” deve ser convertido em palavra, deve ser explicitado. Esta é a via de análise (Barus-Michel, 2004). Trata-se de um processo de converter em perguntas (em palavras), de explicitar o que se vive no trabalho clínico psicossociológico nas organizações ou grupos. No caso das oficinas, nosso foco, o objeto sobre o qual fazemos perguntas, é o cotidiano dos serviços de saúde e o modo como os profissionais o vivenciam, o modo como se ligam às organizações e ao seu trabalho, bem como as relações que estabelecem com os outros – colegas ou pacientes – neste cenário.

O exposto até aqui leva a entender que as significações ou os sentidos aos quais se visa o acesso não se encontram “depositados” ou escondidos nos atores sociais ou nas organizações. Trata-se, como observa Lévy (2001), de um trabalho de construção de sentido, que, por sua vez, é resultado de um diálogo, através do qual o clínico provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores sociais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles.

A discussão acima aponta não apenas para a transitoriedade, para o caráter sempre provisório de construção e reconstrução constante de sentidos (sempre parciais) pelos sujeitos em sua inserção social, mas também sinaliza a importância do sentido para a capacidade de pensar e agir humanos, extremamente ameaçada no contexto social e político em que vivemos. O sentido é o que possibilita a ligação dos sujeitos entre si e seus investimentos – afetivos, imaginários, simbólicos – uns nos outros, nos grupos, nas organizações. E é sobre esses processos que a análise clínica trabalha.

Barus-Michel refere-se ao processo de produção de sentido como um encadeamento de elementos significantes que não se apoia apenas na lógica ou em processos racionais: “Por vezes a razão nada tem a ver nesses encadeamentos, eles não se constroem apenas num modo lógico, mas também sensível: unem desejos, representações, afetos, recordações, pensamentos, vontades [...]” (Barus-Michel, 2005, p. 247). A autora se refere a uma espécie de “ressonância intuitiva” através da qual se daria a sensibilidade ou escuta dos “signos desconjuntados” que emergem na relação entre o clínico e os participantes dos grupos, permitindo novas reformulações e, depois, seu acolhimento e retomada pelos sujeitos implicados.

Podemos entender ainda que o potencial de mudança ou de ação compreendido no processo de escuta não reside apenas nos efeitos que pode produzir sobre os sujeitos os quais se escuta, mas, igualmente, sobre aquele que escuta – no caso das oficinas, nós, coordenadoras dos grupos, e também os demais profissionais participantes. Nesse sentido, Dejours (2008) nos fala de uma escuta arriscada ou escuta com risco. Para o autor, escutar significa um risco – o risco de compreender – porque quando escutamos, de fato, devemos estar abertos à desestabilização, a abrir mão dos referenciais ou das certezas e crenças, com os quais nos movemos.

Do mesmo modo, falar também representa um risco, na medida em que o falar autêntico – sobre a realidade do trabalho, no caso específico de nossas oficinas – pressupõe expor o sofrimento daquele que fala e a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Para Dejours (2008), sempre haverá uma distância maior ou menor entre o trabalho prescrito e o trabalho real – trata-se de algo insuperável e intrínseco ao trabalho. Todavia, falar a respeito desta distância não se faz, geralmente, sem constrangimentos, na medida em que as contribuições singulares dos trabalhadores, que se dão justamente na fenda entre o trabalho prescrito e o trabalho real, fazem transparecer algo constrangedor: a organização do trabalho nunca é suficiente.

No entanto, arriscar-se a falar (no caso das oficinas, a falar e a escrever – a narrar) e a escutar, assumir este risco, enfrentar este medo, também tem sua recompensa. Como disse uma das participantes das oficinas, analisando seu próprio processo de construção de narrativa e seus efeitos sobre seu trabalho: *Escrever é libertador. Ouvir é libertador.*

Assim, seguimos com o processo de condução das oficinas do cuidado. Apoiadas na abordagem clínica psicossociológica, enfrentamos, junto com os grupos, os riscos de escutar, escrever e falar (narrar), apostando uns nos outros e na possibilidade de construção/reconstrução de outros sentidos para o trabalho em saúde e, em consequência, podendo produzir alguns reencantamentos com a vida nos serviços de saúde.

O trabalho com as narrativas

Conforme comentamos anteriormente, o trabalho nas oficinas envolve a produção de uma narrativa escrita, que confere materialidade ao processo de compartilhamento das experiências e elaboração de sentidos, vivido ao longo dos encontros. Ao demandar a escrita, os coordenadores do grupo orientam-se por certa compreensão de narrativa, que apresentaremos brevemente.

É bastante comum o entendimento de que as narrativas são frutos e criações de realidades culturais. Os signos, as formas de expressão, os códigos de sociabilidade sustentam o conteúdo das histórias e, concomitantemente, são por elas reconstruídos ou transformados. Sejam delineadas como contos populares, análises evolutivas, fábulas, mitos, justificativas de ação, memoriais ou conselhos, o elemento comum às narrativas é a presença de pelo menos um personagem e do enredo que se movimenta num tempo – que não precisa ser linear ou cronológico. Por isso, “[...] o conteúdo de uma narração não existe em si mesmo, mas apenas relacionado de diversas maneiras à estrutura, à forma e ao propósito de sua apresentação escrita ou oral” (Brockmeier; Harré, 2003, p. 528).

Para o trabalho nas oficinas, é importante frisar que as narrativas não consistem em descrições necessariamente precisas de fatos vividos e observados, tampouco traduzem apenas uma realidade subjetiva individual ou grupal. São frutos de construções humanas, processos de constituição – e não de representação – de realidades. É por isso que, segundo Ricoeur (1997), exprimem a experiência humana sem destituí-la de sua intensidade, marcada pela vivência singular do tempo.

É tarefa da narrativa aprofundar os níveis de temporalização, através da escolha intencional da composição de um enredo inteligível. Este só pode ser narrado porque se encontra inserido no campo da experiência cultural, já estando simbolicamente mediado. Assim, compreendemos que a narrativa tem uma função de agenciamento dos fatos, de composição da intriga. Ou seja, torna inteligível aquilo que parecia acidental (Onocko-Campos; Furtado, 2008). Ao narrar suas experiências, o sujeito é impelido a compor alguma relação entre ele, a sociedade e a historicidade, o que lhe permite adentrar por um processo de construção identitária (Carvalho, 2003).

Podemos compreender melhor essa reflexão apoiando-nos em Kristeva (2002), para quem as narrativas exercem à humanidade uma função, essencial, de extrair os acontecimentos do fluxo contínuo do devir infinito e muni-los de um “quem” e um “quando”, ou seja, capacitá-los à experiência propriamente humana, tornando-os passíveis de serem reconhecidos e vividos. Elas acontecem, necessariamente, num espaço descrito pela autora como um “entre dois”, em que os fatos são transformados em experiências compartilháveis. São, portanto, “[...] a ação mais imediatamente partilhada e, nesse sentido, a mais inicialmente política [e humana]” (Kristeva, 2002, p. 87-88). Assim, para a autora, a vida é especificamente humana desde que possa ser representada por uma narrativa e partilhada com outros homens. Remetendo-se à biografia de Hanna Arendt, a autora defende que, ao localizar-se num “entre dois”, socializando a experiência humana, a narrativa permite que o homem seja imortalizado e a história construída, o que faz da polis “uma organização de memória” (Kristeva, 2002, p. 77). Nessa perspectiva, o essencial da narração não é a coerência interna do vivido, mas a possibilidade de extrair a ação do fluxo contínuo, condensando-a num espaço exemplar e revelando um quem.

Nas oficinas clínicas, tal espaço “entre dois” configura-se como um ambiente “entre vários” que, sustentado por duas coordenadoras de grupo, procura se fazer acolhedor da rememoração de diferentes afetos e experiências de trabalho, e das reações provocadas/sentidas pelo grupo. Sucessivamente, a cada encontro, a narrativa vai sendo construída de modo individual e, simultaneamente, coletivo, porque conta com as perguntas, comentários, estranhezas e destaques do grupo. Consequentemente, ela

ganha uma temporalidade específica, fruto do processo grupal e do trabalho de elaboração que dele advém.

Referindo-se aos relatos autobiográficos, Carvalho (2003) argumenta que quando são tratados como modalidades narrativas, “[...] deixam de ser produções individuais e factuais e evidenciam a interpenetração entre sujeito e história, bem como entre os acontecimentos e sua reconfiguração na tessitura de vidas narradas” (Carvalho, 2003, p. 293). Na mesma direção, segundo Gaulejac (2009), nos grupos mediados pela construção de narrativas, os participantes, apoiados por coordenadores, desenvolvem hipóteses. Assim, as histórias ou narrativas permitem apreender a maneira como os sujeitos vivem e representam as situações em que se acham implicados (Niewiadomski; Takeuti, 2009). Neste trabalho, como observa Enriquez (2009), o social é continuamente atualizado em cada história individual ou grupal.

Parece-nos necessário reconhecer, contudo, que o processo de construção das narrativas envolve dificuldades de vários níveis. Isso não poderia ser diferente, dada a complexidade do trabalho proposto: um exercício de experimentar a escrita de um texto autoral, em que o profissional não só assume a autoria da narrativa, mas insere ali seus sentimentos, percepções, enfim, elementos que indiquem sua mobilização afetiva com o caso ou situação e sua implicação com o mesmo. Além disso, ao escrevermos, assumimos a responsabilidade não só por aquilo que afirmamos, como também pelas experiências que nos levaram a chegar a uma conclusão ou outra, o que, em geral, exige intenso esforço psíquico. Naturalmente, todo esse processo pode ser mais difícil para uns que para outros.

Independentemente da facilidade ou dificuldade na sua construção, as narrativas não se iniciam espontaneamente no grupo. Elas são mobilizadas por uma demanda dos coordenadores, envolvendo, como propõe Lévy (2001), o trabalho psíquico dos participantes que se dispõem a encaminhar suas elaborações a um outro, representante de um contexto de vida que guarda alguma diferença com relação ao seu. Ao fazer tal demanda, acreditamos estar propiciando, ao mesmo tempo, uma valorização social dos integrantes das oficinas e facilitando certo caminhar pelo passado, presente e futuro. Nessa caminhada, objetivamos iniciar um processo de (re)construção de sentidos para aquilo que ainda aparece aos participantes como

demasiado intenso e, por isso, não suficientemente metabolizado do ponto de vista psíquico. Note-se que tal intensidade associa-se a experiências permeadas por uma gama entrelaçada de afetos, que se estendem da perplexidade perante a morte, até a fúria provocada pela impotência e também a certo prazer estético próprio ao cuidado. Consequentemente, construir as narrativas, num processo grupal, pode ser uma experiência de cuidado: de receber e oferecer cuidado. Vejamos, então, como se configura o trabalho em grupo das oficinas clínicas.

A produção das narrativas no dispositivo grupal

O trabalho em grupo visa favorecer algum grau de descentramento de seus participantes, de desestabilização de crenças, valores e saberes, através do contato com diferenças – de categorias profissionais, experiências de cuidado, estilos de expressão, posicionamentos subjetivos. Simultaneamente, objetiva oferecer suporte intersubjetivo para a emergência de lembranças dolorosas, afetos indesejados e contraditórios, dúvidas, perplexidades... Trata-se de um espaço paradoxal, permeável tanto ao movimento, quanto à continência, produtor de experiências de desconforto e reconforto. Para tanto, propomos uma composição que garanta diversidade de profissões e de inserções institucionais, priorizando participantes de serviços diferentes ou setores distintos de uma mesma instituição. Procuramos, ainda, evitar a predominância de pessoas com características semelhantes em termos de maior ou menor facilidade de expressão oral, de participação nas discussões ou defesa de seus pontos de vista, por exemplo.

Diferentes materiais artísticos – contos, poesias, pequenos filmes, músicas, esquetes – também se configuram como recursos importantes no trabalho grupal, na medida em que estimulam uma utilização não instrumental da linguagem, pois, tal como apontado por Birman (2003), favorecem a *poiesis* – isto é, a capacidade de criação e expressão poética, o uso de metáforas, alegorias e outras figuras de linguagem. Trata-se de um uso da linguagem que pode ampliar a disponibilidade subjetiva para a aprendizagem, na medida em que possibilita o reconhecimento de múltiplos sentidos possíveis para o que se narra, bem como o trânsito entre diversos

sentidos e, conseqüentemente, a elaboração psíquica – não apenas cognitiva, mas afetiva e inconsciente – das situações ou problemas vividos pelos profissionais no cotidiano assistencial.

Às coordenadoras do grupo cabe prover alguns elementos básicos para o desenvolvimento da confiança naquele espaço de encontro, ou, utilizando um termo winnicottiano, cabe oferecer o *holding* (Winnicott, 1978): a sustentação de certa garantia de que estarão presentes e sensíveis àquilo que os participantes expressam, independentemente da intensidade e do conteúdo. Com base em Dias (2011), podemos afirmar que o *holding* pode ser operacionalizado através de atitudes básicas, como pontualidade, presença viva – possibilidade de estar atento e afetivamente ligado ao grupo, durante os encontros –, regularidade no modo de lidar com os participantes, compromisso com a análise de nossas implicações.

Tal como viemos apontando acerca da construção das narrativas, esse processo se desenvolve, nas oficinas clínicas, em meio a certa interconexão de temporalidades, na medida em que as relações se constroem em torno de discussões e tarefas apresentadas no presente, que requerem lembranças de experiências significativas do passado, para a elaboração de novos sentidos a serem usufruídos no futuro. A esse respeito, Enriquez (1994, p. 210) propõe:

O trabalho do grupo será centrado, não nas relações aqui e agora, entre indivíduos sem passado e sem futuro, mas naquilo que as relações vividas nesta situação exprimem, refletem ou transformam nas relações vividas em outro lugar, na medida mesmo em que este outro lugar está presente no grupo.

Nas oficinas clínicas, o “outro lugar” dos participantes é o serviço de saúde onde atuam. A lembrança de experiências clínicas significativas, associada à tarefa de discutir um material artístico ou escrever uma narrativa, costuma despertar variados afetos, vividos de modo entrecruzado entre os membros dos grupos: angústias frente à tarefa de escrever que, para alguns, coloca-se como paralisante; ansiedade por desabafar, “despejar” lembranças e sentimentos ligados a situações de trabalho; irritação com o colega que fala demais; identificação com o sofrimento do outro; competição; indignação

com as instituições onde trabalham e também com regras ou demandas colocadas pelas coordenadoras; raiva; entre muitos outros.

A construção de um ambiente de acolhimento e contenção envolve, ainda, a mediação das relações, de modo que os participantes encontrem tempo para falar, contar suas histórias, mas também sejam lembrados da necessidade de escutar uns aos outros. Trata-se de uma condição básica para o trabalho em grupo que, em geral, é facilmente apontada por todos os participantes quando, no primeiro encontro das oficinas, as coordenadoras propõem um acordo acerca dos princípios que devem nortear a convivência naquele processo. Respeito, sigilo, assiduidade são condicionantes rapidamente pontuados pelos integrantes dos grupos. Contudo, sua materialização não é automática.

Frequentemente, cabe às coordenadoras lembrar da necessidade de certa tradução de siglas, termos técnicos e jargões próprios de uma profissão. Houve uma situação, por exemplo, que a necessidade de traduzir o termo “pronação do paciente” pareceu quase ridícula a um fisioterapeuta intensivista... Noutra ocasião, explicar aos colegas o que é um Serviço Residencial Terapêutico, soava quase ofensivo para uma terapeuta ocupacional, militante da Reforma Psiquiátrica. Essas e outras dificuldades não expressam apenas diferenças de vocabulário e formação, pois indicam alguns dos efeitos das escolhas ou circunstâncias que levaram cada profissional à sua especialização técnica, inserção institucional, posição política, acompanhamento de pessoas com necessidades e problemas de saúde específicos... Todos esses são elementos que compõem o modo como cada profissional se vê e se expressa são sustentáculos de posicionamentos subjetivos (Furtado, 2007).

Perceber que um colega não o conhece ou não valoriza um elemento típico de seu trabalho, pode soar esquisito e mesmo ofensivo ao profissional... Ao mesmo tempo, compartilhá-lo tende a parecer, inicialmente, estranho, pois significa dividir uma parte cara de si mesmo. A exposição de experiências de trabalho, que mobilizam grande carga afetiva, impõe o contato com questões narcísicas emaranhadas numa teia de identificações e projeções constituintes da subjetividade de cada participante.

Paradoxalmente, contudo, são comuns situações em que os participantes falam prolongadamente, de modo que os demais têm dificuldade

para comentar, perguntar ou contar suas próprias histórias. São expressões catárticas, espécie de despejo da sobrecarga de vivências mobilizadoras. Nesses momentos, há uma espécie de disputa pela fala e dificuldade para escutar. Tal como sinalizamos mais acima, segundo Dejours (2008), a escuta sempre envolve um risco para quem fala e, principalmente, para aquele que ouve. Embora aceitem se arriscar, não é sem hesitações e resistências que os participantes das oficinas costumam se colocar. Consequentemente, a dificuldade de escutar se expressa, comumente, através de ausências nos encontros, tentativas de monopolização da fala, desatenção, repetidas consultas ao celular, dentre outros comportamentos.

Em geral, compreendemos que esse quadro é fruto de uma inevitável limitação imposta pelo contato com a alteridade, a dramaticidade e intensidade das cenas clínicas descritas, e também a certas tendências da própria contemporaneidade, marcada pela ética individualista e a delegação de qualquer mal-estar à incapacidade individual de viver ou ao erro – também individual – do outro (Santos, 1999). O forte incentivo de que todos sejam “[...] empreendedores de suas próprias vidas, atores centrais da sociedade e sujeitos em busca do máximo de prazer” (Enriquez; Carreteiro, 2013, p. 75), impõe importantes falhas nos diferentes dispositivos sociais de acolhimento e reconhecimento do outro (Figueiredo, 2009).

Nas oficinas, procuramos delinear algumas resistências a esses processos contemporâneos. Através da construção de vínculos de confiança entre os participantes, bem como de contínuas análises das dificuldades grupais, paulatinamente, tornam-se possíveis oportunidades de *respiro* frente ao atropelamento das frenéticas demandas do cotidiano dos serviços de saúde. A atmosfera de confiança, impetrada na sustentação de um tempo destinado ao pensamento e ao compartilhamento, permite que os participantes do grupo exerçam, uns aos outros, outra importante função de cuidado, já comentada anteriormente, o reconhecimento. Tratando mais diretamente da dinâmica grupal, a problemática do reconhecimento ganha relevância numa perspectiva que chama atenção para o vínculo entre o sujeito e o grupo. A esse respeito, Enriquez (1997, p. 17) afirma:

[...] o indivíduo não existe fora do campo social. O ser humano acha-se constantemente dividido entre a expressão do seu próprio desejo (o reconhecimento do seu desejo) e a necessidade de se identificar com o outro (desejo de reconhecimento). Só o outro pode reconhecê-lo como portador de desejos e garantir-lhe seu lugar na dinâmica social.

Entende-se, portanto, que todos temos uma necessidade básica de nos sentirmos reconhecidos em nossa singularidade, naquilo que nos garante alguma diferenciação do outro. Nesse sentido, consideramos que o reconhecimento de que os afetos e lembranças são questões a serem ouvidas e debatidas no grupo, permite que seus membros tenham sua diferença legitimada. Se retomamos a discussão sobre as funções do cuidado, tal como elaborada por Figueiredo (2009), podemos afirmar que o grupo, em certos momentos, desempenha a função de espelhamento, aquilo que indica ao outro que sua existência é singular e legítima. É comum que testemunhemos, nas oficinas clínicas, enorme espectro de dificuldades e sofrimento que, embora presentes nos vários tipos de trabalho em saúde, guardam a especificidade do modo singular como são vividas e apresentados por cada profissional. Por outro lado, muitas habilidades e qualidades também são descobertas e reconhecidas durante os encontros grupais.

O processo de reconhecimento, contudo, envolve duas dimensões. Segundo Enriquez (1994), além do reconhecimento de sua singularidade ou sua diferença, os sujeitos também desejam ser reconhecidos como integrantes daquele grupo. Para tanto, é necessário que se identifiquem entre si e coloquem “[...] um mesmo objeto de amor (a causa) no lugar do ideal do eu. Assim, eles se tornarão semelhantes, formarão um mesmo corpo social e não um aglomerado de indivíduos [...]” (Enriquez, 1994, p. 62). Nas oficinas, o “objeto de amor” envolve as narrativas, mas diz respeito, mais genericamente, ao trabalho em saúde.

Como já mencionado, a constituição da grupalidade e, portanto, as aproximações e manejos do “objeto de amor comum”, materializavam-se através da leitura dos materiais artísticos oferecidos ao grupo, bem como da escrita e leitura das narrativas de cada participante. À medida que a grupalidade vai se construindo, os participantes podem habitar aquilo que

Winnicott (1975, p. 15) chama de espaço transicional ou potencial: “[...] lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas”. Território paradoxal, em que as realidades podem coexistir, sem que precisem ser imediatamente distinguidas. Uma região onde o indivíduo poderia sentir-se mais livre para passear pelos vários mundos que compõem sua existência. Essa vivência contém o que o autor designa por “substância da ilusão”: “[...] aquilo que é permitido ao bebê e que na vida adulta é inerente à arte e à religião [...]” (Winnicott, 1975, p. 15).

Ao discutir um conto oferecido ao grupo, escutar um trecho de narrativa do colega ou desabafar sobre uma situação vivida no trabalho, os alunos transitam por diferentes registros de realidade: estão no presente da cena grupal, revisitam os acontecimentos – reais ou fictícios – e podem imaginar futuros – os desfechos para as histórias. Assim, encontram espaço para sonhar, para descansar das exigências da realidade, sem, contudo, deixar de passar por ela, já que é no limite do real que serão ancoradas suas criações. Tal como Gaulejac (2009, p. 65) coloca: “[...] contar sua história é um meio de jogar com o tempo da vida, de reconstruir o passado, suportar o presente [...]” e afirmar a própria existência.

É claro que, como em qualquer processo grupal, não é possível habitar o espaço transicional todo o tempo. Costuma haver momentos em que o grupo congela no passado de algumas cenas contadas, ou no presente dos afetos despertados na relação entre os participantes. Há também momentos em que as discussões e relatos se repetem, havendo pouca troca, o que impregna o ambiente com certa monotonia e inércia. Ocorrem, ainda, situações em que os membros de alguns grupos se identificam maciçamente, *apaixonando-se* uns pelos outros, o que os impede de questionar ou apontar caminhos diferentes para a construção das narrativas. Ou seja, não é fácil habitar o espaço transicional e não o fazemos o tempo todo.

Essas dificuldades são inerentes a qualquer processo grupal e criativo. Devem ser toleradas e suportadas, o que exige dos coordenadores disponibilidade e perseverança. Para tanto, são recursos indispensáveis as discussões na equipe de coordenação, o conhecimento teórico sobre dinâmica grupal,

a análise de implicação e, no momento oportuno, a conversa com o próprio grupo sobre o estado em que ele se encontra.

Considerações finais ou: pensando em nossa implicação e procurando resistir à derrocada dos ideais e à supressão do pensamento nos serviços de saúde

Ao aceitarmos o convite para a elaboração deste capítulo, inicialmente o fizemos com a perspectiva de termos mais uma possibilidade de divulgação e possível reconhecimento de nosso trabalho com as oficinas clínicas. Considerando, no entanto, o cenário tão dramático que vivemos no país, do ponto de vista político, cultural, econômico e social, principalmente entre 2016 e 2022, quando tivemos a destituição de uma presidenta e a vigência de um governo ultraliberal de direita, percebemos que a oportunidade de integrar esta coletânea nos mobilizou sentimentos que se colocam além do prazer pela divulgação de nosso trabalho. Trata-se, devemos reconhecer, de um certo orgulho ou contentamento por podermos acenar – através deste trabalho com narrativas em dispositivo grupal na perspectiva clínica psicossociológica –, para a possibilidade (mesmo que bem limitada) de constituição, nos serviços de saúde, de um espaço para sonhar, para pensar o presente, rever o passado e imaginar/criar futuros possíveis. Por menores que sejam estes espaços no cenário atual.

Sobretudo, nos últimos seis anos, vivemos, no Brasil, a ameaça ao Estado democrático de direito e presenciamos retrocessos brutais do ponto de vista político-institucional, além de perda crescente de direitos em todos os campos da vida social e, particularmente, na saúde. Este cenário, que ganhou tonalidades de totalitarismo, caracterizou-se também por um processo violento de destruição das organizações promotoras da cultura e de disseminação de mensagens/fomentação de imagens de desqualificação da ciência e dos saberes populares, e de intolerância para com a diversidade, fosse cultural, étnica/racial, religiosa, de opção sexual ou quaisquer outras ideias que defendessem a diversidade e a liberdade de expressão.

Assistimos com muita angústia a um processo – que é mundial, mas intensificado terrivelmente no Brasil nos últimos anos – de derrocada dos ideais de uma sociedade solidária, fraterna e de defesa da vida. Tal processo não se faz sem a instituição de um pensamento único ou, em outra perspectiva, de supressão do pensamento. Supressão da capacidade de reflexão. Supressão da crítica e, por isso, da possibilidade de divergência que, em última instância, implica a possibilidade de reconhecimento da alteridade, isto é, do outro como legítimo sujeito, em sua singularidade.

O caminho para este cenário de supressão do pensamento – enquanto capacidade de criação, de representação – já vem sendo traçado há bastante tempo, com o predomínio, na modernidade, da razão instrumental, do individualismo, do culto ao econômico e à eficiência, ao sucesso, à velocidade, da crença na capacidade humana de controle ilimitado da natureza e da vida em sociedade, uma vida centrada cada vez mais no imediato (Enriquez, 2010; Enriquez; Carreteiro, 2013) e na qual a linguagem se empobrece da *poiesis* (Birman, 2003).

O cenário acima tem intensificado exponencialmente o sofrimento dos profissionais de saúde, que lutam contra todas as precariedades nos serviços públicos de saúde, lidando simultaneamente com a pressão de uma demanda impossível de atender e as exigências crescentes de produtividade, resultantes de uma lógica gerencialista que desconsidera a complexidade da produção do cuidado. Nesse contexto, os profissionais se veem com pouco ou nenhum apoio para o enfrentamento dos desafios inerentes a práticas pautadas na relação com a dor, o sofrimento e a morte, não havendo possibilidade de abertura de espaços ou momentos de discussão e reflexão sobre seu trabalho, seu sofrimento no trabalho e as possibilidades de criação.

Esperamos ter apontado, neste texto, algumas possibilidades da abordagem de narrativas em dispositivo grupal para favorecer um trabalho justamente *do* pensamento, isto é, um trabalho de reflexão dos profissionais de saúde sobre sua implicação com seu trabalho e os sentidos que (re)constroem sobre os mesmos, um trabalho de acesso a seu desejo, à sua subjetividade, e também um trabalho *para* o pensamento, isto é, um trabalho para a ampliação ou fortalecimento da capacidade de representação – do prazer da representação (Enriquez, 2010) –, enfim, fortalecimento da capacidade

de imaginação criadora. Hoje, mais do que nunca, é preciso multiplicar as iniciativas de reafirmação da potência da palavra, da narrativa, da possibilidade de sua circulação em grupo como recurso de elaboração e de resistência. O recurso à *poiesis* nos ajuda, assim, a concluir este capítulo com um texto de Valter Hugo Mãe (2017, p. 40), que expressa, de forma inequívoca, a potência da palavra, à qual nos referimos:

[...] só existe a beleza que se diz. Só existe a beleza se existir interlocutor. A beleza da lagoa é sempre alguém. Porque a beleza da lagoa só acontece porque a posso partilhar. Se não houver ninguém, nem a necessidade de encontrar a beleza existe nem a lagoa será bela. A beleza é sempre alguém, no sentido em que ela se concretiza apenas pela expectativa da reunião com o outro. [...]

Referências

- AMADO, G. Implicação. In: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. (coord.). *Dicionário de psicossociologia*. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 281-287.
- BARUS-MICHEL, J. Clínica e sentido. In: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. (coord.). *Dicionário de psicossociologia*. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 242-251.
- BARUS-MICHEL, J. *O sujeito social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.
- BIRMAN, J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. In: ENCONTRO MUNDIAL ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2., 2003, Rio de Janeiro. *Anais* [...]. Rio de Janeiro: Estados Gerais da Psicanálise, 2003. p. 1-7. Disponível em: https://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.
- BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.
- CARVALHO, I. C. M. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, ano 9, n. 9, p. 283-302, 2003.
- DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I (org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 47-104.

- DIAS, E. O. *Sobre a confiabilidade e outros assuntos*. São Paulo: DWW Editorial, 2011.
- ENRIQUEZ, E. *A organização em análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- ENRIQUEZ, E.; CARRETEIRO, T. C. Reconhecimento e resistência nas sociedades contemporâneas. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (org.). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 75-88.
- ENRIQUEZ, E. Da formação e intervenção psicossociológicas. In: MACHADO, M. N. M. et al. (org.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 199-222.
- ENRIQUEZ, E. O paradoxo da imaginação: fonte do pensamento, enclausuramento da crença. In: NOVAES, A. (org.). *Mutações: a experiência do pensamento*. São Paulo: Ed. SESC São Paulo, 2010. p. 243-263.
- ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: TAKEUTI, N. M.; NIEWIADOMSKI, C. (org.). *Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 7-12.
- FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. (org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 121-140.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio/ago. 2007.
- GAULEJAC, V. O sujeito face à sua história: a démarche “Romance Familiar e Trajetória Social”. In: TAKEUTI, N. M.; NIEWIADOMSKI, C. (org.). *Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 61-73.
- KRISTEVA, J. *O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras*, tomo I: Hanna Arendt. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
- LÉVY, A. *Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- MÃE, V. H. *A desumanização*. 2. ed. São Paulo: Biblioteca Azul, 2017.
- MENZIES, I. *The Functioning of Organizations as Social Systems of Defense against Anxiety*. Londres: Tavistok Institute of Human Relations, 1970.
- NIEWIADOMSKI, C.; TAKEUTI, N. M. Introdução. In: TAKEUTI, N. M.; NIEWIADOMSKI, C. (org.). *Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 13-19.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus, 1997. t. 1.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, p. 651-654, 2009.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, jun. 2008.

SÁ, M. C. *et al.* *Oficinas Clínicas do Cuidado*: efeitos da narratividade sobre o trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SÁ, M. C. Por uma abordagem clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde coletiva. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (org.). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde*: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 153-205.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós-modernidade. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Originalmente publicado em 1971.

WINNICOTT, D. W. Preocupação maternal primária. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados*: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 399-405. Originalmente publicado em 1956.

SIGNIFICADOS E PRÁTICAS RELACIONADOS AO ESTÁGIO E À SUPERVISÃO ENTRE ESTAGIÁRIAS DE PSICOLOGIA

ROBERVAL PASSOS DE OLIVEIRA
FABÍOLA MARINHO COSTA
ANTONIO VIRGÍLIO BITTENCOURT BASTOS

Introdução

No processo de formação universitária, estão preconizados períodos em que estudantes desenvolvem atividades inerentes à sua futura profissão, denominadas estágios curriculares, mediante as quais se procura borrar as fronteiras entre o espaço acadêmico e o de trabalho (Vieira; Caires; Coimbra, 2011). Nesses “ensaios da vida profissional” (Oliveira *et al.*, 2019), o estudante aperfeiçoa suas habilidades, em uma situação real, depara-se com potencialidades e limitações da práxis, interage com os atores sociais presentes em contextos de trabalho e se apropria de linguagens vinculadas à sua profissão.

Os estágios supervisionados, na formação em Psicologia, são definidos como atividades que permitem ao estudante o contato com situações, contextos e organizações, resultando no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que se materializam no agir profissional dessas pessoas (Brasil, 2011). Nesses processos de aprendizagem, realiza-se a articulação entre a teoria e a prática, quando estudantes utilizam o conhecimento produzido ao longo do curso para realização de atividades em contextos de trabalho.

Conforme Oliveira e demais autores (2019), na vivência do cotidiano de trabalho da psicóloga, os estagiários desconstruem visões preconceituosas acerca da atuação profissional, ampliando campos de trabalho e fortalecendo a profissão. Esses autores destacam a importância da rede de relações interpessoais que se estabelece no estágio, em especial o papel do supervisor, no sentido de acolher as demandas dos estudantes, suas emoções, ansiedades, angústias e tensões.

A supervisão de estágio, enquanto modalidade didático-pedagógica, que promove a participação de estudantes em situações concernentes à atuação de uma profissão (Silva Neto; Oliveira; Guzzo, 2017), caracteriza-se como uma troca interpessoal, na qual um profissional mais experiente orienta, estimula e monitora estudantes no seu desenvolvimento educacional, profissional e pessoal (Fernandes; Miyazaki; Silves, 2015). O estágio não se restringe a questões técnicas, mas envolve dimensões sociais e ético-políticas do trabalho do psicólogo, possibilitando que o estudante desenvolva habilidades interpessoais importantes para o desempenho de suas futuras atividades profissionais (Peixoto *et al.*, 2014; Silva Neto; Guzzo, 2016; Silva Neto; Oliveira; Guzzo, 2017). Nesse sentido, o exercício da prática supervisionada pode ser caracterizado como um dispositivo que potencializa transformações por meio do confronto com o real (Duarte, 2015).

Os processos de supervisão se mostram, então, em experiências fundamentais na formação universitária, visto que se constituem em momentos de suporte aos estudantes, possibilitando reflexões acerca dos processos de trabalho em Psicologia (Pitombeira *et al.*, 2016), assim como estabelecem condições para que o estagiário atue de forma independente e responsável, tendo o supervisor como um modelo de comportamentos socialmente habilidosos (Bolsoni-Silva, 2009). Nessa perspectiva, as relações estabelecidas entre supervisores e estagiários se mostram mais próximas do que as construídas entre docentes e discentes em contexto de sala de aula (Silva; Pinheiro; Laundon, 2020). Isso possibilita o estabelecimento de vínculos mais intensos que, por vezes, extrapolam a dimensão institucional dos estágios.

Essa discussão delinea potencialidades da supervisão para a formação em Psicologia, a qual pode contribuir para a ruptura com o desenvolvimento

de práticas hegemônicas no campo psicológico (Silva Neto; Guzzo, 2016). Assim, as atividades realizadas durante os estágios supervisionados devem permitir leituras da realidade para além da aparência, problematizando valores, descortinando desafios ético-políticos e integrando teoria e realidade para questioná-las e modificá-las (Silva Neto; Oliveira; Guzzo, 2017).

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo compreender significados e práticas relacionados ao estágio e à supervisão entre estagiários de Psicologia. Como argumentam Galindo, Tamman e Sousa (2020), poucos estudos enfocam a visão de estudantes sobre sua própria formação, sendo necessária a realização de pesquisas com essa perspectiva, no sentido de produzir debates mais amplos acerca das relações que se estabelecem entre estagiários e supervisores na formação em Psicologia.

Considerações teórico-metodológicas

Foi utilizada uma abordagem qualitativo-hermenêutica, inspirada no modelo metodológico do Sistema de signos, significados e práticas – S/ssp (Almeida Filho; Corin; Bibeau, 2000; Almeida Filho *et al.*, 2000; Almeida Filho *et al.*, [200-]; Bibeau, 1992; Bibeau; Corin, 1995; Oliveira, 2008), que busca inverter o procedimento utilizado nos estudos sobre representações e partir do nível pragmático para remontar ao nível semântico. Nesse sentido, parte-se da investigação de relatos sobre comportamentos concretos para identificar as lógicas conceituais subjacentes a tais comportamentos e os diferentes fatores que intervêm na concretização dessas lógicas em situações particulares.

Foram produzidos registros discursivos, mediante a realização de entrevistas em profundidade, inspiradas na proposta de entrevista narrativa (Jovchelovitch; Bauer, 2017), que se baseia na construção de narrativas pelos participantes da pesquisa acerca do trabalho realizado nos estágios e suas relações com os supervisores. Participaram do estudo 15 estudantes de Psicologia de uma universidade pública do estado da Bahia, que realizavam estágio curricular envolvendo equipes multiprofissionais, em diferentes contextos de trabalho: hospitais, serviços de atenção à saúde mental – Centros de Atenção Psicossocial e serviço vinculado à universidade – e programas

sociais. As estudantes entrevistadas tinham idades variando entre 23 e 57 anos, das quais 14 eram mulheres, dez autodeclaradas negras (pretas ou pardas), três eram autodeclaradas brancas e uma não se posicionou em relação à cor. O único participante homem se autodeclarou branco. Dentre os docentes supervisores, havia seis mulheres brancas e um homem negro. Considerando o grande número de mulheres, será utilizado o gênero feminino para se referir às pessoas que participaram da pesquisa. O critério para a definição do número de participantes foi a saturação dos dados coletados.

As entrevistas foram realizadas entre maio e junho de 2019, tendo sido registradas em gravador digital de voz e, posteriormente, realizou-se transcrição *verbatim* e digitação em computador. A partir da leitura das narrativas produzidas, foram elaboradas categorias temáticas, mediante as quais os dados foram categorizados. Os discursos foram apreciados por meio de uma abordagem hermenêutica. Para esse tipo de aproximação, foi utilizada a proposta de leitura etnocrítica de Bibeau e Corin (1995), que busca trazer as contribuições da semiologia para a leitura de dados etnográficos, combinando a “submissão ao texto” dos discursos coletados à “violência” do pesquisador sobre esses textos.

Durante a realização do estudo, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do qual as participantes atestaram a sua concordância em participar da pesquisa. O projeto de pesquisa, que originou este estudo, foi aprovado por um Comitê de Ética (CAAE 94022618.4.0000.0056). Na apresentação dos resultados do estudo, foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade das participantes da pesquisa.

Resultados e discussão

Conforme a análise dos dados produzidos, foi possível apreender que, de acordo com as participantes da pesquisa, os estágios se constituíram momentos de vivências de questões e processos problematizados teoricamente em outros componentes curriculares cursados durante a graduação. A articulação entre teoria e prática também foi relatada como importante função de estágios em Psicologia por Oliveira e demais autores (2019), com

destaque para o modo como as aulas teóricas auxiliavam na formulação de estratégias de intervenção durante as atividades práticas.

Assim, o estágio foi apontado como um processo que propiciou dar sentido ao itinerário formativo em Psicologia e desenvolver uma sensação de maior segurança e amadurecimento nas práticas profissionais: “O estágio é uma parte que você começa a amadurecer a ideia de ser um profissional da área, porque até aí tudo é muito teórico e vago” (Lisiane, estágio em serviço de atenção à saúde mental); “Eu só comecei a me sentir psicólogo depois dos estágios mesmo!” (Luís, estágio em serviço de atenção à saúde mental); “E aí eu me sinto realmente pronta para formar agora. Porque antes eu não me sentia, parecia que faltava um pedaço, sabe?” (Fernanda, estágio em hospital).

Por outro lado, de acordo com as narrativas, em muitas situações, as atividades desenvolvidas nos estágios viabilizaram vislumbrar a necessidade de ter o estudo como uma prática cotidiana e ininterrupta de qualquer profissional, mesmo após finalizar a formação de graduação. Esse resultado vai ao encontro da ideia de profissional “aprendente”, apresentada por Ceccim (2018) ao discutir interprofissionalidade, como uma trabalhadora que está sempre em formação, seja por meio de processos instrucionais formais, seja na interação com outras trabalhadoras no trabalho vivo em ato¹.

Como as estudantes realizaram seus estágios em equipes multiprofissionais, é possível afirmar que vivenciaram a interprofissionalidade, visto que desenvolveram atividades com trabalhadoras de diferentes profissões, possibilitando articulação, confrontação e troca de saberes (Ellery; Barreto, 2019). Essas interações foram caracterizadas pelas entrevistadas como muito benéficas para formação em Psicologia, pois as colocaram em contato com outros campos de saber, apreendendo as diferenças e complementaridades de seus trabalhos, assim como tendo uma visão mais ampliada e integral do trabalho em saúde e em programas sociais. Entende-se que esse processo

1 Conforme a teoria marxiana, todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. A atividade de trabalho em si, o trabalho feito em ato é designado de trabalho vivo em ato. Já os produtos utilizados na atividade de trabalho, que são resultados de trabalhos anteriores, são chamados de trabalho morto (Merhy, 2014).

colaborou para a vivência de ações e atividades nos moldes de uma prática profissional colaborativa (Peduzzi *et al.*, 2013).

Eu acho que também trabalhar com outras pessoas, outras profissionais é muito importante, porque te dá uma visão do processo como um todo: aquele indivíduo não é só um indivíduo psi, é um indivíduo que tem demandas da assistente social, tem demandas jurídicas (Sônia, estágio em programa social).

Quando eu e a assistente social conversamos com a mesma pessoa, eu percebo o quanto as perguntas são diferentes e quanto o direcionamento da conversa é diferente e isso é muito interessante! A gente quer levar a conversa para rumos diferentes: ela para o rumo sócio-assistencial, então ela ‘você recebe qual benefício?’; e eu ‘mas como você se sente sobre isso?’. É muito interessante ver isso na prática! (Dandara, estágio em programa social).

O trabalho multidisciplinar e coletivo possibilitou que as estudantes vivenciassem outras práticas em Psicologia, para além da tradicional psicoterapia individual, como trabalhos com grupos, realização de atividades em salas de espera de unidades de saúde e visitas domiciliares: “É muito bacana você conseguir ver essas outras possibilidades e esse fazer que também é um fazer clínico, embora não esteja estruturado no setting terapêutico” (Sônia, estágio em programa social).

Esse resultado apresenta movimentos de enfrentamento das críticas à formação em Psicologia no Brasil, que se remetem à predominância da abordagem clínica individual nos currículos de curso (Fernandes; Seixas; Yamamoto, 2018), assim como à falta de experiências de aprendizagem, que envolvam o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipes multiprofissionais (Bernardes, 2012; Dimenstein; Macedo, 2012; Macedo; Dimenstein, 2011).

Outro aprendizado, fruto da interação com diferentes trabalhadoras, está relacionado ao modo como se relacionar com colegas de trabalho, como se comportar, o que falar, o que não falar no ambiente de trabalho. Nesse processo, colocou-se o desafio de, apesar da condição de estagiária,

assumir-se enquanto profissional da Psicologia e reiterar com convicção a importância dessa profissional no cenário do trabalho interprofissional, especialmente do campo da saúde.

É um aprendizado pessoal e profissional do lugar da Psicologia, de se ver nesse lugar de profissional, de psicóloga. (...) A gente tem uma visão, a gente tem um olhar sobre isso, a gente também tem espaço de saber naquela dinâmica de equipe multiprofissional. Eu me sinto ainda muito insegura em relação à prática, mas com elementos que me deixam mais segura pela experiência que eu tive (Taís, estágio em hospital).

Esse resultado aborda, como destacado por Nepomuceno, Bosi, Dimenstein e Pontes (2021), em estudo sobre práticas de psicólogos na Estratégia Saúde da Família, como os contextos de trabalho são espaços constituídos por relações interprofissionais permeadas por interesses e disputas. Esses autores chamam a atenção que as práticas profissionais são atravessadas por relações de poder que compõem contextos de trabalho hierarquizados e conflituosos. Nesses cenários, a Psicologia se envolve em negociações que levam à ocupação de espaços contraditórios de prestígio e submissão.

Além disso, a imersão em redes do Sistema Único de Saúde e em programas sociais permitiu às estudantes vivenciar potencialidades e desafios desses sistemas, realizando atividades que não são corriqueiramente atribuídas a psicólogas. Nesse processo de apropriação da realidade, produziu-se um conhecimento e uma práxis que só o trabalho vivo em ato possibilita.

Dentro da rede, estar tendo uma noção maior do que o sistema público tem oferecido e não tem oferecido. Porque eu acho que a gente aqui fica muito na ordem do que não é oferecido. Quando a gente chega lá, a gente vê que muitas coisas são oferecidas sim, só que a gente também vê os furos! (Dilma, estágio em programa social).

Para a produção de conhecimentos, habilidades e atitudes concernentes à vivência desses processos de trabalho, as supervisoras foram trazidas, nas narrativas das estudantes, como pessoas centrais neste importante

momento de formação profissional. Assim como descrito na literatura científica (Galindo; Tamman; Sousa, 2020; Oliveira *et al.*, 2019; Peixoto *et al.*, 2014; Pitombeira *et al.*, 2016; Silva Neto; Guzzo, 2016; Silva Neto; Oliveira; Guzzo, 2017; Silva; Pinheiro; Laurendon, 2020), as supervisoras figuraram desde o motivo da escolha de um determinado estágio ao principal modelo de atuação, responsáveis por apontar condutas consideradas corretas no ofício de ser psicóloga.

Foi descrito que, nos estágios, as estudantes tinham suporte e acompanhamento próximo por parte das supervisoras, as quais demonstravam muito conhecimento sobre a prática profissional, assim como sensibilidade para lidar com as singularidades dos casos e das vivências das estudantes. Isso fazia com que a relação com as supervisoras fosse de respeito e admiração: “*Minha supervisora é muito presente, sabe? Ela não deixa a gente passar por nada sozinha. Então, eu sempre me sinto segura. Nunca me senti insegura aqui no hospital. Isso é muito bom!*” (Fernanda, estágio em hospital); “*Ah, ela é maravilhosa, muito bacana! Tenho uma admiração muito grande por ela!*” (Dilma, estágio em programa social); “*Minha supervisora é maravilhosa! Estou apaixonada!*” (Dandara, estágio em programa social); “*Ela tem feito orientações que me ajudam a desempenhar uma atividade mais prazerosa*” (Francisca, estágio em programa social). Esses resultados corroboram Peixoto e demais autores (2014), em cujo estudo os supervisores foram valorizados e seus desempenhos descritos como irreprensíveis.

Por outro lado, esse resultado vai de encontro a Oliveira e demais autores (2019), em cujo estudo as relações de estudantes com supervisores apresentaram elementos de ambiguidade, tendo havido estagiários que consideraram autoritária e conflituosa a relação com a supervisora, a quem deveria “obedecer às ordens”. Diante disso, e ao considerar que a realidade é crivada de contradições, ambiguidades e disputas, cabe pontuar o estranhamento acerca da falta de relatos de situações de conflitos nas relações entre supervisoras e estagiárias.

Além de colocar em prática conhecimentos teóricos, produzidos no processo de formação, houve relato de supervisoras que agregavam diferentes leituras, apresentando novos embasamentos para a prática e ressignificando campos de saber já trabalhados: “*Ela traz uma visão de psicanálise*

muito diferente da visão que a gente tem no curso” (Sônia, estágio em programa social).

Nesse processo, o estágio foi descrito como um espaço de aprender com o outro, mas, também, de exercitar a autonomia e começar a fazer “voos solo”. A supervisora foi apontada como de grande importância no processo de acolher e tutorar, no início do estágio, mas, também, de “empoderar” e fomentar a potência de agir das estudantes. Duarte (2015) ressalta a importância de, no processo de supervisão, a docente incentivar a autonomia das estudantes, promovendo vivências que as encorajem a aprender, pensar, questionar e ser questionadas. Desse modo, essa agente formadora incentiva a abertura de caminhos para o exercício profissional autônomo e emancipatório da futura psicóloga.

Eu acho que minha supervisora alimentou a minha ousadia! (...) A gente dialogava muito e chegou o momento em que ela chegou para mim e disse que eu precisava ser mais autônoma e não estar tão colada na figura dela. E aí foi a construção de outro caminho, de me autorizar a não estar sempre: ‘Ah, eu fiz isso: tudo bem?’.
[A supervisora dizia] ‘Faça! Vá fazendo, eu estou aqui. Vai voando sozinha aí’ (Taís, estágio em hospital).

As estudantes relataram que as trabalhadoras das equipes multiprofissionais apresentavam muitas expectativas acerca do trabalho da estagiária de Psicologia, principalmente em relação aos casos mais complicados e às pessoas que tinham menos vínculo com o serviço. Se por um lado essas expectativas causavam alguma ansiedade, por outro desafiavam as estagiárias a canalizar o “gás de estudante”, a “energia boa de estudante”: “*Minha supervisora sempre me falava isso: ‘Taís, você não vai mudar o mundo!’.* Eu falava: “*Certo, mas eu vou tentar!*” (Taís, estágio em hospital).

Por fim, mostra-se importante pontuar que, além do papel formativo, as supervisoras cumpriam uma importante função de, em interação com as trabalhadoras dos serviços de saúde, buscar organizar as atividades a serem desenvolvidas pelas estagiárias, visto que, segundo uma estagiária, faltavam organização e planejamento dessas atividades, o que dificultava o processo de formação.

Eles não costumam ter claro a que área a Psicologia vai atingir. (...) Precisa ter planejado: o que os estagiários não vão fazer, o que os estagiários vão fazer no serviço e o que eles precisam fazer. Qual expectativa, a meta, o que você espera de contribuição para o avançar desse usuário (Lisiane, estágio em serviço de atenção à saúde mental).

Esse tipo de atuação da supervisora permite, por meio da educação em serviço, articular atenção e ensino no enfrentamento dos problemas concretos (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Desse modo, transformações são construídas no cotidiano das práticas pedagógicas e de saúde, na micropolítica do aprender, do cuidar e do produzir conhecimento, gerando movimentos de desacomodação, deslocamento e reacomodação (Feuerwerker; Capozzolo, 2013).

Considerações finais

Diante dos resultados do estudo, observa-se que os estágios curriculares e seus processos de supervisão se constituem momentos relevantes na formação em Psicologia. Diversos significados e práticas acerca dos estágios foram identificados nas narrativas das estudantes, destacando-se a articulação entre teoria e prática, a micropolítica do trabalho vivo em ato nas interações em equipes multidisciplinares e a imersão em diferentes redes de cuidado. A supervisão, por sua vez, foi caracterizada como basilar na mediação entre o espaço universitário e o mundo do trabalho.

A atuação em Psicologia, como vivenciado pelas estudantes, envolve estar sempre reiterando a importância dessa profissão em cenários de trabalho interprofissional e ampliando suas possibilidades de prática. Nesse sentido, as atividades de estágio contribuíram para a desconstrução de definições fechadas sobre o agir psicológico, legitimando práticas em serviços de saúde e programas sociais. Nepomuceno, Bosi, Dimenstein e Pontes (2021) enfatizam a necessidade desse tipo de atuação, em que as práticas de psicólogas se constituam com rebeldia diante do já está instituído, indicando novos horizontes éticos, políticos e epistemológicos.

A elaboração de políticas e práticas, que envolvam planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades de supervisão, apresenta-se como algo importante, mas ainda pouco desenvolvido nas universidades. A literatura da área aponta uma ausência de processos institucionais de avaliação das supervisões de estágio em Psicologia (Fernandes; Miyazaki; Silves, 2015; Peixoto *et al.*, 2014). Nessa perspectiva, seria adequado desenvolver e consolidar centros de formação para supervisoras, assim como construir espaços de diálogo permanente entre supervisoras e estagiárias, buscando qualificar esse dispositivo pedagógico (Fernandes; Miyazaki; Silves, 2015).

Ao compreender os estágios como uma das facetas da educação em serviço, as universidades devem incluir o Sistema Único de Saúde enquanto interlocutor-chave na formulação e implementação dos projetos de formação profissional e não como meros campos de prática (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Assim, será possível que essa atividade possa ir além da dimensão formativa e contribuir para a transformação de práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Nessa perspectiva, futuros estudos podem incluir as relações de estudantes com trabalhadoras dos serviços, a exemplo de preceptoras, que estão inseridas nesses contextos de trabalho e contribuem com o processo formativo.

Como reflexão final, a exemplo das vivências de relações intercessoras (Abrahão; Merhy, 2014), relatadas neste estudo, em que estagiárias e supervisoras desenvolveram ações coletivamente e exercitaram a autonomia, Duarte (2015) argumenta que processos de supervisão devem superar seu sentido etimológico de “olhar sobre” alguém e dar lugar a um “encontro de olhares”, a diálogos de perspectivas, que possam gerar espaços potentes de formação profissional e ético-política.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nV9LbfrSj7vnMfpZgG6mKfG/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ALMEIDA FILHO, N.; CORIN, E.; BIBEAU, G. *Rethinking transcultural approaches to mental health research: from epistemology to methodology*. Salvador, 2000. Texto não publicado, obtido por meio de mimeógrafo.

ALMEIDA FILHO, N. *et al. Aplicação da Metodologia - Notas do trabalho de campo*. Salvador, [200-]. Texto não publicado, obtido por meio de mimeógrafo.

ALMEIDA FILHO, N. *et al. Signs, meanings and practices in mental health: part I. Methodological application the Bahia study*. Salvador, 2000. Texto não publicado, obtido por meio de mimeógrafo.

BERNARDES, J. S. A formação em Psicologia após 50 anos do primeiro currículo nacional da Psicologia – alguns desafios atuais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 32, p. 216-231, 2012.

BIBEAU, G. Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. In: CONGRESSO DE ANTROPOLOGIA EN COLOMBIA, 6., 1992, Bogotá. Bogotá: Universidad de los Andes, 1992. Texto não publicado, obtido por meio de Mimeo.

BIBEAU, G.; CORIN, E. E. From Submission to Text to Interpretive Violence. In: BIBEAU, G.; CORIN, E. E. (ed.). *Beyond Textuality: ascetism and violence in anthropological interpretation*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995. p. 3-54. (Approaches to Semiotics Series, v. 120).

BOLSONI-SILVA, A. T. Supervisão em habilidades sociais e seu papel na promoção deste repertório em estagiários de psicologia. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 18-34, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 19, 16 mar. 2011.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, p. 1739-1749, 2018. Suplemento 2.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 32, p. 232-245, 2012. Número especial.

- DUARTE, D. A. A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 133-144, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icsae/a/zPm5D9r64yN9tvPRDTg5zBx/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.
- ELLERY, A. E. L.; BARRETO, I. C. H. C. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (org.). *Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 36-49.
- FERNANDES, L. F. B.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; SILVARES, E. F. M. Caracterização da supervisão em um centro formador de Psicologia da Saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 32, n. 3, p. 499-509, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZfXnDkb5sSZXkwpB35sQWzj/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2021.
- FERNANDES, S. R. F.; SEIXAS, P. S.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e concepções de formação generalista. *Psicologia da Educação*, São Paulo, n. 47, p. 57-66, jul./dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2022.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 35-58.
- GALINDO, W. C. M.; TAMMAN, B. F.; SOUSA, T. B. S. Estratégias formativas em serviços-escola de psicologia: revisão bibliográfica da produção científica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 40, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TZg3qyX8ZX7rGzgCtMLC6hN/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2021.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 90-113.
- MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 296-313, 2011.
- MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território das tecnologias leves. In: MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p. 41-66.
- NEPOMUCENO, L. B. et al. Práticas de psicólogos na estratégia saúde da família: poder simbólico e autonomia profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*,

Brasília, DF, v. 41, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YXg34TwrshjCdmqNGWPrRpN/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jan. 2022.

OLIVEIRA, R. P. *et al.* “Um ensaio da vida profissional”: significados do estágio em Psicologia entre estagiários da UFRB. In: AIRES, S.; KURATANI, S. (org.). *O serviço de psicologia na universidade*. Cruz das Almas: EdUFRB, 2019. p. 163-183.

OLIVEIRA, R. P. *Violência relacionada ao trabalho*: signos, significados e práticas entre trabalhadores da construção civil. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEIXOTO, A. C. A. *et al.* A percepção de estagiários em diferentes IES do Brasil sobre a supervisão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 34, n. 3, p. 528-539, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FwzbCkRfhQVQWvMFmbsgZTD/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2021.

PITOMBEIRA, D. F. *et al.* Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 36, n. 2, p. 280-291, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/X6jLQWHkcfQjc45fYTKN9Ff/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

SILVA NETO, W. M. F.; GUZZO, R. S. L. Internship in School Psychology: education and practice of the supervisor. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 33, n. 2, p. 213-224, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZkvHQBskw3tRWBMSMFk7XNJ/?lang=en>. Acesso em: 11 jan. 2022.

SILVA NETO, W. M. F.; OLIVEIRA, W. A.; GUZZO, R. S. L. Discutindo a formação em psicologia: a atividade de supervisão e suas diversidades. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 573-582, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/shcrDLZf7rhxpDrgwZtjHv/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

SILVA, N. O.; PINHEIRO, M. A.; LAURENDON, C. E. Construção de significados e ambiguidades na supervisão de estágio em psicologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 31, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/4BGcxDvBV8Rt76hvFbqJ3PF/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

VIEIRA, D. A.; CAIRES, S.; COIMBRA, J. L. Do ensino superior para o trabalho: contributo dos estágios para inserção profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 29-36, jan./jun. 2011.

SOBRE OS AUTORES

Alice Oliveira Rezende. Psicanalista, professora de Curso de Extensão Labtrans na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), psicóloga clínica do Centro de Atendimento e Integração Social (CAIS), em Contagem, e do Centro de Atendimento Psicossocial Freud Cidadão – Belo Horizonte. Mestre em Psicologia na UFMG.

Aline Aguiar Mendes. Psicanalista, professora da Faculdade de Psicologia (FAPSI) da Pontifícia Universidade Católica (PUC Minas). Doutora e pós-doutoranda na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em Psicologia/Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos. Coordenadora do Centro Interdisciplinar de Estudos sobre a Criança (CIEN) em Minas, entre 2018 e 2020. Autora do livro *O Efeito-equipe e a construção do caso clínico*.

Andréa Hortélio Fernandes. Psicanalista, doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise (Paris 7), professora da graduação do Instituto de Psicologia (IPS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI/UFBA), pós-doutorado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Professora associada do Instituto de Psicologia (mestrado e doutorado) da UFBA, analista membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano, membro do Fórum do Campo Lacaniano Salvador, membro do grupo de trabalho Psicanálise, Política e Clínica da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (Anpepp). E-mail: ahfernandes03@gmail.com.

Andréa Máris Campos Guerra. Psicanalista, professora no departamento e no programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde coordena o Núcleo Psicanálise e Laço Social no Contemporâneo (@PSILACS). Doutora em Teoria Psicanalítica (UFRJ) com Estudos Aprofundados na *Université de Rennes 2* (França). Bolsista de Produtividade do CNPq. Professora visitante na França, Bélgica e Colômbia.

Coordenadora do Projeto Psicanálise e Decolonização com a Editora n-1. Membro-fundadora da Rede RICA (Rede Internacional de Investigação em Psicanálise e Criminologia), do GT Psicanálise, Clínica e Política da Associação Nacional de Pesquisa em Psicologia (Anpepp), da Rede Interamericana de Pesquisa em Psicanálise e Política (Redippol) e da Rede Internacional Coletivo Amarrações. Autora de diversos livros e artigos.

Angela Maria Resende Vorcara. Professora doutora do pós-graduação em psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), membro do Centro de Pesquisa Outarte, do Lepsi e do grupo de pesquisas da Associação Nacional de Pesquisa em Psicologia (Anpepp), Psicanálise e Educação.

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos. Psicólogo com doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (Nível 1A), líder do grupo de pesquisa Indivíduo, Organizações e Trabalho: Processos Psicossociais, professor titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde ocupa o cargo de Superintendente de Avaliação e Desenvolvimento Institucional.

Christian Ingo Lenz Dunker. Psicanalista, professor titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Analista Membro de Escola (A.M.E.) do Fórum do Campo Lacaniano. Em 2012, ganhou o prêmio Jabuti de melhor livro em Psicologia e Psicanálise com a obra *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica* (2011). Em 2016, ganhou o segundo lugar no prêmio Jabuti em Psicologia, Psicanálise e Comportamento com o livro *Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma* (2015). Publicou ainda *Por que Lacan?* (2016), *A psicose na criança* (2014) e *O cálculo neurótico do gozo* (2002), dentre outros.

Claudia Saldanha. Psicanalista, psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestra em Psicologia e especialista em Psicologia Clínica e Saúde Mental na UFBA, especialista em Psicologia Clínica (CFP), membro do Fórum do Campo Lacaniano Salvador. E-mail: cmtsaldanha@gmail.com.

Emília Estivalet Broide. Psicanalista, mestre em saúde pública pela Universidade Federal de São Paulo (USP), doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), pós doutoranda em psicologia clínica da USP, onde integra o laboratório de Psicanálise, Sociedade e Política. Fundadora e coordenadora da SUR Psicanálise.

Fabíola Marinho Costa. Psicóloga com doutorado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), presidente no Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Psicologia e líder do grupo de pesquisa Saúde, Organizações e Trabalho (SORT), atuando em temas como comprometimento organizacional, comportamentos de voz e silêncio, diversidade e inclusão nas organizações, emoções e afetos no trabalho.

Fernanda Rebouças. Psicóloga do Núcleo de Apoio/Ampliado à/de Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Salvador. Mestrado profissional em Gestão da Clínica, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

João Batista Alves. Psicólogo, residente em Saúde Mental da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Laís Flores Santos Lopes Costa. Psicóloga e psicanalista com mestrado em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora do projeto Adolescência, Acolhimento Institucional e Clínica do Desamparo.

Leila Grave. Psicóloga do Núcleo de Apoio/Ampliado à/de Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Salvador. Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS).

Lilian Miranda. Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Lorene Amaral. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Marilene de Castilho Sá. Psicóloga, doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Miriam Debieux Rosa. Psicanalista, professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), onde coordena o laboratório de Psicanálise, Sociedade e Política e o grupo de formação Veredas: psicanálise e imigração.

Mônica Lima. Professora, pesquisadora e extensionista da Universidade Federal da Bahia (UFBA), psicóloga, mestra e doutora em Saúde Coletiva pela UFBA, pós-doutora em Psicologia Social pela Universidad Autónoma de Barcelona. Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Vínculos em Saúde Mental (LEV/UFBA).

Roberval Passos de Oliveira. Psicólogo com doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), professor adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e líder do grupo de pesquisa Saúde, Organizações e Trabalho (SORT), atuando em temas como articulação ensino-trabalho, significados e práticas relacionados à formação e ao trabalho em saúde.

Rosana Teresa Onocko-Campos. Médica, psicanalista, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professora livre docente do Departamento de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Coordena o grupo de pesquisa Interfaces: Saúde Coletiva e Saúde Mental. É membro, e atualmente presidenta, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Suely Aires. Psicanalista. Mestre e doutora em Filosofia na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, tendo como área de concurso “Psicanálise: clínica, política e cultura”. Membro fundador do Centro de Pesquisa Outrarte. Membro do Colégio de Psicanálise da Bahia. Autora de *Sujeito, Clínica e Psicose: entrelaçamentos* (2016) e de diversos artigos na interface entre psicanálise e saúde mental; filosofia e psicanálise.

Vânia Bustamante. Psicóloga, com doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente, é professora do Instituto de Psicologia da UFBA, onde coordena o programa de ensino, pesquisa e extensão Brincando em Família e o grupo de pesquisa Família, cuidado e saúde.

Vlândia Jamile dos Santos Jucá. Psicóloga e psicanalista com doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pós-doutoramento em teoria psicanalítica pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente, é professora da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Formato: 17 x 24 cm
Fontes: Chakra Petch, FreightText Pro
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²
Impressão: Gráfica 3
Tiragem: 300 exemplares

SUELY AIRES

Psicanalista. Mestre e doutora em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pós-doutora em Estudos Psicanalíticos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS-UFBA). Membro fundador do Centro de Pesquisa Outrarte: psicanálise entre ciência e arte (Unicamp). Membro do Colégio de Psicanálise da Bahia. Participa dos grupos de pesquisa “Filosofia e Psicanálise” e “Psicanálise: clínica, política e cultura” (líder).

VÂNIA BUSTAMANTE

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS-UFBA), onde coordena o programa de ensino, pesquisa e extensão Brincando em Família e o grupo de pesquisa Família, cuidado e saúde.

A presente publicação teve origem em um diálogo informal sobre supervisão de práticas em variados contextos de atuação no campo da saúde, assistência social e direitos humanos. O convite a diferentes pesquisadoras(es) para discutir o tema foi uma consequência das questões levantadas, visando provocar a reflexão e colocar em cena experiências que venham a problematizar as bases dessa prática. A coletânea reúne produções de professoras(es) e pesquisadoras(es) de universidades públicas e fundações de pesquisa que pensam e praticam a supervisão em diálogo com equipes de trabalhadores, estudantes, extensionistas e público em geral. Nesse sentido, afirma a potência da universidade pública em seu compromisso ético-político de buscar um mundo mais justo e de produzir diferentes expressões de resistência criativa em tempos de necropolítica.



ISBN 978-65-5630-580-6



9 786556 305806