



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Cleuse Maria Brandão Barleta

**Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão e
formação de equipes da atenção psicossocial**

Rio de Janeiro

2015

Cleuse Maria Brandão Barleta

**Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão
e formação de equipes da atenção psicossocial**

Tese apresentada como requisito para
obtenção do título de Doutor em Psicanálise
ao Programa de Pós-Graduação em
Psicanálise, da Universidade do Estado do
Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S219 Barleta, Cleuse Maria Brandão.
Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial / Cleuse Maria Brandão Barleta. – 2015.
269 f.

Orientador: Luciano da Fonseca Elia.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Política de saúde mental – Teses. 3. Supervisão – Teses. I. Elia, Luciano da Fonseca. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cleuse Maria Brandão Barleta

**Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão
e formação de equipes da atenção psicossocial**

Tese apresentada como requisito para
obtenção do título de Doutor em Psicanálise ao
Programa de Pós-Graduação em Psicanálise,
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em 26 de maio de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia
Instituto de Psicologia – UERJ (Orientador)

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Figueiredo
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Andréa Maris Campos Guerra
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Sílvio Yasui
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba
Instituto de Psicologia – UERJ

Rio de Janeiro

2015

Dedico esta tese aos meus filhos, Dante e Leonardo Brandão Barleta, amor incondicional, e agradeço pelo incentivo com o "fique susse mãe", que fazia serenar meu coração e acreditar que eu era capaz de mais este desafio.

AGRADECIMENTOS

Ao Luciano Elia, meu orientador, a quem serei eternamente grata, pela aposta e valorização de minha experiência profissional na área pública. *Mais ainda*, por reconhecer meu desejo, acolher minha ignorância e me colocar a trabalho, cujos efeitos, como sabemos, só poderiam ser verificados *a posteriori*. Devo a ele muito das ideias que contém esta tese, e agradeço especialmente por compartilhar comigo questões que permearam a sua prática de supervisor e pelo rigor teórico com que tem feito avançar a psicanálise no campo da atenção psicossocial. E, especialmente, por sua amizade, disponibilidade, carinho e generosidade e por poder contar com um porto seguro por ocasião de minha estada no Rio de Janeiro para realizar o doutorado.

Aos meus supervisionandos, profissionais do campo da saúde mental, desejo manifestar o meu mais profundo agradecimento, pela oportunidade de estar sempre aprendendo com eles na clínica em supervisão.

À UERJ e aos meus professores do doutorado – Prof.^a Dr.^a Ana Maria Medeiros da Costa, Prof.^a Dr.^a Doris Rinaldi, Prof.^a Dr.^a Heloisa Caldas, Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia, Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge, Prof.^a Dr.^a Sônia Alberti, Prof.^a Dr.^a Sônia Altoé; suas aulas, textos e livros muito contribuíram para o desenvolvimento da minha pesquisa.

Aos colegas de percurso de doutorado Claudia E. Gurgel do Amaral Pitanga, Luciana Piza, Joseane Garcia, Felipe Castelo Branco, Paulo Proença; André Luis Lopes, pela carinhosa acolhida e pelo aprendizado compartilhado e especialmente a Regina Cibeles S. Jacinto, por sua pronta solidariedade, e a Adriana Cajado Costa, *in memoriam*, pois nos deixou tão cedo, pelo coleguismo e companhia sempre solidária nas idas e vindas de metrô a caminho da UERJ.

Às amigas do coração, Ana Cláudia Merchan Giaxa Prosdócimo, Denise de Castro, Soraya Sheli, Rita Perrini, Rosa Bordignon, Vanderleia Schinemann agradeço o carinho e a companhia sempre solidária nos momentos difíceis, e as boas risadas nos momentos de descontração e particularmente a Antônia Schwinden e Sérgio Luiz Lorusso, pelas belas amizades construídas.

Ao Nei Fernando Brandão, meu primo querido, pela disposição em me acolher em no Rio de Janeiro, pelos bons encontros e boas conversas.

Aos colegas e amigos do Laço Analítico Escola de Psicanálise, aos quais não poderei nomear a todos, mas faço-os representar pela Valdene Amâncio, Maria Sílvia Elia, Mariana Abreu Mayerhoffer, Nympha Amaral, Rosemary Fiães Pinto, por me serem mais próximos. Entre elas incluo Vanessa Kaiel, amiga e conterrânea.

À equipe do Caps Pequeno Hans, pelas vezes em que estive participando da supervisão, com o que muito aprendi.

Às professoras Dr.^a Andrea Guerra e Dr.^a Ana Cristina Figueiredo, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação, e aos professores Dr. Vinícius Anciães Darriba e Dr. Silvio Yasui, por terem aceitado participar da Banca de Defesa desta tese.

Ao Dante Barleta Filho, pelo amor e companheirismo ao longo da vida e apoio durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais José Floriano Brandão e Luiza Salvador Brandão, por terem me ensinado a enfrentar os desafios, aos meus irmãos pelo afeto e aos meus sobrinhos Fabrício e Luciano Hecke, Camila e Lucas Lopes, Maíra, Mateus, Gabriel e Mariana Brandão, Luiza e Júlia Brandão, Tatiane, Juliane, Maíra e Isabella Barleta Javorski por fazerem parte de minha história.

Ao Domingos Sávio, que gentil e prontamente me recebeu em sua casa para entrevista.

A Jandyra Kondera Mengarelli, pela experiência do inconsciente e por me ajudar a percorrer um árduo caminho de desalienação de algumas condutas obrigatórias e de aparências em busca de mim mesmo.

Aos colegas da Secretaria de Saúde do Estado da Saúde do Paraná, pelo companheirismo durante a realização desta tese, e especialmente ao José Lúcio dos Santos, diretor do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador, pelo apoio incondicional.

O Que Eu Não Conheço
O mais importante do bordado
É o avesso é o avesso
O mais importante em mim
É o que eu não conheço
O que eu não conheço
O que de mim aparece
É o que dentro de mim Deus tece
Quando te espero chegar
Eu me enfeito eu me enfeito
Jogo perfume no ar
Enfeito meu pensamento
As vezes quando lhe encontro
Eu mesma nem me conheço
Descubro novos limites
Eu perco o endereço
É o segredo do ponto
É o rendado do tempo
Como me foi passado
O ensinamento

Compositor: Jorge Vercillo E J. Velloso

Interpretada por Maria Bethânia.

RESUMO

BARLETA, Cleuse Maria Brandão. **Supervisão clínico-territorial**: um dispositivo de transmissão e formação de equipes de atenção psicossocial. 2015. 269 f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Rio de Janeiro, 2015.

Nossa proposta neste estudo foi tomar a supervisão como categoria articulável no campo da psicanálise, compreendendo-a como dispositivo clínico de transmissão, que promove efeitos na "formação" dos operadores no campo da saúde mental – estes apreendidos na sua ação que funciona na lógica de certa modalidade do coletivo regido pelo um-a-um-em-muitos e não na lógica dos grupos – a partir de atos nela praticados (intervenções faladas, atos propriamente ditos, interrogações, interpelações e outros). Assim, a supervisão clínico-territorial refere-se a uma estrutura discursiva na qual o supervisor opera *ancorado na função de analista* e se volta a outros, os profissionais da equipe de saúde mental, e as suas falas e seus atos são considerados como registros significantes, ou seja, manifestações da linguagem. Esta tese pretende dar sustentação à demonstração de que a supervisão clínica preconizada pela política pública de saúde mental ancora-se em princípios teóricos que norteiam a práxis psicanalítica; sua fundamentação teórico-clínica alicerça-se na obra de Freud. Dos diferentes desdobramentos que a obra de Freud conheceu no tempo histórico do movimento psicanalítico, é no ensino de Lacan que encontramos os melhores fundamentos para este estudo. A supervisão clínico-territorial é considerada por nós uma prática psicanalítica que integra os dispositivos do que Lacan denominou *psicanálise em extensão*. No entanto, ela não se restringe ao plano de ensino, da transmissão e da "presentificação da psicanálise no mundo", tarefa *princeps* da Escola proposta por Lacan, e guarda, com a psicanálise dita *em intensão*, isto é, a experiência psicanalítica como tal, que se desenvolve entre psicanalista e psicanalisante, uma forte homologia. No caso da supervisão clínico-territorial de que se trata na presente tese, a dimensão do coletivo implica um lugar que denominaremos *dobradiça* entre psicanálise em *intensão* e psicanálise em *extensão*. O dispositivo analítico da supervisão clínico-territorial constitui um *modo de fazer* num *espaço coletivo de dizer* sustentado por uma prática clínica de escuta das equipes de saúde mental. Essa prática é pautada por uma ética que leva em conta a experiência singular e o desejo de cada um e procura fazer o reconhecimento das determinações inconscientes que regem as escolhas, as condutas e os modos de pensar de um sujeito.

Palavras-chave: Supervisão clínico-territorial. Psicanálise. Transmissão. Atenção Psicossocial. Política De Saúde Mental.

ABSTRACT

BARLETA, Cleuse Maria Brandão. **Clínico-territorial Supervision: A Device for Transmission and Formation of Psychosocial Care Teams.** 2015. 269 f. Doctoral Dissertation – State of Rio de Janeiro University, Rio de Janeiro, 2015.

My proposal in this study consists in considering supervision as a category subject to articulation in the field of psychoanalysis, understood as a clinical transmission device that produces effects in the "formation" of operators in the mental health field - acting within the logic of a certain collective mode governed by a one-on-one-among-many and not according to the logic of groups - based on acts performed according to this logic (spoken interventions, acts per se, inquiries, interpellations, and others. Thus, clínico-territorial supervision refers to a discursive structure where the supervisor operates *anchored on the function of analyst* and turns to others, the mental health team, and whose utterances and acts are considered as significant registers, that is, language manifestations. This dissertation aims to support the demonstration that the clinical supervision advocated by mental health public policy is anchored on theoretical principles that guide psychoanalytical praxis; its theoretico-clinical foundation is grounded in Freud's work. Among the diverse unfoldings undergone by Freud's work over the history of the psychoanalytic movement, it is in the teachings of Lacan that we find the best groundwork for this study. Clínico-territorial supervision is considered in this study as a psychoanalytical practice that integrates the devices that Lacan called *psychoanalysis in extension*. However, it is not restricted to the teaching sphere, to transmission, and to the "presentification of psychoanalysis in the world" – the *princeps* task of the School proposed by Lacan – and maintains, with the so-called *in intention* psychoanalysis, that is, the psychoanalytical experience as such that develops between psychoanalyst and analysand, a strong homology. Regarding the clinico-territorial supervision addressed in this dissertation, the collective dimension implies a place, which we will call *hinge*, between *in intention* and *in extension* psychoanalysis. The clínico-territorial supervision analytical device constitutes a *way of doing* within a *collective utterance space* sustained by a clinical practice of listening to mental health teams. This practice is grounded on an ethics that takes into account both the unique experience and the individual desire and tries to recognize the unconscious determinations that govern the choices, conducts, and ways of thinking of a subject.

Key words: Clínico-territorial Supervision. Psychoanalysis. Transmission. Psychosocial Attention. Mental Health Policy.

RÉSUMÉ

BARLETA, Cleuse Maria Brandão. **Supervision clinique-territoriale**: un dispositif de transmission et de formation des équipes d'attention psychosociale. 2015. 269 f. Thèse (Doctorat) – Université de l'Etat de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Notre proposition dans cette étude consiste à considérer la supervision comme une catégorie articulable dans le champ psychanalytique, en la comprenant en tant que dispositif clinique de transmission, lequel entraîne des effets dans la "formation" des opérateurs dans le champ de la santé mentale – ceux-ci envisagés dans leur action fonctionnant selon la logique d'une certaine modalité du collectif régi par l'un-à-un-en-plusieurs et pas dans la logique des groupes – à partir des actes qu'on y pratique (les interventions parlées, les actes proprement dits, les interrogations, les interpellations et d'autres). Ainsi, la supervision clinique-territoriale fait référence à une structure discursive dans laquelle le superviseur opère *ancré dans la fonction d'analyste* et se tourne vers les autres, les professionnels de l'équipe de santé mentale, et ses paroles et ses actes sont considérés comme des registres signifiants, c'est-à-dire, des manifestations du langage. Cette thèse vise à fonder la démonstration selon laquelle la supervision clinique préconisée par la politique publique de santé mentale est basée sur des principes théoriques qui orientent la praxis psychanalytique; son fondement théorique-clinique est fondé sur l'œuvre de Freud. Parmi les différents déploiements concernant l'œuvre de Freud dans le temps historique du mouvement psychanalytique, c'est dans l'enseignement de Lacan qu'on trouve les meilleurs fondements pour cette étude. Nous considérons la supervision clinique-territoriale comme une pratique psychanalytique qui intègre les dispositifs de ce que Lacan appelle la *psychanalyse en extension*. Pourtant, elle ne se limite pas au plan de l'enseignement, de la transmission et de la "présentification de la psychanalyse au monde", la tâche *princeps* de l'Ecole proposée par Lacan, et garde, avec la psychanalyse dite *en intension*, c'est-à-dire, l'expérience psychanalytique en tant que telle, qui se développe entre le psychanalyste et le psychanalysant, une forte homologie. Dans le cas de la supervision clinique-territoriale qui concerne la présente thèse, la dimension du collectif implique un lieu que nous qualifierons comme la *charnière* entre la psychanalyse en intension et la psychanalyse en extension. Le dispositif analytique de la supervision clinique-territoriale constitue une *façon de faire* dans un *espace collectif de la parole* soutenu par une pratique clinique d'écoute des équipes de santé mentale. Cette pratique est orientée par une éthique qui tient compte de l'expérience singulière et du désir de chacun et cherche à faire la reconnaissance des déterminations inconscientes qui régissent les choix, les conduites et les modes de penser d'un sujet.

Mots-clefs: Supervision Clinique-Territoriale. Psychanalyse. Transmission. Attention Psychosociale. Politique De Santé Mentale.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998-2014)	62
Gráfico 2 - Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e região – RAPS.....	62
Gráfico 3 - Número de supervisões clínico-institucionais implantadas por ano, através de editais - Brasil - 2005-2011.....	88
Figura 1 - Mapa de distribuição dos CAPS, em suas diferentes modalidades, no Brasil, em 2002 e em 2014	65
Figura 2 - Curso circular da pulsão.....	130
Figura 3 - Os quatro discursos	153
Figura 4 - Termos e lugares do discurso	153
Figura 5 - Segunda tópica do aparelho psíquico	158

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1 - Número atualizado de CAPS por estado e indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes, segundo o Censo IBGE 2010 e a estimativa IBGE 2013.....	63
Tabela 2 - Número de supervisões clínico-institucionais implantadas por UF/ano, por meio de editais - Brasil - 2005-2011	89
Quadro 1 - Escolas de Supervisores apoiadas pelo Ministério da Saúde	89

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICO-CONCEITUAL DA CATEGORIA DE SUPERVISÃO	17
1.1	Os Caminhos da Supervisão em Psicanálise	17
1.1.1	<u>Na trilha de Freud</u>	17
1.1.2	<u>Na trilha de Lacan</u>	23
1.1.3	<u>O debate contemporâneo</u>	27
1.1.3.1	Valabrega e a análise quarta	29
1.1.3.2	O debate interno no campo da psicanálise lacaniana	35
2	A SUPERVISÃO, A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A FORMAÇÃO DE SEUS OPERADORES	50
2.1	A Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica	50
2.1.1	<u>Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): dispositivos estratégicos de mudança do modelo assistencial</u>	61
2.1.2	<u>Momento atual da Política de Saúde Mental</u>	66
2.2	A Supervisão e a Formação dos Operadores do Campo da Saúde Mental	71
3	A PSICANÁLISE, O COLETIVO E A SUPERVISÃO CLÍNICO-TERRITORIAL	91
3.1	O Coletivo desde Freud	92
3.1.1	<u>O Indivíduo no Processo Civilizatório</u>	92
3.1.2	<u>Psicologia de Grupo</u>	96
3.2	O Coletivo e o Inconsciente Transindividual	109
3.2.1	<u>O Sujeito</u>	112
3.2.2	<u>O Sujeito da Psicanálise</u>	118
3.2.2.1	Sexualidade, Libido e Pulsão	126
3.2.2.2	Narcisismo e a Teoria do Eu	131
3.2.2.2.1	O Estádio do Espelho	135
3.2.2.3	O Sujeito e o Outro	140
3.2.2.4	Necessidade, Demanda e Desejo	145
3.2.2.5	O Sujeito no Discurso Analítico	152

3.2.3	<u>O Inconsciente Público e Coletivo</u>	154
3.3	O Cartel: uma Prática Coletiva na Escola de Lacan	162
3.3.1	<u>Do Três ao Um, do Um-a-Um Entre Muitos</u>	168
3.3.2	<u>O Um</u>	171
3.4	Oury e as Práticas Coletivas	176
4	INFLEXÕES METODOLÓGICAS E PROPOSIÇÃO DA TESE	183
4.1	Do que Trata um Dispositivo	183
4.2	Ato Analítico, Fala e Acontecimento	188
4.3	Uma Proposta Psicanalítica: a Supervisão Clínico-Territorial – um Dispositivo de Transmissão e Formação de Equipes da Atenção Psicossocial	194
4.3.1	<u>Território</u>	195
4.4	Dos Procedimentos aos Princípios	207
4.4.1	<u>Da Experiência ao "Desejo do Supervisor"</u>	208
4.4.2	<u>Princípios para uma Clínica em Supervisão</u>	212
4.4.2.1	O Desejo do Analista	212
4.4.2.2	Transferência	217
4.4.2.3	A Escuta	234
4.4.2.4	Extimidade, um Princípio Lacaniano	238
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	244
	REFERÊNCIAS	248
	ANEXO A - De nossos antecessores	266
	ANEXO B - Carta dos supervisores de caps (Centro de Atendimento Psicossocial) da rede de saúde mental do município do rio de janeiro, endereçada aos trabalhadores de saúde mental e demais profissionais da saúde como também à gestão municipal de saúde e saúde mental	268

INTRODUÇÃO

O eixo temático em torno do qual se desenvolve esta tese, e seu ponto de partida, é a categoria de Supervisão Clínico-institucional, a concepção que esta categoria comporta e a práxis que ela engendra. Embora proposta pela Política Nacional de Saúde Mental, verifica-se que a supervisão clínico-institucional ainda não constitui uma prática amplamente exercida na rede de atenção psicossocial brasileira, não foi amplamente adotada pelas gestões locais. Mas, sobretudo, o seu aspecto mais proeminente no desenvolvimento desta tese é o fato de que seu instrumental teórico-metodológico encontra-se ainda em construção, ou, dizendo melhor, é da ordem da invenção. Trata-se de uma práxis em que nada se reduz ou identifica a qualquer forma de supervisão clínico-institucional (e menos ainda clínica e institucional, na qual esses dois atributos se disjuntam), razão pela qual adotamos o nome clínico-territorial, que se praticasse antes do advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da constituição do campo da atenção psicossocial. Sua invenção é, pois, recente e, sobretudo, produzida por esses movimentos clínico-político-sociais que mudaram o eixo histórico-assistencial da saúde mental no Brasil nos últimos 25 anos, e é sob essas condições que o tema se inscreve nesta tese.

Este trabalho teve origem nos impasses da minha vida profissional como psicanalista, na posição de coordenadora de saúde mental do Estado do Paraná. Ocasão em que pude constatar a insuficiência de profissionais qualificados para o ofício de supervisor clínico-institucional, bem como a falta de instrumental teórico-metodológico sobre o tema.

Nossa proposta neste estudo foi tomar a supervisão como categoria articulável no campo da psicanálise, compreendendo-a como dispositivo clínico de transmissão, que promove efeitos na "formação" dos operadores no campo da saúde mental – estes apreendidos na sua ação que funciona na lógica de certa modalidade do coletivo regido pelo um-a-um-em-muitos e não na lógica dos grupos – a partir de atos nela praticados (intervenções faladas, atos propriamente ditos, interrogações, interpelações e outros).

Esta tese pretende dar sustentação à demonstração de que a supervisão clínica preconizada pela política pública de saúde mental ancora-se em princípios teóricos que norteiam a práxis psicanalítica; sua fundamentação teórico-clínica alicerça-se na obra de Freud. Dos diferentes desdobramentos que a obra de Freud conheceu no tempo histórico do movimento psicanalítico, é no ensino de Lacan que encontramos os melhores fundamentos para este estudo.

A supervisão clínico-territorial é considerada por nós uma prática psicanalítica que integra os dispositivos do que Lacan denominou *psicanálise em extensão*. No entanto, ela não se restringe ao plano do ensino, da transmissão e da "presentificação da psicanálise no mundo", tarefa *princeps* da Escola proposta por Lacan, e guarda, com a psicanálise dita *em intensão*, isto é, a experiência psicanalítica como tal, que se desenvolve entre psicanalista e psicanalisante, uma forte homologia. No caso da supervisão clínico-territorial de que se trata na presente tese, a dimensão do coletivo implica um lugar que denominaremos *dobradiça* entre psicanálise em intensão e psicanálise em extensão.

Na supervisão Clínico-territorial, deve-se considerar o sujeito e o contexto institucional – o serviço, a rede, a gestão e a política pública –, ou, dizendo de outro modo, a clínica da política e a dimensão política da clínica.

O dispositivo analítico da supervisão clínico-territorial implica um *modo de fazer* num *espaço coletivo de dizer* sustentado por uma prática clínica de escuta das equipes de saúde mental. Essa prática é pautada por uma ética que leva em conta a experiência singular e o desejo de cada um e procura fazer o reconhecimento das determinações inconscientes que regem as escolhas, condutas e modos de pensar de um sujeito.

Iniciamos o primeiro capítulo com uma caracterização histórico-conceitual da categoria supervisão desde sua origem na psicanálise e seguimos com as políticas de saúde mental brasileiras para elucidar os planos em que a supervisão se situa.

Nossas análises em relação à transmissão, formação e condições da prática e o objetivo da supervisão, nos levam a entender que ela não pode ser regulada por uma lógica puramente técnico-administrativa, que na atualidade tem dominado o Sistema Único de Saúde, que tem feito com que a cada dia mais ele se distancie dos princípios em que foi originalmente constituído, haja vista que hoje está mais coerente com o movimento geral de racionalização da sociedade, que tende a

desconsiderar o sujeito. A psicanálise por sua vez é irreduzível a todo e qualquer saber instituído e rege-se pelos princípios teórico, metodológico e o ético-clínico que procuramos evidenciar nessa tese, pois são fundamentais para supervisão clínico-territorial por nós proposta.

1 CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICO-CONCEITUAL DA CATEGORIA DE SUPERVISÃO

1.1 Os Caminhos da Supervisão em Psicanálise

1.1.1 Na trilha de Freud

Ao buscarmos na história da psicanálise o conjunto de fatos e elementos que constituíram e deram visibilidade ao tema da supervisão, constatamos que ela situa-se como prática desde o seu início e está intimamente ligada à questão da transmissão da psicanálise, mais precisamente da formação de psicanalistas.

A origem dessa prática parece ter se dado nas reuniões da *Société Psychologique du Mercredi*, que, como o próprio nome revela, ocorriam às quartas-feiras, na casa de Freud. Nessas ocasiões os discípulos de Freud, os primeiros analistas, vinham até ele porque sentiam a necessidade de compartilhar os casos e obter dele orientação quanto à direção do tratamento. No ano de 1907, a Sociedade era composta de 22 membros, e entre eles, Karl Abraham, Max Eitingon, Carl Jung e Otto Rank; em 1908, o grupo incluía A. A. Brill, Sándor Ferenczi, Ernest Jones e Victor Tausk. Reconhece-se na Sociedade das Quartas-feiras o embrião do que posteriormente viria a se transformar nas Sociedades Psicanalíticas.

Para Mijolla (1992), a prática de "relato de caso" passa por contínuas transformações no desenvolvimento da psicanálise e no percurso de sua história. Seus comentários acerca de diferentes experiências evidenciam a relação dos personagens que encarnam e se alternam nas posições de psicanalista-supervisor e na de aluno-supervisionado.

Os relatos de Mijolla têm início na clínica do Dr. Josef Breuer, renomado médico vienense, quando este expõe ao seu aluno Freud o caso de Bertha Pappenheim e o desenvolvimento de um tratamento que não ocorria a seu favor. Mijolla (1992, p.116) entende que "mais do que o prazer de expor uma de suas observações médicas que fazem os iniciantes refletirem", o mestre estaria demonstrando que esses

intercâmbios "os conduzem a apreender daí alguma lição para sua própria prática". É interessante observar que é o próprio Breuer, quatorze anos mais velho que Freud e que o apadrinhou na sua apresentação à comunidade médica de Viena (em situações na verdade bastante difíceis para Freud), que está na posição de quem demanda a Freud o que seria o protótipo de uma supervisão.

Essa situação, datada de 1883, daria lugar ao que conhecemos como "supervisão original" que, bastante significativamente, trata, como vemos, do caso da jovem Anna O.

Naquele contexto, a supervisão clínica era uma necessidade latente para a prática analítica. É o que podemos verificar com o caso do "pequeno Hans". Herbert Graf, o "pequeno Hans", que tinha como principal sintoma a fobia de cavalos, era "analisado" pelo seu pai, Max Graf, membro fundador da "Sociedade Psicanalítica de Viena". O "pai-analista-em-formação" levava regularmente a Freud o desenvolvimento da análise de seu filho. Embora Freud tenha conversado com o menino apenas uma vez durante o tratamento, foi ele quem apresentou as linhas gerais desse processo. No caso do "pequeno Hans" Freud exerceu a função de supervisor de seu aluno Max Graf. É interessante observar que, neste caso singularíssimo (muitas vezes tomado como o primeiro caso de supervisão da história da psicanálise, a despeito do que dissemos acima, acompanhando Mijolla, concernindo a "supervisão" de Breuer com Freud sobre o caso de Anna O.), o fato de que o supervisionando tenha sido o próprio pai de Hans, o que o coloca na insustentável posição de "analista" de seu filho, só poderia resultar em uma espécie de antianálise: para Hans, seu pai, em vez de intervir desde a posição paterna, da qual, como bem nos mostrará Lacan posteriormente, a sua fobia expressava a mais aguda carência, estava em posição de submissão a um outro "pai", *Herr Professor* Freud, o que só reafirmava sua insuficiência paterna. Isso escapava, evidentemente, aos olhos de Freud, preocupado com a psicanálise mais do que com a análise da criança. Hans produziu o que Lacan chamou de heterossexualidade ortopédica, o que, se não pode ser inteiramente explicado por esta desastrosa (para ele) situação clínica, não é sem relação com ela, e, aos 19 anos, ao se reencontrar com Freud, afirma nada se recordar quanto a ter tido qualquer encontro com ele. O recalque funcionou muito bem como barreira de proteção quanto a esta pseudoanálise.

Já o episódio vivido pelo psicanalista vienense Hans Sachs é elucidativo não só para explicar a necessidade de supervisão, mas também para mostrar que deveriam haver espaços diferenciados para a análise e a supervisão clínica. E essa distinção deu-se pela experiência de Sachs com um grupo de iniciantes que saiu de Berlin para se submeter à análise de formação com ele. No decorrer dessas sessões, os analisandos começaram a receber pacientes e com frequência demandavam seus casos em atendimento ao analista. Essa experiência permitiu que Sachs delimitasse o espaço da supervisão e o da análise didática (SAFOUAN, 1985).

As cartas de Freud são igualmente importantes para apreender o tema da supervisão. Em sua correspondência, podemos acompanhar sua reflexão teórica sobre a construção da teoria psicanalítica e, por extensão, sua conexão com a prática da supervisão e a relação da transmissão em geral.

Costa e Coutinho Jorge (2005, p.246) e Fontenele (2006, p.265) consideram que foi Edoardo Weiss o primeiro supervisionando de Freud. Weiss foi o responsável pelas primeiras traduções dos textos de Freud em italiano e introdutor da psicanálise na Itália. Jorge relata que Weiss conheceu Freud em 1908 e, algum tempo depois, iniciou uma correspondência com ele que só seria interrompida na época em que Freud, já no fim da vida, perseguido por Adolfo Hitler durante a Segunda Guerra Mundial, deixa Viena para se exilar em Londres e Weiss é igualmente obrigado a abandonar Roma. Nessa correspondência

transparece com grande intensidade a atmosfera em que se desenrolavam as experiências dos primeiros analistas e suas trocas com o mestre vienense, sugestões de Freud em relação à condução de um tratamento, à interrupção de outro, à necessidade de uma conversa com os pais do paciente ou, ainda, uma advertência contra a 'ambição terapêutica' (FREUD; WEISS, 1979, p.59 *apud* COSTA; COUTINHO JORGE, 2005, p.264).

Também é significativa a correspondência de Freud com Karl Abraham e Lou-Andreas Salomé. Sobre o teor dessas cartas, Coutinho Jorge destaca a advertência feita por Maud Mannoni (2006, p.246), "seus conselhos sempre remetiam o interlocutor a uma dimensão analítica, tanto que ele lembrava frequentemente a nocividade de qualquer obstinação terapêutica".

A gênese da prática de supervisão pode igualmente ser encontrada na correspondência de Freud com Fliess¹. Freud conheceu Fliess um pouco antes de seu casamento e a primeira carta de Freud a Fliess é de 28 de junho de 1892. Essa correspondência (1887-1902), que teve a duração de 15 anos, reflete a fecundidade teórico-clínica dessa relação no desenvolvimento da psicanálise. A esse respeito, Schröter (1989, p.123) afirma: "três grandes novidades caracterizam sua colaboração com Fliess: uma modificação da técnica, uma extensão do domínio das pesquisas a todas as neuroses e a investigação de sua etiologia sexual." Assim, o diálogo entre Freud e Fliess versou essencialmente sobre a neurastenia e a teoria sexual.

Esse relacionamento coincidiu com a experiência de paternidade de Freud, momento propício no desenvolvimento da "autoanálise" e para a idealização de Fliess. Nesse sentido, Jones constata que, além de Fliess, Freud idealizava mais cinco homens em sua vida – Brucke, Meynert, Leischel, Charcot e Breuer. A idealização de Fliess ocorre antes do "sonho de Irma (1895)" e precedeu sua autoanálise.

Em 1901, Freud enviou à supervisão de Fliess o texto "Fragmento da análise de um caso de histeria", a partir daí o texto foi revisado e quatro anos depois publicado por Freud, tornando-se conhecido como o célebre caso Dora (RABAIN, 1992, p.84).

Pelo exposto, podemos afirmar que a procura por supervisão ocorria em função da necessidade de o analista compartilhar com outro mais experiente as dificuldades e os percalços encontrados na condução do tratamento, com vistas a tentar superá-los. Porém, o termo foi introduzido por Freud somente em 1919, no texto "Sobre o ensino da psicanálise nas universidades" (1919 [1918]/1980, p.217).

[...] o psicanalista pode prescindir completamente da universidade sem qualquer prejuízo para si mesmo. Porque o que ele necessita, em matéria de teoria, pode ser obtido na literatura especializada e, avançando ainda mais, nos encontros científicos das sociedades psicanalíticas, bem como no contato pessoal com os membros mais experimentados dessas sociedades. No que diz respeito à experiência prática, além do que se adquire com sua análise pessoal, pode consegui-la ao levar a cabo os tratamentos, uma vez que consiga supervisão e orientação de psicanalistas reconhecidos.

¹ Cartas de Fliess – Foram conservadas graças a princesa Marie Bonaparte que as comprou em 1936, de um escritor e vendedor de objetos de arte, chamado Stahl que as havia recebido da viúva de Fliess em 1936. Essas cartas continham informações inestimáveis sobre a pré-história da psicanálise e a autoanálise de Freud. O manuscrito com as cartas foi publicado em 1950. Uma edição completa foi publicada em português pela editora Imago Rio 1986 sob o título *A Correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904*.

Estabelecia, assim, o clássico tripé da formação de analista: a análise, estudos teóricos e supervisão.

Nesse ponto é oportuno que façamos uma breve elucidação sobre os termos supervisão e controle.

Seguindo-se o pensamento freudiano, no período de 1919 a 1925, os termos 'supervisão' e 'controle' não apresentavam uma distinção funcional. O termo *kontrollanalyse* foi empregado por Freud pela primeira vez em artigo redigido em húngaro, em 1919 ("Sobre o ensino da psicanálise nas universidades"), para demonstrar a necessidade de o futuro praticante contar com a orientação de um psicanalista mais experiente que o auxiliasse a conduzir suas análises terapêuticas.

De qualquer maneira, ambos os termos designavam "uma psicanálise conduzida com um paciente por um psicanalista que, por sua vez, encontra-se em análise didática e que concorda em ser supervisionado ou controlado, isto é, em prestar contas dessa psicanálise a outro psicanalista" (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.478).

A IPA (*International Psychoanalytical Association*, fundada no Congresso de Nuremberg na Alemanha, em 30 de março de 1910, congregava grupos psicanalíticos de diferentes países, na esteira da Sociedade Psicológica das Quartas-feiras (1902-1908), sistematizou a prática da supervisão e tornou-a obrigatória para todas as sociedades psicanalíticas. Tal obrigatoriedade foi estabelecida em 1925, no Congresso de Bad-Homburg, presidido por Max Eitingon.

Entendemos oportuno resgatar aqui, de maneira sucinta, a abrangência e a forma de atuação da IPA. Entre 1910 e 1925, ela foi apenas um organismo de coordenação dos diferentes grupos locais que gozavam de grande autonomia no que concerne à formação dos psicanalistas. Roudinesco descreve que entre 1925 e 1933, ao ser instaurada a obrigatoriedade da análise didática e da supervisão, a IPA mudou radicalmente de feição e transformou-se numa organização centralizada, dotada de regras de formação e admissão a fim de normatizar as análise e afastar da formação os analistas "selvagens" ou transgressores, "considerados psicóticos demais, gurus demais ou feiticeiros demais para terem o direito de clinicar". Também forma proibidas todas as práticas consideradas "incestuosas": proibição de o analista analisar os membros de sua família e os de uma mesma família, e de manter relações sexuais com pacientes, qualquer que fosse a sua forma. De pretensão legitimista, a IPA se baseia, portanto, em Freud e na psicanálise. Mas aceita em seu interior todas

as divergências doutrinárias e todas as correntes que se alicerçam no freudismo. Em contrapartida, proíbe a violação das regras técnicas, que se caracterizam basicamente pela obrigatoriedade de que todo candidato se submeta a uma análise, cuja, periodicidade, duração e didática responsável são controlados e determinados por comissões e por um sistema de padronização mundial: a duração das sessões é fixada em 50 minutos, o número de sessões em quatro por semana, e o número de supervisões (além da análise didática) em duas (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.385-387).

Retomando as observações acerca dos termos, temos que a palavra 'controle' impôs-se em alemão, inicialmente, e, mais tarde, em francês e em espanhol, sob a influência de Jacques Lacan. Já 'supervisão' se impôs nos países anglófonos e nas sociedades psicanalíticas pertencentes à IPA, sendo, então, substituída a palavra alemã. No Brasil, também se usam "controle" e "análise de controle".

Quanto à preponderância de um ou outro termo, Roudinesco (1988, p.474) traz:

Sob a influência progressiva da poderosa American Psychoanalytical Association (ApsaA), o termo supervisão, por volta de 1960, substituiu o vocábulo "controle", que foi resgatado na França*, por Jacques Lacan e adotado de um modo geral pelo movimento lacaniano. Note-se que o termo inglês *control* tal como os termos francês e alemão, coloca a ênfase na idéia de dirigir e dominar, ao passo que a palavra *supervision* remete a uma atitude não diretiva, inspirada nos métodos da terapia de grupo. Há, pois, uma diferença entre a terminologia lacaniana (que reintegra na análise de controle um certo dirigismo interpretativo, a ponto de fazer dela uma espécie de segunda análise) e a terminologia adotada pela IPA (que presume que a supervisão não é da mesma natureza da análise pessoal ou da análise didática). Todas as correntes do freudismo (annafreudismo*, kleinismo*, lacanismo*, Ego Psychology*, Self Psychology*) admitem como norma a necessidade de o futuro psicanalista complementar sua análise didática através de pelo menos uma supervisão, em geral conduzida por outro psicanalista que não o didata. Entretanto, as modalidades desse processo são diferentes, conforme essas correntes pertençam ou não à IPA.

Lacan criticou a utilização do termo controle no texto *Função do campo da fala e da linguagem*, proferido no Congresso de Roma em 1953, considerando-o "sinistro".

Se o supervisionando pudesse ser posto pelo supervisor numa posição subjetiva diferente da implicada pelo sinistro termo controle (vantajosamente substituído, mas apenas na língua inglesa por *supervision*) o melhor fruto que extrairia desse exercício seria a aprender a se manter, ele mesmo, na posição de subjetividade secundária em que a situação coloca imediatamente o supervisor (LACAN, 1953/1998, p.254).

Na língua portuguesa utiliza-se o termo supervisão, que também pode ser passível de crítica, uma vez que mantém a ideia de uma *super-visão*, privilegiando a clínica do olhar em detrimento da clínica assentada na escuta. Essa clínica, da escuta, estava no cerne da teoria freudiana, visto que ela renunciava à observação direta do paciente e interpretava os sintomas em função de uma escuta da fala inconsciente.

Neste estudo, optamos pelo termo 'supervisão' por entender que na língua portuguesa ele contempla o sentido dado por Lacan (de uma 'análise de controle'), e não alude às acepções sugeridas pela palavra 'controle', tais como: vigilância, normatização, obrigatoriedade.

1.1.2 Na trilha de Lacan

Ainda que este trabalho não tenha a intenção de centrar-se em toda a trajetória teórico-clínica de Lacan, entendemos imprescindível abordar alguns pontos de seu percurso, em específico quanto à formação do analista e às transformações que ele provocou no meio analítico para chegarmos ao debate acerca da supervisão.

Com efeito, Jacques Lacan foi o indutor das duas cisões por que passou o movimento psicanalítico francês em 1953 e 1963-64. Para Roudinesco (1988, p.10), esses embates giraram em torno da condução que a psicanálise anglo-americana, seguindo os ditames da IPA, estava dando ao ensino freudiano – extremamente pragmática, privilegiando a consciência e trabalhando numa perspectiva de adaptar os sujeitos à sociedade. Como reação, Lacan defende a retomada da primazia do inconsciente inerente à doutrina freudiana.

O aprofundamento dessas cisões iria refletir, como assinala Roudinesco (1988), em divergências também no modo de implantação do freudismo na Europa e no Novo Mundo, resultando em três correntes (Culturalismo, Escola de Chicago, Psicologia do eu), porém, com um ponto em comum "uma definição de eu que é estranha à concepção freudiana do sujeito e centrada na prevalência do indivíduo" (ROUDINESCO, 1988, p.185).

Já a psicanálise francesa, com Lacan, propõe outra leitura da teoria freudiana, dando lugar e estatuto ao "sujeito do inconsciente", que se encontrava no pensamento do criador da psicanálise. Instaurava-se, assim, o que viria a ser difundido como movimento lacaniano.

Em 1964, ao fundar a *Escola Francesa de Psicanálise* (EFP)², Lacan aboliu a clássica distinção entre análise pessoal (ou terapêutica) e análise didática, e desobrigou os candidatos a se submeterem à lista de titulares definida pelas sociedades psicanalíticas afiliadas à IPA. Aliás, a contestação dos padrões de acesso à análise didática, determinados em 1925, no congresso da *International Psychoanalytical Association* (IPA) de Bad-Homburg, foi uma das questões cruciais para Lacan desde os anos 50.

Para Lacan, a análise só pode revelar-se didática *a posteriori*, uma vez que somente a experiência pode validá-la. Com essa premissa, Lacan retoma algumas questões essenciais para o pensamento freudiano: por que alguém se torna psicanalista? Como acontece isso?

Na Escola de Lacan, a prática de supervisão se dá em função do *desejo de analista* (categoria complexa, que exige um desenvolvimento conceitual capaz de introduzi-la, razão pela qual o abordaremos mais adiante nessa tese), e que está relacionada a um princípio, como Lacan o denomina: "o analista só se autoriza por si mesmo", formulado na *Proposição 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*³, que Lacan redige três anos depois da fundação da Escola, em 1964, em cuja *Ata de fundação*, que propõe um modo de funcionamento para essa Escola, pode-se constatar a indicação de que a demanda por supervisão seja posterior à análise ou coincidente com ela. Em contraposição ao funcionamento hierárquico vertical da IPA, a escola lacaniana pretende um funcionamento firmado sob a égide da experiência, ou seja, dos que nela se engajam.

Esse documento registra ainda que a escola se organiza em três seções: 1) *Seção de psicanálise pura* (práxis e doutrina); 2) *Seção de psicanálise aplicada*

² *Ata de fundação da Escola Francesa de Psicanálise - École Française de Psychanalyse (EFP)* datada em 21 de junho 1964 – que mais tarde passou a chamar-se *École Freudienne de Paris*, conservando a mesma sigla, EFP.

³ *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola*. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.243-264. fundou a escola Freudiana de paris "em sua ata de

(terapêutica e clínica médica); e 3) Seção de recenseamento do campo freudiano (atualização dos princípios do campo psicanalítico, articulação com as ciências afins, ética). É na seção de psicanálise pura que Lacan coloca a supervisão dos psicanalistas em formação, e diz que ela não é nada além do que a psicanálise didática, mas que, à diferença da IPA, só pode ser "didática" "pelo querer do sujeito" e não por uma imposição institucional. "É no interior desse problema e como um caso particular que deve situar-se o problema da entrada em supervisão. Prelúdio para que se defina esse caso com base em critérios outros que não a impressão de todos e o preconceito de cada um." (LACAN, 1964/2003, p.236).

Podemos verificar o que Lacan entendia por análise didática, quando este precisa, em sua nota anexa ao *Ato de fundação de 1964*, que "um psicanalista é didata por ter feito uma ou mais psicanálises que se tenham revelado didáticas" (LACAN, 1964/2003, p.239) e esta será realizada com analista da própria escolha do analisante.

Esta é a lógica contida na *Proposição de 9 de Outubro de 1967*, na qual Lacan (1967/2003, p.251) propõe a substituição do famoso tripé freudiano – análise pessoal, estudo teórico e supervisão – por uma dualidade dobradiça que articula dois campos, o da intensão e o da extensão. Campos de tensão pré-fixados, cada um com as partículas de sentido opositivo in e ex, para dentro e para fora do próprio campo do sujeito. A extensão – tensão para fora, para a presentificação da psicanálise no mundo – deve seguir a mesma lógica da intensão – tensão interna à experiência psicanalítica, que se desenrola entre o analista e o sujeito.

Considerando que a supervisão está na interseção dessa dualidade, iremos retomar esse tema no decorrer do trabalho para tratá-lo com mais propriedade.

Em *9 de outubro de 1967*, ao fundar sua Escola, após uma crise na EFP, Lacan proferiu um discurso notável e formalizou a noção de passe pretendendo "fundamentar, numa condição suficientemente duradoura para ser submetido a experiência, as garantias com que nossa Escola poderá autorizar por sua formação o psicanalista – e, portanto, responder por ele" (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.576). *Passe* foi o termo usado por Lacan para definir o processo em que o analisante passa a analista. Similar a um rito de passagem, o analista após o término de uma

abertura lacan escreveu sobre a causa analítica, um retorno ao sentido da obra de Freud e, principalmente teceu consideráveis críticas ao modelo de formação da IPA.

análise deveria dar testemunho, diante de um júri credenciado, daquilo que ocorreu em sua análise e do seu desejo de tornar-se analista. Ainda sobre esse processo, Roudinesco e Plon (1998, p.576) explicam:

Lacan denominou de 'queda do sujeito suposto saber' a situação de fim de análise pela qual o analista fica na posição de 'resto' ou de objeto (pequeno) a^* , depois de ter sido investido, ao longo de toda a análise, de uma onipotência imaginária ou 'suposto saber'.

Assim, a questão do término da análise, que já inquietava Freud, é retomada por Lacan, mas agora como objeto teórico que precisava ser trabalhado.

A proposição do *pas*se suscitou controvérsias, especialmente foram questionados os riscos da permissividade e perigos de um mecanismo que possibilitasse a qualquer analisando postular o título de analista da escola (AE). Se a proposta de Lacan – colocada em votação em 6 de dezembro de 1967 – entusiasmou a maioria de psicanalistas franceses da quarta e quinta geração, também provocou a dissidência de três de seus discípulos: Piera Aulagnier, François Perrier e Jean-Paul Valabrega, que fundaram a *Organisation Psychanalytique de Langue Française* (OPLF). Jean-Paul Valabrega tinha como preocupação teorizar a supervisão e o fez denominando-a "análise quarta".

O exposto até este ponto nos mostra que a supervisão em psicanálise se inscreve no âmbito da transmissão. Mas o que significa transmissão na psicanálise? Este é um termo que necessita de definição precisa visto que ele se encontra no âmago do que podemos chamar de formação de analista/supervisor.

Na linguagem corrente, o termo transmissão comporta diversas acepções. Proveniente do latim, *transmissio*, *onis*, 'trajeto', 'passagem', pode designar o ato ou efeito de 'transmitir-se'; 'transferência' (de coisa, direito ou obrigação), entre outros significados. Note-se que o fragmento *missão* tem a ver com *mitio*, o mesmo que se encontra em *emissão*, *submissão*, *admissão*, *remissão* – e, no limite, com o verbo *meter*, e o prefixo *trans* com a ideia de *através de*. Essas acepções implicam referência a um transmissor, a um objeto transmitido e a um receptor.

Na psicanálise o termo transmissão não se refere à transmissão de conteúdos, de aprendizagem de modelos, e outros ensinamentos; trata-se da transmissão preconizada por Freud, ou seja, de uma transmissão da ordem do inconsciente. Esta é a razão pela qual se fala que o lugar privilegiado da transmissão é o da análise, e,

da mesma forma, toda a análise que se preze seria, em princípio, uma experiência de transmissão do inconsciente na direção divã-poltrona – e não o inverso – determinada, no entanto, pela operação do psicanalista, que estabelece as condições para isso. Disso também decorre o fato de que toda análise é uma experiência que tem como resultado produzir um analista.

Todo o percurso dos escritos de Freud e Lacan sobre a transmissão implica considerar a verdadeira revolução ocorrida no campo do saber em sua relação com a verdade. Isto porque, a partir de Freud, o campo de saber de que se trata não é o do saber consciente. O saber de que trata a psicanálise é o saber inconsciente. Porém, "o acesso a esse saber (*inconsciente*) exige um trabalho (o trabalho analítico), que se realiza por meio de um método (*o método da psicanálise*) e estabelece um *dispositivo* (*o analítico*) e requer uma *função operante* (*o psicanalista*)" (ELIA, 2004, p.8-9).

A trilha aberta por Freud com a introdução da regra fundamental (associação livre) dando primazia à fala em seu método analítico não tem outro sentido para Lacan a não ser que *o inconsciente é linguagem*, porque no seu entendimento "o pensamento só funda o ser ao se vincular à fala onde toda a operação toca na essência da linguagem" (LACAN, 1965/1998, p.879) Tem-se, assim, que a transmissão se opera no nível de uma elaboração simbólica, isto é, na qual a linguagem, como estrutura significante, prepondera sobre o pensamento e seus conteúdos significativos que seriam transmitidos.

Disso resulta uma questão essencial: aquilo que se transmite não se ensina. É nesse sentido que a psicanálise tem seu modo próprio de *transmissão*, e cujo termo designa o próprio ato de seu ensino. Essa transmissão se dá essencialmente por meio da experiência analítica (análise pessoal), da supervisão e do conhecimento adquirido pelos estudos teóricos. E esses elementos continuam permeando o debate contemporâneo. Pode-se assim dizer que a transmissão se funda precisamente no ponto de impossibilidade do ensino do ofício de psicanalista.

1.1.3 O debate contemporâneo

No debate contemporâneo a respeito da supervisão, permanecem problemas de ordem institucional, ou seja, da formação de analistas e suas instituições, mas

sobressaem os problemas relacionados à prática do psicanalista. E são estes problemas ligados à *práxis* que pretendemos abordar a seguir. *Práxis* é um termo marxista que modifica e complexifica a ideia de uma mera *prática*, dando-lhe um caráter dialético. Trata-se, portanto, de uma prática humana enodada pela dimensão simbólica e inexoravelmente concernida ao campo da linguagem. Lacan usa esse termo para designar a prática psicanalítica, por ser algo que "trata o real pelo simbólico".

Porém não devemos confundir a *práxis* com a psicanálise aplicada, pois a referência é outra. A psicanálise aplicada faz parte da dualidade (psicanálise pura X psicanálise aplicada) que Lacan formulou no *Ato de Fundação da Escola Freudiana de Paris*, 1964, e na qual a psicanálise aplicada tem a ver com a clínica, mas não exatamente com a formação do psicanalista e a experiência analítica propriamente dita – *stricto sensu* – que forma o analista. A supervisão, a escola, a autorização, o passe, a garantia etc., fazem parte da psicanálise pura e não da aplicada.

Para isso, propomo-nos a intermediar o debate trazendo as falas de alguns autores que dão visibilidade à questão da supervisão.

Ao buscar na literatura atual os principais pontos do debate contemporâneo observa-se que eles buscam refletir sobre as seguintes questões: Quais são os protagonistas na situação de supervisão? Qual o lugar da supervisão na formação do psicanalista? Na formação do analista, a supervisão deve ser exigível, recomendável, ou dispensável? Como se dá a escolha do supervisor? Qual a função do supervisor? Qual a posição do supervisor no dispositivo? Qual a finalidade da supervisão? Quais os efeitos do ato clínico praticado em supervisão? Que efeitos a supervisão produz: no analista, no analisando? Supervisão com o próprio psicanalista ou com outro? Como opera a transferência na supervisão? O que se demanda em supervisão? Qual a especificidade da prática de supervisão?

Miller (2003) observa que não existiam entre os analistas do Campo Lacaniano muitos trabalhos, ou mesmo grandes reflexões teóricas sobre supervisão; em contrapartida, a IPA tinha uma bibliografia substancial e cita como exemplo o livro de Wallerstein Eckstein (1959). *The teaching and learning of psychoanalysis*; o tratado de Benedeck Fleming (1966) *Psychoanalytic supervision*, que de tempos e tempos é reeditado, e *Psychoanalytic Quarterly*, sobre *Psychoanalytic supervision* de analistas do Instituto de Chicago.

1.1.3.1 Valabrega e a análise quarta

Se Lacan pouco se ocupou com o tema específico da supervisão, não foi o que ocorreu com Jean-Paul Valabrega, seu analisando por sete anos e um dos dissidentes da escola lacaniana, por discordar da ideia de *passe* de Lacan. Dedicou-se a elaborar uma teoria da supervisão, por ele designada "análise quarta", cuja proposição justificou por duas razões: pelo que diz respeito ao inconsciente e por considerar uma estrutura ternária, "que é necessária à apreensão da 'matéria' inconsciente, à constituição e à manutenção do campo analítico" (1992a, p.46). Na relação analítica, essa estrutura *trinitária* compreende "um conjunto de três termos: transferência, contratransferência, transferido, e como o campo onde estes três fatores se atualizam e se interferem" (1992b, p.166). Propõe o termo "análise quarta" no lugar de controle, considerando que a dimensão terceira já está presente na díade analisante-analista, e que o supervisor aparece como o quarto elemento: o primeiro seria o analisante; o segundo, o analista; o terceiro seria o analista do analista; e o quarto, portanto, o supervisor.

Na conceituação de Valabrega (1992b, p.163):

As análises quartas têm a função de obter uma abertura sobre a prática do candidato e ajudá-lo a marcar os pontos de contato e de interferência de sua prática com sua própria análise. Por isso mesmo, elas abrem uma janela sobre o terceiro referencial, a saber, sobre a prática do analista do candidato; sobre o que o candidato reteve desta prática, sobre o que ele lhe deve, e que o faz dependente, em uma palavra, sobre o que ele faz em sua informação.

Assim, sua pretensão era atribuir à supervisão um caráter genuinamente analítico, "sem dissociar suas vias essenciais do contínuo processo analítico formador", ao invés de dar ênfase à "prova da supervisão". Da análise, ela mantém a prática de sessões regulares por período não determinado, porém contínuo. Em contrapartida, a análise quarta difere da análise por não operar a interpretação do mesmo modo e ocorrer com outro analista que não o analista do supervisionando.

Nos termos de Valabrega (*apud* ROUDINESCO, 1988, p.509):

A Análise Quarta – que é, como se vê, uma coisa inteiramente diversa da 'supervisão clássica' – poder-se-ia dizer formadora na exata medida em

que, exercendo-se simultaneamente nos quatro pontos de referência, atribuiria necessariamente um privilégio à análise das zonas de surdez, às inclinações tendenciosas, e por isso mesmo conseguiria demarcar e situar as transferências inconscientes que circulam entre os quatro referenciais.

Portanto, existe para Valabrega (1992b) uma impossibilidade de a supervisão ser praticada pelo próprio analista, como fazia Lacan da EFP. Na supervisão, a situação analítica é preservada na medida em que torna possível ao analista ocupar o lugar de terceiro, o terceiro ausente; ou seja, o simbólico, e é exatamente nesse lugar, localizado entre o 2 e o 4, que a supervisão busca se estabelecer. Portanto, para esse autor, a supervisão diz respeito à análise das relações transferenciais e sobre a interpretação desde sua formulação e seus efeitos.

Maud Mannoni, supervionanda de Lacan e sua fiel seguidora – ao contrário do dissidente Valabrega –, inscreve os analistas em duas linhas quanto às orientações. Os que seguem a orientação húngara, que visa primordialmente à análise da contratransferência do candidato, sendo a supervisão conduzida pelo analista didata do candidato, e aqueles que se orientam pelas posições assumidas no instituto de Berlim, a supervisão-controle, em que o supervisor exerce a função de vigilância e julga-se responsável pelo paciente. A psicanalista belga adota a orientação da Sociedade Psicanalítica de Berlim, em que a supervisão se faz com um psicanalista distinto daquele do divã. Diz se aproximar da posição de Conrad Stein e considera que:

um supervisor não é eficaz a não ser que ele se mantenha contido e não em competição com o analista do paciente. 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. Se não é este o caso, ou a supervisão chega a introduzir uma dimensão que falta à análise do candidato e consegue reintroduzir como referência a experiência do inconsciente (o candidato chegando a se situar na cena), ou não resta outra solução que não a de incentivar o candidato a empreender outro período de análise (MANNONI, 1992, p.38).

Acompanhando Freud em suas reflexões sobre a formação do analista, Maud Mannoni (1992, p.38-39) lembra que não é suficiente ter sido analisado para tornar-se analista. A noção de formação, *Ausbildung*, de Freud, afasta-se da noção de modelo e se aproxima da ideia de uma interrogação, de uma crítica de si (em relação ao trabalho empreendido com um paciente). Diz, ainda, Mannoni que aí reside a

possibilidade de o sujeito não ficar preso a um só mestre, pois é dessa maneira que se formarão analistas e não discípulos.

Consideramos que o ponto principal dessa questão não concerne ao fato de o analista praticante realizar a supervisão com o seu próprio analista ou outro. Na verdade, o que deve ser levado em conta são as reais demandas do supervisionando em relação a sua própria análise e a seus efeitos. Analisada esta condição e entendendo que a supervisão e a análise regem-se por princípios comuns, mas que têm características diferenciadas, nossa opinião é que as sessões de supervisão devem ocorrer em sessões distintas da análise. Nesse quesito acompanhamos a posição de Françoise Dolto, que, como poderá ser visto mais adiante, considerava um desperdício utilizar as sessões de análise para falar dos próprios pacientes.

Victor Smirnoff, médico, analisando de Lacan, integrante da terceira geração de psicanalistas franceses, compreendia a supervisão como uma oportunidade especial para o questionamento do analista quanto as suas transferências, sua prática, sua teoria e a si mesmo. Assim como a análise pessoal, Smirnoff considera a supervisão uma exigência na formação analítica; trata-se de um dispositivo reservado a um trabalho regular, com periodicidade semanal contínua, e visa abranger as dificuldades e os impasses da prática do analista. Para ele, "a transmissão da análise passa por portas múltiplas e muitas vezes estreitas", e "as supervisões têm nela um lugar preponderante", tanto por seu valor "pedagógico" quanto por permitir descolar-se das imagos muito restritivas. As supervisões, então, podem funcionar como "espelhos múltiplos onde se desvelam nossas identificações", permitindo desfazer o laço transferencial. Daí porque "É preciso esperar que ao fim do percurso cada um possa encontrar seu próprio estilo." (SMIRNOFF, 1992b, p.148-149). Diz ainda que a prática da supervisão pode ter um sentido diferente para cada supervisor, segundo o "supervisionado" que ele tem diante de si e mesmo segundo o "caso de supervisão", que podem ser considerados "bons" ou "maus" casos e referir-se tanto a pacientes "fáceis" como "difíceis". Lembra, contudo, que como não há uma teoria da supervisão – tal como existe uma teoria do tratamento – o que se pode dizer é de ordem pragmática. Discorrer sobre o que concerne a supervisão é tarefa complexa, dada a multiplicidade de pessoas nela implicadas – o paciente, o supervisor, o analista do paciente, o analista do analista – e pelo espaço de fantasia que envolve e infiltra a

situação" (SMIRNNOF, 1992a, p.103). Por tais razões, Smirnnof alerta que estamos distantes de ter clareza quanto ao que ocorre na situação da supervisão.

Conrad Stein, membro da Sociedade Psicanalítica de Paris, que fez uma terceira análise com Sacha Nacht, defende a ideia do caráter privilegiado da transmissão da psicanálise na análise. E se propõe a examinar o fundamento de que a prática da supervisão é uma condição necessária à transmissão da psicanálise, questionando se esse procedimento é de fato "indispensável" ou "insubstituível" e, em consequência, se ela deveria ser exigível. Para elaborar sua argumentação, apoia-se em duas referências históricas (Max Eitingon e Vilma Kovacs) e uma contemporânea (Jean-Paul Valabrega).

Mesmo sendo partidário de uma segunda análise, coloca-se em direção oposta à de Valabrega – para quem a supervisão é considerada uma análise quarta. Stein defende que a análise do psicanalista é a análise por excelência e esta constitui o essencial da prática da psicanálise. Para ele, "a supervisão é dotada de uma certa especificidade" (STEIN, 1992b, p.33), que torna necessário um engajamento do supervisor diferente dos contatos com colegas; e, diferentemente do tratamento analítico, este engajamento não ocasiona, em tese, o estabelecimento de uma neurose de transferência que, precisamente, é o objeto das sessões de análise. Para Stein, a supervisão "é o lugar de transferências (no plural) caracterizadas por sua mobilidade e considerá-las permite fazer um certo trabalho psicanalítico, em outras palavras, contribuir para o progresso da psicanálise e do psicanalista" (STEIN, 1992b, p.33). Dessa forma, o supervisor deve ter a preocupação de "zelar pela especificidade da supervisão", como se trata de colegas que continuam a ter sessões como pacientes, é preciso cuidar para que não se instale a 'neurose de transferência', que não poderia ser interpretada e resolvida a não ser na situação analítica.

Stein assinala que seu ponto de desacordo com Valabrega tem como ápice a questão da oferta:

[...] Valabrega preconiza um 'mínimo institucional' em cujo nome o formador, em sua função de analista quarto, assumiria o dever de exercer o poder da habilitação. Daí – em uma sociedade psicanalítica conforme suas expectativas – a oferta de um método de formação tido como exigível, a saber, o da supervisão concebida como análise quarta. Quanto a mim, considerando que nenhum procedimento em particular poderia ser concebido como uma condição necessária à transmissão da psicanálise e

ponderando, em outras palavras, que são múltiplas as vias de formação – do mesmo modo, aliás, que as de reconhecimento, não as de habilitação – eu me inclinaria a ficar aberto à demanda de supervisão, o que para ser igualmente uma forma de apresentar uma oferta, situa esta última em uma perspectiva que estabelece a referência às sessões do paciente de quem demanda [...] (VALABREGA, 1992b, p.34-35).

Nathalie Zaltzman, partidária da análise quarta, tenta estabelecer uma distinção entre o trabalho de análise e a supervisão. Conforme seu entendimento: "A supervisão é talvez mais propícia que todos os outros tipos de intercâmbio para que um psicanalista encontre as lacunas de sua formação, seus preconceitos, suas resistências." (ZALTZMAN 1992, p.55). Contudo, ela só pode ter início após a análise ter produzido seus primeiros efeitos.

Defende a posição de Stein quando este afirma que não há formação analítica que não pela análise do psicanalista, e ao mesmo tempo argumenta que é na análise quarta

que se colocam, repousam, podem encontrar meios de se separar uns dos outros os motivos da análise e da transferência do analista em supervisão, os motivos globais que ele reconhece ou nega à psicanálise, os motivos que ele se empenha em desvendar nas análises que conduz, enfim, os motivos que ele investiu em seu trajeto e em sua supervisão (ZALTZMAN, 1992, p.58).

Em síntese, Stein sublinha a importância de uma segunda análise, mas sua posição é no sentido de que ela não pode vir no lugar da supervisão.

Considerando que a supervisão e a análise do analista apresentam parâmetros comuns, o que pode ocasionar uma zona de confusão, Zaltzman (1992) tenta demarcar o lugar da supervisão:

- a) Diferente da análise, a formação do analista pela prática da supervisão leva o analista a se interessar por questões que não são originariamente suas, mas que com elas se misturam;
- b) O trabalho de supervisão possui uma dimensão analítica, pois se trata de pôr em questão os valores do analista e do analista em formação, "que se encontram na verdade em posição de desequilíbrio e de busca" (ZALTZMAN, 1992, p.57);
- c) A distinção "das palavras de uns e de outros" (Valabrega) no trabalho de supervisão, quando se manifestam índices "especialmente inconscientes, despercebidos (sic) ou omitidos" (ZALTZMAN,

1992, p.58), implica submetê-las ao balizamento realizado em parte pelos analistas em situação de análise quarta e em parte na análise própria de cada um.

Ademais, Zaltzman trabalha algumas formas clínicas no sentido de delinear teoricamente aquilo que separa e aproxima a análise da supervisão. Refere-se à "forma clássica" como aquela em que o analista se dispõe a explorar e a partilhar com outros analistas o que se passa de seu paciente com ele e dele para com seu paciente. Traz também uma "forma mais clássica" de uma supervisão de "dados teórico-clínicos sem referência explícita ou tácita aos índices inconscientes, não percebidos ou omitidos" (ZALTZMAN, 1992, p.59), porém vislumbráveis por meio dos pontos cegos de sua prática analítica. Comenta, ainda, sobre formas "mais mistas" que ela considera complicadas, a exemplo do trabalho analítico para um outro – o analisando do analista em supervisão – em que são tocados alguns pontos pessoais, tais como: esclarecimentos ou indicação da problemática transferencial e pós-transferencial a respeito do ex-analista, da psicanálise e do supervisor. Explica que os analistas quartos utilizam essa forma de intercâmbio para obter maior mobilidade em sua prática, na medida em que as referências às motivações pessoais do analista clareiam os pontos de resistência do supervisionando sem, no entanto, focalizar ou restringir os intercâmbios sobre esses pontos. Uma última forma utiliza a supervisão como álibi de demanda terapêutica, com motivações subjetivas, sem que o sentido ou a intenção dessa demanda seja reconhecido pelo analista em supervisão. Há também casos de resistência à psicanálise transformados em demanda de supervisão, somente percebidos no decorrer desse processo. Para ela, trata-se de uma forma clínica que é frequentemente mascarada e que contraindica o trabalho da supervisão.

Françoise Dolto, médica, psicanalista de crianças, foi parceira intelectual de Lacan por quatro décadas. Psicanalista rigorosa, porém flexível; por vezes fazia uma união de análise e supervisão, sem recusar, no entanto, a supervisão feita com outro psicanalista, bem como tomar em supervisão por algum tempo seus próprios pacientes. Ela propõe que a supervisão se realize em sessão suplementar, pois considera lastimável desperdiçar uma das suas sessões de análise para falar dos pacientes deles (STEIN, 1992b, p.24).

As posições sobre a supervisão adotadas na contemporaneidade podem ser melhor especificadas pela síntese de Leclaire (1991), na qual ele distingue três correntes ou modos de praticar a 'supervisão' ou 'controle', que é o termo que ele emprega.

A que segue a orientação das posições assumidas no Instituto Psicanalítico de Berlim é baseada no modelo médico e serve de referência na IPA. Trata-se da supervisão-controle, em que o supervisor exerce a função de vigilância e julga-se responsável pelo paciente. A supervisão se faz com um psicanalista distinto daquele do divã. O objetivo da supervisão nessa corrente é auxiliar o analista a evitar erros clínicos. Constitui-se mais especificamente na aprendizagem de uma técnica, que se completa com discussões em seminários.

Divergindo dessa posição está a corrente húngara da Escola de Budapeste, que concebe o controle como uma continuação, sob outra forma, da análise. O objetivo do controle é examinar a transferência do lado do analista (contratransferência) e a maneira que esta interfere na análise do paciente. Nesse caso a supervisão é conduzida pelo analista didata do candidato.

Há uma clara oposição entre essas duas concepções, pois numa temos o controle de uma análise, na outra, a análise do candidato em controle.

Leclaire distingue ainda um terceiro modo de praticar a supervisão que está associado à corrente lacaniana que sustenta essa tese.

1.1.3.2 O debate interno no campo da psicanálise lacaniana

Os trabalhos de Lacan e seus alunos vieram trazer vigor ao debate. Para Leclaire, Lacan ressituiu o controle a partir do passe e do desejo do analista. Nessa lógica, o passe é visto como o momento de báscula, o momento decisivo em que se fixa o nascimento do desejo do analista como desejo, e o controle é o que permite verificar as condições nas quais este desejo opera.

Miller, filósofo, psicanalista, herdeiro, genro e supervisionando de Lacan, coloca no centro da formação do analista a sua própria análise. Sustenta que a formação não concerne só ao psicanalista já que acima de tudo ela é 'função da

civilização'. Para Miller (2002), a tese da formação é sempre tênue quando sua finalidade não é somente a de adquirir saberes, mas, sobretudo, o surgimento de certas condições subjetivas, mais precisamente aquelas referidas à transformação do 'ser do sujeito'. Nesse sentido, Lacan é bastante claro quanto ao saber que se pode adquirir na análise:

da análise, há uma coisa que deve prevalecer, é que há um saber que se retira do próprio sujeito... É do tropeço, da ação fracassada, do sonho, do trabalho do analisante que esse saber resulta. Esse saber que não é suposto, ele é saber, saber caduco, migalhas de saber, sobremigalhas de saber, é isso o inconsciente (LACAN, 1971-1972/2012, p.77).

Essa lógica desloca e põe por terra aquela dos saberes ensinados pela via exterior. A aprendizagem não equivale à formação; a formação verdadeira inicia-se sempre depois e consiste em saber 'ignorar o que se sabe'. É nessa direção que Miller (2002, p.14) coloca o saber clínico como próximo à supervisão e o resto dos saberes como passíveis de distribuírem-se segundo diferentes classificações.

Miller situa a supervisão muito próxima da zona êxtima descrita por Lacan, e explica que a 'zona êxtima' é a da análise e a de seu término, o passe. Diz ainda que a supervisão faz litoral entre essa zona e a zona exterior. Para ele, os saberes possíveis de serem aprendidos pelos meios tradicionais (saberes periféricos) inscrevem-se no entorno dessa zona êxtima.

Entre estas duas regiões do sistema há sempre uma tensão, podendo chegar até mesmo a contradição. Podendo se revelar em relação à operação de transformação subjetiva efetuada no tratamento, a depreciação, o rebaixamento, a suspensão, o questionamento e a anulação dos saberes especializados. Essa contradição pode estar no outro sentido, beneficiando saberes da zona periférica, o que de igual maneira, reduz o valor formador da análise do sujeito, até torná-la secundária. O princípio dessa combinatória vai da anulação dos saberes especializados para liberar o efeito êxtimo⁴ até a redução do êxtimo. De qualquer forma, o acesso ao saber, sofre uma

⁴ Êxtimo é um neologismo criado por Lacan que aparece articulado em vários pontos da sua obra e contém uma formulação paradoxal, pois indica algo do sujeito que lhe é mais íntimo, mais singular, mas que está fora, no exterior. Esse conceito pode ser aprendido no Seminário 7: *A ética da psicanálise* (1960), "como sendo esse lugar central, essa exterioridade íntima, essa extimidade, que é a Coisa" (p.169); no Seminário 16: *De um outro ao Outro* (1969), em que Lacan usa esse termo para falar do ponto vazio da estrutura e situar o lugar do objeto *a*, "[...] ele está num lugar que podemos designar pelo termo êxtimo, conjugando o íntimo com a exterioridade radical". [...] o objeto *a* é êxtimo. (p.241). Já em *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud* (1957), ele vai falar do Outro do axioma "o inconsciente é o discurso do Outro (Outro do significante), também é êxtimo e que se trata de uma "excentricidade radical de si em si mesmo com que o homem é confrontado" (p.528).

clivagem: "de um lado a iniciação esotérica e do outro o ensino exotérico" (MILLER, 2002, p.12).

Nos debates do Campo Freudiano⁵ coloca-se em relevo a supervisão como produzindo efeitos de formação, tanto aqueles efeitos relacionados à *psicanálise em intensão* quanto os da *psicanálise em extensão*. Miller (2002, p.9) entende que sublinhar esses efeitos "é admitir que implicitamente não há automatismo da formação analítica: não encontraremos um mecanismo; nós não o buscamos; damos lugar à contingência.". O efeito de formação mantém alguma coisa da surpresa, que não é da mesma ordem da causa, que não se dá de forma linear, não apresentando assim solução de continuidade, o destaque no efeito de formação tem como corolário separá-lo daquilo que o determina. A multiplicidade de causas, dos lugares de formação, a contingência, a abrangência de articulação dos efeitos de formação têm a possibilidade de encerrar alguns paradoxos. Assim não se pretende detalhar um método de formação, mas trabalhar em nível da descrição.

Ainda na direção dos 'efeitos', Barros (2003) traz uma importante contribuição e aponta três dificuldades dos supervisionandos, que se distribuem nos três registros: imaginário, simbólico e real. Explica que, para o supervisionando, esses registros se articulam e se distinguem conforme as seguintes proposições: autorizar-se a partir de seu supervisor; autorizar-se por seus significantes mestres; autorizar-se por sua fantasia. Destaca que no registro imaginário pode acontecer algo bastante significativo, pode ocorrer que a relação do supervisionando com o supervisor leve a privilegiar essa relação pessoal, e a tomar distância da instituição e se estabelecer numa posição de não tolo em relação ao coletivo em detrimento da própria instituição.

A transferência do analisante ao analista, segundo Marie-Hélène Brousse (2008), implica a oposição entre saber e epistemologia, o real, de um lado, e, do outro lado, os impasses subjetivos. Essa oposição impõe uma dificuldade, porque, na transferência, o analista está incluído como produção de saber. Essa inclusão implica que os elementos da subjetividade do analista, que surgem na formação desse saber, reencontrem-se desviados de um modo que é difícil de apreender no saber produzido. A produção de saber não acontece sem a pessoa do analista. O saber inconsciente, "o saber que não se sabe", gera-se incluindo o próprio analista.

⁵ O Debate – entre analista do campo freudiano? Publicados Opção Lacaniana n.º 35. Em janeiro de 2003.

E disso resulta a dificuldade na separação entre impasse subjetivo e impasse epistemológico. O que ocorre é a dissolução dos impasses epistemológicos nos impasses subjetivos. Nessa relação entre obstáculos epistemológicos e obstáculos subjetivos, a resposta é dada no dispositivo da supervisão pela via da intervenção epistemológica, pois é esta a ética que constitui sua diferença estrutural. E, como apontam Miller (2003), nem que seja para fazer "desconsistir" a construção trazida pelo supervisionando.

François Leguil (2003, p.67) vislumbra que "no futuro debate sobre a psicanálise aplicada, o valor da supervisão, o benefício e o uso que pode fazer dela, ultrapassam efetivamente o quadro restrito da formação do analista e sua reinclusão na instituição analítica". Diz ainda que a supervisão mostra-se como um dispositivo privilegiado de revelação e observação de uma clínica sob transferência.

Uma outra contribuição de Barros (2000) para o debate do tema aparece em um artigo em que ele assinala como um dos fins da supervisão, o surgimento do sujeito. Quando o ato é colocado em evidência na supervisão, podem-se localizar as vacilações de um sujeito que se põe a falar a um sujeito suposto saber sobre a sua posição de analista. A função da supervisão não seria então separar radicalmente o sujeito do objeto, mas delinear um litoral e fazer ver a linha divisória entre os dois. Nessa perspectiva a supervisão ajudaria a melhorar a eficiência do estilo do analista, levando-o a uma transformação daquilo que considera ter sido originalmente uma relação inconfessável do sujeito com certo objeto de gozo.

Nos debates sobre a supervisão, Miller distingue duas posições: uma que toma a supervisão do lado essencialmente subjetivo, conduzindo a questão da contratransferência para o lado do tratamento, e que remete à questão da análise infinita e coloca a supervisão como continuidade da análise; e a posição de Cottet (2003), que não considera a supervisão como a continuação da análise por outros meios. Diante dessas duas faces, Miller sublinha a importância da disposição clássica, da supervisão com o analista de um lado, e da supervisão com outro supervisor que não o analista, de outro (MILLER, 2003).

Complementando a discussão acima, Hebe Tizio (*apud* MILLER, 2003) faz uma distinção da vigilância aplicada sobre o outro, o pequeno outro (a), e a verificação do ato e estabelece uma diferença entre a supervisão do praticante e o desejo do analista.

Para ela, trata-se de dois registros distintos, o que propriamente diz respeito ao desejo do analista é o registro da análise.

Lembra-nos Miller que "desde que se definiu o ato analítico no qual o analista está na posição de objeto *a*, a supervisão consiste numa re-subjetivação do analista que vem ali, como S barrado, testemunhar sua falta a ser" (MILLER, 2003). A supervisão remete a uma posição de sujeito, o analista traz à supervisão sua divisão, suas expectativas, seus desejos seus impasses, ao passo que em seu ato é suposto que se abstraia delas.

Lacan considerava que a formação analítica não tem um ponto de basta, ela é infinita, e ser analista não dispensa a condição de ser analisando. Lembra-nos Miller que no instante em que Lacan propunha o passe, a ideia era de que a experiência analítica comportava em si mesma um princípio de parada. O retorno do analista para a uma "posição analisante" faz notar que nele permanece a *paixão pela ignorância*, permitindo-lhe situar-se no ponto de "eu não sei", ou dizendo de outro modo no ponto de deciframento em que se visa à interpretação. Esse foi o sentido dado por Lacan em 1973, quando afirmou: "não há formação de analista, há apenas formações do inconsciente". O que, segundo Miller (2003), pode também significar que a formação do analista não consiste tanto em acumular conhecimentos, mas em ir contra o recalcamiento, o que quer dizer que as formações devem ser interpretadas, decifradas. O referido autor considera que há uma antinomia estrutural na formação analítica. Essa antinomia se dá entre seu registro real e o registro simbólico. E é nesta direção que situamos a supervisão, visto que ela auxilia a emergência do saber que o supervisionando já tem, sem o saber.

Extraímos dos textos de Miller outras duas teses que consideramos importantes no desenvolvimento deste trabalho: a tese da 'desconsistência' do supervisor, que coloca em questão a supervisão em grupo nas instituições. Uma prática muito difundida, na América Latina, especialmente na Argentina e no Brasil. Por tratar-se de uma questão teórica que também será abordada nesse estudo por meio da pergunta colocada por Miller (2003, p. 63): "qual seria a distinção entre a supervisão em grupo e individual?". A outra tese pretende investigar o que "a supervisão coloca em jogo na transmissão de uma geração à outra, e, portanto: qual é a parte que se confere à tradição, qual a parte de inovação que se aceita?" (MILLER, 2003, p.64).

De qualquer modo, o ponto alto dos debates no Campo Freudiano refere-se à tomada da supervisão como produzindo "efeitos de formação"; efeitos sobre a subjetividade daquele que procura a supervisão, efeitos de vacilação, efeitos de transformação. E, como dizem Miller (2003, p.65), "para o supervisionando, isso tem efeito de-formação, pois desloca sua posição".

Quanto ao debate sobre o tema supervisão nas universidades brasileiras, constatamos que existem poucos trabalhos acadêmicos sobre supervisão e um número ainda menor de trabalhos que mantêm coerência com a direção teórica lacaniana que adotamos nesta tese. Mais exatamente, só encontramos duas teses, a tese de doutoramento em Psicologia Clínica na PUC/RJ, do Psicanalista Ary Band, defendida em novembro de 1994, com o título de *"Supervisão Psicanalítica: um estilo"*, que advoga para a supervisão diversas funções: transmissão da psicanálise, ampliação da sensibilidade psicanalítica, construção de analista, reconhecimento público para exercer as funções de analista, reconhecimento teórico de atitudes clínicas, discussões teóricas etc. Quanto ao estilo adotado no processo de supervisão, Band diz que o objetivo imediato do supervisor é abrir caminho para o aflorar do desejo, estimular a pulsação do inconsciente em vez de se colocar num lugar de modelo a ser mimetizado, como um que comanda os acertos a serem obtidos por sua indicação. O autor não se propõe a desenvolver uma nova teoria, lei organizativa, ou rito de passagem que legitime o trabalho de supervisão, mas indica que o trabalho psicanalítico possibilita um processo ininterrupto de busca, traçando os caminhos na direção de um tratamento que sejam coerentes com a ética da psicanálise.

A outra tese de doutorado é de Carlos Henrique Kessler, defendida no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, em 2009, denominada *A supervisão na clínica-escola: o ato no limite do discurso*, que, como seu próprio título diz, trata de investigar a supervisão a partir da clínica-escola de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Apoia-se nos conceitos fundamentais da psicanálise e mais precisamente nas concepções lacanianas referentes aos quatro discursos, para dar visibilidade aos impasses do trabalho com a psicanálise na universidade. Efetua uma revisão bibliográfica a respeito da supervisão nas clínicas das universidades, mostrando elementos de convergência com o nosso trabalho, e destaca que o fato clínico com que a psicanálise trabalha é singular por incluir a responsabilidade do clínico que a

produz. Conclui o trabalho afirmando que "ao se colocar frente ao impossível envolvido na presença do discurso do analista na universidade," o supervisor "terá que produzir com seu ato uma inflexão no discurso universitário, no qual até então o estudante esteve imerso, para marcar um início na trajetória do supervisionando em direção à formação psicanalítica" (KESSLER, 2009, p. 7).

O primeiro ponto a salientar em relação a essas duas teses é colocar que somos adeptos da ideia de que o acolhimento feito, em qualquer lugar, por um analista em função do mal-estar e do sofrimento psíquico do sujeito, e que ele opere sob os princípios e a ética psicanalítica, é psicanálise. Com isso não estamos querendo dizer que o modo de operá-la seja idêntico na análise, na supervisão e nos estudos teóricos ou em diferentes lugares como na universidade, nos serviços de saúde mental ou nas escolas de psicanálise, que visam formar analistas, como parece defender Band em sua tese.

Da leitura da tese desse autor apreendemos que sua posição é de que possível fazer clínica psicanalítica na universidade e de que este propõe inventar um modo de operá-las. Em que pese que sua fundamentação teórica na psicanálise em muitos pontos se mostrar consistente, ficamos um pouco reticentes quanto a essa ideia, por entendermos excessiva a sua preocupação em descrever as funções da supervisão e as suas consequências, o que no nosso entender se aproxima mais da ideia de modelo do que propriamente de "estilo". Essa leitura também nos levou a discordar da posição do autor de que uma das funções da supervisão seja o reconhecimento público para exercer as funções de analista.

Considerando que essas duas teses referem-se a uma práxis que ocorre na universidade, adotamos a posição freudiana de 1912 relativa às dificuldades de fazer clínica psicanalítica, no caso, a supervisão, na universidade. Lembremos que Freud era avesso à ideia de que era possível ensinar regras de conduta terapêutica ou uma técnica para o exercício da clínica psicanalítica.

Apesar dos argumentos sobre a possibilidade de clínica, no caso a supervisão na clínica-escola suportada em alguns pontos da estrutura conceitual da psicanálise, e mais especificamente pelo estabelecimento de um campo transferencial, há um ponto em que consideramos que essa dificuldade se acentua, o fato de o supervisor ser interno à instituição (professor), levando a que inevitavelmente o supervisor seja colocado na posição de mestre do discurso universitário, ou seja, aquele que tudo

sabe e que inexoravelmente deve dizer o que está certo ou errado, porque precisa alcançar os objetivos acadêmicos.

Essa é uma das razões pelas quais em nossa tese defendemos que o supervisor que exerce sua práxis nos serviços de saúde mental deva ser externo à instituição ou, no dizer de Lacan, "êxtimo"; concepção esta que nos levou a propor um princípio novo para a supervisão nos serviços de saúde mental, que denominamos princípio lacaniano da "extimidade".

Assinalamos, também, que existem diferenças importantes no que diz respeito à transferência que se estabelece entre o analista e o analisando na análise, e entre o supervisor e supervisionando na supervisão, porque não são propriamente da mesma ordem. Diante disso, concordamos com Kessler quando este diz que o ato do analista, no caso o supervisor, na clínica escola implica sustentar a transferência e produzir uma torção no discurso universitário, levando os estudantes a se interessarem pela psicanálise e como consequência a procurarem a sua própria formação analítica.

Temos mais um ponto a esclarecer; não estamos dizendo que a psicanálise não pode se ensinada na Universidade, pois, seguindo Lacan, acreditamos que algo da teoria é possível sim de ser transmitida na universidade, o que também traz como efeito a presentificação da psicanálise no mundo, e não propriamente a clínica psicanalítica, conforme o argumento de Band para justificar a inserção da clínica psicanalítica na universidade do mesmo modo que a teoria.

Ademais observamos que apesar de nosso estudo sobre a supervisão encontrar vários pontos e linhas de raciocínio em comum com essas duas teses, delas se diferenciam. Igualam-se porque se articulam por alguns princípios psicanalíticos comuns, à exceção do princípio da "extimidade"; diferenciam-se porque a supervisão que propomos se realiza em campos distintos – a dos autores no Campo Universitário e a nossa no Campo da Atenção Psicossocial.

Para ilustrar o modo de transmissão de Lacan e mais especificamente como ele operava a supervisão, servimo-nos da obra organizada por Alain Didier-Weill, e Moustapha Safouan intitulada *Trabalhando com Lacan: na análise, na supervisão, nos seminários (2007/2009)*, que reúne testemunhos dos psicanalistas que conviveram ou trabalharam com Lacan (1901-1980) seja em análise, em supervisão, seja nos seminários e instituições, Moustapha Safouan, Alain Didier-Weil, Claude

Dumézil, Adnan Houbballah, Philippe Julien, Marie-Christine Laznik, Jean-Jacques Moscovitz, Christian Simatos, Dominique Simoney, Colette Soler, Patrick Valas, Jean-Pierre Winter.

Nossa incursão por essa obra visa privilegiar os autores e os pontos em que o significativo supervisão se faz mais presente. Assim é que procuramos selecionar fragmentos dos depoimentos que se referem mais especificamente à supervisão visando ilustrar o estilo de Lacan.

Moustapha Safouan, que foi seu *supervisionando*, adverte o leitor para a diversidade dos depoimentos que acabem por mostrar as múltiplas faces de Lacan. Esses discursos vão do relato à teorização de sua prática. Alguns desses autores limitam-se a fazer o relato de análise ou da supervisão tal como lembravam, outros tentam precisar o seu modo de proceder, outros ainda se propõem a mostrar a validade de sua técnica. De modo diverso, outros autores tendem a enfatizar o personagem Lacan e a demarcar que o sujeito perde muito do seu narcisismo ao fazer uma análise com Lacan (DIDIER-WEILL; SAFOUAN, 2009, p.17).

Safouan se refere ao Lacan analista e supervisor apontando o essencial da experiência, "ali onde a verdade falava, ele sabia ouvi-la" (DIDIER-WEILL; SAFOUAN, 2009, p.15). Esse endereçamento ao próprio sujeito do inconsciente era o que especificava o método ou a prática de Lacan, tratava-se de algo novo e ao mesmo tempo desconcertante. Na prática de Lacan a verdade não era medida por sua conformidade ou não conformidade com a "situação analítica". "Ela se significava de dentro mesmo da fala, a título da fantasia a partir da qual a realidade do sujeito se determina" (DIDIER-WEILL; SAFOUAN, 2009, p.17). Não pretendia falar com o analisando sobre o seu inconsciente ou sobre o que se passava no seu inconsciente, baseava em seus atos e no cálculo da fantasia.

Safouan, que não foi analisado por Lacan, relata que as supervisões com ele eram dialetizáveis, mas suas respostas incidiam sempre sobre o ato e não sobre a pessoa do supervisionando. Portanto, ele não se detinha a fazer juízo categórico, pois estava mais voltado a fazer proposições condicionais: "se vês a coisa assim, então é assim" (DIDIER-WEILL; SAFOUAN, 2009, p.16). A característica comum das intervenções de Lacan é que cada uma delas se dirige a um ponto específico que significa a partir do próprio sujeito, ainda que ele disso não saiba (DIDIER-WEILL;

SAFOUAN, 2009, p.10). Na supervisão, Lacan não o deixava recuar diante dos casos difíceis.

Basta ter feito uma supervisão prolongada com Lacan para ter uma ideia de sua concepção da formação ou da transmissão psicanalítica em geral. Ao contrário de seus outros colegas (e fiz supervisão com muitos deles), Lacan não procurava ensinar como conduzir uma análise. Deixava você agir o melhor que podia, o que significa que ele deixava a seu cargo o cuidado de se informar se você estava suficientemente preparado, ou se o acúmulo das contratransferências, das intervenções extra-analíticas – tais como as supostamente destinadas a atenuar a culpa, sem falar do mal-estar interno e no fato de falar mais de si próprio que do seu paciente etc. – levava você a concluir que era o caso de retomar sua análise (SAFOUAN, 2009, p.88).

Alain Didier-Weill, analisante e *supervisionando* de Lacan, além de descrever o sentido da *escansão* na prática de Lacan, adverte no posfácio que os psicanalistas que relatam as suas experiências com Lacan pertencem a várias gerações ao longo do tempo, por isso, para lê-las com mais exatidão é necessário levar em conta tanto a diacronia quanto a sincronia. Pela sincronia "o analista, em sua própria relação com a fala, é instruído de que o sujeito do inconsciente, não sendo ortodoxo – nem freudiano nem lacaniano –, só pode advir numa solidão extrema", e pela diacronia,

o analista, ao recuperar a história, descobre um novo aspecto do endividamento simbólico: já não se trata, então, de um endividamento para com a estrutura significante, mas para com as gerações anteriores que lhe transmitem a mediação da própria elaboração pela qual Freud e Lacan chegaram até elas.[...] (DIDIER-WEILL, 2009, p.144).

Jean Clavreul (1923-2006) fez análise e *supervisão* com Lacan e foi supervisor de muitos outros analistas. Ao ser questionado se Lacan se dirigia a ele na condição de antigo analisando, responde prontamente que não, dizendo que ele não procurava fazer referência a sua história, pois atinha-se ao que interessa ao psicanalista. Sem precisar a data de início (se concomitante com a análise que iniciara em 1948 com Lacan), Clavreul (2009, p.24) diz ter continuado a supervisão com Lacan até 1980 e, ao lembrar desse tempo, diz que Lacan estava sempre pronto a acolher e a compreender o que seus pacientes tinham a dizer; o essencial para ele era quando tinha um alguma coisa angustiante impossível de teorizar, pois que era para lá que se tinha que ir. Esse autor entende a supervisão como uma experiência de passe e afirma que esta também era a posição de Lacan. "A supervisão é o melhor meio de ser confrontado com a sua posição de analista" (CLAVREUL, 2009, p.26). No seu

entendimento, a supervisão não era um lugar para se obter o reconhecimento pessoal do analista, mas um lugar para as pessoas falarem dos tropeços de sua prática. Quanto ao estilo de Lacan, ele descreve duas situações:

Quando comecei com Lacan, sofri uma longa internação que deveria ter interrompido a análise. Não foi o caso, pois Lacan foi regularmente, umas 20 vezes, ao hospital para nossas sessões. Na época, aquilo não me surpreendeu, mas hoje me pergunto quem agiria dessa forma.

E ainda, "Houve uma última sessão em que constatei que ele estava cansado demais. Saí do consultório dele e, quando estava atravessando o pequeno pátio, ele abriu a janela e gritou: 'Até logo, Clavreul'" (CLAVREUL, 2009, p.27).

O supervisionando de Lacan Claude Dumézil (1929-2013) relata não haver contradição entre a prática analítica, a prática de teórico e a prática institucional de Lacan. Para demonstrar a coerência que existe entre essas práticas em Lacan, e de como ele tratava o analítico na instituição, faz uma análise interessante sobre a semelhança que há na forma de Lacan instituir o cartel e o passe, e a ausência de assinatura em seus textos na revista *Scilicet*.

Dumézil aponta que a inclusão de um terceiro do cartel, o "mais-um", não torna esse modo contraditório com a ética do tratamento e assevera que o tempo entre a instituição do cartel como 'grupo' e a sua nomeação pelo significante 'cartel' (dissociação entre nascimento e a nomeação) tem efeito de *escansão*, que foi provocada pela palavra do analista, no caso, Lacan.

Quanto à inovação do "passe", ele discorre sobre os dois fatores provocados por Lacan, que vão nessa mesma direção, porque tinham para Dumézil um efeito de *escansão*. O primeiro deles ocorreu quando da escolha do primeiro júri de passe, quanto fora preterido, pois sofrera o efeito Condorcet, um mecanismo que coloca em xeque a regra da maioria e que tem ressonância no princípio cristão a partir do qual os primeiros serão os últimos e vice-versa, restando que seria o último porque fora o mais votado. O segundo fato teve lugar quando se candidatou ao passe, que lhe daria a condição de analista da Escola, dois anos depois.

Na Proposição de 9 de outubro de 1967, sobre o psicanalista na Escola, Lacan distinguia aquele que se diz analista praticante (AP) daqueles que "se tornam responsáveis pelo progresso da escola" (LACAN, 1967/2003, p.248). Desse modo, a Escola diferencia o praticante da psicanálise automeado daquele analista

praticante cujo "*gradus*" corresponde a essa perspectiva, seja ela a de analista membro da Escola (AME), ou analista da Escola (AE). O "*gradus*" de AME é atribuído ao psicanalista pelo fato de que a Escola o reconhece como tal porque deu provas de sua capacidade; já o "*gradus*" de AE é conferido àquele que pode testemunhar [pela via do passe] os problemas cruciais nos pontos nodais em que se encontra ele para a análise, na medida em que ele próprio está investido nessa tarefa e em vias de resolvê-los. Nesse ponto devemos considerar que Lacan distinguia *gradus* de hierarquia e não havia ordem estabelecida para ter acesso a esses títulos.

Dumézil ainda estava em supervisão com Lacan quando alguns meses depois este anunciou a sua nomeação: "Dumézil, daqui em diante você é um dos nossos", fato que lhe causou estranheza, pois já se considerava membro da Escola. Vejamos, então, que efeito de escansão é este e o que essas palavras provocaram em Dumézil (2009, p.41):

Supus, portanto, que, de certo modo, ele cravava o prego no meu narcisismo, que, como ele, acho, já constataria, tinha sofrido um golpe fazia tempo. Suas palavras equivaliam, me parece, a dizer: sobretudo, não se tome como um grande Outro, você está simplesmente aceito como AE da EFP.

Quanto à falta de assinatura nos artigos publicados no *Scilicet*, Dumezil supõe que não é para que ele mesmo, Lacan,

[...] tenha o privilégio narcísico de ser o único a assinar, é para que os autores, aqueles que, afinal, se apresentam como sujeitos, tenham de lidar com algo que está no âmbito da perda e da falta, da perda do nome próprio ou, mais exatamente, do deslocamento dessa identidade para uma identidade de escola (DUMÉZIL, 2009, p.39).

Para ele, as inovações de Lacan – o cartel, o passe e a falta de assinatura em seus artigos na revista *Scilicet* – não eram sem sentido e estavam coerentemente ajustadas à época e ao momento em que a psicanálise vivia e foram forjadas na mesma lógica analítica com que ele cuidava de seus pacientes, e que nós entendemos ser, em toda sua extensão, uma lógica coletiva.

Adnan Houballah, neuropsiquatra de origem libanesa, teve supervisão com Lacan durante 12 anos, e relata que, na "prática de Lacan, o equívoco é central em toda intervenção, para deixar a porta aberta para o surgimento do inconsciente,

assim como a ambiguidade, para deixar bem clara a divisão do sujeito perplexo" (HOUBBALLAH, 2009, p.44-45). Lembra que no momento em que foi buscar supervisão, Lacan lhe disse: "No começo [...] serei pedagogo. Depois será outra coisa" (HOUBBALLAH, 2009, p.46), e este era modo de explicar de Lacan. Diz ainda que durante as supervisões, Lacan nunca lhe incentivou a fazer sessões curtas, e este operava a partir dos casos que lhe contava, fazendo com que Houbballah sentisse as suas dificuldades pessoais ou esclarecendo sobre as coisas que poderiam lhe escapar daquele caso (HOUBBALLAH, 2009, p.50).

Aborda ainda a questão do pagamento, dizendo que a esse respeito Lacan havia sido flexível, mas que soubera mais tarde que ele "avaliava o preço de uma sessão em função dos seus efeitos no tratamento" (HOUBBALLAH, 2009, p.46).

Philippe Julien (1925-2011) conta que fazia supervisões com vários analistas, e entre eles Jacques Lacan, "Essa supervisão se transformou numa análise, isto é, passei do face a face para o divã" (JULIEN, 2009, p.51). Para ele, a prática analítica de Lacan correspondia a um efeito de sentido, efeito de furo, de vazio criador. Como analisando, aborda a pontuação (com efeito de interpretação) e a questão do tempo das sessões. Segundo Julien as pontuações de Lacan eram escolhidas levando-se em conta a fala do analisando em três significações possíveis: "A primeira escolha, rara, consiste em transmitir a imagem em espelho de mim mesmo." [...]. A segunda, "concerne a uma frase do analisando que dá sentido a determinado sonho, a determinado sintoma, a determinada escolha". Nesse ponto lembra que a pontuação tem efeito de interpretação, mas que de modo algum, em Lacan, se trata de uma "tradução dos significantes numa linguagem teórica, mas a pronúncia exata dos próprios significantes do analisando". Alerta, porém, que não se trata de uma tradução baseada nas associações e na teoria. "Ah! Você disse isso porque... Conheço a causa disso...", pois jamais este era o modo de proceder de Lacan. Na verdade as pontuações, assim como o tempo das sessões em Lacan, estavam vinculadas à possibilidade do surgir a condição de uma nova produção. "Ora era uma escolha rápida – e, portanto, uma sessão curta – ora uma escolha que vinha lentamente – e, portanto uma sessão longa". Isso dependia da fala do analisando. Por esse motivo é que não havia para Lacan *a priori* sessões curtas, como houve quem dissesse: "Ele só faz sessões curtas, tem pressa. Trabalha a toda velocidade". Não, de jeito nenhum, tudo dependia da fala do analisando (JULIEN, 2009, p.52).

Jean-Jacques Moscovitz (2009), de modo diverso a Philippe Julien, relata que foi a análise com Lacan que o levou à supervisão. Evidencia em seu depoimento que a prática de Lacan se dava sempre sobre o impacto da transferência, que tanto poderia incidir sobre a supervisão, na análise, na vida privada, no laço social "ou num trem indo para Estrasburgo" (MOSCOVITZ, 2009, p.75). Diz ainda que sua demanda por supervisão fora gestada durante alguns meses por pontuações de Lacan, que em momentos de transferências anteriores a sua formulação como demanda. "De fato, tratava-se, como percebi em seguida, de questionar minha relação com o *desejo do analista*; desejo que ele deixava brotar, notadamente no ambiente 'convocante' em questão aqui." (MOSCOVITZ, 2009, p.79). Assim é que, para Moscovitz, a supervisão tivera o efeito de levá-lo à análise.

Dominique Simoney, também supervisionanda de Lacan, destaca, entre outras coisas, que o estilo de Lacan não é algo que possa ser transmitido, pois que sua prática "deve demais ao gênio peculiar dele". Ainda mais, porque o que "o que funda uma prática, além dos pressupostos teóricos nos quais se apóia, é o estilo daquele que a põe em ato". Em sua opinião, uma teoria pode ser transmitida e um estilo não, porque está marcado "pelo mais íntimo da relação do sujeito com o Outro" (SIMONEY, 2009, p.99). Fala de Lacan como o "grande homem" com seu semblante de personagem, que com sua prática de corte também permitiu o efeito de cola, arrebatou paixões, amores e ódios.

Colette Soler, analisanda de Lacan e fundadora da Escola da Causa Freudiana, junto com Jacques-Alain Miller, se propõe a abordar a prática de Lacan sob um novo ângulo, qual seja, o que ela denominou "Uma Prática sem tagarelice", pois da prática de Lacan já havia falado por ocasião do aniversário de dez anos de sua morte, e lá, havia distinguido três facetas: o Lacan invocador do inconsciente – "talento que ele tinha de modo raro, muitas vezes surpreendente"; o Lacan implacável parteiro do ser – "bem menos divertido, que operava pela certeza"; o Lacan da presença humana – "quase fraterna, do mesmo lado do muro que o analisando" (SOLER, 2009, p.112).

O que emerge de essencial desses depoimentos é que independente da "situação", se supervisão, análise, ou seminários, a prática analítica de Lacan era indefectível em um aspecto, sempre se dirigia ao sujeito.

Sustentar uma clínica que leva em conta o sujeito é frontalmente o oposto a uma clínica ancorada em uma concepção positivista, reducionista e totalizante,

focada na ideia de indivíduo, pois nelas, as práticas estão centradas em atitudes e procedimentos mecânicos, normatizados em protocolos, procedimentos e ações, restando que os profissionais que exercem essa clínica tomam as pessoas apenas como objeto de intervenção. Essa é a clínica prevalente nos serviços de saúde em geral, cujos pseudópodes ideológicos se espalham pelos novos serviços de saúde mental e atenção psicossocial.

2 A SUPERVISÃO, A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A FORMAÇÃO DE SEUS OPERADORES

2.1 A Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica

Política é a arte do bem comum.

Aristóteles

Política se faz com ira, amor e... dinheiro.

Ana Pitta

Até bem pouco tempo, o Brasil não tinha uma Política Pública de Saúde Mental, pode-se afirmar que o que existia era um conjunto de normas e princípios que regiam as práticas assistenciais à saúde mental. Práticas que eram centradas na referência dos hospitais psiquiátricos, que, ao contrário do que se propunham – resolver os problemas de saúde mental –, promoviam a exclusão das pessoas do convívio social e familiar e conseqüentemente pioravam seu quadro de saúde. Essas normas eram definidas nos gabinetes da esfera central (INSS e MS) de forma silenciosa e geralmente dirigida em benefício de poucos, de pessoas que tinham grande influência sobre os profissionais que trabalhavam nos serviços de saúde mental e até mesmo de pessoas que tinham certa 'proteção' do empresariado do setor hospitalar.

A atual Política de Saúde Mental é reflexo do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento começou nos anos 70 e caminhou *pari passu* com o processo da *Reforma Sanitária Brasileira* que levou à implantação do *Sistema Único de Saúde* – SUS. A Criação do SUS está expressa na *Constituição Federal de 1988*, e seu sistema organizativo, seus objetivos e suas atribuições, normatizados pela Lei n.º 8.080/90, que ficou conhecida posteriormente como *Lei Orgânica da Saúde*.

No artigo 2.º da Lei n.º 8.080 tem-se que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício", e deverá fazê-lo mediante a formulação e execução de políticas econômicas

e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Contrariamente à concepção de saúde entendida como ausência de doença, o art. 3.º traz uma definição de saúde mais abrangente, com a ideia de que o adoecer está diretamente ligado ao modo de viver:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país [...]

Considerando a sua importância para o controle social e a Reforma Psiquiátrica, citamos ainda a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, porque esta se refere aos mecanismos de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei institui duas instâncias colegiadas de participação: as Conferências e os Conselhos de Saúde, e estes têm caráter permanente e deliberativo. São órgãos colegiados compostos por usuários, profissionais de saúde, representantes do governo e prestadores de serviços que atuam na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Delgado *et al.* (2007, p.39) entendem que a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de origens diversas, e que incidem em territórios diversos, nos governos municipal, estadual e federal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Amarante (1996) esclarece que o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil adota os conceitos da psiquiatria democrática italiana de Basaglia (1985) e de Rotteli (1990), a instituição negada e inventada. Esses autores defendem a criação de uma rede territorializada, potencializadora de soluções múltiplas para lidar com a existência-sofrimento de cidadãos concretos, e não de doenças em abstrato. A construção dessa rede faz-se num processo dialético de negação-superação-invenção das

instituições para tratamento psiquiátrico e implica também a reformulação de seus saberes e práticas (AMARANTE, 1996, p.87).

Uma questão importante a ser assinalada é que a luta pela reforma da atenção à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, é um processo acima de tudo participativo e democrático. Quando esse movimento começou a ter efetiva expressão política, no campo público, estatal, ele o fez de modo absolutamente democrático; articulou os diversos setores envolvidos, profissionais de diferentes áreas, usuários, familiares e outros setores conexos ao campo da Saúde, como o campo da Assistência Social, da Educação e do Direito; convocou conferências municipais, estaduais e nacionais de Saúde Mental, enfim, como diz Elia (2010b, p.10).

[...] construiu-se uma Política Pública de Saúde Mental com um método que guarda, com o próprio campo, a mais profunda afinidade: um método público. Não se trata, portanto, como dizem alguns setores retrógrados da psiquiatria, de um espaço somente de disputa ideológica, mas também de um espaço político onde o que está em jogo a defesa por uma *Política de Saúde Mental Pública*.

Os anos 70 foram considerados como a era da "indústria da loucura", em plena ditadura militar, essa época se caracterizava pelas denúncias de maus tratos sofridos pelos internos dos hospitais psiquiátricos e, em contrapartida, a luta pelos direitos humanos. A característica da assistência aos doentes mentais nesse período era de hegemonia do modelo asilo-manicomial. Após a unificação dos Institutos de Aposentadorias, em 1966, centralizando recursos com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve uma expansão significativa das internações psiquiátricas a grupos cada vez maiores da população. Pitta (2011) observa que existiam boas ideias no Ministério da Saúde, mas este não tinha dinheiro para implementá-las: o dinheiro farto estava no INPS, no Ministério da Previdência Social, que o utilizava da maneira que convinha ao Ministro de plantão, sem que o emergente movimento social fosse escutado. Ela ilustra esta situação esclarecendo que nessa década há um grande fluxo de dinheiro público para a esfera privada. No período compreendido entre 1965 e 1970, pode-se verificar que a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas, portanto, privadas e remuneradas pelo poder público, saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. Alguns anos mais tarde, esses números se multiplicariam, em 1982 existiam 98 mil leitos psiquiátricos. Esses leitos se

concentravam sobremaneira na Região Sudeste e em alguns estados do Nordeste, mantendo uma proporção de 20% de públicos e 80% de leitos contratados com o setor privado.

Observa-se, porém, que essa desproporção permanece na atualidade, e o paradoxal é que essa disparidade acontece no contexto do SUS, um sistema concebido com a ideia de que os serviços de saúde deveriam ter predominância pública e os serviços de saúde privados deveriam ser complementares. Portanto, uma das premissas básicas de quando nasceu o SUS não se efetivou na área de saúde mental. Esse movimento privatista tem acompanhado outras áreas, haja vista ao momento bastante desalentador que vivemos no SUS com esta lógica perversa de mercado de serviços. O incremento de terceirizações para desenvolver funções que são próprias do "Estado" é reflexo disso e tem se expandido para os outros serviços, chegando a ponto de alguns municípios terceirizarem até mesmo a "atenção básica de cuidados à saúde", distorcendo, assim, seus princípios e sua orientação técnica. Mas, voltando à questão específica da Saúde mental – mas não sem relação com a saúde em geral –, podemos verificar a desproporção acima referida citando como exemplo a situação dos leitos psiquiátricos no Estado do Paraná (que não é muito diferente dos outros estados da federação). Dos 2.266 leitos existentes no estado e pagos com recursos do Sistema Único de Saúde em 07/01/2015, somente 160 são de natureza pública, os outros 2104 restantes são de natureza privada.⁶

A dificuldade para gerir é relatada por Delgado (2004), segundo os quais a história recente da reforma sanitária brasileira mostra, como constatação regular, que a saúde mental trazia uma marca inaugural e definitiva: a da mudança do modelo assistencial, como o núcleo desse desafio. O tempo todo, desde então, encarregam-se de construir um novo pacto na gestão pública, visando transferir os recursos aplicados quase integralmente no modelo hospitalar para a assistência "comunitária". Revela, ainda, que é preciso trabalhar com uma "delicada engenharia" dos novos dispositivos de cuidado, com uma nova ética do cuidar, cuja premissa básica é a de uma "autonomia possível" e a defesa dos direitos humanos dos usuários de serviços de Saúde Mental. "A construção dessa rede nova, com territórios palmilhados

⁶ Coordenação de saúde mental em 07/01/2015 correspondência eletrônica da coordenação estadual de saúde mental. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=4119150018260>.

cuidadosamente, demarcados a mão, no cenário complexo – e estranho para nós, às vezes hostil – da política pública real e cotidiana." (DELGADO, 2004).

O final da década de 1970, mais precisamente o ano de 1978, é habitualmente identificado como o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, haja vista que surge nesse ano o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), integrado por associações de familiares, sindicatos, trabalhadores do movimento sanitário brasileiro, associações de profissionais de saúde mental e outros. Tinham em comum dois pontos importantes de articulação: a defesa intransigente dos ideais da Reforma Psiquiátrica expressa no lema "por uma sociedade sem manicômio"; e a luta pela participação na elaboração das políticas públicas de saúde mental. Na sua base, esses movimentos denunciavam a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede privada de assistência à saúde mental; ademais, faziam a crítica ao saber psiquiátrico e seu correlato, o modelo hospitalocêntrico.

Na década de 1980 ocorreram diversos eventos em que o tema saúde mental foi debatido: Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, ocorrido em 1983, em Belo Horizonte; I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, realizado em 1985; II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru - São Paulo; Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental e I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1987. A realização desses eventos fortaleceu o MRPB e resultou no aparecimento das primeiras propostas e ações para a reformulação da assistência a saúde mental. A partir do II Congresso Nacional do MTSM, o movimento passou a organizar em diversas cidades do país, comemorações culturais, artísticas e científicas em alusão ao dia 18 de maio, considerado o 'Dia da Luta Antimanicomial', com o intuito de sensibilizar e envolver novos atores sociais na questão.

Delgado *et al.* (2007, p.40) assinalam como acontecimentos importantes desse período: a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no Bairro da Bela Vista, no coração da cidade de São Paulo, Rua Itapeva, colada na Avenida Paulista ao lado do MASP, em 1987; o início do processo de intervenção pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, Estado de São Paulo, na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico, local de maus tratos e mortes de paciente em 1989, marco inicial de construção de uma política de

saúde mental naquele município; e a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em cada distrito da cidade de Santos, deslocando, assim, o eixo do cuidado do hospital para o território, redundando na criação de cooperativas, residências para os egressos da Casa de Saúde Anchieta e associações. A experiência dos NAPSs espalhou-se por diversas cidades do país e em 1998 eles totalizavam 148. A experiência de Santos desencadeou outras, também singulares, em diferentes cidades do país, e delas podemos citar: Sobral, Campinas, São Lourenço do Sul, Betim, Aracajú, Feira de Santana, Belo Horizonte, e outras na direção da superação de manicômios.

No ano de 1989, é exposto a exame no Congresso Nacional, o Projeto de Lei n.º 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que, embora substituído por outro, viera a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10.216). O referido projeto propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país. Esse projeto suscitou o engajamento dos movimentos sociais na aprovação de leis em vários estados brasileiros (Paraná/1995, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais) que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental. Delgado *et al.* (2007, p.41) observam que é a partir de 1992, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em construção, que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos. Dois acontecimentos importantes ocorrem nessa época, a 'Declaração de Caracas' (1990), da qual o Brasil é signatário, e a II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASÍLIA, 1992). Nessa época também entraram em vigor as primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Aqui destacamos o manual de "Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental", por trazer em seu título o tema da supervisão, mesmo que sua direção tenha sido diversa da que pretendemos tratar neste estudo.

No período de 1991 a 1993, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde estava sob a batuta de Domingos Sávio do Nascimento Alves, médico neurologista, especialista em psiquiatria social e em planejamento de sistemas de saúde. No início de sua gestão, entraram em vigor as primeiras normas federais

(Portarias n.º 189/91 e n.º 224/92) de regulamentando a implantação de serviços de atenção diária (CAPS, NAPS e Hospitais-dia).

Todavia, Delgado *et al.* (2007, p.41) atestam que entre 1992 e 2000 o processo de expansão de CAPS foi descontínuo, pois, embora as normatizações desse período regulamentassem os novos serviços, não instituíam uma linha de financiamento específica para os CAPS e NAPS. Da mesma maneira, as normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam a redução de leitos.

Dessa fase mais operativa e arquitetônica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), iniciada em 1992, Delgado destaca como marco importante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, "a democrática", realizada em Brasília, que teve importância, sobretudo, pela significativa participação de usuários e familiares, em torno de 20%. As propostas contidas no Relatório Final dessa Conferência foram adotadas como diretrizes para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil nas gestões que se seguiram.

Considera-se o tempo compreendido entre os anos de 2000 a 2010, denominado o período da "reforma legal", como a "era mais vigorosa para a gestão da Política de Saúde Mental do Brasil" (PITTA, 2011, p.4586). Nesse período a política de saúde mental foi coordenada por Pedro Gabriel Godinho Delgado, médico psiquiatra e militante do movimento da "luta antimanicomial" e do movimento da reforma. Pode-se considerar como marcos importantes desse período a promulgação da Lei n.º 10.216, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ambas ocorridas em 2001 e o 1.º Encontro Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial, este realizado em São Paulo em 2004 do qual participaram 2 mil trabalhadores e usuários de CAPS.

A promulgação da Lei n.º 10.216/01 foi o ápice do processo de normatização da assistência à saúde mental no país. Seu texto versa sobre o redirecionamento da assistência para um modelo extra-hospitalar, privilegia o tratamento em serviços abertos de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e regula as internações psiquiátricas involuntárias. É certo que a entrada em vigor dessa lei implica novo impulso e aceleração no ritmo do processo de Reforma, haja vista que, além de reorientar o modelo assistencial, levou à implantação de novos serviços, promoveu o enfrentamento do estigma; dos direitos e cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, da formulação de políticas

fomentando a expansão do financiamento para a área e incentivou a participação e o controle social. Delgado, o Coordenador Nacional de Saúde Mental na época, confirma essa aceleração dizendo que

é no contexto da promulgação da Lei n.º 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior visibilidade (DELGADO *et al.*, 2007, p.42).

O Ministério da Saúde cria novas linhas de financiamento para serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e implementa novos dispositivos de gestão e fiscalização e redução programada de leitos psiquiátricos.

Quanto à redução de leitos (AMARANTE, 1995b) considera que as análises existentes convergem ao apontar que o processo da Reforma no país não consistiu em um desmantelamento da rede hospitalar, mas na sua transformação para alternativas não hospitalares. O que se experimentou foi uma grande expansão na rede de atenção diária, que atingiu regiões de tradição hospitalar, onde a assistência comunitária era quase inexistente.

Era evidente o vigor da política implementada, e essa questão não ficou imune à análise dos grandes empresários do setor hospitalar psiquiátrico, sendo que alguns deles, temerosos da pressão que passariam a ter, e não bem-sucedidos no campo da política de favorecimentos (participei de varias reuniões com empresários e políticos que faziam pressão junto a gestores do SUS contrários à desativação dos leitos, tentavam inviabilizar o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira reivindicando aumento do valor pago pelos leitos) se apressaram em fechar suas instituições. Queremos crer que esses empresários acabaram por perceber que o modo como suas instituições haviam se conformado não seria mais aceito, e que esse novo direcionamento não era coisa oportuna e passageira – um movimento ideológico e orquestrado por poucas pessoas como alguns se referiam – visto que seriam fortemente submetidos ao controle mais efetivo do Estado (SUS) e do movimento dessa Reforma e, acima de tudo, porque passaram a considerar que suas atividades não eram mais lucrativas como outrora.

A partir de então, houve a desativação de hospitais pelos próprios empresários do setor – posso citar o caso de dois hospitais do Paraná, processo do qual participei, e que certamente deve ter ocorrido em outros estados. Em alguns estados a rede

hospitalar não só não foi desativada como também passou a conviver *pari e passu* com a implantação de novos serviços, mostrando incoerência em relação à política em implantação. Assim, inverte-se a lógica do atendimento, pois em alguns lugares o CAPS, em vez de cumprir a sua função de acolher a crise, conforme preconizado na política, torna-se hospital-dependentes ou manicômio-dependentes.

Para dar conta da elaboração de uma "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" para o paciente "há longo tempo institucionalizado" em situação de "grave dependência institucional", prescrita na Lei de Reforma Psiquiátrica, foi criado o Programa "de Volta para Casa". Esse programa visa prover moradia para os 'pacientes asilares', nos 'Serviços residenciais Terapêuticos' e destina aos usuários um auxílio financeiro, o "Auxílio Reabilitação Psicossocial", para que possam viver na comunidade. A Portaria n.º 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS, concebidos como moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, que viabilizem sua inserção social em complemento. Não com menor importância, a Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio reabilitação psicossocial (PVC) para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Recentemente, a Portaria n.º 3.090, de 23 de dezembro de 2011, amplia a abrangência dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), redefinindo a clientela para os SRTs tipo I (pessoas com internação de longa permanência, dois anos ou mais ininterruptos, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia), e cria os SRTs tipo II destinados àquelas pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos. As duas modalidades de SRTs mantêm-se como unidades de moradia, inseridas na comunidade, devendo estar localizadas fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados à rede de serviços de saúde.

Além dos dois mecanismos acima descritos, as Portarias n.º 52/GM/MS e n.º 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, preveem a avaliação anual dos hospitais psiquiátricos, mediante o PNASH-Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação dos

Serviços Hospitalares), e a redução progressiva de leitos, a partir dos hospitais de grande porte, culminando no processo de desinstitucionalização.

Para demonstrar a fertilidade teórico-gerencial-administrativa desse período, cabe-nos dizer que nele construíram-se outras políticas mais específicas, a saber: a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, a Política de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica; e delineou-se, ainda, uma Política para as Questões de Álcool e Outras Drogas, que adota a 'estratégia de redução de danos'.

Outros programas de igual importância são implantados e (ou) implementados como, por exemplo, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, implantado em 2004, e que, associado às ideias da Economia Solidária, busca a inclusão econômica e social das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio de projetos de *Geração de Trabalho e Renda*. Nesse processo realizam-se diversos projetos e estabelecem-se parcerias com universidades públicas e associações de usuários e familiares. Delgado *et al.* observam que os dois movimentos – o da Economia Solidária e o da Reforma Psiquiátrica – "compartilham princípios fundamentais quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela solidariedade" (2007, p.68).

Um marco muito importante concernente ao nosso tema de pesquisa foi a publicação da Portaria MS/GM n.º 1.174 em 2005, por destinar incentivo financeiro às gestões municipais por meio Programa de Qualificação da Rede de Saúde Mental (QUALICAPS), que tornou possível instituir a supervisão clínico-institucional nos serviços de saúde mental.

Do contexto acima descrito, depreendemos que uma das principais diretrizes da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde é a ampliação da rede extra-hospitalar de base comunitária, capaz de acolher a pessoa em sofrimento mental. Na construção dessa rede alguns conceitos ganham importância, como a própria noção de rede, as noções de território, acolhimento e vínculo e, ainda, a noção de autonomia. Entende-se que o conceito de rede é muito mais abrangente do que o conjunto de serviços nela instalados, as unidades básicas de saúde-UBS, os pronto-atendimentos de urgências e emergências-PA, os centros de atenção psicossocial-CAPS, os ambulatórios de saúde mental, os hospitais gerais, os serviços residenciais terapêuticos-SRT, os centros de convivência e cultura e outros. Uma rede se

estabelece quando há articulação permanente com outras instituições, associações, cooperativas e demais equipamentos existentes nos espaços das cidades.

Em certa ocasião, num evento de saúde mental promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, escutei de Sandra Fagundes⁷ uma referência à rede que a mim fez eco. Dizia ela: "precisamos é de uma 'rede quente'"⁸. Dessas palavras entendi que a rede não se forma somente pela implantação de CAPS ou a instalação de estrutura física para os novos serviços – a 'rede fria' –, mas pelas relações que os profissionais dos serviços de saúde mental estabelecem com os profissionais do sistema de saúde, com seus colegas de trabalho, com os usuários e suas famílias e com outros operadores da rede interinstitucional (da educação, da cultura, assistência social, do sistema jurídico e outros), e vice-versa. Entendi que rede é uma forma de promover o 'cuidado', e que esta gera um movimento permanente em busca de autonomia e emancipação das pessoas com transtornos mentais, situação almejada, mas que de outra forma não seria possível, devido à complexidade dessa tarefa.

De igual maneira, quando se fala em território, não há apenas a referência a uma área geográfica delimitada, mas a pessoas que ali habitam, suas instituições, as suas redes e os cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana e comunitária. Assim:

[...] trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que apresentam demandas, propõem soluções, e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (DELGADO *et al.*, 2007, p.58).

Cabe-nos ainda evidenciar nesse item que a política de saúde mental brasileira tem sido uma política de Estado, sustentada ao longo do tempo por diversos governos, desde a década de 1990.

⁷ Sandra Fagundes é psicóloga graduada pela PUC/RS. Foi Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 2014 e Diretora das Ações de Saúde da SES-RS de 2011 a 2013. Atualmente é Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Tem uma longa história de militância na luta antimanicomial e reforma psiquiátrica no RS.

⁸ A teorização sobre 'rede quente' ou rede horizontal é melhor esclarecida por Milton Santos e será desenvolvida no Capítulo 4.

2.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): dispositivos estratégicos de mudança do modelo assistencial

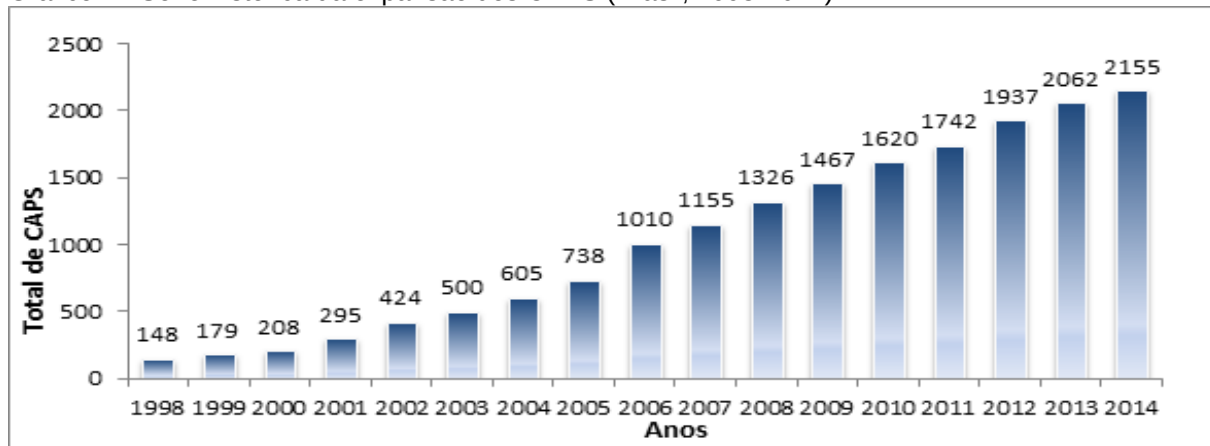
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) originalmente foram definidos como um dispositivo estratégico na mudança do modelo assistencial, ordenadores da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, portas de entrada para a atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde e polos de concretude da política de saúde mental no território. Trata-se de dispositivos de asseguramento de **direitos sociais**, nos quais a "existência-sofrimento em relação com o corpo social" (Basaglia) encontra lugar no laço social; caracterizam-se principalmente por ser serviços abertos, comunitários, de natureza pública de caráter municipal e de base territorial. Nos documentos do Ministério da Saúde, os CAPS têm a função de: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando com isso as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica e regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de abrangência. Constituem serviços substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos. São os responsáveis pelo acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. O CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo, inaugurado em 1987:

[...] é identificado como "marco inaugural" de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma "clínica ampliada" que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento. Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental (PITTA, 2011, p.4584).

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras a partir do final da década de 1980, tendo seu crescimento efetivamente impulsionado no território na década seguinte. Com efeito, de 148 unidades em 1998 contavam-se em 2014 com 2.155, o que pode ser verificado pelos dados da Coordenação de

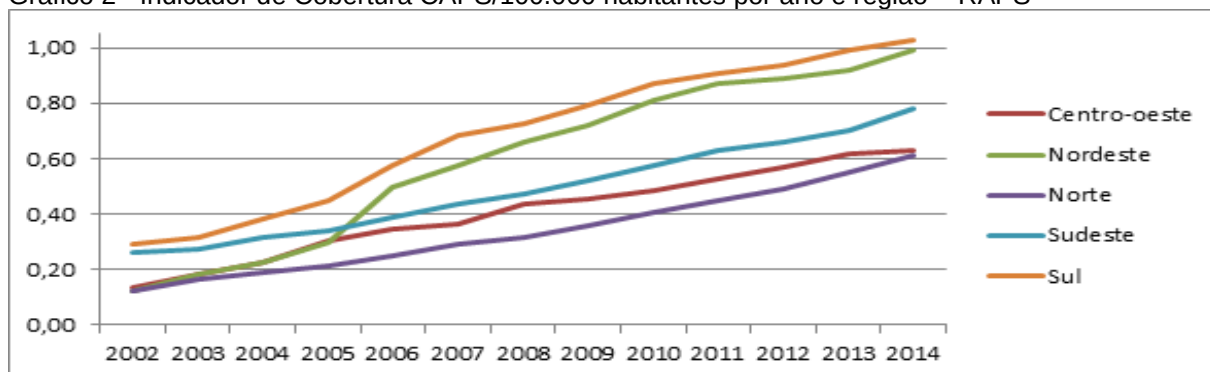
Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde constantes nos gráficos, na tabela e figura a seguir:⁹

Gráfico 1 - Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998-2014)



Fonte: Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas –DAPE/SAS/MS

Gráfico 2 - Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e região – RAPS



Fonte: Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas –DAPE/SAS/MS

⁹ Dados obtidos através do E-SIC Sistema da Controladoria Geral da União - Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde, criado para atender aos pedidos a que se referem à Lei 12.527, de 18/11/2011. www.acessoinformacao.gov.br. - Seu pedido de informação, número de protocolo 25820.003732/2014-32 foi analisado e teve resposta na data de 05/11/2014 18h.

Tabela 1 - Número atualizado de CAPS por estado e indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes, segundo o Censo IBGE 2010 e a estimativa IBGE 2013
continua

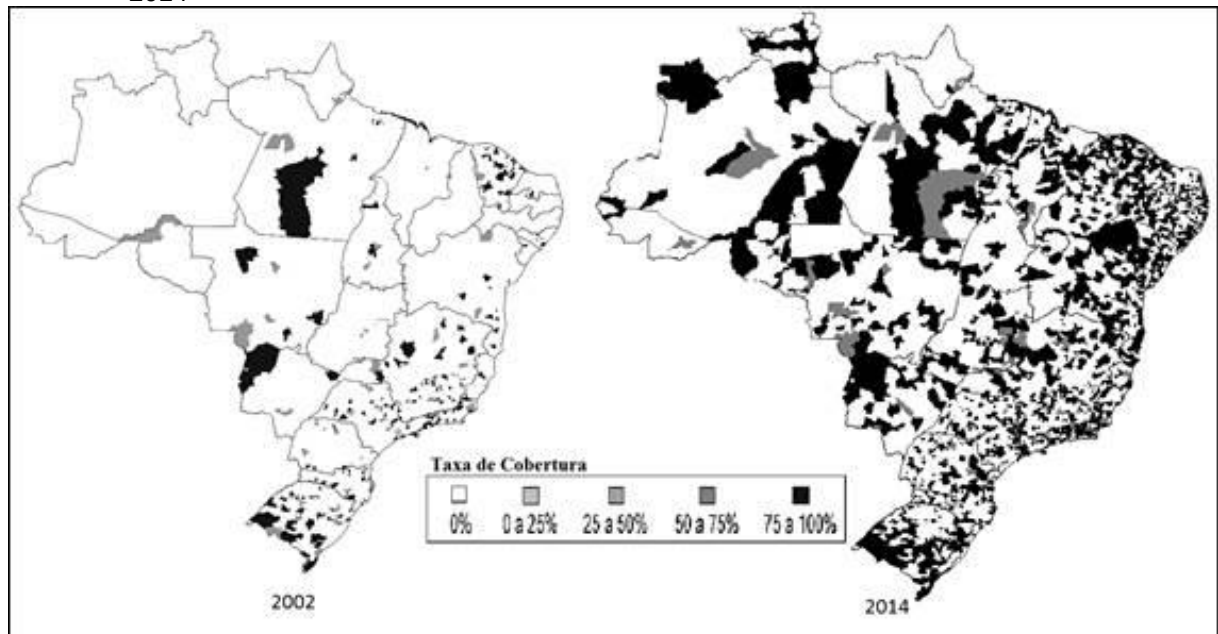
UF		Censo_2010 _IBGE	Estim_pop_ 2013_IBGE	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total Geral	Cobertura CAPS (censo_ 2010)	Cobertura CAPS (IBGE_ 2013)
Região Norte		15.864.454	16.983.484	83	32	5	6	11	4	141	0,66	0,61
RO	Rondônia	1562409	1.728.214	13	5		1	1		20	0,86	0,78
AC	Acre	733559	776.463		1				1	2	0,34	0,32
AM	Amazonas	3483985	3.807.921	13	5	1	1	1		21	0,43	0,39
RR	Roraima	450479	488.072	5	1	1		1		8	1,33	1,23
PA	Pará	7581051	7.969.654	44	16	3	3	6	1	73	0,70	0,67
AP	Amapá	669526	734.996				1	2		3	0,45	0,41
TO	Tocantins	1383445	1.478.164	8	4				2	14	0,80	0,74
Região Nordeste		53.081.950	55.794.707	462	140	21	44	81	17	765	1,04	0,99
MA	Maranhão	6574789	6.794.301	42	15	2	3	7		69	0,75	0,72
PI	Piauí	3118360	3.184.166	36	7	1	1	3	2	50	1,07	1,05
CE	Ceará	8452381	8.778.576	62	29	3	7	21	3	125	1,15	1,10
RN	Rio Grande do Norte	3168027	3.373.959	16	11	1	3	6	1	38	0,98	0,92
PB	Paraíba	3766528	3.914.421	48	8	4	9	7	5	81	1,63	1,57
PE	Pernambuco	8796448	9.208.550	44	25	4	8	14	2	97	0,89	0,85
AL	Alagoas	3120494	3.300.935	45	6		1	2	1	55	1,06	1,00
SE	Sergipe	2068017	2.195.662	25	4	3	2	4	1	39	1,38	1,30
BA	Bahia	14016906	15.044.137	144	35	3	10	17	2	211	1,01	0,94
Região Sudeste		80.364.410	84.465.570	248	194	49	101	130	25	747	0,82	0,78
MG	Minas Gerais	19597330	20.593.356	120	52	12	17	28	10	239	0,97	0,92
ES	Espírito Santo	3514952	3.839.366	10	7		1	5		23	0,51	0,47
RJ	Rio de Janeiro	15989929	16.369.179	40	45	3	25	21	1	135	0,73	0,71
SP	São Paulo	41262199	43.663.669	78	90	34	58	76	14	350	0,81	0,77

Tabela 1 - Número atualizado de CAPS por estado e indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes, segundo o Censo IBGE 2010 e a estimativa IBGE 2013 conclusão

UF		Censo_2010 _IBGE	Estim_pop_ 2013_IBGE	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total Geral	Cobertura CAPS (censo_ 2010)	Cobertura CAPS (IBGE_ 2013)
Região Sul		27.386.891	28.795.762	177	82	6	38	66	9	378	1,08	1,03
PR	Paraná	10444526	10.997.465	47	27	3	11	23	3	114	0,90	0,85
SC	Santa Catarina	6248436	6.634.254	54	14	2	7	11	1	89	1,02	0,96
RS	Rio Grande do Sul	10693929	11.164.043	76	41	1	20	32	5	175	1,31	1,25
Região Centro-Oeste		14.058.094	14.993.191	65	27	1	7	20	4	124	0,67	0,63
MS	Mato Grosso do Sul	3035122	2.587.269	11	6	1	1	4		23	0,59	0,70
MT	Mato Grosso	2449024	3.182.113	26	3		3	5		37	0,98	0,75
GO	Goiás	6003788	6.434.048	27	15		2	7	1	52	0,65	0,61
DF	Distrito Federal	2570160	2.789.761	1	3		1	4	3	12	0,51	0,47
Brasil		190.755.799	201.032.714	1035	475	82	196	308	59	2155	0,90	0,85

Fonte: Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas –DAPE/SAS/MS

Figura 1 - Mapa de distribuição dos CAPS, em suas diferentes modalidades, no Brasil, em 2002 e em 2014



Fonte: Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas –DAPE/SAS/MS

Nossa experiência como supervisora e gestora no SUS nos permite fazer um alerta acerca do fato de que a maioria dos CAPS no Brasil não foi e não está sendo implantada da maneira originalmente concebidos. Os CAPS vêm enfrentando dificuldades de toda ordem, pois, além da falta de profissionais e de formação de equipes, sofrem também com a ausência de respaldo institucional, seja ele, político, legal ou material. A gestão central tem dificuldade de aceitar o CAPS como ordenador da rede e porta de entrada do sistema, o que se reflete nas gestões locais e em outros atores que desconhecem as reais necessidades da clientela e da clínica de atenção psicossocial. Segundo Elia (2014, p.11), esse atributo

sempre causou problemas nas relações do CAPS com a gestão central, que tolera mal uma instância que, embora subordinada a ela (e evidentemente dependente manicomial de seu respaldo político, material, legal e institucional), não faz parte de si mesma *ordene* uma rede territorial e constitua a porta do sistema assistencial, o que é importante porque disso depende que a lógica antimanicomial não se reinstale na rede. Podemos dizer que a rigor o CAPS jamais ordenou efetivamente a rede, e o faz, na medida do possível, no grau em que assume, de fato, seu mandato de direito, a despeito das dificuldades que a gestão central lhe cria, ao invés de aliar-se a ele.

Por tratar-se do dispositivo assistencial em que primordialmente se opera a supervisão, a dinâmica e o funcionamento do CAPS serão reiteradamente retomados ao longo desta tese.

2.1.2 Momento atual da Política de Saúde Mental

Essa política pública de saúde mental conseguiu mudar de alguma maneira o mapa da assistência à doença mental no Brasil, que deixou de ser eminentemente manicomial para ter uma rede territorial, intersetorial e complexa de atenção, que ainda está em construção e que assume o portador de sofrimento psíquico grave como um sujeito e, sobretudo, não o segrega do laço social. Porém, essa política que é notadamente democrática e reconhecidamente progressista – porque gerada nos movimentos sociais, nas conferências, debatida e elaborada no Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental – fere a interesses corporativos (setores ligados à medicina e à psiquiatria), econômicos (empresários donos de hospitais), religiosos e até mesmo eleitoreiros, pois acaba por transferir recursos que antes iam para os hospitais e a iniciativa privada, para construir a 'rede pública' extra-hospitalar de atenção à saúde mental.

Neste ponto digredimos para discutir a ideia de 'eficiência' dos serviços de saúde privados', tão propalada pelos 'liberais', haja vista que nessa lógica, a do 'mercado da saúde', ou melhor, no mercado 'da doença', a questão da eficiência pode ser diretamente relacionada à questão do recurso financeiro. Senão vejamos, só pode ser eficiente um sistema público se o dinheiro do Sistema Único de Saúde não for desviado para o sistema privado, como ocorre na atualidade. Parece-nos, porém, que ao modelo econômico vigente em nosso país não interessa que o sistema público de saúde mental seja eficiente. Na verdade, salta aos olhos que o argumento da "eficiência" é utilizado pelo viés capitalista nacional para alegar a eficiência enganosa. Quero dizer: para atender aos interesses do capital, diz-se que eficiente é o serviço que reabilita competências, por exemplo, mas ninguém diz abertamente que eficiente é o serviço que desvia recurso do sistema público para o sistema privado.

Elia (2010b, p.10) observa que no atual panorama:

[...] alguns setores retrógrados manifestam sua insatisfação com a perda de gozo e privilégios que a atual Política Pública de Saúde Mental vem lhes impondo, mas não querem se dar ao trabalho de empreender sua crítica de forma coletiva, em conferências amplas, como a política foi construída. Esta discussão precisa incluir os modos de gozo nela implicados, e situa-nos diante do velho impasse do campo político: o poder que se exerce sobre o público deliberadamente não se faz público ao se colocar como poder.

[...]

a Psicanálise pode contribuir com o campo das políticas públicas também nesse sentido: ela detém os instrumentos conceituais e clínicos capazes de apontar o gozo implicado em todo ato político.

Outra maneira disfarçada de privatização da saúde são as terceirizações por meio de Organizações Sociais. É aí que nos parece haver uma escolha deveras equivocada dos gestores municipais, estaduais e federal de saúde quando da efetivação da Política e a instalação de serviços de saúde mental. Alguns gestores insistem em continuar financiando o modelo-asilar, ao mesmo tempo em que se utilizam de subterfúgios, como a terceirização de mão de obra para implantar os CAPS, numa lógica que não coaduna com um sistema público de saúde de base territorial. Digo equivocada por diversas razões e a mais importante dela, e que vou abordar aqui – porque também concerne ao nosso trabalho –, é a que diz respeito aos Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica.

Na falta de concurso público para ingresso no Sistema Único de Saúde como preconiza a legislação brasileira, essas entidades têm sido atrativas para os profissionais da área de saúde mental, porque oferecem a oportunidade do primeiro emprego àqueles que estão saindo da universidade e por pagar salários relativamente bons em relação ao salário inicial pago pelo SUS. Porém, o trabalho continua a desenvolver-se em condições precárias, porque esses profissionais não recebem a formação necessária para trabalhar na lógica da 'atenção psicossocial' e muito menos na lógica 'pública' – que deve ser claramente distinguida tanto da lógica de "todos", da lógica de "ninguém", e entendida com a lógica do coletivo, do 'acolhimento' da 'responsabilização' e 'vínculo' no acompanhamento dos casos na comunidade.

A grande maioria desses serviços terceirizados trabalha na lógica "privada", cuja clínica está associada a uma medicina mais voltada às 'condições agudas' (consultas pontuais, prescrição de medicações e procedimentos de combate a

agentes infecciosos), e não na lógica pública que também considera as 'condições crônicas', que precisam de cuidado e acompanhamento contínuo. Assim, além do despreparo dos profissionais para execução da tarefa, esse tipo de gestão de serviços de saúde mediante a contratação de entidades privadas dá margem ao desmantelamento do serviço a cada vencimento de contrato com o SUS, a cada vencimento de contrato com o profissional que trabalha no serviço, a cada denúncia de corrupção e a cada mudança de gestão.

Esse contexto de terceirizações com precarização do emprego, acrescido da ampliação e da disseminação de novos serviços no território, com incremento de novos trabalhadores de saúde mental nas atividades profissionais, com precário ativismo político no campo, delineou e incidiu sobre o cenário da IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010, aumentando a complexidade na sua realização. Somaram-se a esses fatores: a diversificação do movimento de luta antimanicomial, o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais autônoma e ativa dos usuários e familiares; a participação de novos atores de agências intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões no ordenamento e representação política de parte da categoria de médicos, junto a novas exigências corporativas (ato médico) e, particularmente na psiquiatria, com acentuada ênfase no modelo biomédico. Nessa diversidade, o que ficou evidente foi uma robusta e explícita campanha contra a Reforma Psiquiátrica. Para complicar ainda mais esse cenário, temos o fato de que a expansão de serviços públicos de saúde mental não foi acompanhada por uma oferta de capacitação aos profissionais psiquiatras compatíveis ao trabalho requerido em saúde pública. A mídia nacional também incidiu nesse cenário, na medida em que faz alarde em torno do uso do crack, acarretando em graves repercussões políticas, gerando pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única. E minha inserção nesse campo me permite citar, como exemplo dessas demandas e pressões, as entidades religiosas às quais as Comunidades Terapêuticas estão ligadas e alguns gestores e profissionais responsáveis pela política de assistência social e mais especificamente os responsáveis por medidas socioeducativas dos meninos em conflito com a lei.

Esse cenário foi bastante distinto do que ocorreu nas três Conferências anteriores – em que havia uma coesão política maior – resultando que as propostas aprovadas na IV Conferência só poderão ser analisadas a partir de seus efeitos em momento posterior.

Ao fazer um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Pitta (2011) traça um panorama da política de saúde mental nos nossos dias e assinala alguns desvios no seu rumo, especialmente a política de álcool e outras drogas. Aponta ainda a necessária retomada dos movimentos sociais que originaram a Reforma Psiquiátrica para que as políticas geradas na esfera coletiva se efetivem.

Quanto ao panorama político, diz ela:

A luz de todas as nuances de enfrentamento do estigma que envolve a questão da enfermidade mental e o uso de substâncias psicoativas, avançamos muito nas prescrições e nas diretrizes do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos, da Cultura, do Trabalho, para a área. Tal avanço prescritivo, presente na Legislação, nos relatórios das Conferências, nas portarias ministeriais, até mesmo em manifestações públicas de Presidentes, Governadores, Prefeitos e Secretários não se fazem acompanhar, entretanto, de ações consequentes que viabilizem o dito ou o escrito na intensidade na qual se faz necessária. Mesmo em governos democráticos onde tivemos lideranças expressivas do Movimento da Reforma Psiquiátrica ocupando postos de real poder de decisão (refiro-me a Ministro e a cargos de segundo e terceiro escalão), a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas é um fato. A sistemática negação de direitos que a condição marginal dos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas parece determinar, posterga e opacifica qualquer demonstração de factibilidade para as políticas de saúde mental e intersetoriais prescritas. A exclusão, a restrição de recursos é a política hegemônica dos governos municipais e estaduais, desobedecendo assim às diretrizes nacionais da política de saúde mental.

Sem consenso, o que ganha relevo em alguns momentos na agenda do governo federal, se dilui nas demais esferas de governo, chegando aos cidadãos de um modo pálido, em ações pouco potentes, com pequena margem de resolutividade, com equipes que flutuam na dependência do prefeito municipal em exercício.

Pitta diz que o fato novo dos últimos dez anos é a proposta de enfrentamento do uso prejudicial das substâncias psicoativas nas três esferas de governo (União, estados e municípios), tema de grande importância epidemiológica, mas que em tempo algum mereceu por parte dos gestores do SUS uma consequente resposta política e assistencial, e que agora entra como prioridade no discurso presidencial especialmente o uso de crack.

Longe de negligenciarmos a gravidade da questão em relação ao uso do crack, cabe-nos lembrar que, do ponto de vista epidemiológico, não são nem a

cocaína e seu derivado o crack, nem os inalantes, as drogas de uso prevalente e que mais trazem consequências para o sistema de saúde do Brasil, e sim o álcool, droga de grande aceitação social.

A liberação de recursos para o enfrentamento do crack revela a intenção da política de governo, porém, assim como Pitta (2011), cabe-nos perguntar sobre quais as respostas que serão produzidas por esse ato nesse contexto? Os gestores executarão essa política sem se voltar para interesses outros que não os da saúde pública? Os trabalhadores da rede assistencial têm como responder às necessidades reais e às demandas concretas das pessoas usuárias de drogas nos sistemas de cuidados? Quais respostas vão ser produzidas a partir desse ato?

Apesar da intenção, o que se observa é um enorme descompasso entre o prescrito e o real. Se por um lado houve avanço normativo, com portarias e editais destinando recursos para estruturação da rede de cuidados, por outro lado, poucas são as iniciativas nos estados e municípios para cuidar das pessoas usuárias de droga no lugar em que elas vivem.

A gravidade dessa questão está no fato de que a lacuna de alternativas oficiais na rede que sirvam como continente para crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, situação ordinária para aqueles a quem o uso da droga desestruturou laços familiares e sociais, acaba deixando espaço para as "comunidades terapêuticas" oferecerem cuidados em espaços diurnos no SUS, voltando à lógica da exclusão e da higienização dos espaços públicos e como consequência o enclausuramento do problema.

O movimento da Reforma Psiquiátrica entende que as comunidades acima referidas funcionam na mesma lógica das instituições asilo-manicomiais que carecem de substituição progressiva.

No cenário acima, e no veio de nosso trabalho, podemos dizer que o ideal buscado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira é sempre adiado porque no seu caminho encontramos o 'capital, e seu correlato, o 'mercado da doença'; e, nos bastidores da política, um movimento reacionário, mas não da política da 'pólis', que, ao invés de executar uma política consistente para seus cidadãos, opera a implantação de 'comunidades terapêuticas' e a terceirização dos serviços públicos de saúde.

Reafirmamos com Amarante (1999, 2003) que a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo e não se refere apenas à implantação de serviços, porque, na

verdade, ela articula-se em quatro dimensões: a jurídico-política, teórico-conceitual ou epistemológica (que pretende articular novos saberes e práticas), a técnico-assistencial e a sociocultural, e visa, sobretudo, dar outro lugar social para a loucura.

Num esforço de síntese deste tópico sobre a política de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, concluímos com a ideia de Pitta na frase em epigrafe no item 3 deste trabalho:

Política se faz com ira, amor e... dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir e encontrar a estratégia mais sublime e adequada de intervir; e, dinheiro, para dar consequência às prescrições e desejos de enfrentamento do problema identificado.

2.2 A Supervisão e a Formação dos Operadores do Campo da Saúde Mental

Apesar dos avanços no campo da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que se refere aos direitos das pessoas acometidas por problemas de natureza psíquica, observa-se que os serviços de saúde mental e de saúde geral não se encontram ainda suficientemente preparados e em condições de acolher e cuidar dessas pessoas que adoecem com gravidade dentro dos princípios, da lógica e das diretrizes operacionais que estruturam o campo da atenção psicossocial.

Segundo Pitta (2011, p.4582),

muitos dos profissionais que atualmente atuam nos serviços de saúde mental que poderiam fazer a diferença em termos de implicação ética e técnica com a "boa prática", sustentando a interdisciplinaridade, não se sentem convocados ao apelo ético-político implícito na própria política. Existe uma paradoxal estratégia defensiva de fuga da responsabilidade na construção de uma clínica em movimento. Essa ética da responsabilidade estende e muito o alcance das intervenções em crises nos serviços comunitários quando a equipe consegue perceber a importância da contribuição de cada um dos seus integrantes.

A formação de recursos humanos é um dos principais desafios para a consolidação da política de saúde mental. Porém, há uma enorme distância entre o que é ensinado na Universidade e o que requerem os princípios e as diretrizes da política. Para Lobosque (2011, p.4591), "a formação permanente é indispensável aos gestores, aos trabalhadores e aos usuários: na sua ausência, permanecem

impossibilitados de problematizar as questões advindas das inusitadas práticas que exercem". As lacunas não preenchidas pelas formações básica e permanente acabam por ser mal supridas no âmbito da pós-graduação, impedindo que se alcance um nível realmente avançado de formação.

Lobosque (2011, p.4591) analisa a produção teórica relacionada ao saber psiquiátrico – que se pretende central na saúde mental – para examinar os problemas da formação e argumenta que a psiquiatria se embaraça num impasse: "por um lado, sofre as exigências de cientificidade que lhe são feitas enquanto especialidade médica; por outro, sem jamais conseguir atendê-las, procura persuadir-se de que o faz". Porém, se, por um lado, tais exigências requerem uma definição precisa do distúrbio que se pretende pesquisar, por outro, quanto mais a classificação dos distúrbios "se esforça para favorecer a clara e inequívoca identificação de cada um deles, tanto mais lineariza e falsifica os critérios que a deveriam propiciar". Diz, ainda, que embalar-se nesse ideal de cientificidade traz elementos paradoxais para a reforma; porque se, por um lado, pode ser perigoso para esta, por outro pode lhe ser positivo, na medida em que é possível perceber quão infecundo é o impasse em questão, justamente porque afirma a necessidade de prosseguir a formação em Saúde Mental numa direção bem diversa.

Complementando o pensamento de Lobosque, pode-se dizer com Saraceno (1999), que o campo da saúde mental questiona a hegemonia da psiquiatria ao adotar o modelo biomédico reducionista no tratamento das doenças mentais. Este autor problematiza a relação da sociedade com a loucura, e traz uma proposta crítica de reabilitação e cuidado em saúde mental que implica necessariamente a inclusão de sua dimensão política e social. Se distância do modelo ideológico do "reparo" e se volta para a ideia de direitos e circulação pela cidade. Tal proposta, promove um deslocamento da ideia de "cura" para a de "cuidados" em redes de mediação que aumentem a capacidade contratual.

Lobosque aponta a possibilidade de a formação se dar nos serviços abertos, com os múltiplos saberes que neles se produzem, e que tem uma realidade clínica e uma pertinência política indubitáveis e reconhecidas pelos atores nela envolvidos: trata-se, portanto, de propiciar um modo de formação que os ajude a sustentar a dimensão de verdade que aí encontram, possibilitando a articulação de marcos conceituais e o campo das práticas.

Citamos ainda que, por iniciativa da área técnica de saúde mental e visando suprir lacunas na formação, foi possível a inclusão de algumas necessidades de formação em saúde mental na Política de Educação Permanente do SUS. Esclarecemos que a política de educação permanente está sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e foi normatizada pela Portaria n.º 1.996 de 2006, que possibilitou o repasse de recursos para ações de formação diretamente aos Estados por meio dos Planos Estaduais de Educação Permanente.

É nesse contexto que a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde aponta a "Supervisão Clínico-Institucional" como forma adequada à qualificação das equipes técnicas – principal "recurso tecnológico" desses serviços – e a inclui estruturalmente na própria política pública. Dessa forma, a supervisão clínico-institucional vem se constituindo em uma *prática-eixo no campo da saúde mental*, como efeito de sua inclusão estrutural na própria política pública.

Ao apresentar o conceito e a história da supervisão clínico-institucional de 2013 (p.18), Pedro Delgado define-a como um dispositivo estratégico da atenção psicossocial ou da clínica no território. Argumenta que a supervisão se impôs como exigência para a clínica da Reforma que sucedia nos CAPS a partir da segunda metade da década de 1990. Sendo tomada como instrumento estratégico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sua construção passou a ser induzida pela "Escola de Supervisores".¹⁰

Se a supervisão é um recurso integrante da política, ela não é algo periférico, contingencial ou casual, mas afirmado como necessário à construção da rede nacional de saúde mental. Trata-se de um dispositivo ainda em construção e que, apesar de circundado por algumas concepções teóricas (poucos referenciais servem para lhe dar suporte), tem na psicanálise sua principal viga de sustentação (BARLETA; ELIA, 2010).

Percebe-se, porém, que no campo da saúde mental o termo supervisão recobre práticas muito diferentes, dado o fato que a supervisão clínico-institucional não está suficientemente caracterizada, e nem suas modalidades estão definidas.

¹⁰ A "Escola de supervisores" foi formulada em oficina do I Encontro Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo em 2004, e só pode ser efetivada com a normatização e o financiamento do Ministério da Saúde em 2005.

Mesmo no campo psicanalítico este é o componente do tripé clássico da formação do analista que ainda não foi suficientemente explorado.

É importante assinalar que do ponto de vista histórico, além dos Relatórios das Conferências de Saúde, o termo "supervisão" também aparece em documentos da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde desde 1990, mesmo ano da assinatura pelo Brasil da "Declaração de Caracas", numa publicação chamada "Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental". Esse manual foi elaborado com a participação de técnicos de alguns estados que tinham como preocupação mapear a rede de assistência hospitalar e foi gestado no período de 1987 a 1990. Porém, esse expediente não tratava da supervisão clínica propriamente dita, mas de um conjunto normativo para fiscalização da rede hospitalar psiquiátrica, com características de controle administrativo.

Considerando que as Conferências Nacionais de Saúde Mental têm constituído mecanismos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais na área de saúde mental, analisamos os Relatórios das Conferências para verificar no seu texto passagens em que o significante "supervisão" está explícito e sua prática recomendada e por diversas vezes reiterada.

Nessas conferências a política de recursos humanos sempre esteve no debate e é em seu escopo que a supervisão tem sido situada. E assim foi na primeira delas realizada no Rio de Janeiro 1987 onde se definiu entre os princípios básicos da política de RH a:

Garantia, dentro da carga horária contratual, de espaço para atualização, pesquisa, **supervisões técnicas de equipe** e contato dos profissionais com suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho, avançando no processo de organização dos trabalhadores nos seus locais de atuação, com vistas ao desenvolvimento de ações identificadas com o interesse e organização dos usuários (BRASIL, 1988, sem grifos no original).

Já na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992 em Brasília, e que teve como tema: "A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania", essa recomendação aparece em duas propostas: "Garantir uma supervisão capaz de dar conta dos diversos aspectos da prática cotidiana dos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio" e se repete no item sobre a Organização do Trabalho, nos seguintes termos: "Garantir,

dentro da carga horária contratual, espaço para a atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho."

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, as indicações para a implantação da supervisão nos CAPS se ampliaram. Além de serem aprovadas propostas gerais de capacitação de RH, como, por exemplo, "Garantir que o Ministério da Saúde capacite os Grupos Técnicos de Saúde Mental instituídos pela Portaria/GM n.º 799/00 e que os estados e municípios efetivem estes grupos de forma a viabilizar o controle e vigilância em saúde mental", também foram aprovadas propostas mais específicas: "Que as coordenações de saúde mental sejam constituídas por equipes que cumpram efetivamente as ações de supervisão, assessoria e acompanhamento contínuo dos serviços de saúde mental.", e ainda "Garantir aos profissionais carga horária destinada à participação em atividades de planejamento e organização do serviço, bem como espaço nas reuniões clínicas, estudos de casos e supervisões."

E, além disso, indica a supervisão para todo o conjunto de gestores e trabalhadores do SUS de uma maneira bastante ampliada. Vejamos o texto em pauta:

o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, para além das universidades, e exigir, nas três esferas de governo, que os Centros de Formação de RH estabeleçam as bases para criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma, que promovam qualificação, atualização, cursos de pós-graduação, estágios, residências, integração docente-assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente, para os gestores, equipes de PSF, do PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental, agentes de saúde mental voluntários, cuidadores de saúde mental, trabalhadores dos programas específicos (transtornos mentais severos, criança e adolescente, deficiente mental, álcool e drogas e emergência), professores da rede estadual e municipal, integrantes de instâncias de controle social, usuários e familiares e profissionais de outras políticas públicas como assistência social e segurança pública, atendendo aos aspectos assistenciais e terapêuticos, intersetoriais, dentro das diretrizes políticas do respectivo projeto de cada prefeitura municipal, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e conforme o artigo 1.º da Lei n.º 10.216/01.

No item referente ao tema da Capacitação e pesquisa, encontramos mais duas propostas: "Garantir, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, diretorias regionais e gestores locais, que os serviços substitutivos

de saúde mental tenham supervisão clínica e institucional regular, com discussões permanentes dos projetos terapêuticos dos usuários"; e "Garantir supervisão local dos estágios realizados nos serviços de saúde mental".

Em nosso entender, todas essas proposições carecem de maior precisão, pois nesse contexto a supervisão não tem a mesma concepção da supervisão clínico-institucional, e nem mesmo de clínico-territorial, objeto desta tese.

De qualquer maneira, a supervisão sempre foi uma prática recomendada para esse campo, e ocorria em vários estados; nos ambulatórios, CAPS e hospitais psiquiátricos de forma intermitente e não sistemática.

Com Fucks (2012) pudemos fazer um resgate histórico da supervisão nas políticas públicas de saúde mental e constatar como a psicanálise se fez presente. O referido autor relata que em 1984 a Secretaria de Saúde de São Paulo estabeleceu um convênio com o Instituto Sedes Sapientiae com o objetivo de realizar atividades de formação para profissionais da rede ambulatorial. As atividades desse convênio evoluíram dos seminários teóricos para a supervisão das equipes. O primeiro seminário ocorreu na modalidade de grupos operativos e formou uma equipe 15 coordenadores que passaram a organizar suas atividades em pequenos grupos de longo prazo. Com a mudança na gestão em 1986 as equipes de supervisores do Convênio passaram a ir até os locais de atendimento dos profissionais da rede, aproximando-se da realidade do trabalho das equipes, onde as questões institucionais podiam ser melhor trabalhadas. Foi nessa conjuntura que surgiu a proposta das supervisões clínicas e institucionais. Para Fucks (2012), a possibilidade de intervenção mais direta junto às equipes gerou a necessidade de explicitar as diferenças entre supervisão pragmática, supervisão institucional e supervisão clínica. Esclarece ainda que essa etapa com a supervisão tornou-se bastante complexa devido a mudanças no Governo do Estado e na Secretaria Municipal de Saúde, tornando a atuação dos supervisores limitada, desgastante e desanimadora, pois "as supervisões eram perpassadas por questões de poder entre grupos políticos ou "panelas, que afetavam a política de transformação" (FUCKS, 2012, p.8).

Por várias vezes os psicanalistas pensaram em desistir, diante das arbitrariedades administrativas; pensavam em interromper o convênio e adotar um lugar de denúncia, porém optaram por continuar, mas não sem um esforço permanente de situar-se entre "a identidade de psicanalistas e a preocupação de não psicanalisar as instituições,

confundindo ou reduzindo as questões ideológicas e de poder a jogos imaginários intra e intersubjetivos” (FUCKS, 2012, p.8). A essa marca inaugural, outras experiências de supervisão clínico-institucionais vieram a se somar como resultado do referido convênio.

No entanto, em nível nacional foi somente no ano de 2005 que a supervisão foi pensada como parte estrutural e estruturante da própria política de saúde mental, e em 2006 foi tomada como uma diretriz com destinação de recurso para a sua efetivação.

Observa-se que, embora a supervisão clínico-institucional já estivesse sendo conceituada e experienciada na área de saúde mental do SUS, devido ao lapso temporal de nove anos entre a III e a IV Conferência, ela só aparece no texto como proposta em 2010.

Com efeito, no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, propostas de supervisão foram inseridas no item Recursos Humanos, que teve como preocupação central a Gestão do Trabalho. Por essa razão reiterou-se o necessário cumprimento da exigência de concurso público como forma de contratação para todo e qualquer trabalhador da saúde mental e do SUS, assumindo, assim, o combate à precarização do trabalho em saúde e a garantia de equipe completa e qualificada em todos os equipamentos de saúde mental. E, nessa direção, foram incluídas três propostas de supervisão:

- Garantir a função de supervisão clínico-institucional no sistema de saúde mental sempre que demandada pelas equipes, pelos serviços e pela gestão;
- Garantir no contexto da Educação Permanente em Saúde Mental, a implementação da supervisão clínico-institucional em todos os serviços de saúde mental, para apoiar a discussão e implantação dos projetos terapêuticos, as dinâmicas institucionais e fortalecer a rede de cuidados, com contratação de profissionais comprometidos e formados de acordo com os princípios da Política Pública de Saúde Mental e Intersetorial, conforme Portaria GM n.º 1.174/2005; e
- Garantir e viabilizar supervisão clínico-institucional para todos os trabalhadores de saúde mental, com sustentabilidade na gestão local.

Tal proposta de supervisão clínico-institucional em implantação nos CAPS desde 2005 tinha como objetivo fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental, a partir dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse processo de construção do conceito e da prática de supervisão clínico-institucional pode, também, ser apreendido nos documentos da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

O instrumento legal e normativo de implantação da supervisão clínico-institucional na área de saúde mental é a Portaria MS/GM n.º 1.174 de 07.07.05. A referida Portaria destina incentivo financeiro para que os estados, o distrito federal e os municípios desenvolvam o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entre as ações desse programa de qualificação, está estabelecida no artigo 2.º dessa Portaria a "supervisão clínico-institucional regular (semanal)". O artigo 3.º define a supervisão clínico-institucional como o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, bem como detalha alguns critérios:

trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos três a quatro horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão dos CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

Em consequência, em 2006 é publicado o I Edital para seleção de supervisores, mas uma conceituação mais ampla aparece por ocasião da publicação dos resultados do II Edital de supervisão em novembro de 2007, numa correspondência enviada pela coordenação de saúde mental aos coordenadores de saúde mental integrantes do colegiado de coordenadores e aos supervisores selecionados. Tratava-se de uma mensagem de boas-vindas e de reconhecimento pela disponibilidade em contribuir com a saúde mental do SUS. Essa missiva trazia o seguinte título: *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Ela explicitava que a supervisão clínico-institucional era uma atividade que poderia ser exercida por profissionais de formação teórica e práticas diversas e

que, no entendimento da Coordenação Nacional de Saúde Mental, apresentava algumas características em comum, a saber:

1. A supervisão deve ser "clínico-institucional", no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política.
2. O supervisor deve ser escolhido pelo município onde se localizam o serviço e a rede. Cabe-lhe iniciar a tarefa contando com condições propícias de acolhimento pela equipe, de modo a também acolhê-la em suas dificuldades, tensões internas, sobrecarga, construindo um ambiente de trabalho favorável. Há estudos que apontam que as equipes dos CAPS têm uma representação positiva de seu trabalho, mas se mostram muito desgastadas com as dificuldades concretas da gestão pública (somadas à complexidade da tarefa clínica que realizam). Diante disso, cabe ao supervisor compreender esta dinâmica, desvelando-a para a equipe – multidisciplinar, heterogênea, com tradições teóricas diversas e fenômenos grupais inevitáveis –, de modo a ajudar no andamento da vida do serviço e na construção permanente do trabalho da equipe.
3. Ademais, deve o supervisor enfrentar ele mesmo o desafio do novo cenário de sua prática, ajudando a equipe a buscar permanentemente, em cada caso clínico, a construção dos conceitos operativos de rede (de serviços de saúde, de outras políticas intersetoriais, familiar, social, cultural, laboral) e de território (o lugar da vida do sujeito, suas características culturais, suas interações significativas). Sujeito, rede e território articulam-se no projeto terapêutico, cujo objetivo principal é apoiar o paciente e sua família na construção da autonomia possível.

4. Esse "novo cenário" da prática do supervisor é o espaço social concreto e histórico da vida dos sujeitos e da instituição, no âmbito de uma política pública, o SUS. O supervisor deve trabalhar na direção da construção do SUS, buscando sempre vencer a dicotomia, que com frequência se instala, entre as diretrizes gerais da política e a construção particular do cuidado clínico, que seja capaz de levar em conta a complexidade da dimensão existencial de um sujeito singular em um determinado território.
5. As três dimensões referidas (a supervisão como clínica e institucional; a integração da equipe de cuidado; e a construção do projeto terapêutico articulando os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia) são características da tarefa da supervisão, e perfeitamente harmonizáveis com formações teóricas diversas (desde que o supervisor esteja aberto a exercer sua competência clínica no cenário peculiar da rede pública de saúde mental).
6. A supervisão clínico-institucional em saúde mental é uma prática que surge no contexto dos inicialmente chamados "serviços substitutivos", que hoje integram a rede de atenção psicossocial.

Os novos supervisores precisam apropriar-se desta história, da política nacional de saúde mental, dos problemas e desafios dos novos serviços, do contexto do SUS. Inicialmente, sugerimos, para aqueles que não os conhecem, a leitura de um conjunto de documentos básicos da política (Manual dos CAPS, Relatório de Gestão 2003-2006, Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Saúde Mental e Economia Solidária, Saúde Mental da Criança e Adolescente, Legislação de Saúde Mental, WHO-AIMS Report Brazil 2007), facilmente acessíveis no endereço www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Em seguida, vale a pena familiarizar-se com a recente produção teórica em torno do trabalho dos CAPS, da rede de atenção psicossocial e do próprio ofício de supervisão.

Essa conceituação explicitada na mensagem *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*, foi modificada em 2010 no Edital da VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional - Supervisão de Processos de Desinstitucionalização e Redes Substitutivas para os hospitais que possuem acima de 240 leitos. Note-se que essa ampliação acompanha a proposta de a assistência

do SUS se organizar em Redes tendo como principais: Rede de Atenção Psicossocial, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Urgência e Emergência.

Apesar de o Edital da VII Chamada para Supervisão ter sido lançado em 2010, o recurso só foi liberado pelo M.S. em 2012 e alguns dos seus projetos só tiveram início em 2013.

No nosso entender, essa mudança representou uma involução ou uma distorção dos princípios anteriormente colocados, pois se até então esperava-se que a base de sustentação dos projetos de supervisão fossem os princípios amplos que levavam em conta os sujeitos nela envolvidos e davam margem à criação do novo, agora os princípios haviam dado lugar aos procedimentos, sendo deixados em segundo plano e até mesmo subtraídos do debate no campo da saúde mental.

Podia-se perceber claramente que esses projetos de supervisão estavam submetidos a uma nova lógica, mais operacional, que priorizava sobretudo os procedimentos administrativos de reformulação da assistência, de qualificação e acompanhamento das equipes para as ações internas dos hospitais e outras ações relacionadas à organização e articulação da rede substitutiva.

A supervisão acabava por pretender dar conta do todo, e passa a ter uma quádrupla linha de ação: as sessões de supervisão propriamente ditas, entendidas como um momento de parada da equipe para discutir o cotidiano do trabalho e demais questões que envolvem os profissionais e sua práxis; a construção dos casos clínicos, dos projetos terapêuticos, da dinâmica dos serviços, das articulações com o território e dos processos de trabalho; a promoção de eventos de capacitação em saúde mental e atenção psicossocial com os profissionais da rede de saúde visando alinhar conceitos, fortalecer e, qualificar a atenção psicossocial no território; e ainda o processo de desinstitucionalização propriamente dita, que implica a realização do Censo-psicossocial dos usuários moradores, a obtenção de documentação dos moradores e a articulação com os gestores responsáveis pela implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

O fato é que a supervisão deixou de ser sustentada por princípios que levavam em conta a participação dos profissionais como sujeitos produzidos no processo de supervisão e passou a ser orientada pela lógica de procedimentos como se os sujeitos implicados na ação desses procedimentos não tivessem absolutamente

nada a ver com eles. Dito de outra maneira, o interesse maior na supervisão não era analisar as demandas trazidas pelos profissionais na supervisão e sim, o cumprimento de demandas impostas de fora pela gestão. Na verdade, não há aí nem sujeito nem mesmo inconsciente.

De qualquer modo, a título de informação, transcrevemos a seguir as diretrizes e atribuições consideradas para a supervisão clínico-institucional na política pública de saúde mental em 2012, que a nosso ver trata-se mais de normas e procedimentos do que propriamente de princípios.

Diretrizes

- Que os processos de desinstitucionalização se deem de forma gradual, na lógica da desativação progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos, e devem ser acompanhados, necessariamente, pela reorganização, pelo fortalecimento e pela ampliação da rede de atenção em saúde mental;
- A constituição da rede substitutiva em saúde mental não deve limitar-se à implantação de serviços substitutivos, mas exige o reordenamento deles, construindo a articulação entre eles, pactuações e fluxos da assistência;
- Há necessidade de acompanhar os hospitais psiquiátricos em processo de fechamento de leitos, garantindo o direito dos pacientes que ali permanecerem durante esse processo de receberem assistência de qualidade;
- Os processos de desinstitucionalização devem implicar a reorganização da rede de atenção de diferentes municípios que têm o hospital psiquiátrico como referência na assistência, otimizando os fluxos de atenção em saúde mental no município e na região;
- Tais processos devem garantir o direito à inclusão dos pacientes de longa permanência em programas e projetos de reinserção social;
- Prover a documentação civil, renda, moradia, lazer e atenção integral são direitos dos pacientes de longa permanência e condição para sua reintegração social.

As atribuições contemplam:

- 1) Acompanhamento das ações internas ao hospital:

- Discussão do projeto terapêutico institucional do hospital, preservando os direitos dos pacientes e a qualidade da assistência oferecida, ainda que com um número reduzido de leitos e até o seu fechamento;
- Supervisão das ações das equipes profissionais junto aos pacientes de longa permanência, com vistas à reinserção social;
- Supervisão das ações de apoio e acompanhamento às famílias dos pacientes a serem desinstitucionalizados;
- Potencialização o processo de trabalho institucional, com a finalidade de:
 - a) Fortalecer a interlocução do serviço com a rede de atenção em saúde mental;
 - b) Estabelecer critérios de internação e alta hospitalar, diminuindo o número de internações e o tempo de permanência no hospital;
 - c) Instituir trabalho em equipe multidisciplinar;
 - d) Instituir assembleia dos usuários e outras formas de participação, associação e produção de autonomia de usuários e familiares;
 - e) Promover censo clínico-psicossocial dos moradores – identificação do município de origem, dos vínculos familiares, das condições para a transferência para residências terapêuticas, da existência de documentação e aspectos jurídicos relacionados aos pacientes;
 - f) Instituir reuniões de equipe semanais dos trabalhadores do serviço;
 - g) Reorganizar as enfermarias do hospital, de modo que todos os pacientes de um território de referência permaneçam na mesma unidade;
 - h) Identificar demanda de qualificação técnica dos trabalhadores da instituição e, em parceria com os gestores municipais/ estaduais, e contribuir para a realização de programas de capacitação.

2) Acompanhamento da Rede de Saúde Mental

- Apoiar e acompanhamento da gestão para o planejamento do processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência, estabelecendo cronograma e diferentes etapas do trabalho que definam o número de leitos a serem fechados, o número de residências terapêuticas e outros serviços a serem implantados na rede substitutiva;
- Apoiar e acompanhamento da gestão para a inclusão de beneficiários no Programa de Volta Para Casa (adesão do município ao programa junto ao MS; obtenção de documentação tardia dos beneficiários; articulações com a CEF para a abertura de contas bancárias para o recebimento do auxílio reabilitação psicossocial);
- Supervisionar e apoiar a organização das equipes/profissionais de referência para os Serviços Residenciais Terapêuticos e para o Programa de Volta Para Casa;
- Construir com as equipes de CAPS, NASF, PSF, hospitais gerais e de serviços intersetoriais, estratégias de acolhimento, ampliação do acesso e flexibilização da porta de entrada à rede;
- Construir com as equipes dispositivos de atenção à crise em rede, com acompanhamento corresponsabilizado durante as internações;
- Apoiar tecnologias inovadoras; e soluções criativas para a resolução de problemas;
- Fortalecer a articulação com o controle social e com a rede de proteção social;
- Construir junto à gestão municipal de dispositivos de regulação de acesso a leitos de internação psiquiátrica;
- Acompanhar da gestão municipal/estadual na elaboração de fluxos da rede de atenção substitutiva em saúde mental;
- Estimular a construção de linha de cuidado que atravessasse todos os dispositivos da atenção psicossocial, da atenção básica e da rede intersetorial;
- Apoiar a construção de estratégias para a inserção social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, incluindo na supervisão parceiros intersetoriais.

Como já apontado, e com a ideia de formação da Rede, a Portaria n.º 1.174/GM de 07 de julho de 2004 ainda continuou a ser a referência para financiamento das ações de formação e educação permanente para a saúde mental no âmbito do SUS, porém no que diz respeito à supervisão, não foram lançados novos editais, e nem todos os que existiam foram renovados. A supervisão passou a ser incluída nos "Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional".

A chamada e o regulamento do processo seletivo para apoio financeiro a aos municípios interessados em desenvolver esses projetos de educação permanente foram efetivados em novembro de 2013, mas as capacitações só passaram a ocorrer de fato em agosto de 2014.

O cerne dessa proposta é o intercâmbio entre as experiências entre profissionais e supervisão clínico-institucional, que se realiza por meio de módulos de formação. Na verdade, são 15 (quinze) módulos de capacitação, distribuídos por cinco linhas de ação: atenção à crise e urgência em saúde mental; saúde mental infanto-juvenil; saúde mental na atenção básica; demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; desinstitucionalização, reabilitação psicossocial. Esses módulos são constituídos a partir de uma rede e atenção psicossocial *preceptora* e cinco redes de atenção psicossocial *em formação* (redes visitantes). A proposta é que cada uma das *redes preceptoras* (receptoras) receba dez profissionais das *redes em formação* por mês (dois de cada uma das redes visitantes presentes no módulo) por um período de 10 meses, e realize oficinas de 40 horas no território de cada um dos cinco municípios que compõem o módulo. A reflexão e troca de experiências por meio de práticas territoriais deverão resultar em propostas e estratégias para o funcionamento da RAPS.

Apesar de a supervisão constar como parte integrante desses projetos, o que se observa é que ela sofreu uma inflexão, ou melhor, uma deflexão dentro da Política de Saúde Mental, foi literal e totalmente subsumida por projetos sob a lógica de "capacitação", sem, no entanto, se considerar que o dispositivo supervisão é de outra natureza, princípios e estrutura. No texto de chamada de seleção para os projetos consta que *a supervisão clínico-institucional é parte constituinte do módulo de capacitação e será efetivada na segunda etapa de desenvolvimento do projeto*.

Em consequência, em 2012 pode-se ler na publicação do Ministério da Saúde que a supervisão passou a ser entendida como um espaço de troca de saberes. Então, vejamos:

A supervisão Clínico-Institucional é importante estratégia de Educação Permanente na Saúde Mental. Ela deve promover espaços de trocas de saberes e experiências, que favoreçam a construção de novos conhecimentos, e fortaleça a articulação entre os princípios e as diretrizes da Saúde Mental e as suas práticas no Território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Assim, o dispositivo da supervisão passa a ser considerado sob a mesma lógica burocrática da RAPS, regida por exigências protocolares/metas/produtos/resultados e, mais especificamente, planos de ação predefinidos, o que no nosso entendimento é contraditório a aquilo que vinha sendo proposto sob a perspectiva da atenção psicossocial. Diluída nesse projeto, a supervisão deixou de ter visibilidade e a importância antes a ela atribuída.

Os princípios e as diretrizes da política pública de saúde mental estavam colocados, sim, mas uma leitura psicanalítica deles não é ingênua e nem decorre de um movimento expressionista. Foi necessário que alguns psicanalistas fizessem uma leitura que os levou a uma determinada concepção e prática de supervisão, que traz implicações clínicas e políticas para o campo da saúde coletiva, seara de discussões e conflitos de interesses (econômicos, corporativos, poder, entre outros).

Na verdade, o que queremos salientar é que na descrição acima o que foi denominado diretrizes e atribuições para a supervisão, é muito mais uma descrição burocrática de procedimentos do que propriamente de princípios e diretrizes, como inicialmente haviam sido pensados (2003 a 2007).

Não há reforma psiquiátrica sem tecido social envolvido, portando só haverá atenção psicossocial, essa nova lógica proposta pela política pública, quando se compreender que ela extrapola o campo da saúde. Daí porque o supervisor é necessário para a formação da rede, pois ele é um articulador importante e ponto pivô que irá dar sustentação à política de saúde mental.

O temerário de nosso ponto de vista é que existem no campo da saúde alguns mecanismos que colaboram para a imprecisão acerca daquilo que são propostas para a supervisão no campo da saúde mental, outras estruturas, ou melhor, estratégias organizacionais que muitas vezes tentam se substituir ou se sobrepor e acabam por causar certa confusão. Com o argumento de que trabalham com a atenção psicossocial, apropriam-se dos mesmos conceitos, mas que, aplicados em outros contextos, por exemplo, na atenção básica, acabam por incorrer em imprecisão metodológica. Entre eles podemos citar três dessas estratégias: os NASF e sua

função, as equipes matriciais na atenção básica e as supervisões gerenciais que ocorrem com equipes de atenção primária à saúde. A considerar que no cotidiano de nosso trabalho, nós próprios já ouvimos comparações dessa natureza, podemos dizer que se equivocam aqueles que pensam que a supervisão clínico-institucional originalmente proposta pode ser confundida com a estratégia de problematização da atenção primária. De forma alguma nossa intenção é desqualificar essas importantes estratégias, visamos apenas diferenciá-las da supervisão por nós proposta.

Do mesmo modo, e de forma alguma a supervisão pode ser confundida com um espaço de *troca de saberes e experiências*, conforme proposição feita em 2012 pela Coordenação de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Não se fala assim tão espontaneamente dos impasses na vida profissional a qualquer um, é preciso haver endereçamento a alguém que possa convocar os profissionais a falar e sustentar o que cada um tenha vontade de dizer, e isso não pode ser feito de qualquer maneira e exige um modo próprio para ser feito.

A supervisão conforme propomos é um dispositivo que tem estrutura própria e o supervisor faz parte desse dispositivo, e operador necessário e indispensável para fazer girar os discursos.

Com tudo isso não estamos querendo dizer que a supervisão tal como implementada pelos atuais gestores não tenha trazido avanços para os serviços, mas sim, que ela precisa *retomar seu rumo* para que os efeitos se produzam nos profissionais de saúde mental e se expandam no território.

Ademais, uma supervisão tal qual a concebemos deve ser capaz de produzir sujeitos que possam ser responsáveis pelo seu desejo e pelo seu trabalho e pela produção de um modo mais saudável de cuidar e de viver.

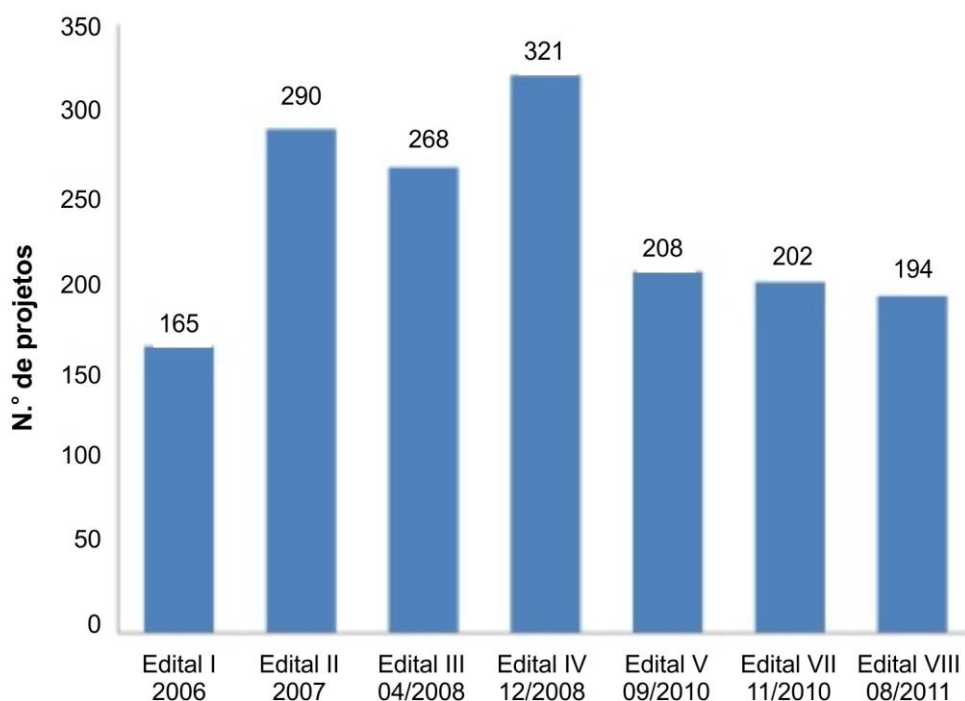
Figueiredo (2005) reconhece que a mudança da lógica de trabalho, apresentada pela política de saúde mental não é tarefa fácil, e muito menos simples, de ser implementada pelas equipes nos CAPS, como determinam as diretrizes. E além do mais, a formação de equipe não ocorre de maneira automática, é um trabalho que precisa ser construído. Para a referida psicanalista, a supervisão clínico-institucional serve a esse propósito e deve ser pensada como um dispositivo de formação permanente que atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, no sentido de auxiliar os profissionais a enfrentar os impasses institucionais que insistem no cotidiano do trabalho coletivo na perspectiva da atenção psicossocial.

Por essas e outras razões é que sustentamos que a supervisão deve ser estendida a todos os serviços de saúde mental.

Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde dão conta que, desde o lançamento do I Edital de supervisão em 2005 até 2011, foi possível apoiar 851 projetos de supervisão clínico institucional por meio do Programa de Qualificação da Rede de Serviços.

Como pode ser observado no gráfico a seguir, a totalidade dos projetos financiados pelo Ministério da Saúde em 2011, em número de 194, destinava-se à Supervisão da *rede* de atenção psicossocial, álcool e outras.

Gráfico 3 - Número de supervisões clínico-institucionais implantadas por ano, através de editais - Brasil - 2005-2011



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas-DAPES/SAS/MS

Tabela 2 - Número de supervisões clínico-institucionais implantadas por UF/ano, através de editais - Brasil - 2005-2011

UF	Edital I 2006	Edital II 2007	Edital III 04/2008	Edital IV 12/2008	Edital V 09/2010	Edital VI 11/2010	Edital VII 08/2011	Total
AC	1	2	0	0	0	0	0	3
AL	1	2	3	8	2	2	0	18
AM	0	2	1	0	2	0	1	6
AP	0	0	0	0	1	0	1	2
BA	9	4	2	1	5	4	0	25
CE	2	12	14	15	7	4	10	64
DF	1	1	4	0	0	0	1	7
ES	2	4	1	2	2	1	0	12
GO	0	3	1	1	3	3	2	13
MA	0	3	1	1	2	1	1	9
MG	14	13	10	24	14	8	12	95
MS	0	2	1	5	1	3	1	13
MT	3	2	2	5	0	1	0	13
PA	1	2	11	3	1	2	0	20
PB	3	7	10	11	3	5	6	45
PE	5	6	6	8	4	1	7	37
PI	1	2	0	3	1	2	0	9
PR	3	7	5	13	6	7	5	46
RJ	8	16	14	11	9	18	7	83
RN	0	6	5	4	2	5	2	24
RO	0	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	7	9	14	17	15	10	11	83
SC	7	8	10	7	8	7	7	54
SE	0	4	2	4	2	3	3	18
SP	20	31	18	21	19	15	20	144
TO	0	2	2	1	0	2	1	8
Total	88	150	137	165	109	104	98	851

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas-DAPES/SAS/MS

Quadro 1 - Escolas de Supervisores apoiadas pelo Ministério da Saúde

AL	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Alagoas
CE	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Ceará
GO	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas de Goiás
MA	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais
MS	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais do Pantanal
MG	- Escola de Supervisores da Rede de Atenção em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais - SES/ESP - MG
MG/MONTES CLAROS	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Norte de Minas Gerais
PE	- Escola de Formação de Supervisores Clínico-Institucionais - Recife e Região Metropolitana
PI	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Piauí
RJ	- Escola de Supervisores do Estado do Rio de Janeiro: Micropolíticas, Cuidado e Produção de Coletivos em Saúde Mental
RJ	- Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro (ESAM-SMS Rio-UFRJ)
RN	- Escola de Supervisores em Redes de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Norte
RS	- "Escola de Supervisores Clínico-Institucionais em Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul"
SC	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina
SE	- Escola Estadual de Supervisores Clínico-Institucionais
TO	- Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas do Estado de Tocantins.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas-DAPES/SAS/MS

Entendemos que o processo de constituição deste trabalho sobre a supervisão clínico-territorial, para além dos dados e do referencial teórico, não pode prescindir do diálogo com os atores pioneiros dessa construção. Dessa forma, contatamos uma pessoa que teve um papel significativo na condução da política pública de saúde mental, seja recomendando-a, seja viabilizando sua implantação nos serviços de saúde mental, e cujo relato da entrevista encontra-se no apêndice intitulado "De nossos antecessores".

De resto, a supervisão/clínico-institucional vem se constituindo em uma *prática-eixo* no *campo da saúde mental*, como efeito de sua inclusão estrutural na própria política pública. Se a supervisão é um recurso integrante da política, ela não é algo periférico, contingencial ou casual, mas afirmado como necessário à construção da rede nacional de saúde mental. Assim, também concernem à supervisão clínico-institucional a concretização e o fortalecimento da política de saúde mental, tendo como linha guia, os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 A PSICANÁLISE, O COLETIVO E A SUPERVISÃO CLÍNICO-TERRITORIAL

Situado o contexto histórico de inserção e encaminhamento do tema supervisão na psicanálise e no campo da saúde mental, pretendemos agora discorrer sobre algumas questões fundamentais para estabelecer com rigor a articulação da supervisão com o campo psicanalítico.

Para desenvolver este tópico, partimos da tese de Elia de que "o inconsciente freudiano, lido a partir da lente do ensino de Lacan, é uma estrutura coletiva". Afirma o autor que, na história dos saberes, não é possível a filiação da psicanálise àquilo que se chama "individualismo", portanto, não se pode, a rigor, falar em uma dimensão individual em psicanálise. Diz, ainda, que:

A psicanálise é a experiência do sujeito – e o sujeito não é o indivíduo, ele é dividido, enquanto que indivíduo é o que não se divide, e o primeiro ato da psicanálise foi efetuar a divisão do sujeito, tomando-o como sujeito do inconsciente. E o inconsciente não é uma dimensão ou propriedade "profunda" do indivíduo (ELIA, 2010b, p.1).

Em complemento, Elia (2010b, p.1) argumenta que: "a psicanálise tem, na estrutura do sujeito do inconsciente, como sua tessitura mesma, a lógica do coletivo". À medida que nos afastamos da instância do eu, aproximamo-nos daquilo que Lacan designou como "sujeito" e "mais adentramos na ordem do coletivo que vige no inconsciente, mas que também impera no Isso".

Para comprovar sua tese e preservar-lhe o rigor, ancorando-a no próprio pensamento do criador da Psicanálise, Elia recorre ao texto freudiano de 1923, *O ego e o Id*, em que Freud se refere ao Isso como o precipitado de "incontáveis eus" e mostra, em sua *Psicologia do Amor e da Identificação* (1910), que a libido é sempre transindividual. Afirma ainda que, em Lacan, a realidade do inconsciente é transindividual e sexual. A sexualidade, na psicanálise, introduz de forma incontornável o "muitos" no "um", desde que esses muitos não sejam concebidos como muitos "uns", mas dissolvam sua unidade individual para assumirem a condição de traços, fragmentos, estilhaços sempre intersignificantes, na produção do subjetivo.

A tese defendida por Elia pode parecer ousada e até mesmo estranha àqueles que pensam a psicanálise em sua forma tradicional, no entanto, a partir da inserção

de psicanalistas nas instituições, ela tem demonstrado sua pertinência e fecundidade, não sem a necessidade de reflexões teórico-metodológicas que a fundamentem.

Por reiteradas vezes Lacan nos alertou que seu ensino não se prestava à rápida apreensão, pois se quiséssemos compreendê-lo teríamos que ir aos poucos, no passo-a-passo, e ainda mais porque os significantes não se dão a reconhecer tão facilmente.

Portanto, tendo isso presente, passamos, então, a problematizar o conceito de coletivo desde Freud, dada a sua importância para a compreensão da supervisão clínico-territorial, e, assim, obter o recorte conceitual assumido nesta tese.

3.1 O Coletivo desde Freud

3.1.1 O Indivíduo no Processo Civilizatório

Começamos seguindo a trilha de Sigmund Freud que, como se sabe, foi um dos mais importantes pensadores de todos os tempos, empreendeu pesquisas nas ciências físicas, neurologia, psicologia, e trouxe contribuições em diversos campos do saber, formulando, sobretudo, a hipótese de que a inscrição do homem no sistema cultural é '*conditio sine qua non*' para a constituição de sua subjetividade. Entretanto, esse ponto de articulação necessária entre o homem e a cultura é marcado por um mal-estar estrutural, na medida em que a civilização é fundada sobre a base da abdicação pulsional.

Em Freud, encontramos importantes elementos de articulação ao tema do coletivo em *Totem e Tabu* (1912-1913) e em *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921).

Totem e Tabu é um texto composto de quatro ensaios (I – *O horror ao Incesto*, II – *Tabu e ambivalência emocional*, III – *Animismo, magia e a onipotência de pensamentos* e IV - *O Retorno do totemismo na infância*), em que Freud examina questões da antropologia social à luz da psicanálise. Nessa obra, Freud recorre à construção de um mito que envolve os vínculos sociais e a gênese da condição (cultura) humana

para dar conta da questão do Pai em Psicanálise, ponto sobre o qual os recursos conceituais da ciência se lhe revelam insuficientes, esbarram num impossível a dizer no plano dos conceitos.

Por isso, ele dá à sua teoria do Complexo de Édipo uma dimensão estrutural que, por incluir o real, exige o mito, que empresta à sua construção a aparência de uma incursão antropológica sobre as origens da civilização.

No quarto ensaio, IV - "O Retorno do totemismo na infância", Freud define o totimismo como uma "instituição sociorreligiosa" e o sistema de base explicativa da civilização humana. Freud "constata que a base do tabu é uma ação proibida, para cuja realização existe forte inclinação do inconsciente". Como "instituição social", o tabu tem duas ações proibidas: "não matar o animal totêmico e evitar relações sexuais com membros do clã totêmico do sexo oposto". Essas duas leis básicas do totimismo relacionam-se aos mais antigos e poderosos desejos humanos, aos quais é preciso renunciar em prol da civilização.

A hipótese freudiana do nascimento do 'agrupamento humano' a partir da horda primitiva, segundo o mito cujo o pai fora o criador do mundo social, podia ter todas as mulheres e com elas produziria os filhos que depois viriam a formar o primeiro agrupamento humano. Esse pai, temido e amado, representava o ideal para cada um de seus filhos, que terminaram por assassiná-lo e despedaçá-lo. Freud assevera que o ato de matar o pai e a subsequente 'celebração da refeição totêmica' deixaram profundas marcas na civilização e na cultura, originando a organização social, a religião e as restrições morais.

O que queremos marcar trazendo esse mito neste ponto é o momento em que se encerra a passagem do 'indivíduo' para a psicologia de 'grupo', pois o crime cometido em conjunto torna os irmãos iguais, trazendo a impossibilidade de que um deles substitua o pai, restando a esses filhos formar uma comunidade, ou melhor, a comunidade totêmica entre irmãos, regida por leis que se destinam a preservar e a reparar a lembrança do assassinato. Essas ideias também apontam para o fato de que o indivíduo se liga a outro indivíduo e a outros grupos por vínculos de identificação, conceito que será desenvolvido por nós mais adiante.

Em que pese a necessidade da civilização para dar conta do desamparo e da necessidade de proteção proveniente das ameaças e dos perigos que a natureza impõe aos homens, esta relação não é simples e sem consequências, como nos

ensina Freud em *O Futuro de uma ilusão* (1927/1996). Ao contrário, a civilização é inimiga do indivíduo porque ela tem que se erigir sobre a renúncia à satisfação pulsional, resultante de um constante recalçamento das pulsões.

A essas dificuldades soma-se a inclinação para a agressão, que Freud considera "uma disposição instintiva original e auto-subsistente" (1930 [1929]/1996, p.123), bem como o maior impedimento à civilização. Freud acrescenta que a propensão agressiva é derivada da pulsão de morte e seu principal representante, que se encontra lado a lado de Eros dividindo com este o domínio do mundo. Nesse sentido é que Freud diz que a evolução da civilização pode ser descrita como a luta da espécie humana pela vida, e esta é resultante da luta entre Eros e a Morte, entre a pulsão de vida e a pulsão de morte.

Para Freud (1930 [1929]/1996, p.125), então,

o processo civilizatório constitui uma modificação, que o processo vital experimenta sob a influência de uma tarefa que lhe é atribuída por Eros e incentivada por Anankê – pelas exigências da realidade –, e que essa tarefa é a de unir indivíduos humanos isolados numa comunidade ligada por vínculos libidinais.

Na busca pelo princípio do prazer é inevitável a integração do indivíduo numa comunidade humana. Nesse movimento pulsional regido pelo princípio do prazer, o indivíduo se produz pela interação de duas premências, uma no sentido da felicidade (a "egoísta") e outra no sentido da união com os outros da comunidade (a "altruísta"), mas que, de qualquer modo, impõe restrições. Já no processo civilizatório ("cultural"), regido pelo princípio da realidade, o que importa é criar uma unidade a partir de seres humanos individuais. Assim, é necessário que o indivíduo objetive estar em interação com os outros para que ambos os princípios coincidam. Nas palavras de Freud:

Assim como um planeta gira em torno de um corpo central enquanto roda em torno de seu próprio eixo, assim também o indivíduo humano participa do curso do desenvolvimento da humanidade, ao mesmo tempo em que persegue o seu próprio caminho na vida [...] Assim também as duas premências, a que se volta para a felicidade pessoal e a que se dirige para a união com os outros seres humanos, devem lutar entre si em todo indivíduo, e assim também os dois processos de desenvolvimento, o individual e o cultural, têm de colocar-se numa oposição hostil um para com o outro e disputar-se mutuamente a posse do terreno. [...] Trata-se de uma luta dentro da economia da libido, comparável àquela referente à distribuição da libido entre o ego e os objetos, admitindo uma acomodação final no indivíduo, tal

como, podemos esperar, também o fará no futuro da civilização, por mais que essa civilização possa oprimir a vida do indivíduo (FREUD, 1930 [1929]/1996, p.143-144).

As questões acerca da vida pulsional e sua relação com o coletivo são retomadas por Freud no *Why War?* (1933 [1932]). Esse texto foi elaborado para responder à pergunta de Einstein, motivada por uma proposta da Liga das Nações de intercâmbio entre diversos intelectuais acerca de seus pontos de vistas sobre assuntos que os inquietavam naquele contexto. A questão que inquietava Einstein era saber o que poderia ser feito para proteger a humanidade da maldição da guerra. Em resposta, Freud discorre sobre a submissão das ações humanas à vida pulsional. Esclarece que ela se caracteriza por dois tipos de pulsão: aquelas que tendem a preservar e a unir, denominadas por ele 'eróticas' ou 'sexuais', e aquelas que tendem a destruir e matar, chamadas de pulsão agressiva ou de morte. Explica, ainda, que muito raramente uma ação é obra de única pulsão, porque os fenômenos inerentes à vida emergem da ação confluyente ou mutuamente contrária de ambos (Eros e destrutividade). A satisfação dos impulsos destrutivos evidentemente é facilitada por sua mistura com outros motivos de natureza erótica e idealista.

Freud coloca que, no transcurso da evolução humana, quando da passagem da natureza à cultura, aconteceram modificações psíquicas importantes, e nessa passagem a dominação pela violência bruta transformou-se na violência apoiada no intelecto. Essa transformação induziu o reconhecimento de que à força superior de um único indivíduo podia contrapor-se a união de vários indivíduos fracos.

Em que pese nossa disposição pulsional, a estrutura da sociedade humana se mantém unida pela "força coercitiva da violência e pelos vínculos emocionais (identificações é o nome técnico) entre seus membros" (FREUD, 1933 [1932]/1996, p.251). Nesse sentido, o amor e "tudo que favorece os vínculos emocionais entre os homens devem atuar para que as pessoas vivam em harmonia" (FREUD, 1933 [1932]/1996, p.255).

Em suma, a psicanálise entendida na sua dimensão "histórico-social" postula que há uma mesma e única fonte dinâmica entre as realizações psíquicas do indivíduo e as das sociedades. Porém há sempre uma tensão entre as aspirações do sujeito e as da sociedade.

3.1.2 Psicologia de Grupo

Em Freud, a ideia de uma psicologia de grupo iniciou-se por volta de 1919, mas, segundo seu editor, James Strachey, uma explicação mais acabada do tema ocorreu em 1921 em *a Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921). Strachey diz que o pensamento seguido por Freud nesse texto deriva mais especialmente do quarto ensaio de *Totem e Tabu* (1912-13), de seus artigos *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução* (1914) e de *'Luto e Melancolia'* (1917). Este trabalho reveste-se de dupla importância: explicar a psicologia dos grupos com base em alterações na psicologia da mente individual e dar um passo à frente na investigação da estrutura anatômica da mente, já esboçada em *Além do Princípio de Prazer* (1920) e posteriormente elaborada em *O Ego e o Id* (1923). Dois modos, mas uma única direção; uma delas para dar o panorama das discussões sobre a psicologia de grupo e outra para justificar a presença do coletivo na psicanálise.

Vale notar que neste item trataremos mais pormenorizadamente as questões dos grupos abordadas por Freud em *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921) para depois retornar com ideias sobre a formação do eu e mostrar que a dimensão do coletivo se encontra na origem do 'sujeito do inconsciente' lacaniano, uma vez que ele se remete ao Outro do significante para se constituir, porque esse tema é importante para nossas considerações posteriores e, mais especificamente, para estabelecer a diferença em se operar a supervisão sob a lógica de grupo ou sob a lógica do coletivo.

Freud não estava preocupado em classificar as diferentes maneiras de formação de grupo e nem mesmo fazer uma descrição dos fenômenos mentais. Estava interessado sim, "em explorar as predisposições, os impulsos instintuais, os motivos e os fins de um indivíduo até as suas ações e suas relações com aqueles que lhe são mais próximos" (1921/1976, p.95).

Sua análise teve como ponto de partida a descrição de 'mente grupal' de Le Bon. Intentava saber sobre a condição de emergência de um 'grupo psicológico', fato que o induziu à tarefa teórica de responder a três questões: O que é um grupo? Como ele adquire a capacidade de exercer influência determinante na vida mental

do indivíduo? E, especialmente, qual é a natureza da alteração mental que o grupo rompe no indivíduo?

O grupo psicológico é um ser provisório, formado por elementos heterogêneos que por um momento se combinam, exatamente como as células que constituem um corpo vivo, formam, por sua reunião, um novo ser que apresenta características muito diferentes daquelas possuídas por cada uma das células isoladamente (LE BON *apud* FREUD, 1921/1976, p.96).

Para Le Bon, a particularidade de um grupo psicológico está no fato de que pessoas isoladas quando transformadas num grupo colocam-se numa condição ou na posse de uma mente coletiva que as faz pensar, sentir e agir de forma muito diferente daquela em que cada pessoa, se tomada individualmente, sentiria, pensaria e agiria. Esse fenômeno é independente do tipo e da qualidade dos indivíduos que compõem os grupos, seja por semelhança ou diferenças em seu modo de vida, seja em relação a sua ocupação, seu caráter ou sua inteligência. Certas ideias e sentimentos só se transformam em atos quando os indivíduos estão em grupo.

Freud observa que essas questões apontadas por Le Bon não são novas e se pergunta se um grupo não poderia ser caracterizado por aquilo que une os indivíduos ao grupo. Isso porque considera muito simples provar que o indivíduo que faz parte de um grupo pode diferir do indivíduo isolado, mas não é simples descobrir as causas dessa diferença, visto que, para encontrá-las, é preciso considerar as 'determinações inconscientes'.

a verdade estabelecida pela psicologia moderna, a de que os fenômenos inconscientes desempenham papel inteiramente preponderante não apenas na vida orgânica, mas também nas operações da inteligência. A vida consciente da mente é de pequena importância, em comparação com sua vida inconsciente (LE BON *apud* FREUD, 1921/1976, p.97).

Assim, Freud nos ensina que nossas ações são determinadas por um número muito pequeno de motivos conscientes, pois grande parte do que fazemos cotidianamente tem motivação inconsciente que foge à nossa observação. E afirma categoricamente que por detrás das causas confessadas de nossos atos existem outras causas secretas que são ignoradas por nós mesmos.

Le Bon pensa, ainda, que a distintividade dos indivíduos quando inseridos num grupo se desvanece, levando-os a apresentar um caráter mediano por incorporar as características do grupo. Assim, contrariamente a sua natureza individual, na

situação de grupo, todos os sentimentos e atos das pessoas são contagiosos em tal grau que o indivíduo rapidamente submete seus interesses pessoais aos interesses do grupo. Dessa forma, Le Bon entende a condição de um indivíduo num grupo como sendo realmente hipnótica (hipnotizador/hipnotizado), cujo mecanismo opera por contágio entre seus membros. Freud concorda com a primeira afirmação, mas faz uma importante diferenciação entre hipnose e sugestão, afirmando que elas não estão no mesmo plano, pois o contágio é uma manifestação da sugestionabilidade.

Freud considera que um grupo se forma e se mantém unido sob a influência da sugestão, e esta pode determinar nos indivíduos de um grupo características inteiramente contrárias àquelas que poderiam ser vistas no indivíduo isolado. Então, um indivíduo pode realizar certos atos com irresistível impetuosidade, pois a sugestão, sendo a mesma para cada pessoa, ganha força pela reciprocidade.

O fenômeno da sugestão estava na base da hipnose – cuja crítica levou Freud a criar a psicanálise – e mostrou que um indivíduo colocado numa condição de perda de sua personalidade consciente segue todas as sugestões do operador que o privou dela, e suas ações são contraditórias ao seu modo de ser e a seus hábitos. Acontece, então,

o desaparecimento da personalidade consciente e a predominância da personalidade inconsciente, a modificação por meio da sugestão e do contágio de sentimentos e idéias numa direção idêntica, a tendência a transformar imediatamente as idéias sugeridas em atos. Ele não é mais ele mesmo, mas transformou-se num autômato que deixou de ser dirigido pela sua vontade (LE BON *apud* FREUD, 1921/1976, p.99).

Para Le Bon, a 'mente grupal' é bastante semelhante com a vida mental dos povos primitivos e das crianças. Em sua descrição, um grupo é mutável, impulsivo, irritável e levado quase unicamente por seu inconsciente. Ou seja, o que Freud aqui denomina inconsciente se encontra, nos grupos, fechado, intacto, não afetado pelas incidências da elaboração – homologamente ao que acontece em uma análise. Fazemos esta observação porque sustentamos a hipótese – certamente teórica, mas também bastante ligada à nossa práxis como supervisora e pesquisadora – de que a estrutura do grupo é avessa ao inconsciente, atrelada que é ao eu, ao narcisismo e às identificações imaginárias que imperam no eu. Aparentemente, a colocação de Freud de que "o grupo é levado quase unicamente por seu inconsciente", feita na citação acima, poderia levar a crer que o grupo é *afeito, aberto* ao inconsciente, mas

justamente não há contradição alguma: ele é *levado*, como diz Freud, pelo inconsciente porque nada quer saber sobre ele, e se mantém fechado a ele.

De acordo com as circunstâncias, os impulsos a que um grupo responde podem ser atrozos ou generosos, covardes ou heroicos, porém são sempre muito imperiosos, e nenhum interesse pessoal pode prevalecer, nem mesmo o interesse da autopreservação, pois no grupo nada é resolvido antecipadamente por reflexão. Embora possa desejar coisas ardorosamente, esse desejo não se mantém por muito tempo porque é incapaz de perseverança. O grupo é imediatista e não tolera qualquer demora entre seu desejo e a sua realização. Comporta-se com sentimento de onipotência, pois no grupo a noção de impossibilidade desaparece. É excessivamente crédulo e aberto à influência; carece de faculdade crítica e o improvável não existe. Le Bon diz ainda que o grupo pensa por imagens, que se ligam umas às outras por associação, ainda que não correspondam à realidade. Seus sentimentos são sempre muito elementares e muito exagerados, e não conhecem a dúvida nem a incerteza. Age de maneira extremada, e se uma suspeita é manifesta, ela instantaneamente se transforma numa certeza indubitável; um traço de antipatia se transforma em ódio impetuoso. Para produzir efeito sobre o grupo, não é necessária nenhuma ordem lógica de argumentos. Um grupo pode ser tão intolerante quanto obediente à autoridade. Exige de seus heróis força ou até mesmo violência. Tem necessidade de ser dirigido, oprimido e temer seus senhores. É basicamente conservador, respeita a tradição e rejeita todas as inovações e progressos. É interessante observar o quanto esta descrição de Le Bon coaduna-se com o funcionamento do registro do imaginário em Lacan.

Freud lembra que, para se fazer juízo dos princípios éticos de um grupo, é preciso considerar o fato de que quando as pessoas se agrupam suas inibições individuais sucumbem às pulsões destrutivas, cruéis e brutais, que neles estavam adormecidos, como lembranças de uma época primitiva; e essas pulsões são despertadas para encontrar gratificação livre.

Em contrapartida, considera que sob o domínio da sugestão, os grupos também são capazes de elevadas realizações sob forma de abnegação, desprendimento e devoção a um ideal. Ao passo que com os indivíduos isolados o interesse pessoal é quase a única força motivadora, nos grupos ele muito raramente é proeminente. É possível afirmar que um indivíduo tenha seus padrões morais elevados por um

grupo (FREUD, 1921/1976, p.65). Enquanto a capacidade intelectual de um grupo está sempre muito abaixo da de um indivíduo, sua conduta ética pode tanto elevar-se muito acima da conduta deste último quanto cair muito abaixo dela (p.103).

Freud esclarece que ideias contraditórias podem coexistir num grupo e tolerar-se mutuamente, sem que nenhum conflito emerga da contradição lógica entre elas. Condição que também pode ser verificada na vida mental inconsciente dos indivíduos, das crianças e dos neuróticos.

Outra característica importante de um grupo é sua submissão ao poder mágico das palavras, que podem tanto evocar tempestades na mente grupal quanto apaziguá-las. A preocupação de um grupo não é com a verdade, pois sua base de sustentação são as ilusões, sem as quais não pode ficar, e geralmente não consegue distinguir entre as duas coisas. Freud enfatiza que já havia indicado que a predominância da vida da fantasia e da ilusão nascida de um desejo irrealizado é o fator dominante na psicologia das neuroses. E que os neuróticos não se guiam pela realidade objetiva comum, mas pela realidade psicológica.

Como já visto, para Le Bon, tal como um "rebanho obediente", o grupo não pode viver sem um senhor e só pode existir e se organizar sob a influência de um chefe, de um líder. O que leva um grupo a encontrar um líder e a ajustar-se a suas qualidades pessoais são suas necessidades. Para o referido autor, existem diferentes tipos de líderes e diferentes meios pelos quais eles atuam, porém, um líder deve estar revestido de 'prestígio'¹¹. O prestígio se distingue em prestígio adquirido ou artificial e em prestígio pessoal. Uma característica importante é que o prestígio é dependente do sucesso e se perde com o seu fracasso.

Após a análise dessa elaboração de Le Bon, Freud conclui que a única coisa que o autor apresenta de peculiar são as duas noções de inconsciente e a comparação dos grupos com a vida mental dos povos primitivos, pois a depreciação das manifestações da mente grupal e as teses sobre a inibição coletiva do funcionamento intelectual e da elevação da afetividade nos grupos já haviam sido formuladas e descritas anteriormente por outros autores.

As objeções de Freud às observações de Le Bon não invalidam a admiração que o pai da psicanálise tinha por esse autor e sua obra, a *Psychologie des foules*

¹¹ O prestígio é uma espécie de domínio exercido sobre nós por um indivíduo, um trabalho ou uma ideia. Paralisa inteiramente nossas faculdades críticas e enche-nos de admiração e respeito.

[1855], que julgava merecidamente famosa. Freud aponta que é possível fazer outras leituras, contraditórias às opiniões de Le Bon, acerca dos princípios éticos do grupo e do trabalho intelectual, da qual uma opinião mais elevada da mente grupal pode ocorrer.

Freud diz que o problema está em colocar na mesma expressão "grupo" uma série de estruturas bastante diferentes, e que é preciso distinguir os grupos ocasionais, de caráter efêmero (assertivas de Sighele, Le Bon), dos "grupos ou associações estáveis em que a humanidade passa a sua vida e que se acham corporificados nas instituições da sociedade" (FREUD, 1921/1976, p.108).

Nessa direção, Freud recorre às articulações de McDougall, em seu livro *The Group Mind* (A Mente Grupal) (1920), para pensar o grupo como massa. Para este autor, o 'grupo simples' não possui organização alguma, ou mesmo uma que mereça esse nome. Descreve um grupo dessa espécie como sendo uma 'multidão'. Postula que para que uma multidão possa se reunir, ela deve possuir pelo menos rudimentos de uma organização, ter algo em comum uns com os outros, como um interesse comum num objeto, ou uma inclinação emocional semelhante em situações diversas e "certo grau de influência recíproca". Assim, em McDougall há uma diferenciação entre grupo simples ou multidão e grupo organizado, bem como cinco condições para produzir um grupo altamente organizado e de elevada vida mental coletiva, a saber: que haja certo grau de continuidade de existência no grupo; que em cada membro do grupo se forme alguma ideia definida da natureza, composição, funções e capacidades do grupo, para desenvolver uma relação emocional com o grupo como um todo; que o grupo seja colocado em interação com outros grupos semelhantes, mas que deles difira em muitos aspectos; que possua tradições, costumes e hábitos tais que determinem a relação de reciprocidade entre seus membros; e que tenha estrutura definida, expressa na especialização e diferenciação das funções de seus constituintes. De todo modo, para McDougall, o resultado mais notável e ao mesmo tempo mais importante da formação de um grupo é a "exaltação ou intensificação de emoção" produzida em cada um de seus membros.

Sobre essa condição que McDougall designa como sendo a 'organização' de um grupo, Freud observa que pode ser descrita de outra maneira. Sua preocupação estava em saber como conseguir para o grupo aqueles aspectos que eram característicos do indivíduo e nele se extinguiram pela formação do grupo, já que o indivíduo, fora do

grupo inicial, "possuía sua própria continuidade, sua autoconsciência, suas tradições e seus costumes, suas próprias e particulares funções e posições, e mantinha-se apartado de seus rivais" (FREUD, 1921/1976, p.112).

Em Freud o fato fundamental da psicologia de grupo é que o indivíduo num grupo está sujeito, mediante a influência deste, à intensificação das emoções e à inibição do intelecto como nos grupos primitivo, e isso produz alteração mental. A explicação de Freud é que essa alteração mental é provocada pela sugestão, ou, como diz ele, pela 'sugestionabilidade', como fenômeno irreduzível e primitivo e basal na vida mental do homem.

Freud utiliza-se do conceito de 'libido', que já lhe havia sido útil no estudo das neuroses, para pensar o fundamento lógico e as condições sobre as quais a sugestão se realiza. Libido é um conceito, uma "expressão extraída da teoria das emoções" (FREUD, 1921/1976, p.115). Freud deu esse nome "à energia, considerada como uma magnitude quantitativa (embora na realidade não seja presentemente mensurável), daquelas pulsões que têm a ver com tudo o que pode ser abrangido sob a palavra 'amor'" (FREUD, 1921/1976, p.116). Não se trata do amor sexual que tem como objetivo unicamente a união sexual. Em Freud, o amor próprio, o amor pelo outro, o amor pelos pais e pelos filhos, a amizade e o amor pela humanidade em geral, a devoção a objetos concretos e a ideias abstratas, estão incluídos no amor sexual. Para ele, todas essas expressões emergem do movimento pulsional. Observa, então, que "nas relações entre os sexos, esses impulsos forçam seu caminho no sentido da união sexual, mas, em outras circunstâncias, são desviados desse objetivo ou impedidos de atingi-lo, embora sempre conservem o bastante de sua natureza original para manter reconhecível sua identidade" (FREUD, 1921/1976, p.116).

Esse fato de a psicanálise ter tomado a palavra amor em um sentido mais amplo, ou seja, como amor sexual, que tanta indignação causou no meio científico de então, não traz nada de original porque, segundo Freud, "em sua origem, função e relação com o amor sexual, o 'Eros' do filósofo Platão coincide exatamente com a força amorosa, a libido da psicanálise" (FREUD, 1921/1976, p.116).

Visando demonstrar concretamente essas reflexões, Freud examina a estrutura libidinal de dois grupos artificiais – grupo que para se manter unido, coeso precisa do emprego de uma força externa – altamente organizados: a Igreja e o exército. A

despeito das diferenças, conforme Freud, ambos sustentam a mesma ilusão de que existe um comando superior que ama todos os indivíduos do grupo igualmente. Quanto à questão da estrutura libidinal dos grupos, Lacan formula de outra maneira, pois seus estudos junto ao exército inglês com um grupo de soldados muito específico mostraram que os laços emocionais que os mantinham unidos eram de uma *estrutura libidinal transindividual*.

Na referência à Igreja, todas as exigências feitas ao indivíduo derivam do amor de Cristo e disso resulta um traço democrático que perpassa a instituição, pois perante Cristo todos são iguais e todos possuem parte igual de seu amor. Assim é que em Freud, o laço que une cada indivíduo ao criador é também a causa do laço que os une uns aos outros. Quanto à lógica de um exército, nele o comandante-chefe é um pai que ama da mesma maneira a todos os soldados, e por esse motivo eles são camaradas entre si. Nesses dois grupos artificiais, cada indivíduo está ligado por laços libidinais com o líder (Cristo e o comandante-chefe, respectivamente) e também aos demais membros do grupo. Essa dupla ligação dá os elementos para Freud explicar que a falta de liberdade do indivíduo num grupo e a circunstância de estar preso a laços emocionais intensos e de duas direções são condições determinantes para alteração de sua personalidade. De todo modo, o laço com o líder é mais forte e parece ser o dominante.

Freud nos ensina que as relações emocionais íntimas que perduram por muito tempo, como, por exemplo, amizade, casamento e as relações entre pais e filhos podem ser ambivalentes, porque conservam um resquício de sentimentos de aversão e hostilidade, que escapam à nossa percepção devido ao mecanismo da repressão ou recalque.

De maneira semelhante, Freud considera o amor a si mesmo (narcisismo), porque este se empenha na preservação do indivíduo e se porta como se qualquer divergência de suas linhas específicas de desenvolvimento implicasse uma crítica a esse caminho, bem como uma exigência de sua alteração. E isso pode ser identificado nas antipatias e aversões que as pessoas sentem por estranhos com quem têm de tratar e que não conseguem disfarçar.

Nos grupos, o amor a si encontra limitações que estão fora dele, e dão prova contundente de que uma formação grupal consiste em novas formas de laços

libidinais entre os participantes do grupo. "O amor por si mesmo só conhece uma barreira: o amor pelos outros, o amor por objetos." (FREUD, 1921/1976, p.130).

Porém, os laços libidinais do grupo não são da mesma natureza de laços com objetos produzidos pelas pulsões amorosas que buscam a satisfação sexual, propriamente dita. Nos grupos, a atenção é com as pulsões amorosas que foram desviadas de seus objetivos originais (os sexuais).

A psicanálise nos ensina que existem outros mecanismos para os laços emocionais, e que estes nada mais são do que as identificações. Para Freud (1921/1976, p.133), a identificação "é a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa" e desempenha um importante papel na história primitiva do 'complexo de Édipo'. O menino tem interesse especial por seu pai, tomando-o como ideal, quer ser e crescer como ele, para tomar seu lugar. Concomitante a essa identificação com o pai, ou em tempo imediatamente posterior, "o menino começa a desenvolver uma catexia de objeto verdadeira em relação à mãe, de acordo com o tipo [anaclítico] de ligação" (FREUD, 1921/1976, p.133). O que aí se apresenta são dois laços psicologicamente distintos, uma identificação com o pai tomando-o como modelo e uma catexia de objeto sexual e direta com a mãe. Esses dois laços permanecem separados e acabam por reunir-se no complexo de Édipo em consequência do avanço irresistível no sentido de uma unificação da vida mental.

A identificação, é ambivalente desde o início; pode facilmente tornar-se expressão de carinho com tanta facilidade quanto um desejo do afastamento de alguém. "Comporta-se como um derivado da primeira fase da organização da libido, da fase oral, em que o objeto que prezamos e pelo qual ansiamos é assimilado pela ingestão, sendo dessa maneira aniquilado como tal" (FREUD, 1921/1976, p.133).

Freud distingue entre a identificação com o pai (aquele que gostaríamos de ser) e a escolha dele como objeto (o que gostaríamos de ter); distinção esta diretamente relacionada ao laço de se ligar ao sujeito ou ao objeto do eu. Nesse processo, o eu conforma-se de acordo com as características daquele tomado como modelo de identificação.

Além da identificação com o pai, Freud assinala a identificação de participação histórica e identificação com o traço unário. A primeira tem como referência um objeto de amor, a segunda tem referência parcial com um objeto de amor e a terceira não tem nenhuma relação com objeto de amor, pois se trata do significante. Em outros

termos, acerca dessas três fontes, sucintamente, podemos dizer: a identificação constitui a forma original de laço emocional com um objeto; retroativamente, a identificação se torna o sucedâneo para uma vinculação de objeto libidinal, por meio de introjeção do objeto no eu; e, por último, a identificação pode surgir com a percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa que não é objeto da pulsão sexual. Nosso interesse recai sobre esta última forma de identificação porque quanto mais acentuada for a qualidade comum que deu lugar à identificação parcial, mais bem-sucedida ela será na constituição de um novo laço.

Uma importante relação entre objeto e eu derivada do estado de estar amando pode ser demonstrativa da forma de constituição libidinal nos grupos primários. No grupo primário, ou "massa", os indivíduos colocam um só e mesmo objeto no lugar de seu ideal de eu. O que leva à identificação de uns com os outros em seu eu. Evidencia-se, com isso, que a sugestão não é exercida apenas pelo líder, mas também ocorre mutuamente de indivíduo para indivíduo.

Na investigação de Freud acerca dos dois grupos artificiais, a Igreja e o exército, ele destaca que a premissa necessária para a coesão e subsistência de um grupo é que todos os seus membros sejam amados igualmente por uma única pessoa, o líder. Contudo, diz ele, essa exigência de igualdade aplica-se apenas aos membros do grupo e não ao líder. Ainda que esses membros possam identificar-se uns com os outros, precisam de uma pessoa isolada, superior a todos eles, que os comande. Essa situação é ilustrada por Freud com a relação do grupo e a horda primitiva. Em sua psicologia de grupo, ele demonstra que fenômenos como a perda da personalidade individual consciente, o direcionamento comum de pensamentos e sentimentos, a preponderância do componente afetivo da mente e da vida psíquica inconsciente, a ação imediata decorrente do impulso correspondem a um estado de regressão a uma atividade mental semelhante à ocorrida na horda primeva.

Freud supõe o grupo como derivativo da horda primeva. Diz ele que a horda primeva deveria ajudar a entender o que está escondido por trás das inigmáticas palavras 'hipnose' e 'sugestão'. "Relembremos que nela a hipnose tem algo de positivamente misterioso, mas a característica de mistério sugere algo de antigo e familiar que experimentou uma repressão." (FREUD, 1921/1976, p.158) De todo o modo, o pai primevo é o ideal do grupo, que dirige o eu no lugar do ideal do eu.

Freud diz que cada indivíduo é componente de numerosos grupos, que está ligado por vínculos de identificação em muitos sentidos e construiu seu ideal do eu conforme variados modelos. Cada indivíduo partilha de um variado número de mentes grupais, como, por exemplo, as de credo, raça, classe, nacionalidade etc., podendo também sobrepor-se a elas, por possuir uma margem de independência e originalidade. Nos grupos transitórios, o "indivíduo abandona seu ideal do eu e o substitui pelo ideal do grupo, tal como é corporificado no líder" (FREUD, 1921/1976, p.163). Freud salienta que, em muitos indivíduos, a separação entre o eu e o ideal do eu não se acha muito desenvolvida e os dois ainda coincidem, porque o eu preservou sua primitiva complacência narcísica. A escolha do líder é franqueada por essa condição, que necessita apenas ter algumas qualidades claras e mais acentuadas e dar a impressão de possuir maior força e mais liberdade de libido. Aqueles membros do grupo, cujo ideal do eu não se corporifica em uma pessoa sem objeção, acabam por ser arrastados com os demais pelo fenômeno da 'sugestão', ou seja, por meio da identificação. Com essa explicação sobre a estrutura libidinal dos grupos, Freud reafirma a distinção entre o eu e o ideal do eu e a dupla espécie de vínculo que isso possibilita: a identificação e a colocação do objeto no lugar do ideal do eu. Essa conjectura de gradação diferenciadora no eu aparece como um primeiro passo para a análise do eu, que se originou por uma ação recíproca entre um objeto externo (ideal do eu) e o próprio eu. Desse modo, a descoberta freudiana revelou que, no curso da evolução humana, a nossa existência mental passou por uma separação, resultando em uma parte consciente, o eu, e em outra parte recalcada que permanece fora dele, o inconsciente. A condição de separação do ideal do eu do próprio eu provoca uma tensão que não pode ser mantida por muito tempo, tendo de ser temporariamente desfeita, pois nos traz desconforto e sofrimento, como bem demonstrou Freud no mecanismo das neuroses.

No pós-escrito de *Massenpsychologie* (1921), Freud explicita como se dá a relação de objeto nos estados de estar amando, na hipnose e na formação de grupos. Na condição de *Estar amando* há lugar apenas para o eu e o objeto, pois este estado exige a concomitante presença de impulsos diretamente sexuais e impulsos sexuais inibidos em seus objetivos, conquanto o objeto arrasta para si próprio parte da libido do eu narcisista do sujeito. Por restringir-se apenas a duas pessoas, a hipnose assemelha-se a essa condição, porém, baseia-se em impulsos

sexuais inibidos em seus objetivos, colocando o objeto no lugar do ideal do eu. Esse processo se multiplica no *Grupo*, pois

concorda com a hipnose na natureza das pulsões que o mantém unido e na substituição do ideal do eu pelo objeto, mas acrescenta a identificação com outros indivíduos, o que foi talvez, originalmente, tornado possível por terem eles a mesma relação com o objeto (FREUD, 1921/1976, p.178).

Em Freud, essas duas últimas condições constituem *um depósito herdado da filogênese da libido humana*, a hipnose sob a forma de uma predisposição e o grupo, como uma necessidade de sobrevivência direta. A substituição das pulsões sexuais por pulsões inibidas em seus objetivos impulsiona a separação entre o eu e o ideal do eu.

Enfim, Freud vai apontar ao longo de sua obra, que em cada *sujeito existem estruturas transindividuais que o determinam*. A massa se assemelha com o reaparecimento da horda primitiva. Assim como o homem primitivo sobrevive virtualmente em cada sujeito, também toda a massa humana pode reconstruir a horda primitiva. Daí Freud deduz que a psicologia coletiva é a psicologia humana mais antiga e afirma que "aquele conjunto de elementos - que isolamos de todo o referente à massa para construir – a psicologia individual – não se diferenciou da antiga psicologia coletiva senão mais tarde, muito pouco a pouco, e ainda hoje em dia, só parcialmente" (FREUD, 1912/1969, p.156).

A estrutura do grupo também era uma preocupação de Lacan que, servindo-se das análises minuciosas de Freud, fez importantes elaborações sobre os laços que ligavam os membros do grupo, não somente os hipnóticos da identificação com o líder, mas, sobretudo, o processo de identificação que ocorria entre os seus membros, a identificação horizontal, determinada por um tipo particular de relação de objeto, conforme indicado acima por Freud.

Uma oportunidade para essas elaborações foi quando de sua visita de cinco semanas a Londres em setembro de 1945 ocasião em que foi conhecer o trabalho desenvolvido pela psiquiatria junto às tropas inglesas. Dessa experiência resultou o artigo "A psiquiatria Inglesa e a guerra", de 1945, publicado em 1947 em "*l'évolution psychiatrique*", que trata dos efeitos do trabalho de Bion e Rickmann junto às tropas inglesas (LACAN, 1947/2003, p.106).

Ocorria que o sistema do exército inglês para avaliar os recrutas, denominado sistema *Pulhems*, buscava obter uma homogeneidade da tropa, característica considerada como fator essencial de seu moral. Porém, dado o reduzido número de efetivo e a baixa eficiência do exército inglês, os psiquiatras utilizavam-se da psicanálise e de suas técnicas para a "criação sintética de um exército", com a incorporação de "um grupo social de estrutura original" (LACAN, 1947/2003, p.108).

De fato, foi nos escritos de Freud que, pela primeira vez nos termos científicos da relação de identificação, tinha acabado de ser enunciados o problema do comando e o problema do moral, isto é, toda a encantação destinada a absorver por completo as angústias e temores de casa um numa solidariedade grupal na vida e na morte, da qual os praticantes da arte militar detinham o monopólio até então (LACAN, 1947/2003, p.108).

Lacan assevera que a experiência fundamental do general Rees com o auxílio desses psicanalistas trouxe à luz uma aplicação ao problema de nossa civilização, a exclusão das pessoas menos favorecidas, que levou à prática do "eugenismo". Teceu elogios aos trabalhos de Bion e Rickmann por seus efeitos nas tropas inglesas, especialmente aqueles efeitos relativos ao processo de identificação horizontal entre seus membros.

Trata-se do reaproveitamento de pessoas consideradas inadaptadas, delinquentes e psiconeuróticos. Esses sujeitos ao serem agrupados entre si mostraram-se mais eficazes, liberando sua boa vontade e franca sociabilização. As motivações sexuais de seus delitos diminuíram, demonstrando que estes decorriam menos da pretensa prevalência das pulsões agressivas e muito mais de seu isolamento social.

Para Lacan (1947/2003, p.110):

Qualquer déficit psíquico ou intelectual, com efeito, adquire um peso afetivo para o sujeito no interior do grupo, em função do processo de identificação horizontal, que o trabalho de Freud anteriormente evocado talvez sugira, mas negligência em favor da identificação vertical, se assim podemos dizer, com o chefe.

Lacan diz que os estudos relatados no artigo '*Intra-Group Tensions in Therapy. Their Study as the Task of the Group*' – vertido para o português como "*Tensões internas ao grupo na terapêutica*" (1943), trazem exemplos concretos da experiência num serviço de reeducação em hospital militar e adquirem o valor de uma demonstração de método freudiano por "encontrar no próprio impasse de uma

situação a força viva da intervenção" (LACAN, 1947/2003, p.113). Os conhecimentos de Bion no tratamento com indivíduos neuróticos possibilitaram-no a tratar os soldados em grupos, cuja tarefa era remover os obstáculos que se opunham à tomada de consciência de si mesmos, visto que atuavam como resistência ou desconhecimento sistemático. Ainda que esses soldados apresentassem diferentes necessidades que poderiam ser abordadas uma a uma, eles tinham em comum a dificuldade de submeter-se à disciplina. Bion organizou o trabalho de modo a forçar o grupo a se conscientizar sobre suas dificuldade de existência como grupo. Com o tratamento pela palavra, "operou-se uma cristalização da autocrítica no grupo" (LACAN, 1947/2003, p.115), resultando em manifestações coletivas em benefício de todos. Essa experiência de trabalho – que levava em consideração as resistências em suas determinações inconscientes – fundamenta que a conscientização dos fatores necessários a um bom funcionamento de grupos é um princípio básico do tratamento grupal, e aponta para um modo de identificação horizontal.

Até aqui, nos ocupamos em contextualizar as articulações de Freud sobre o grupo traçando uma diferenciação entre o individual e o social, no que diz respeito tanto às relações primevas que os homens estabelecem uns com os outros quanto à realização da vida mental do indivíduo sob a perspectiva da formação de grupo. De Lacan trouxemos o exemplo de uma estrutura baseada na identificação horizontal. Apreendemos, enfim, que na psicanálise esses dois fenômenos (o individual e o social) são indissociáveis – tal como a banda de moebius, que não tem direito e nem avesso – formam um mesmo contínuo e, sobretudo, fazem parte de uma mesma estrutura na formação do sujeito.

Neste ponto cabe-nos situar alguns conceitos fazendo as articulações necessárias para introduzir com mais precisão a lógica coletiva de Lacan.

3.2 O Coletivo e o Inconsciente Transindividual

A suposição de que existem processos mentais inconscientes; a admissão da doutrina da resistência e do recalque; a apreciação da sexualidade e do complexo de Édipo; aí estão

os principais conteúdos da psicanálise e as bases de sua teoria, e quem não possa admiti-los todos não deveria contar-se entre os psicanalistas

Freud, 1923 [1922]/1976, p.300

Nascida no final do século XIX (1896), a psicanálise sempre ficou associada ao individualismo do movimento artístico filosófico conhecido como romantismo alemão, que defendia a tese romântica da singularidade do ser humano. O romantismo floresceu na Europa de fins do século XVIII a meados do século XIX (1775-1854) e punha em evidência o individualismo, a imaginação e a livre expressão dos sentimentos, bem como a comunhão com a natureza e a ideia do artista criador como gênio visionário. O movimento romântico foi uma reação contra a crença iluminista no empirismo e na razão. Tal movimento buscava uma dimensão emocional e espiritual em sua resposta ao mundo e à posição do homem dentro dele.

Considera-se *individualismo* "qualquer teoria que destaque o valor, a autonomia e o proveito do indivíduo em detrimento do grupo, da sociedade ou da nação, ou que considere o indivíduo a unidade principal do sistema social; o contrário do *coletivismo*" (ROHMANN, 2000, p.215). Esse autor esclarece que, na teoria social, o individualismo afirma que todas as atividades sociais compõem-se, acima de tudo, de atos individuais (ROHMANN, 2000, p.215).

Surgido na França o termo individualismo tinha em sua origem a conotação negativa, exprimindo uma ênfase nos interesses privados à custa da sociedade. Por volta de 1870 o romantismo começou a ser suplantado por uma de suas ramificações, o simbolismo. A ênfase romântica no valor de cada pessoa inspirou movimentos de reforma social e incentivou o desenvolvimento da psicologia e da sociologia, ciências sociais focadas no homem. Contudo, suplantando seu próprio tempo histórico, Freud (1850-1939) foi o pensador que alterou a ordem das coisas.

Com ele, podemos refutar a ideia demasiado aceita e assentada no meio psicanalítico de que a psicanálise tem como base o individualismo.

Reiteramos que a questão da filiação da psicanálise não é um tema em que temos trabalhado, assim acompanhamos Elia, que vem sustentando a tese de que o inconsciente tem estrutura coletiva. Esse autor considera que a psicanálise não tem

uma estrutura, como saber e como práxis, marcada pela lógica do indivíduo e do individualismo, como propõem muitos autores que identificam as origens históricas da psicanálise no individualismo europeu (inglês, em David Lukes, francês, com Louis Dumont, ou alemão, com Georg Simmel), ou mesmo no romantismo alemão. Ele discorda dessa leitura, que considera tendenciosa, e afirma que a estrutura mesma do inconsciente, tem estatuto coletivo – atributo que deve ser diferenciado, o mais radicalmente possível, do sentido que ele assume na proposição junguiana de inconsciente coletivo, que na verdade é um mero leque de elementos pluralizados de caráter individual e da ordem do saber – os arquétipos – em um inconsciente que, por seguir a lógica significante e esvaziada de saber da ciência, não o comporta nem admite. Mas o inconsciente freudiano, pelas razões mais opostas às de Jung, apresenta uma estrutura coletiva de traços significantes sem conteúdo significativo algum. O que se pode depreender do incansável gesto freudiano de interlocução com o pensamento romântico e, mais do que isso, sua cuidadosa e criteriosa adoção da perspectiva romântica; assim como o que se pode reter de seus laboriosos desenvolvimentos na área da medicina neurológica, o conduz a reafirmar que só ao se deixar atravessar pelos significantes que o circundavam – significantes que pertenciam a outros a quem Freud supunha um saber –, só ao se deixar marcar por este saber, paradoxalmente, foi-lhe possível fundar o caminho de radical originalidade que foi o seu (ELIA, 2010b, 2011b).

E nessa perspectiva podemos considerar que o campo da saúde pública e da saúde mental torna a psicanálise particularmente aplicável no campo público.

Esta tese tem, sobretudo, a proposta de demonstrar que é a supervisão o dispositivo *princeps* pelo qual a psicanálise é transmissível ao campo da atenção psicossocial, e para isso a categoria de *coletivo*, em sua diferença para com a de grupo (mero ajuntamento de indivíduos que nele preservam seu caráter individual, que é transposto para o funcionamento do grupo), é absolutamente essencial, tornando-se uma categoria conceitual-chave para esta tese. Seria preciso demonstrar que quando Freud opõe o funcionamento do grupo ao do indivíduo, seguindo a análise de Le Bon, como demonstramos na primeira parte deste capítulo, ele na verdade nos traça as vias pelas quais poderíamos verificar a perfeita homologia entre grupo e indivíduo – e não sua oposição, como sugeriria uma leitura rasa da análise freudiana do grupo – em termos dos eixos determinantes da lógica de seu funcionamento. Na verdade, as

categorias conceituais que norteiam a análise freudiana da sua *Massenpsychologie* são a identificação, o amor do líder como eixo determinante do laço entre os membros do grupo, enfim, as mesmas que definem o funcionamento do eu em suas coordenadas narcísicas. E quando tanto Le Bon quanto Freud assinalam que os grupos são dominados por impulsos inconscientes, ele não está empreendendo, a rigor, uma análise *da estrutura do inconsciente* (que propomos transindividual, com Lacan), mas do efeito do inconsciente na estrutura egóica e narcísica dos grupos.

O que se opõe tanto ao grupo quanto ao indivíduo, em Freud, é o inconsciente coletivo, transindividual, simbólico, herdado transgeracionalmente, precipitado de incontáveis eus, no dizer de Freud a respeito do Isso.

Para estabelecermos uma aproximação com a lógica freudiana de um inconsciente transindividual, devemos ter presente as palavras de Lacan quando este diz que um conceito se modela "por uma aproximação com a realidade que foi feita para apreender, só por um salto, por uma passagem limite, é que ele chega a se realizar" (1964/1985, p.25). Por essa razão passaremos a articular algumas categorias teóricas por entender que elas permitem uma aproximação com o que denominamos inconsciente transindividual e coletivo na psicanálise, e iniciaremos com a categoria 'sujeito', seu principal operador.

3.2.1 O Sujeito

A proposta de intervenção no campo da saúde mental por meio de um dispositivo como a supervisão tem em seu horizonte a produção de sujeitos responsáveis (os profissionais de saúde mental) pelo seu desejo e pelo seu trabalho. Por esse motivo impõe-se a nós refletir sobre o 'estatuto do sujeito' vigente no campo da saúde mental, na atenção psicossocial e na psicanálise. Será que é do mesmo conceito de sujeito que se trata? Quais as noções de sujeito que permeiam esses campos? No que as noções de sujeito desses campos são homólogas e no que se diferenciam?

Antes de adentrarmos propriamente no tema 'sujeito', e para dar pistas de como o articularemos, vale ressaltar que trabalhamos com profissionais de saúde, que acredito, na sua maioria estão submetidos a um saber categorizado, totalitário e

universal, da medicina (psiquiatria) e da própria psicologia ainda fundamentadas nas ciências positivistas. Portanto, a grande maioria dos serviços de saúde mental, inclusive os Caps, é pautada por uma concepção de sujeito racional, substanciado na pessoa ou indivíduo, para o qual se busca a normatividade socialmente produzida e legitimada por meio de protocolos, fluxos e normas de conduta na forma de 'combinados', e outros.

Seria um contrassenso desconsiderar que houve avanços nas políticas de saúde mental, pois é notório que os recursos para essa área aumentaram e com isso foi possível a implantação de novos serviços. Contudo, isso não nos dispensa da tarefa de explicar por que dissemos que o projeto Caps não se realizou.

O que queremos evidenciar é que ele não se realizou dentro dos princípios e da lógica em que foram pensados, como articulador da rede de saúde mental, operando na lógica da atenção psicossocial. Ocorre que técnicos e burocratas do SUS, e pessoas não familiarizadas com o campo ou a quem não interessa essa lógica e esses princípios, com a propalada intenção de organizar as redes de atenção à saúde no âmbito geral do SUS, definem o Caps como um serviço especializado, o que implica despojá-lo de sua principal função. Ademais, esse deslocamento de função tem consequências na própria lógica da atenção psicossocial, uma vez que se promove um retorno ao mesmo e velho modo de se fazerem as coisas. O mais grave disso tudo, e que observamos no dia a dia, é que muitos dos profissionais que ingressam nesses serviços, por falta de supervisão, ficam impossibilitados de discutir e assimilar a lógica da atenção psicossocial, que, diga-se de passagem, também é nova em nosso campo. A franca e tendenciosa protocolização, em todos os níveis da rede, que direciona a maneira de os profissionais trabalharem não deixa lugar para a dúvida, faz com que tudo fique muito formatado e que se reproduza sempre o mesmo modo de intervenção, aquele que toma a pessoa como objeto. Nessa lógica certamente não haverá lugar para o sujeito.

Em direção contrária, a psicanálise, por considerar o 'sujeito do inconsciente', não se pauta por categorias totalizantes e trabalha com a particularidade, o caso a caso, ou, como já dissemos, com o um-a-um do coletivo. Não se trata, portanto, do sujeito pleno e consciente do positivismo filosófico aplicado às ditas ciências humanas, que, subjugado pela razão, representa o substrato último de garantia do conhecimento. Freud demonstrou que o sujeito do inconsciente, em sua determinação, obedece a

leis próprias e que estas subvertem determinantemente a lógica de um sujeito racional, pleno, íntegro, indiviso, emancipado e caracterizado pelo livre-arbítrio consciente.

Foi ouvindo as históricas no final do século XIX que Freud chegou ao "inconsciente" (*Unbewusste*) e com esse conceito inaugurou um novo campo do saber. A descoberta do inconsciente levou Freud a distanciar-se das concepções de sistema psíquico baseadas em argumentos, segundo os quais, os fatos mentais podiam ser explicados por suas características físico-químicas e neuronais, e que acabavam por estabelecer uma homologia entre o psíquico e a consciência. A análise revelou a Freud que esta era uma posição insustentável, porque muitos de nossos atos e das coisas que fazemos no dia a dia acontecem independente de nossa vontade e são até desconhecidos de nós mesmos. Freud observou que o atributo de ser inconsciente era apenas um dos aspectos do elemento psíquico, insuficiente para caracterizá-lo, pois existem atos psíquicos em estado latente e só temporariamente inconscientes, que não diferem dos atos conscientes em nenhum outro aspecto, por isso, propõe caracterizá-los em função de sua conexão com as pulsões e a hierarquia dos sistemas psíquicos a que pertencem.

Com efeito, existem diversas concepções de sujeito, e estas vão depender do campo de saber onde o tema é abordado, como, por exemplo: o sujeito da sintaxe, o sujeito cidadão, o sujeito psicológico, o sujeito histórico, o sujeito de direitos; porém, de modo geral, e como já o dissemos, na maioria dessas concepções o sujeito é aquele de quem se fala, a pessoa, o indivíduo; e isso é bastante diferente da concepção da psicanálise em que o sujeito se produz no próprio ato de falar evidenciando a diferença entre o sujeito do qual o saber fala ao tomá-lo como seu referente, e o sujeito que fala e se constitui neste ato.

O assunto comumente é abordado para mostrar a relação sujeito-objeto e sua implicação na construção da subjetividade humana, porém, seu desenvolvimento vai depender da corrente filosófica (idealismo, materialismo, empirismo, realismo, racionalismo etc.), a que está filiado e do foco que se quer evidenciar. Entretanto, o debate gira em torno da relação sujeito-objeto e da diferenciação em relação a outras disciplinas como, por exemplo: o sujeito psíquico da psicologia, o sujeito cidadão da política, o sujeito histórico da história, o sujeito da linguística, o sujeito biológico da medicina.

Quanto ao foco, se fossemos considerar apenas uma dimensão temporal do sujeito, poderíamos dizer que a corrente idealista colocará as esperanças do sujeito além do horizonte, ou seja, em um tempo futuro, e geralmente sob auspício da intervenção, enquanto o sujeito marxista do materialismo – se assim se pode dizer, pois a produção é sempre da ordem dos coletivos – tentará resolver o problema imediatamente, na prática, propondo uma sociedade igualitária. E, do mesmo modo, pode-se dizer que o sujeito da história se conjuga nos tempos presente, passado e futuro, não no sentido de desenvolvimento linear, mas a depender da escolha do "historiador"; e por fim, o sujeito da psicanálise, que tem seus condicionantes históricos num tempo passado, mas só se produz no tempo presente, no momento em que fala.

Cabe-nos aqui fazer uma pequena digressão para falar do 'sujeito cidadão', visto ser importante para nós por ter implicações na clínica voltada à atenção psicossocial, que acreditamos ser distinta dos outros métodos ditos de abordagem do social, pois, além de levar em conta as relações que os profissionais de saúde estabelecem entre si e com os usuários nos serviços de saúde mental, se volta à produção de sujeitos. Isso nos leva a pressupor que uma intervenção divina que se preocupa em produzir "o sujeito" também tem a potência de produzir efeitos no 'território', tratando-se, portanto, de uma 'clínica ampliada', cujos efeitos se estendem para um mais além dos serviços de saúde.

A *Atenção Psicossocial* é considerada por nós a mais indicada para designar a atividade profissional que nos caracteriza no campo da saúde mental, assim alguns se referem a ela como "*Clínica de Atenção Psicossocial*". Todavia, nós utilizamos estes termos compreendendo-os tanto como uma 'lógica da atenção' quanto como um 'campo do conhecimento', o campo da atenção psicossocial, ou, dizendo melhor, um campo novo que está ainda em construção e que extrapola o próprio campo da saúde.

No campo da saúde mental, os profissionais se referem assídua e indistintamente ao sujeito. Apesar disso, em geral, não é possível perceber em qual pensamento ou recorte teórico esses profissionais se apoiam para exercer sua atividade e torna-se igualmente difícil discernir se estão confundindo as diferentes noções de sujeito, o que traz consequências para a clínica.

As noções "sujeito", "cidadão", "comunidade" habitualmente organizam o espaço político do campo da saúde pública, em torno do qual o nosso trabalho se desenvolve.

O termo cidadão tem dimensão política, histórica e social, daí porque seu sentido não pode ser reduzido à categoria de "problema social", que necessita das benesses do Estado.

Como já dissemos a respeito da categoria sujeito, indistinção e confusão idênticas ocorrem na categoria cidadão. E isso pode ser ilustrado se tomarmos como referência dois pontos importantes da Política de Saúde do Sistema Único de Saúde: o controle social e o direito universal à assistência a saúde.

A inclusão do controle social como componente indispensável da política do SUS implica a categoria cidadão; já a adoção do termo 'usuário' para designar aqueles que são beneficiados pelo sistema, na maioria das vezes, implica a categoria sujeito na conotação de pessoa, indivíduo. O próprio termo "usuário" é emblemático para exemplificar a confusão e mostrar a contradição, pois, se o 'controle social' foi introduzido no sistema para conotar o cidadão de direitos e responsabilidades para com o próprio sistema, a categoria 'usuário', por sua vez, retira-lhes esta responsabilidade. Essas conotações têm reflexos na esfera privada, uma vez que a categoria cidadão passou a ser amplamente usada pelo capitalismo e pela democracia de mercado e passou a ser representada por programas de defesa do cidadão-consumidor-usuário de serviços.

Esse imbróglio referente à conotação que o termo 'usuário' adquire nas práticas dos serviços de saúde faz sentido quando constatamos que, de forma geral, ele está referido a alguém que usa ou desfruta de alguma coisa coletiva, notadamente um serviço público. Neste ponto interviria a mudança produzida por Fernando Henrique Cardoso em sua reforma neoliberal do Estado, quando reduziu os direitos sociais a meros serviços sociais a serem prestados pelo Estado – com a associação do terceiro setor – na lógica do mercado. Porém, não foi exatamente esse o sentido dado pela Política de Saúde Brasileira, pois nela o termo usuário sugere um sentido mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal – que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado – e procura avançar para uma concepção de saúde como direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

Contudo, "o sujeito não é o cidadão. Um e outro representam duas disposições, emergência ou constituição de sentido". O cidadão é, *a priori*, "um, qualquer um; o

cidadão da *polis*; já o sujeito é singularidade que se coloca por ocasião de um acontecimento" (GARCIA, 2000, p.23).

Garcia (2000) esclarece que para o cidadão da *polis*, a cidade deveria ser um espaço comum, onde os cidadãos se cruzam, sem outro critério de unificar ou tornar único 'a não ser a exterioridade de suas relações' (GARCIA, 2000, p.23), ou, dizendo de outra maneira, a cidade seria 'para todos'. Já o sujeito político – do para todos – "ou a política segundo o sujeito consiste na apropriação da exterioridade constitutiva da cidade. O cidadão só se faz sujeito no momento exato em que há representação/apresentação de um acontecimento" (GARCIA, 2000, p.23). O sujeito, por sua vez, se faz cidadão quando o espaço político desdobra e expande as particularidades subjetivas.

Observa ainda que tanto a democracia quanto o seu correlato, a cidadania ateniense, na *polis* grega, orbitavam as esferas públicas e a privada, mas estas eram soberanas em si mesmas, assuntos privados não diziam respeito às discussões públicas e vice-versa. Contrariamente a essa configuração, na atual democracia brasileira essas instâncias se confundem, porque geralmente a esfera pública é colocada a serviço dos interesses econômicos da esfera privada.

Vale lembrar que na atualidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos deparamos com uma franca e desmedida política de privatização com a transferência de recursos e responsabilidades da esfera pública para as OS (Organizações Sociais). "Tais instituições são cada vez mais autônomas e definidoras de metas e métodos, que acabam por substituir as diretrizes das políticas públicas anteriormente formuladas, elaboradas e pactuadas mediante dispositivos democráticos e submetidos ao controle social." (ELIA, 2014). Em consequência e sustentadas por uma ideologia neoliberal, as posições e práticas de gestão voltadas a essa política de privatização põem em risco o próprio modelo, pois os princípios e as diretrizes que as deveriam reger deixam de ser observados.

Com essa digressão pretendíamos situar as coordenadas em que o 'sujeito cidadão' se inscreve, mas ao desenvolvê-la impôs-se a nós a questão de saber se é possível fazer do cidadão um sujeito e do sujeito um cidadão. Na mesma direção de Garcia (2000, p.24), conjecturamos existir "uma tensão entre sujeito e cidadão, que poderia produzir um novo 'laço social' de caráter político proveniente da própria tensão", mas que inequivocadamente já viria marcado pela soberania do sujeito.

Entretanto, essa é uma questão que fica em aberto, pois não é nosso intuito, nem objetivo, desenvolvê-la aqui.

Colocadas as principais concepções de sujeito vigentes no campo da saúde mental, passamos agora a tecer algumas considerações concernentes ao 'sujeito da psicanálise', ou 'sujeito do inconsciente' – a noção central do campo psíquico e, por isso mesmo, um dos pilares de sustentação desta tese.

3.2.2 O Sujeito da Psicanálise

Embora Freud não tenha utilizado a categoria conceitual de sujeito, e, portanto, não tenha construído uma teoria e nem mesmo formulado uma definição explícita de sujeito, a doutrina psicanalítica em toda sua extensão é atravessada por esta noção. E foi Lacan quem num esforço de formalização trouxe o tema para o primeiro plano tornando-o o 'referente lógico' da questão freudiana. Godino Cabas (2009) observa que esse esforço de formalização lacaniano não ficou restrito ao plano do conceito, mas envolveu, sobretudo, a dimensão clínica do discurso analítico, inquietando em interrogar o proceder do sujeito no início do tratamento, sua implicação nos desdobramentos da cura, o seu estatuto final no desfecho do trabalho analítico e, por último, as consequências disso para a questão da *formação do analista*. Evidencia-se, assim, que a *noção* de sujeito na psicanálise tem dupla inscrição, pois exprime tanto uma '*função*' que concerne ao campo epistêmico quanto um '*referente clínico*', relacionado à prática da cura (CABAS, 2009, p.15). Consideramos problemático designar o sujeito como um "referente clínico" – o sujeito é o agente de um discurso e não o referente. Já pontamos anteriormente neste trabalho que é diferente "falar sobre o sujeito" e criar as condições para que ele se "funde no ato de falar". No discurso analítico, que não é agenciado pelo sujeito, ele tampouco será o referente, e sim ocupará o lugar do "Outro do trabalho" no discurso. Para Milner (1995/1996) o sujeito é a baliza absoluta (*le repère absolu*), o que não é a mesma coisa que referente, e nesse sentido pode ser melhor entendido como um "operador lógico".

A novidade trazida por Freud, pelo método da associação livre, foi mostrar que as palavras e expressões de suas pacientes revelavam uma lógica não racional

e que esta era sem sentido para a ciência positivista. A razão não era capaz de dar conta dos excessos pulsionais que traziam desequilíbrio ao sujeito e as suas relações sociais. Assim, o reconhecimento do inconsciente possibilitou a Freud o entendimento de que o sujeito é movido por forças que desconhece, porque o verdadeiro sentido de seus atos está onde sua consciência não alcança. Na verdade, pode-se dizer que aquilo que o sujeito procura em sua errância é compreender e interpretar suas próprias motivações, ou seja, aquilo que o determina e que o governa. É desse modo que a psicanálise sustenta que a verdade do sujeito, aquilo que lhe é singular, diz respeito ao inconsciente, e apresenta-se como enigma. Trata-se, portanto, de diferença radical quanto à questão epistemológica da verdade.

Retornemos à questão tomada por Lacan como fio condutor de suas elaborações para chegar ao "sujeito do inconsciente", o *cogito* cartesiano. Lacan analisou e discutiu exaustivamente o Cogito de Descartes, mas tomou para suas elaborações apenas um momento do sujeito historicamente definido, aquele que considera um correlato essencial da ciência, o sujeito forjado pela operação de pensamento no nascedouro da ciência moderna da qual o cogito é testemunho. Essas elaborações o levaram a formular o seguinte axioma: "*o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência...*" (LACAN, 1965/1998, p.873), e a desdobrá-lo na equação do sujeito até chegar à elaboração do 'estatuto do sujeito'.

Em *A obra clara* (1995/1996), Milner faz uma imersão no pensamento de Lacan, e do modo próprio da filosofia, chega às ideias contidas na '*equação dos sujeitos*' – que a psicanálise opera sobre um sujeito (e não sobre o indivíduo ou um eu), que há um sujeito da ciência, e que estes dois sujeitos constituem-se em um só e mesmo sujeito – e demonstra como a geometria galileana e a aplicação do método da dúvida cartesiana, ordenado pela matemática, tiveram como consequência a produção de objetos desprovidos das qualidades sensíveis, admitindo que o advento da ciência moderna produz um pensamento sem qualidades, cujo correlato é um sujeito sem qualidades. Portanto, ao sujeito da ciência desprovido de qualidades sensíveis:

Não lhe convirão as marcas qualitativas da individualidade empírica, seja ela psíquica ou somática; tampouco lhe convirão as propriedades qualitativas de uma alma: ele não é mortal nem imortal, puro nem impuro, justo nem injusto, pecador nem santo, condenado nem salvo; não lhe convirão nem mesmo as propriedades formais que durante muito tempo havíamos imaginado constitutivas da subjetividade como tal: ele não tem nem Si, nem reflexividade, nem consciência (MILNER, 1995/1996, p.33).

O próprio pensamento da enunciação "eu penso" pode ser um pensamento qualquer, um de todos os pensamentos possíveis, até mesmo porque qualquer que seja o pensamento pode levar à conclusão de que "eu sou". Ao substituir o "eu existo" pelo "eu sou", seguimos a tradução da proposição de Descartes *Cogito, ergo sum* adotada por Elia (2004, p.12), o *Penso, logo sou*, uma vez que a forma latina é *sum* do verbo *ser*. Portanto, na língua de Descartes, a língua francesa, não poderia ser "*je pense donc j'existe*", e sim "*Je pense donc je suis*". A título de ilustração, Schopenhauer (2009, p.32-35), em *A Arte de escrever*, já se opunha à abolição do Latim como língua da erudição e criticava as traduções que pudessem deturpar as questões puras e gerais da humanidade, bem como a verdade, a clareza e a beleza, que entendia como os únicos critérios confiáveis.

Na verdade, o que está em questão na dúvida de Descartes é o esvaziamento da esfera psíquica de todas as representações e de tudo aquilo que é da ordem do imaginário, para produzir um pensamento sem qualidades, cujo correlato é um sujeito sem qualidades. Ora, diz Lacan, se o que o *cogito* faz surgir, no momento do *eu penso*, é um sujeito não substancial desprovido de qualidades, este é também o sujeito da psicanálise, porque na óptica lacaniana o 'sujeito do inconsciente' é efeito do próprio ato de pensar e do funcionamento das leis significantes.

O sujeito epistemológico lacaniano comporta um corte, uma subversão no pensamento filosófico vigente até então, e foi exatamente isso que Lacan pretendeu demonstrar ao debater as diferentes concepções de sujeito e suas relações com a verdade e o saber, em a '*Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*' (1960/1998b). Nesse texto dialogou com duas de suas principais referências, o sujeito absoluto, logicizante da dialética de Hegel, e o sujeito abolido da ciência, de Descartes. Esse diálogo possibilitou colocar a verdade sob outro estatuto, pois o que a análise evidencia é que se trata da "verdade revelada", uma vez que o recalcado ali sempre retorna. Assim, a verdade não é outra coisa senão o saber que surge quando se põe em ação a sua ignorância, pois o saber de que se trata é o saber do inconsciente. O que se depreende dessa afirmação é que o inconsciente é um saber e no sentido de Freud um saber que não se sabe, visto que este saber, como já dissemos, está submetido ao recalque.

Em face disso Lacan (1960/1998b, p.810) afirmou que a sua criação, o sujeito da psicanálise "é uma decifração que já pressupõe no inconsciente essa espécie de

lógica em que se reconhece, por exemplo, uma voz interrogativa, e até o encaminhamento de uma argumentação". Assim é que, ao hipotetizar 'o sujeito da ciência', Lacan (1960/1998b, p.809) esclarece que a "função sujeito" tal como a instaura a experiência freudiana, só pode ser demonstrável no campo que lhe é próprio, a psicanálise, e desconsidera todas as formas que entendem o sujeito como unidade, ou totalidade; critérios que estão na base da ciência, da filosofia e, sobretudo, da psicologia.

É nesse mesmo sentido que entendemos o argumento de Milner (1995/1996, p.31) quando este diz que a "psicanálise encontrará em si mesma os fundamentos de seus princípios e métodos", e com isso forjará e incluirá o sujeito em toda a sua extensão e irá questionar a própria ciência, que o exclui.

Para Lacan, a psicanálise não é nem um *Weltanschauung* (cosmovisão ou visão de mundo) e muito menos uma filosofia que pretende dar a chave do universo, ela é comandada pela noção de sujeito em sua dependência significativa (1964/1998, p.78), visto que:

o deslocamento do significante determina os sujeitos em seus atos, seu destino, suas recusas, suas cegueiras, seu sucesso e sua sorte, não obstante seus dons inatos e sua posição social, sem levar em conta o caráter ou o sexo, e que por bem ou por mal seguirá o rumo do significante, com armas e bagagens, tudo aquilo que é da ordem do dado psicológico (LACAN, 1966/1998, p.33).

Temos assim que em Lacan, o sujeito é concebido a partir do campo da linguagem, o sujeito é um efeito da linguagem (LACAN, 1960/1998a, p.849); em consequência só pode ser evocado no momento em que se fala, e esta é principal razão pela qual a psicanálise adota em seu método a regra da associação livre, porque considera que é pela fala que se realiza a função da linguagem. A fala, como ato de discurso, implica sempre dirigir uma mensagem para alguém, requerendo uma resposta.

É nessa mesma direção que no texto intitulado *Posição do Inconsciente* (o qual contém um resumo das intervenções de Lacan por ocasião do Congresso de Bonneval em 1960 e transcrito em 1964), ele se refere ao inconsciente afirmando que *o inconsciente é um conceito forjado na trilha do que opera para constituir o sujeito* e não é uma espécie que defina na realidade psíquica o círculo daquilo que não tem o atributo (ou a virtude) da consciência (LACAN, 1960/1998a, p.844). Isso

porque, diferentemente do entendimento vigente em outras disciplinas, o sujeito não nasce e não se desenvolve, mas se constitui; ou melhor, como efeito da linguagem ele é evocado a se constituir nos interstícios da cadeia significante. " O inconsciente é a parte do discurso concreto, como transindividual, que falta à disposição do sujeito para restabelecer a continuidade de seu discurso consciente" (1953/1998, p.260). Lacan (1953/1998, p. 260) diz que,

Assim desaparece o paradoxo apresentado pela noção de inconsciente, se a relacionarmos com a realidade individual, Pois reduzi-la a tendência inconsciente não é resolver o paradoxo, a não ser eludindo a experiência que mostra claramente que o inconsciente participa das função da ideia ou até do pensamento.

Elia (2004, p.37) observa que não seria possível sustentar o funcionamento do sistema inconsciente, tal como proposto por Freud, com referenciais não simbólicos de estatuto biológico, como, por exemplo, neurológicos, e muito menos com referenciais não materiais de estatuto "psicológico", pois esses, quando tomados em sua suposta autonomia, acabam por reduzir-se ao seu suporte metafísico: "a alma", "a razão", "o pensamento". Dessa forma, o inconsciente freudiano requer um suporte metodológico no plano conceitual que obedeça a dois estatutos: ele deve ser *material* (a psicanálise é um saber materialista) e, ao mesmo tempo, deve ser *simbólico* (a psicanálise não é uma biopsicologia, ou ainda, uma bizarrice intitulada biopsicossociologia). Resta daí que é exatamente a *linguagem* o campo de referência que apresenta essas duas condições metodológicas.

A visada do significante só foi possível no 'retorno a Freud', quando Lacan pode perceber que Freud (1964/1985, p.28) introduziu "no domínio da causa a lei do significante. Mas, quanto a essa questão, Lacan também admite ter sido em sua própria experiência clínica que ele encontrou o fio de Ariadne que o levou a colocar no núcleo da estrutura do inconsciente a hiância causal, a falta significante (p.49), o que o conduziu à hipótese do 'sujeito do significante' e das estruturas básicas de sua produção.

Mas o que é um significante? Lacan (1974/1985, p.187) responde: '*um significante, é o que representa um sujeito para outro significante*'. À primeira vista, esta frase pode parecer tautológica, vazia de sentido; mas não o é, e tanto não o é que provocou importantes desdobramentos em relação ao processo de significação e

sobre o entendimento da estrutura do significante, e em particular porque diferenciou o significante da psicanálise do significante saussuriano, colocando a Linguística e a Psicanálise em campos distintos.

Para ilustrar o sentido contido no axioma acima, Lacan traz o exemplo da pedra com hieróglifos. Diz que qualquer um de nós que encontrasse no deserto uma pedra com hieróglifos, imediatamente iria supor que teria havido um sujeito para escrevê-la. Porém, uma vez que não poderíamos compreender nada do que ali estava escrito, não poderíamos acreditar que cada um daqueles significantes é a nós dirigido. Ao contrário, nós os definiríamos como significantes por imaginar que cada um deles se reportaria a cada um dos outros.

Então isso nos obriga a relançar esta pergunta: O que é um significante? E, seguindo a lógica do significante da psicanálise, essa pergunta envia-nos a outra, o que isso quer dizer?

Significante é um termo da Linguística de Ferdinand de Saussure, que foi apropriado por Lacan para subvertê-lo nas suas elaborações de 1953 em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, como o próprio título refere, que pretendia demonstrar que os conceitos freudianos só adquirem pleno sentido ao se orientar num campo de linguagem e se ordenar na função da fala.

A lógica significante já havia sido introduzida em *A Carta roubada* (1956), mas foi em *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud* (1957) que Lacan vai trabalhar mais detalhadamente a distinção entre S (significante) e s (significado), e as relações que eles estabelecem no processo de significação (significantização, para Lacan).

Na linguística saussuriana, o signo é produto da relação entre duas instâncias que mantêm reciprocidade biunívoca: o significante e o significado. Nessa concepção, o significante seria a unidade material da língua, imagem material acústica (massa sonora constituída por fonemas) a ser ligada, pela articulação do signo linguístico, à imagem conceitual ou conceito (significado), portanto, nessa lógica, o signo linguístico não liga uma coisa e uma palavra, e sim, um conceito e uma imagem acústica" (SAUSSURE, s.d., p.80).

Lacan descarta a concepção saussuriana de signo e elabora uma teoria do significante, propondo o seguinte algoritmo: S/s, e diz que ele deve ser lido da seguinte maneira: "significante sobre significado, correspondendo o 'sobre' à barra que

separa as duas etapas" (LACAN, 1957/1998, p.500). Colocar esse traço com valor de barra implica privilegiar a pura função do significante em detrimento do significado. Lacan diz que na psicanálise "significante age em separado da significação" e que esta é a forma literal que especifica o falo quando "surgindo fora dos limites da maturação biológica do sujeito, ele se exprime efetivamente, sem poder ser o signo que representa o sexo existente do parceiro, isto é o seu signo biológico" (1965/1998, p.890). Assim é que se pode dizer que "nenhuma significação se sustenta a não ser pela remissão a uma outra significação" (1957/1998, p.501).

Lacan nos diz que o significante é puro *non sense*, portanto não significa nada e também poder significar qualquer coisa; e complementa, "o significante como tal não se refere a nada, a não ser que se refira a um discurso, quer dizer, a um modo de funcionamento, a uma utilização da linguagem como liame" (LACAN, 1973/2008, p.36). Daí se deduz que aquilo que caracteriza a estrutura do significante é a articulação com outros significantes para formar uma cadeia, e, como veremos ainda, a possibilidade da introdução da diferença que marca os seres humanos.

A partir de Freud o inconsciente "é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena, escreve ele) se repete e insiste, para interferir nos cortes que lhe oferece o discurso efetivo e na cogitação a que ele dá forma" (LACAN, 1960/1998, p.813). Daí resulta que a ordem do significado é efeito da articulação significante na formação da cadeia significante, na qual o sentido insiste pela operação metonímica, por ação do significante, há um incessante deslizamento do significado sob o significante que está sempre em ação (inconsciente) no discurso (LACAN, 1957/1998, p.514).

Com isso queremos dizer que o significado não se encontra constituído desde o início, o significante vai ser articulado na cadeia significante para produzir uma ordem que seja capaz de engendrar o significado.

Com essas articulações, Lacan pode encontrar o suporte metodológico para suas elaborações e propor o axioma¹² maior "*o inconsciente está estruturado como uma linguagem*".

¹² Esse axioma foi anunciado no Seminário 11, todavia, só encontramos a expressão literal desse axioma em duas passagens dos Escritos de Lacan, e mais especificamente em Outros Escritos. O primeiro numa citação do próprio Lacan em *O engano do sujeito suposto saber* (1967/2003, p.334) e em *O aturdo* (1972/2003, p.490)], e, com isso, referenciar a primazia do simbólico na constituição do sujeito.

A base dessa teorização está em Freud, para quem o inconsciente é estruturado por um sistema de representações, traços de memória e signos de percepção que se organizam por meio das operações de condensação (*Verdichtung*) e deslocamento (*Verschiebung*). Note-se que estas também são as operações significantes que caracterizam a estrutura da linguagem no inconsciente, ou seja, o modo de o significante funcionar. A operação significante ocorre por meio dessas duas operações da linguagem e vão produzir como efeito a metáfora e a metonímia, ou seja, "os efeitos da substituição e combinação do significante, respectivamente nas dimensões sincrônica e diacrônica em que estas aparecem no discurso" (LACAN, 1960/1998, p.814).

Reconhecida a estrutura da linguagem no inconsciente, Lacan coloca em destaque que o sujeito como 'efeito do significante' é causado pelo significante. A função de causa pode ser apreendida na experiência analítica; ela mostra que o sujeito do inconsciente, como efeito do significante, não pode provir dele próprio, pois ele nem mesmo "sabe o que diz e nem sequer o que está falando" (1960/1998, p.815), porque o significante que poderia significá-lo é da ordem do *Outro* do significante. Ademais, os significantes que estão no campo do Outro também são incapazes dar um sentido essencial ao sujeito, pois o significante não significa, serve apenas para marcar relação de diferença. É a inscrição na ordem do significante (campo do Outro) que permite a um sujeito operar com as leis da linguagem e produzir significações que escapam a sua intenção de dizer.

É nesse sentido que foi preciso que Lacan hipotetizasse o sujeito, pois para produzir o sentido é necessário que o sujeito exista. É preciso que haja um sujeito com dimensão representacional, do qual se supõe saber a diferença que leva de um significante a outro, promovendo o deslizamento da cadeia de significantes.

De todo o exposto, para Lacan (1964/1985, p.122), "O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante", e os efeitos da fala são tão radicalmente primários que determinam o estatuto do sujeito (LACAN, 1964/1985, p.121). Isso significa dizer que apreensão da realidade do inconsciente só poderia se realizar (em suas formações, atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas) seguindo o processo de constituição do sujeito. Imediatamente se impõe a nós a questão de saber do que é feita essa realidade do

inconsciente. Novamente Lacan responde: "a realidade do inconsciente é – verdade insustentável – a realidade sexual" (LACAN, 1964/1985, p.143).

3.2.2.1 Sexualidade, Libido e Pulsão

O sexual em Freud não tem a ver com a relação sexual como a concebemos, e nem mesmo com as concepções do sexual vigentes em outros campos do saber e nas diferentes correntes de pensamento da psicologia. Em que pese a formação biofiscalista e os princípios científicos em que Freud formou-se, é certo que ele se afastou das concepções de sexualidade sob a perspectiva psicobiológica e psicofísica, que entendem a sexualidade como função individual, e o corpo como unidade orgânica que funciona naturalmente, sob uma lógica do desenvolvimento. Nessa perspectiva, a função sexual é concebida em sua forma corporal perfeita e definida, que levaria ao amadurecimento dos órgãos genitais culminando na cópula com fins de reprodução definidos pela espécie. Ao contrário, na psicanálise, o que a experiência analítica constata é que entre os sexos não existe uma correspondência biunívoca, ou mesmo complementaridade.

Na psicanálise, a sexualidade não é um processo orgânico relacionado à maturação biológica, ou transformação natural, que se destina à reprodução ou à relação sexual, à cópula, entre um homem ou uma mulher, mas faz parte de um sistema de regulação na função da pulsão. "A pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de ciência que é a do inconsciente." (LACAN, 1964/1985, p.167). Assim, o movimento pulsional é aquilo que causa o inconsciente e a vida psíquica.

A pulsão é para Lacan uma 'ficção fundamental' (LACAN, 1964/1985, p.155) ou um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise (inconsciente, transferência, pulsão e repetição) e sua modalidade de pressão, de força – um de seus quatro componentes – a *Drang*, foi caracterizada por Freud como uma *konstante Kraft*, uma força constante, cujo circuito se inicia na fonte, outro dos quatro elementos, a *Quelle*, definida por Freud como a zona erógena, e não como algum elemento interno ao

organismo (um órgão interno, por exemplo), investe o objeto; terceiro elemento dos quatro, na série e na ordem aqui proposta, o *Objekt* e cuja natureza não é definida *a priori* no programa da pulsão, podendo ser qualquer coisa ("o que há de mais variável na pulsão", dirá Freud (1915/1974a, p.143) para cumprir a meta da pulsão, quarto componente, o *Ziel*, que é a satisfação e não a saciedade, como ocorre transitória e ciclicamente no instinto. A pulsão é, sobretudo, um conceito que se situa no limite entre o somático e o psíquico, mas não pertence a nenhuma dessas ordens, mas "como uma medida de exigência de trabalho feita a mente em consequência de sua ligação com o corpo" (FREUD, 1915/1974a, p.142).

Lacan afirma que "A constância da pulsão proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo" (LACAN, 1974/1985, p.157). Lembra, ainda, que Freud havia dito sobre a pulsão, que ela não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, não tem subida e nem descida, e conclui "as variações fisiológicas, as variações profundas, as que se inscrevem na totalidade do organismo, estão submetidos a todos os ritmos, senão às descargas mesmas que se podem produzir na ocasião da pulsão" (LACAN, 1974/1985, p.162). A introdução do conceito de pulsão causou uma disjunção que permitiu situar o instinto (puramente biológico) em sua referência à espécie, que é anterior ao indivíduo; e a pulsão (no limite entre o somático e o psíquico), na relação entre o corpo do recém-nascido e o campo do Outro, a alteridade, de onde procedem linguagem e desejo – inicialmente presentes exclusivamente no campo do Outro e não de saída no corpo do "sujeito" constituinte, para a constituição da experiência subjetiva.

Podemos entender com isso que a psicanálise não desconsidera a vida biológica, nem negligencia nossa condição animal. O que ela desconsidera é que tenhamos um organismo e que este seja regulado por leis naturais e biológicas, e que funcionam independentemente do sujeito. A experiência que temos de nosso organismo, só se realiza pelo 'campo da linguagem na relação com o significante que produz tanto a significação quanto o sentido do que ocorre conosco'. Lacan (1954-1955/1985, p.100) esclarece que

A biologia freudiana não tem nada a ver com a biologia. Trata-se de uma manipulação de símbolos no intuito de resolver as questões energéticas, como manifesta a referência homeostática, a qual permite caracterizar como tal, não só o ser vivo, mas também o funcionamento dos seus mais importantes aparelhos. É em torno dessa questão que gira a discussão inteira de Freud – energeticamente, o que é o psiquismo.

A esse respeito, Elia formula a seguinte reflexão:

A mediação do significante faz com que experimentemos nossa condição orgânica não como um todo, não no peso de uma unidade vital, em bloco, mas por fragmentos, pedaços, com os quais sonhamos, imaginamos, fantasiemos, enfim, representamos para nós próprios (ELIA, 2004, p.46).

Podemos reiterar, então, que em psicanálise o corpo nada tem a ver com o somático, não se trata de corpo organismo porque como efeito da pulsão ele só poder ser corpo pulsional. O fato de Freud ter utilizado a biologia para fundamentar as suas teorias das pulsões não quer dizer que ele permaneceu nessa referência, pois sua fundamentação recai sobre a realidade sexual, o que implica a transformação do corpo biológico em corpo erógeno. A experiência analítica indicou a Freud que o desejo é o ponto nodal que liga a pulsação do inconsciente à sexualidade.

Na primeira teoria pulsional, que é coincidente com a primeira tópica do aparelho mental, Freud considerou existirem duas classes de pulsão na vida mental: pulsões sexuais (a libido) e as pulsões de autoconservação (ou pulsões do eu), e asseverou que nossa atividade mental trafega em duas direções opostas: ou parte das pulsões e passa pelo sistema Ics. até a atividade de pensamento consciente, ou começa com uma instigação de fora, passa pelo sistema Cs. e Pcs. até alcançar as catexias do Ics. do eu e dos objetos. O núcleo do inconsciente compõe-se de representantes pulsionais que buscam descarregar sua catexia.

Os avanços nas elaborações de Freud permitiram-lhe formular uma segunda teoria pulsional, e esta foi apresentada em *Além do Princípio do prazer* (1920), e mostrava nova dualidade: pulsão de vida (EROS) e pulsão de morte (THANATOS), que, segundo Freud, teriam estado operando e trabalhando uma contra a outra desde a primeira origem da vida. Assim é que essas duas classes de pulsão na vida mental correspondem a dois processos contrários, a manifestação e dissolução da vida. As pulsões de morte se manifestariam como impulsos destrutivos ou agressivos; e as pulsões libidinais, sexuais ou pulsões de vida, que são mais conhecidas na análise, Freud diz que estas pulsões podem ser abrangidas pela palavra Eros (amor). As pulsões sexuais e as pulsões de morte encontram-se presentes em todos os seres vivos, sendo que a vida consistiria nas manifestações do conflito ou na interação entre as duas classes de pulsões; a morte significaria para o sujeito a vitória das

pulsões de morte, as pulsões destrutivas, e a reprodução representaria a vitória de Eros (FREUD, 1923 [1922]/1976, p.311).

Desde Freud, nosso aparelho psíquico se organiza segundo dois princípios assimétricos que se interpenetram, o princípio do prazer e o princípio da realidade, sendo aquele dominante. O princípio do prazer é um princípio de constância. O corpo em Freud, concebido inicialmente como uma máquina, tem a tendência de voltar ao seu estado de equilíbrio. É dessa lógica de funcionamento que a "manifestação do processo primário no nível do eu, sob a forma de sintoma, se traduz por desprazer, um sofrimento, e, no entanto, volta sempre" (LACAN, 1954-1955/1985, p.87).

No artigo *As pulsões e suas vicissitudes*, de 1915, Freud se propõe a apresentar a dinâmica das pulsões sexuais argumentando que no processo de desenvolvimento e no decorrer da vida a dinâmica pulsional apresenta quatro vicissitudes, a saber: a sublimação, o recalque, a reversão no oposto e o retorno ao eu. Diz ainda que devido à existência de forças motoras que impedem que uma pulsão seja levada até o fim de forma não modificada, também podem-se considerar essas vicissitudes como modalidades de defesa contra as pulsões (1915/1974a, p.147).

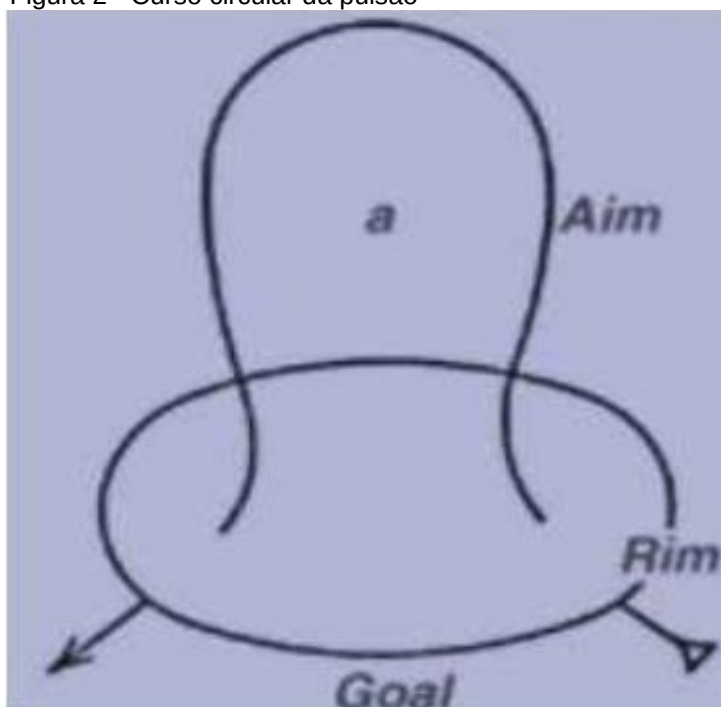
Na teoria pulsional, para descrever a manifestação dinâmica da sexualidade na vida mental, Freud emprega o termo libido ou pulsão sexual afirmando ser um termo que já havia sido utilizado por Moll, em 1898 (FREUD, 1923 [1922]/1976, p.308). No entanto, Lima (2000) assegura que o uso germinal desse termo, no campo psicanalítico, com as características conceituais apresentadas deve ser atribuído a Freud, que já o utilizara em 1894 no Rascunho F, Coleção III, no sentido de 'interesse sexual', texto que fora enviado a Fliess em correspondência datada em 18/08/1894. Nesse mesmo ano escreveu o ensaio *Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada Neurose de Angústia*, publicada em 1895 no qual distingue "excitação sexual somática" de "libido sexual ou desejo psíquico" (p.85). Freud considerava que a libido era a manifestação da força do amor, e a fome era da pulsão autopreservativa.

A libido constitui-se de pulsões parciais que podem unir-se a fim de realizar um trabalho. As fontes das pulsões parciais são os órgãos do corpo e, mais propriamente, as zonas erógenas, mas a libido também pode receber contribuições de todo processo de funcionamento do corpo. "A princípio, as pulsões parciais esforçam-se por obter satisfação independentemente umas das outras, mas, no decorrer do desenvolvimento,

se tornam cada vez mais convergentes e concentrados" (FREUD, 1923 [1922]/1976, p.309).

Os quatro elementos da pulsão parcial já descritos e decompostos em: *Drang* (ou o impulso da pulsão), identificado pela sua tendência à descarga; *Quelle*, a fonte (região ou zona do corpo da qual sua excitação se deriva – inscreve a pulsão no psiquismo numa estrutura de borda); *Objekt*, o objeto; e *Ziel*, seu alvo ou objetivo, foram representados por Lacan no Seminário XI (1964/1985, p.169), conforme o desenho a seguir:

Figura 2 - Curso circular da pulsão



Fonte: Lacan (1998c, p.170)

O movimento pulsional visa à inscrição da pulsão no inconsciente, ou melhor, a inscrição do representante da representação, o qual Freud denominou *Vorstellungsrepräsentanz*. Essa inscrição é necessária para a fixação do objeto da pulsão e o estabelecimento das vias de satisfação. No entanto, uma importante característica da pulsão é o fato de que nenhum objeto lhe seja adequado, o objeto é o que há de mais variável na pulsão.

A pulsão sexual, diz Freud (1923 [1922]/1976, p.308), a manifestação dinâmica do que na vida mental chamou de 'libido', é constituída de pulsões parciais, que podem se separar ou se unir para realizar uma ação comum. As fontes dessas pulsões

são os órgãos do corpo, especialmente algumas zonas erógenas; no entanto, isso não quer dizer que a libido não possa receber influência de todo processo funcional do corpo. De início as pulsões parciais empenham-se em obter satisfação independentemente umas das outras, e só em tempo posterior se tornam cada vez mais 'convergentes' e 'concentradas'.

Ao discorrer sobre as pulsões parciais nos estágios formadores da libido, Freud faz uma detalhada explicação,

A primeira fase (pré-genital) de organização a ser discernida é a *oral*, na qual, em conformidade com os interesses predominantes do bebê, a zona oral desempenha o papel principal. Ela é seguida pela organização *anal/sádica* em que a zona *anal* e a pulsão parcial do *sadismo* são particularmente proeminentes; nesta fase, a diferença entre os sexos é representada pelo contraste entre ativo e passivo. A fase terceira e final da organização é aquela em que a maioria das pulsões parciais converge para o *primado das zonas genitais*. Via de regra, essa evolução é atravessada rápida e moderadamente, mas certas partes individuais das pulsões permanecem atrás, nas fases prodrômicas do processo, e dão assim surgimento a *fixações* da libido, importantes como predisposições constituintes para irrupções subsequentes de impulsos recalcados e que se encontram em relação definida com o desenvolvimento posterior das neuroses e perversões (FREUD, 1923 [1922]/1976, p.297).

O que Freud pretende registrar na função da libido, nos diz Lacan, não é de modo algum uma relação arcaica, "um mundo de acesso primitivo dos pensamentos, um mundo que estaria aí como a sombra subsistente de um mundo antigo através do nosso". Para Lacan, a libido deve ser entendida como a presença efetiva do desejo, categoria que desenvolveremos posteriormente.

3.2.2.2 Narcisismo e a Teoria do Eu

[Eu] não é o eu, o sujeito não é o indivíduo
Lacan, 1954-1955/1985, p.10

Com a ideia de que uma pulsão pode, a partir de um objeto externo no qual esteja investida, voltar-se para o próprio eu do sujeito, Freud pode avançar em suas formulações da teoria da libido e introduzir o conceito de narcisismo. As atividades

de afago e contemplação do próprio corpo visam obter satisfação completa, e quando o narcisismo se desenvolve até o ponto que absorveu a totalidade da vida sexual do indivíduo, pode-se caracterizar como uma perversão. Na verdade, esta é uma visão um pouco limitada, pois de Freud sabemos que o narcisismo não conduz somente à patologia, visto que é também um importante protetor do psiquismo e integrador da imagem corporal. O narcisismo investe o corpo e lhe dá qualidades e proporções, possibilitando a convergência das partes para formar um Eu.

Em um modo de compreensão mais ampla, Elia (1995, p.111) diz que, na psicanálise, o narcisismo concerne a um modo particular de relação com a sexualidade e o define como o "processo pelo qual o sujeito assume a imagem do seu corpo próprio como sua, e se identifica com ela ('eu sou essa imagem')" e aponta para a existência de uma teoria do sujeito implicada na teoria do narcisismo.

Ao longo do "Seminário 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise" (1954-1955/1985), Lacan vai fazer articulações de modo a levar o leitor a ideia de que para entender a função do eu, no sentido dado por Freud a partir de suas experiências de análise, é preciso distinguir as relações estabelecidas nos plano real, simbólico e imaginário. Demonstra que a necessidade de distinção correlaciona-se ao fato de que a estrutura fundamental e central de nossa experiência, o eu, é de ordem imaginária; e seu aspecto primordial é uma função imaginária (LACAN, 1954-1955/1985, p.53).

O conceito de narcisismo publicizado formalmente em 1914 quando da apresentação do artigo *Para introduzir o Narcisismo*, este que foi considerado por Freud como um de seus mais importantes trabalhos. Esse texto assinala o lugar preponderante ocupado pelo narcisismo no desenvolvimento sexual; mostra as relações que se estabelecem entre o ego e os objetos externos; define uma nova dualidade entre 'libido do eu' e 'libido objetual'; e "introduz os conceitos do 'ideal do eu' e do agente auto-observador".

Ao estudar a demência e outros distúrbios psicóticos, Freud percebeu que os sintomas e o processo patogênico da demência consistiam na retirada da libido dos objetos e sua introdução no eu. Os sintomas clamorosos dessa afecção (súplicas e lamentações, presentes nos delírios e alucinações) surge dos esforços inúteis da libido para encontrar um caminho de volta aos objetos. Com isso foi possível mostrar que a libido de objeto poderia se transformar em catexia do eu e vice-versa.

Essas ponderações levaram Freud a fazer uma análise minuciosa do eu, este que até então fora conhecido apenas como instância de recalque e da oposição consciente-inconsciente. O eu passou a ser considerado como um reservatório da libido narcísica, do qual as catexias libidinais eram enviadas para os objetos, e deles podiam retornar. Freud observou ainda que as pulsões de autopreservação também eram de natureza libidinal e, portanto, as pulsões sexuais que haviam tomado o próprio eu como objeto, por isso era necessária a nova distinção da libido que lhes correspondia (libido do eu e libido do objeto). Avançando um pouco mais, Freud propôs que a libido afastada dos objetos do mundo externo é dirigida para o eu originando um narcisismo, este de caráter secundário, visto que já resultado de um retorno ao eu após um investimento primário nos objetos.

Foi nesse contexto de sua produção teórica que Freud ponderou sobre a possibilidade de sujeição à análise das neuroses e das psicoses. A experiência de análise havia lhe mostrado que na histeria e neurose obsessiva o sujeito serve-se de uma quantidade de libido que se esforça por ser transferida para objetos externos, fazendo uso disso para levar a cabo o tratamento analítico. De modo diverso, nos distúrbios narcísicos – demência precoce, paranoia, melancolia – o que ocorria era a retirada da libido dos objetos, condição que trazia dificuldades para o tratamento analítico.

A formulação freudiana sobre o caráter sexual da libido enquanto tal foi o principal ponto de discordância com Carl Gustav Jung, que acreditava existir uma só libido primitiva, coincidente com a energia mental em geral, que poderia ser sexualizada ou dessexualizada. Para Jung, a transformação da libido de objeto em narcisismo necessariamente implicava o abandono dos objetivos especificamente sexuais. Porém, Freud contra-argumenta que o fato de reconhecer as pulsões autopreservativas do eu como libidinais ou sexuais não quer dizer necessariamente que não existam outras pulsões funcionando no eu. É deveras sabido que Jung visava retirar o caráter sexual da libido numa tentativa de conformar-se aos padrões éticos de seu tempo, e foi assim que Jung acabou por despojar o complexo de Édipo de sua significação primordial, imputando-lhe apenas um valor simbólico, por desconsiderar a existência de uma sexualidade infantil (1914/1974, p.96).

Retomando o ponto central de nossa discussão, passamos a abordar a postulação freudiana do narcisismo e sua importância no desenvolvimento sexual e na formação do eu.

No texto de 1914, Freud demonstra que o eu inaugura-se com o narcisismo, portanto o eu como instância unificadora não é um fato já dado e precisa ser construído. Antes do narcisismo, o que há são as pulsões. Elas se originam no próprio corpo e, no movimento pulsional, vão encontrar satisfação no mesmo ponto em que surgem. Vejamos então como Freud introduz o narcisismo na teoria das pulsões:

[...] posso ressaltar que estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao eu não pode existir no indivíduo desde o começo; o eu tem de ser desenvolvido. As pulsões auto eróticas, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo (FREUD, 1914/1974, p.93).

Freud postula a existência de dois modos de narcisismo: o narcisismo primário e o narcisismo secundário. O narcisismo primário é anterior ao primeiro investimento objetual e corresponde ao investimento do eu pela libido, chamada nesse momento de 'libido narcísica', será necessário ocorrer uma nova ação psíquica que constitui o narcisismo e esta se realiza sobre a base do autoerotismo. Para Freud, o autoerotismo seria o primeiro modo de satisfação da libido no narcisismo primário, e é entendido como o prazer que o órgão tira de si mesmo. As atitudes amorosas dos pais para com os filhos são para Freud a evidência da influência deles quando do surgimento do narcisismo primário do bebê. O amor dos pais é a revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo.

No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do eu [dos pais], tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetual, inequivocamente revela sua natureza anterior (FREUD, 1914/1974, p.108, entre colchete nossos).

Dessa forma, pode-se considerar que o narcisismo primário é a primeira herança que o sujeito encontra para constituir seu eu.

No narcisismo secundário o investimento da libido é direcionado em dois sentidos, um em que a libido é dirigida aos objetos e outro de retorno da libido ao seu próprio eu. Ao direcionar a libido para investir os objetos, o eu favorecerá aqueles que se constituirão em objetos da pulsão. A libido anteriormente investida nos objetos retornará ao eu. Eis porque no narcisismo secundário o eu é um objeto privilegiado da libido e formador da estrutura do eu.

As catexias da libido do eu e da libido do objeto operam em oposição, quanto mais uma é utilizada, mais a outra se exaure. Freud pressupõe que durante o estado de narcisismo essas energias psíquicas existem indistintamente e em conjunto. Uma energia sexual – a libido – só pode ser distinguida de uma energia das pulsões do eu quando há catexia objetual. Toda vez que a catexia do eu com a libido exceder certa quantidade, torna-se necessário ultrapassar o narcisismo e ligar a libido a objetos. Freud diz que a libido objetual atinge o ápice de seu desenvolvimento no caso de uma pessoa apaixonada, uma vez que a pessoa apaixonada chega a desistir de si própria para investir em seu objeto amoroso.

É interessante notar que aquilo que à primeira vista parece uma contradição é, na verdade, uma constatação, pois ao mesmo tempo em que Freud aponta que um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, ele também deixa claro em vários pontos de sua obra que precisamos começar a amar para não adoecer e que podemos "cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar" (FREUD, 1914/1974, p.101).

Em Freud o mecanismo do adoecer e da formação de sintomas está vinculado ao represamento e à distribuição da libido. Enquanto nas neuroses de transferência há o represamento da libido objetual, nos fenômenos da hipocondria e das parafrenias ocorre algo diverso, pois que há ali um represamento da libido do eu. No que se refere à distribuição da libido, pode-se dizer que na paranoia e esquizofrenia há um desligamento da libido com a sua regressão para o eu; na esquizofrenia o que ocorre é o retorno ao autoerotismo infantil; e na paranoia, ao narcisismo. É nesse sentido que se diz que o narcisismo ultrapassa o autoerotismo e, dessa forma, fornece a integração do sujeito, que embora tenha sido investido pelo outro, dele se diferencia.

3.2.2.2.1 O Estádio do Espelho

Dando sequência à investigação sobre o narcisismo, Lacan apresenta em 1936, no Congresso Internacional de Marienbad, um texto com uma experiência à qual deu o nome de *Estádio do espelho*. Tal apresentação constituía-se em um dos requisitos exigidos para a titulação junto à Sociedade Psicanalítica. Treze anos

depois, tendo nesse meio-tempo ocorrido a Segunda Guerra Mundial, durante a qual Lacan decidiu nada produzir nem publicar, esse texto reformulado foi apresentado no Congresso Internacional de Zürich (1949), com o título *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada pela experiência psicanalítica*.

Lacan desenvolve, assim, uma teoria da formação do eu denominada o *estádio do espelho*, que pode ser entendido como a "*nova ação psíquica*", que na teoria freudiana é tida como necessária para provocar o narcisismo, organizar o caos gerado pelas pulsões parciais no autoerotismo e substituí-las por uma ilusão, ou seja, uma imagem unitária e totalizante, o eu.

Para Lacan, o eu é um objeto, ou melhor, "objeto particular dentro da experiência do sujeito", que preenche uma função imaginária. E, mais do que isso, é uma função imaginária que determina a estruturação do sujeito (LACAN, 1954-1955/1985, p.63).

O *estádio do espelho* pode ser compreendido como o momento em que a criança, por volta dos seis meses, ao ver sua imagem refletida no espelho é acometida de uma "assunção jubilatória". A captação dessa imagem especular é, segundo Lacan, a primeira forma de precipitação do [eu] antes de "se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito" (LACAN, 1954-1955/1985, p.97).

No *Seminário I - Os escritos técnicos de Freud* (1953-1954/1986, p.96), Lacan afirma que o *estádio do espelho* "é a aventura original através da qual, pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe como outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano – que estrutura toda a sua vida de fantasia".

O *estádio do espelho* deve ser compreendido '*como uma identificação*', concebida como a transformação produzida no sujeito no momento em ele assume uma imagem. O mais importante, nos diz Lacan, é que essa primeira forma de identificação situa a instância do eu no tempo anterior a sua determinação social, "numa linha de ficção, para sempre irredutível para o indivíduo isolado" (1949/1998, p.98). Essa identificação com a própria imagem deveria ser denominada [eu]-ideal, visto "que ela será a origem das identificações secundárias, que têm por função a normalização libidinal" (LACAN, 1949/1998, p.98).

Podemos entender com isso que o narcisismo é o investimento do eu pela libido. O eu se funda a partir do investimento da libido na *imago do corpo próprio*, é só depois é que a libido investirá os objetos. Isso significa dizer que não há investimento objetual possível antes do narcisismo, visto que o narcisismo é condição necessária às chamadas relações de objeto. Por isso Lacan (1949/1998, p.98) dirá que "a imagem especular parece ser o limiar do mundo visível", frase surpreendente, se a tomarmos em todo o seu rigor literal: não se pode ver nada, o mundo não é *visível* antes ou fora da constituição narcísica da imagem especular, o que incidentalmente explica como autistas e alguns esquizofrênicos não conseguem distinguir com clareza os objetos do mundo, que compõem a chamada *realidade*, ainda que não tenham nenhum problema em seu funcionamento óptico-visual.

A imagem do espelho é explicada por Lacan nos seguintes termos: "Os raios que voltam para o espelho nos fazem situar num espaço imaginário o objeto que se acha, além disso – em algum lugar na realidade. O objeto real não é o objeto que vocês veem no espelho. Há aí, um fenômeno da consciência como tal" (LACAN, 1954-1955/1985, p.64). O que significa que a consciência está ligada a alguma coisa que é totalmente contingente. A unidade do sujeito é alienada, pois o reconhecimento de si pressupõe um terceiro. Isso porque, para haver reconhecimento é necessário que o sistema condicionado pela imagem do eu, o sistema simbólico, intervenha para que se estabeleça uma troca entre o [eu], o sujeito e o [Outro] do inconsciente.

Nessa perspectiva, o sujeito não pode ser entificado, ele não é ninguém, ele é de início *corpo despedaçado*, e só encontra sua unidade inspirado na imagem do outro, ou seja, na sua própria imagem especular. Porém, não se trata de uma simples relação dual, pois é preciso um Outro (materno) que reconheça essa imagem especular. E é o próprio Lacan quem diz que "inconsciente é o discurso do Outro", e explica:

O discurso do outro não é o discurso do outro abstrato, do outro da díade, de meu correspondente, nem mera e simplesmente o do meu escravo, é o discurso do discurso no qual eu estou integrado. Sou um de seus elos, é o discurso do meu pai, por exemplo, na medida em que meu pai cometeu faltas as quais estou absolutamente condenado a reproduzir – é o que se denomina superego. Estou condenado a reproduzi-las porque é preciso que eu retome o discurso que ele me legou, não só porque sou o filho dele, mas porque não se para a cadeia do discurso, e porque estou justamente encarregado de transmiti-lo em sua forma aberrante a outrem (LACAN, 1954-1955/1985, p.118).

Para Freud (1914/1974), o eu se constitui por um afastamento (*Entfernung*) do narcisismo primário e dá lugar a uma persistente tentativa de retorno a esse estado. O afastamento realiza-se pelo deslocamento da libido em direção a um [eu], o eu ideal imposto de fora, e a satisfação resulta da realização desse ideal. O eu ideal é na verdade a primeira forma de identificação, a identificação com a própria imagem, e equivale a uma fixação da libido, e, como já dissemos, balizará as outras identificações.

Freud (1914/1974, p.112) reconheceu existir, naquilo que chamávamos de nossa consciência "um agente psíquico especial", um poder que vigia, um "agente de censura" que reconhece e que critica todas as nossas intenções, e cuja tarefa era garantir a satisfação narcisista proveniente do ideal do eu, e que, com esse objetivo, observasse ininterruptamente o eu real, medindo-o por aquele ideal. Esse agente psíquico especial era o ideal do eu, em nome do qual a consciência atua como vigia, e surgiu da influência crítica de seus pais (transmitida a ele por intermédio da voz), aos quais, com a passagem do tempo, vieram se somar as outros que o educaram e lhe ensinaram, pessoas do seu ambiente, seus semelhantes e a opinião pública.

Seguindo essa lógica, a repressão provém do eu e mais precisamente do amor-próprio do eu. A formação de um eu ideal aumenta as exigências do eu constituindo o que Freud chama de o fator mais poderoso a favor do recalque. No que concerne à ordem sexual, o recalque pode ser considerado como a vicissitude primordial da pulsão. "O recalque é a vicissitude que articula de modo privilegiado a pulsão ao significante, sendo, portanto, o elo entre a Pulsão e a Linguagem, consideradas as principais formas de alteridade com que se depara a subjetividade" (ELIA, 1992, p.149).

Por apreendermos de Lacan que o eu é uma função imaginária determinante na constituição do sujeito, somos levados a pensar que nenhum sujeito poderá ocupar o campo da realidade sem a intervenção do imaginário. É nessa direção que Amâncio (2011, p.59) argumenta que se existisse apenas o simbólico com sua ordem impessoal e o real com a sua radical ausência de sentido, o viver humano seria insustentável, pois é "o imaginário que dá corpo vestimenta para a nudez". É por esse motivo que Lacan coloca os três registros, o imaginário, o real e o simbólico, articulados.

Em suma, *o estágio do espelho* não pode ser entendido como um momento no desenvolvimento do ser humano, pois em Lacan ele é uma estrutura, um modo de vínculo que perdurará durante toda a nossa existência.

Voltando ao tema da sexualidade, remetemo-nos ao texto *Além do princípio do prazer* (1920), no qual Freud elabora nova teoria pulsional, mais precisamente a relação entre as pulsões de vida ou pulsões sexuais (EROS) e pulsão de morte, ou pulsão de destruição (THANATOS).

Com a introdução da pulsão de morte, define-se o para além da sexualidade e do princípio do prazer, pois se trata de afirmar a exclusividade do sexual e ao mesmo tempo circunscrevê-lo impedindo a sua plenificação.

O sexual é não-todo, não se fecha em si mesmo, contendo nos seus confins uma dimensão de furo, de impossibilidade radical e estrutural de significação. Nem tudo poderá ser significado, nem tudo fará sentido, nem tudo será recalcado no inconsciente, e, portanto nem tudo será recordável na experiência analítica. No lugar do não recordável, do não interpretável, Freud coloca a compulsão de repetição: em vez de recordar, o sujeito repete, em ato, o que não pode se tornar inconsciente recalcado (ELIA, 1995, p.136).

Após ter avançado na terceira formulação da teoria pulsional, Freud produz em 1923 o *O Eu e o Isso*. Nesse texto apresenta uma nova tópica, que se convencionou chamar de "segunda tópica" do aparelho psíquico, em que redefine as estruturas em torno do Isso, do Eu (responsável pela censura e teste da realidade), e do Supereu, e aborda com exatidão a questão da constituição do eu a partir do Isso. Nesse texto define-o como a projeção de uma superfície do inconsciente, e portanto o eu é entendido como uma instância do corporal, relacionada com a imagem, a palavra e o corpo. Introduz a categoria Isso, entendida como uma instância tópica inconsciente e, portanto, alheio ao eu. Freud deu o nome de Isso, utilizando-se do termo de Georg Groddeck, que por sua vez o tomou de Nietzsche, que o empregara para expressar aquilo que em nosso ser há de mais impessoal e mais íntimo do "Eu" ou seu lado mais obscuro (1923/1976, p.37).

Do exposto, pode-se inferir que a repetição pulsional evidencia que a autoria do ato humano é estranha ao eu, visto que toda vez que uma manifestação se opõe aos interesses do eu e de seus ideais, o desejo é recalcado.

3.2.2.3 O Sujeito e o Outro

[...] inconsciente do sujeito é o discurso do outro

Lacan, 1953/1998, p.266

Marcado e constituído pelo simbólico, o sujeito do inconsciente produz-se na mais radical alteridade. É na relação com o outro humano, que assim como ele está submerso no mundo da linguagem, que o sujeito terá de advir. Todavia, não se trata de uma relação de alteridade entre duas pessoas, de uma simples relação de um humano com outro humano, embora a inclua, mas sim do Outro da linguagem e do significante que vigora no inconsciente.

Isso implica dizer que muito antes de o bebê nascer, e ter a possibilidade futura de participar de sua determinação para se constituir como sujeito, ele chegará a um mundo que já se encontra estruturado e constituído. Contudo, precedendo o estabelecimento das relações propriamente humanas, certas relações já estão determinadas, ou seja, algo organiza o campo da linguagem, e na expressão de Lacan: "A natureza fornece, para dizer o termo, significantes, e estes significantes organizam de modo inaugural as relações humanas, lhe dão as estruturas e as modelam." (LACAN, 1964/1985, p.26).

Lacan diz que aquilo com que temos de lidar na ordem humana e que constitui a sua totalidade é a função simbólica. Essa ordem intervém em todos os momentos e níveis de nossa existência, e sendo para-todo-humano tem caráter universal. "O sujeito se coloca como operante, como humano, como [eu], a partir do momento em que aparece o sistema simbólico. E este modelo não é dedutível de nenhum modelo de uma estruturação individual" (LACAN, 1954-1955/1985, p.72). Nesse sentido, o ser humano só se constituirá como *humano* ao entrar na ordem social a partir de suas instituições, como a família e seus substitutos jurídicos e sociais, porque sem a ajuda de um outro que o alimente o bebê não ficará vivo e sucumbirá.

No entanto, o bebê, o ser humano, nasce numa condição de total desamparo, e Freud chamou a isso de *desamparo fundamental*, pois a fragilidade de seu corpo exige a intervenção de um outro, geralmente a mãe ou *adulto próximo* (*Nebenmensch*),

que lhe proverá os cuidados necessários para a sua sobrevivência. No seminário 11 Lacan empregou a categoria Outro com "o" maiúsculo a ordem simbólica que um determinado adulto encarna no ato de cuidar do bebê. Seguindo Lacan, adotaremos a notação 'o' minúsculo para referir-nos ao outro humano e o 'O' maiúsculo ao Outro do significante ou da ordem simbólica.

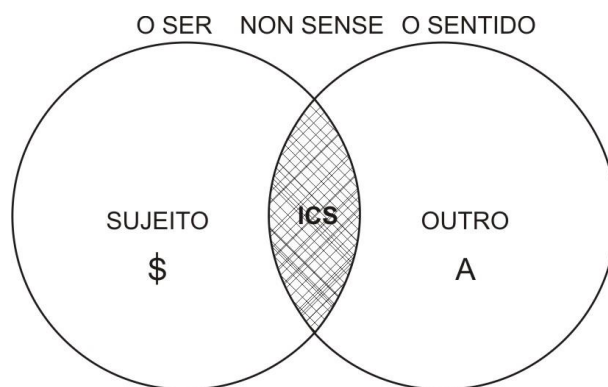
Elia (2004) esclarece que o que marca a diferença entre a categoria Outro e a ordem social e cultural, é que a ordem social e cultural é contaminada por significações (ideologias, valores, princípios etc.) de ordem antropológica, enquanto a categoria Outro é ordenada pela ordem estrutural significante desprovida de qualquer significação. Originalmente, a mãe transmite uma estrutura significante e inconsciente (ela não sabe o que transmite, para além do que ela pretende deliberadamente transmitir), e não se trata, portanto, somente de um conjunto de valores culturais. A diferença entre a ordem social significativa e valorativa e uma ordem significante implica também, como consequência, que a ordem valorativa seja subtraída da dimensão que lhe daria consistência e completude, e nesse sentido podemos dizê-la *furada*, marcada por um furo, um ponto no qual faltaria o elemento que lhe daria completude. É por essa razão que aquilo que chega ao recém-nato por intermédio do Outro não é simplesmente um conjunto de significados a serem incorporados como estímulos ou fatores sociais de determinação do sujeito, mas sim um conjunto de marcas materiais simbólicas – significantes – introduzidas pelo Outro materno – que também foi marcado –, que suscitarão, no corpo do bebê, um ato de resposta que se chama sujeito (ELIA, 2004, p.41).

A considerar o modo de transmissão desse conjunto de marcas materiais simbólicas, do sujeito ao outro e, sobre o eixo desta relação, do sujeito ao Outro do inconsciente e da linguagem, a transindividualidade e o coletivo se acham colocados, visto que é da articulação significante que se forja o sujeito do inconsciente. Essa questão é evidenciada por Lacan (1964/1985, p.140) ao dizer que "o inconsciente é representado como interior ao sujeito, mas que só se realiza do lado de fora pois é somente nesse lugar do outro que o sujeito pode ganhar seu estatuto".

Em relação à entrada do inconsciente, Lacan (1964/1985, p.194) coloca dois campos, o campo do sujeito e o campo do Outro; é na articulação desses dois campos que surgem ao mesmo tempo o sujeito e o próprio inconsciente.

Antes do advento do sujeito, o que aparece no campo do ser são duas faltas: uma é a falta real, anterior ao vivo, pois este nasce da reprodução sexuada e lhe falta ser, ou, dito de outro modo, trata-se da falta real que é aquilo que o indivíduo perde, de sua parte de vivo ao se reproduzir pela via sexuada (uma parte perdida dele mesmo). A outra é anterior ao sujeito, à falta significativa, pois, para vir a ser representado e desta forma tornar-se sujeito, depende do significativo que está primeiro no campo do Outro.

Para demonstrar que na constituição do sujeito a relação com o Outro é fundamental e se dá num processo de falta, Lacan tomou como suporte os círculos de Euler, e inicialmente apontou as duas faltas sobre as quais o ser humano tem que se constituir como sujeito.



Nessa representação, evidencia-se que à entrada do inconsciente se opõem dois campos, o campo do sujeito e o campo do outro. O campo do Outro é o lugar da cadeia significativa que dirige tudo o que poderá se presentificar do sujeito. É no lado do sujeito (do ser vivo) que se manifesta a sexualidade na forma de pulsões.

Como já abordado no item sobre o *narcisismo* e o *estádio do espelho*, o tempo do nascimento não é o primeiro momento do sujeito, e se seguirmos a lógica temporal do inconsciente e do sujeito em Freud (a *Nachträglich*), ou o *a posteriori*, podemos considerar a condição do recém-nato como de pré-sujeito. Lacan diz que essa condição terá sido mítica *a posteriori*, no momento em que o sujeito se constituir a partir do seu encontro com o Outro. O que quer dizer que o corpo ganhará significação num tempo posterior ao encontro com o Outro, porém o sujeito carregará as marcas desse tempo anterior.

É preciso admitir que, de início, do lado "sujeito" do par "sujeito e Outro", nada há senão o ser, mítico e inefável, pressuposto. Do lado do Outro há, o sentido, e toda a articulação significativa, suposta igualmente como constituinte da ordem do Outro para o sujeito.

A dialética do sujeito ao Outro e as operações de causação do sujeito foram apresentadas por Lacan no texto *Posição do Inconsciente* (1960/1998a, p.843-864) e no Seminário XI - *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, ambos de 1964, e foram denominadas alienação e separação. É por meio dessas duas operações que o ser humano atravessado pela falta pode constituir-se como sujeito.

A primeira operação, a alienação, se compõe, por assim dizer, de duas "partes". O sujeito – é preciso dizer as coisas assim – não era "nada" antes que um significativo se "dirija a ele", como se exprime Lacan em *Posição do inconsciente*, texto já citado anteriormente neste trabalho. A rigor, não falamos "com o sujeito", como supomos e, em uma maneira de nos exprimir que é essencialmente imaginária, na psicanálise dizemos "isso fala dele", onde "isso" é o significativo. Pois bem, o movimento pelo qual isso fala do sujeito constitui a primeira parte da operação da alienação, o advento do sentido, sem o qual o sujeito permaneceria no silêncio do ser, o que equivale a dizer que não adviria enquanto tal. Nesta primeira parte da operação da alienação, Lacan assinala que o significativo é a causa do sujeito, sem a qual "não existiria nenhum sujeito no real". Mas, no ato mesmo em que o sentido se produz, o sujeito "vira", por assim dizer, o significativo sob o qual ele está representado pelo primeiro significativo (S1), o sentido, ou seja, ele torna-se o S2 perante e para qual S1 o representa. E é justamente neste ponto que intervém a segunda parte, a contraparte da alienação, que a conclui: trata-se da afânise, perda de sentido, ou não sentido (nonsense). O sujeito aparece como sentido em um lado, e desaparece com nonsense em outro. É preciso entender a operação da alienação desta forma, como divisão entre sentido e nonsense. Esse é o efeito do recalque originário, e é por isso que Lacan nomeia o significativo afanísico (S2) como o significativo do recalque originário, o *Vorstellungsrepräsentanz* freudiano.

Sem essa referência ao recalque e à divisão do sujeito, próprias da primeira operação de alienação, não se teria traçado o ponto mesmo em que a segunda operação, a separação, aquela que fará aparecerem, superpostas, as duas faltas – a

do sujeito e a do Outro, incidirá no ponto mesmo em que a afânise terá incidido preliminarmente, numa "torção de não-retorno".

A sexualidade nos *Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905) é colocada por Freud como essencialmente polimorfa, aberrante (perverso polimorfa), o que definitivamente rompe com a pretensa inocência infantil. Isso quer dizer que, no que diz respeito à sexualidade, todos estamos em condições de igualdade desde a criança até o adulto, visto que a sexualidade se realiza pela operação das pulsões que, todavia, são parciais em relação à finalidade biológica da sexualidade. Foi desse modo que Freud nos ensinou que a dinâmica do inconsciente é por essência sexual, sendo a pulsão parcial a representante no psiquismo das consequências da sexualidade, embora ela se instaure no campo do sujeito pela via da falta. A sexualidade exerce atividade própria (faz seu retorno) por meio das pulsões parciais. As pulsões parciais realizam um movimento circular, por meio de um impulso que sai da borda erógena para retornar a ela como sendo seu alvo, após ter contornado o objeto, e mais precisamente aquele denominado por Lacan de objeto *a*. É precisamente por essa via que o sujeito tem que atingir a dimensão do Outro.

É exatamente por ser parcial que, para Freud, nenhuma pulsão poderá representar no psiquismo a totalidade da *Sexualstrebung* e tampouco a diferença entre os sexos; não existe nada no psiquismo que possa situar o ser de macho e o ser de fêmea, porque disso ele só registra os equivalentes, atividade-passividade. Lacan observa que a experiência analítica mostra que as vias daquilo que se deve fazer como homem ou como mulher são inteiramente abandonadas ao drama, ao roteiro, que se coloca no campo do Outro, precisamente aquilo que Freud denominou de Édipo.

O campo do Outro é o campo da linguagem – que está colocada para o sujeito como herança, pois está lá muito antes de seu nascimento – à qual o sujeito se remete em busca de um significante que o represente, que diga quem ele é, mas encontra aí uma impossibilidade, de um significante significá-lo, pois é própria da estrutura do significante a remissão a outro significante da cadeia, o que faz com que o significante só possa representar o sujeito junto a outro significante de modo intervalar.

A falta tem função estruturante para o sujeito, sendo que a repetição nada mais é do que a repetição em busca de algo faltoso, na ilusão de completude, e pelo

qual o sujeito produz-se como desejante. Tem-se, assim, que a "sexualidade se instaura no campo do sujeito pela via que é a da falta" (1964/1985, p.194).

3.2.2.4 Necessidade, Demanda e Desejo

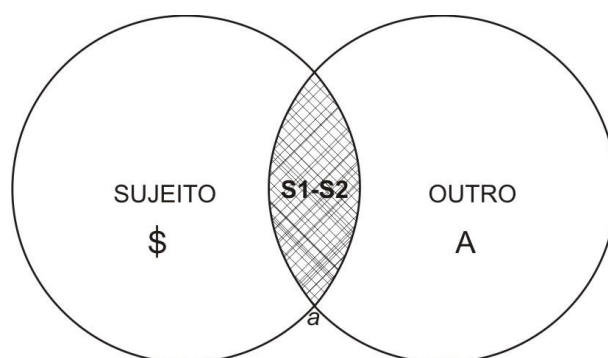
Neste ponto de nossa argumentação, temos que considerar que no campo prévio ao nascimento de bebê existem demandas, querereres e desejos voltados ao nascituro; são esses elementos que, advindos do Outro e transmitidos no próprio ato de cuidar, irão participar da constituição do sujeito desse ser.

O momento da necessidade, diz Lacan, não faz parte da história do sujeito, portanto só pode ser mítico. Por sermos seres de linguagem, qualquer experiência que possamos ter de nosso corpo, ou nossa vida biológica, só pode ser assimilada pelo sujeito pelo campo da significação e de sentido. Dito de outro modo, com a incidência dos significantes o nosso corpo biológico vai ser experimentado como corpo erógeno. A incidência do significante faz com que nossa condição orgânica não seja experimentada como um todo, em bloco, pois inicialmente o que o bebê experimenta não é um corpo unificado e sim, um *corpo despedaçado*, fragmentado, estilhaçado.

Isso não quer dizer que a psicanálise negligencia nossa condição animal, e o fato de que temos um organismo guiado por leis biológicas e naturais, cujas vicissitudes afetam o sujeito. O que a psicanálise postulou é que temos um corpo afetado pelas pulsões, um corpo pulsional. A pulsão é, segundo Elia (2004, p.47), o nome do conjunto de efeitos que a linguagem perpetra no instinto. Isso implica dizer que não há experiência instintiva no ser humano, pois o que existe é experiência de instinto fragmentado e remodelado pelo significante, que é a pulsão. É ela, a pulsão, o ponto de explosão do espaço psicofísico, conquanto em seu circuito deve ser pensada como extraindividual. Desde fora do indivíduo, ela o atravessa, rompendo sua unidade, e desse modo vai produzir fenômenos relativos tanto ao sujeito como ao objeto (ELIA, 1995, p.96).

Voltemos ao pré-sujeito, o bebê, esse suposto ser de necessidades e atendido por outro ser – a mãe ou adulto próximo (*Nebenmensch*) – que executará aquilo que Freud designou como uma *ação específica*, que são os cuidados necessários para a

sobrevivência do bebê. Ocorre que ao atender às exigências do bebê, esse ser suposto de necessidade, a mãe traz o aquilo que vai suprir a necessidade vital dele como mamífero, por exemplo, o leite, e junto com ele traz outra coisa, significantes: quando lhe transmite *é fome, é frio, é dor* etc., ela introduz o campo da linguagem no sujeito. É desse modo que se estabelecem dois planos para o bebê: o plano que traz o objeto necessário e o plano que comporta 'o alguém' que traz o objeto necessário. A distinção desses dois planos implica que o campo do Outro encerre dois outros elementos: o outro como *objeto*, que escreve com a inicial minúscula, o objeto "a", e o *Outro* como *campo*, lugar a partir do qual alguém traz o objeto. A essência da demanda está em querer a presença do Outro como aquele capaz de suprir as necessidades.



Na representação dos círculos de Euler acima, a operação de *reunião* descreve a ligação do sujeito ao Outro; na operação de *alienação* a lúnula da interseção é ocupada por S1-S2, os dois conjuntos são hachurados (operação matemática da reunião) e não há separação justamente porque ainda não é possível verificar a superposição de duas faltas, na mesma lúnula onde só na segunda operação estará o objeto *a*, índice das duas faltas e que deverá ser extraído do conjunto nesta segunda operação. Sem a afânise – segunda parte da primeira operação – não seria possível, logicamente, a separação, na qual o desejo se inscreve na área da interseção, a lúnula, como falta do e para o sujeito e do e para o Outro.

Então, podemos dizer que em relação à *separação* o sujeito só pode se instituir em uma relação de falta neste *a* que é do Outro, salvo ao querer se situar no Outro, a só tê-lo igualmente amputado desse objeto *a*. O objeto *a* é da ordem do real, é aquilo que cai, que escapa da operação significativa. Desse modo, objeto *a* é isso que, estando entre o sujeito e o outro, não pertence a nenhum dos dois.

O objeto *a* tem um longo percurso teórico de elaboração, mas o conceito de objeto *a* vai ser formalizado por Lacan no Seminário X: *A Angústia* (1962-1963). Ele refere-se ao objeto *a* como *um resto, um resíduo* que cai da operação de constituição do sujeito. Trata-se de um resto dessa operação simbólica que não pode ser simbolizado. No *Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964, p.170) coloca que o objeto *a* é apenas a presença de um cavo, de um vazio, ocupável por qualquer objeto, o que conhecemos pela forma de objeto perdido. "Ele não é introduzido a título de alimento primitivo, é introduzido pelo fato de que nenhum alimento jamais satisfará a pulsão oral, senão contornando-se o objeto eternamente faltante".

Em citação da Conferência de Milão (1972), Lacan diz que a função do objeto *a* é simbolizar a falta do Outro, "Eu o chamei pequeno *a*, porque é a inicial de outro em francês, do que se chama *l' autre*, exceto que, justamente não é o outro, não é o outro sexo, é o outro do desejo, é o que constitui a causa do desejo" (LACAN, 1972).

Retomemos a questão do desejo, lembrando que entre o plano da necessidade e o plano do desejo, Lacan interpõe um terceiro, o plano da demanda, e afirma categoricamente que o desejo depende da demanda, o plano da demanda se interpõe entre necessidade e desejo porque, sem a introdução do campo da linguagem, que é o mesmo campo que o da demanda, e o introduz enquanto tal, não haveria desejo, que é o recorte da falta inoculado no cerne da linguagem. Se a demanda é sempre de amor, é porque ela já constitui uma resposta à afecção, no sujeito, operada pela falta – e portanto pelo desejo do Outro, e o amor é o que responde pela impossibilidade de fazer Um com o Outro, em função justamente desta falta, cuja notação é o objeto *a*, que é extraído na operação de separação, modo pelo qual Lacan formaliza a concepção freudiana de castração. No plano da demanda, o sujeito se dirige ao Outro capaz de atender a suas necessidades e amá-lo e no mesmo instante é impelido em direção a um objeto.

Lacan diz que se existe algo que o latente não dá ideia é a de desinteressar-se pelo que entra no seu campo de percepção. Não há dúvida da existência de objetos desde o tempo mais precoce da fase neonatal. O autoerotismo em Freud não tem o sentido de desinteresse absoluto pelos objetos, pois o critério do seu surgimento e repartição no autoerotismo consiste exatamente no fato de que não

haveria o surgimento dos objetos se não houvesse objetos bons para o bebê (LACAN, 1964/1985, p.180).

Com a teoria do narcisismo, Freud mostra a passagem do plano da necessidade (pulsões de autoconservação que deveriam ser satisfeitas com leite, que representa nossa condição da espécie, mamífero) para o plano do amor e da libido. Mesmo definindo-a como de autoconservação, Freud a conceitua como pulsão, o que exigirá dele a reformulação empreendida na teoria do narcisismo, submetida e subsumida pela libido narcísica, do eu, dita neste texto o "complemento libidinal das pulsões de autoconservação". Freud não passa de plano da necessidade alguma para o do plano do amor; ele redefine e ressignifica o que tinha formulado em termos anteriormente insuficientes para termos mais condizentes com sua teoria, e com a primazia que, nela, tem a libido.

A libido, sempre sexual e transindividual, insere o eu na dialética do reconhecimento, o que implica um Outro de linguagem e desejo. Freud observa que o sujeito registra em seu psiquismo a sua experiência de satisfação da necessidade do objeto, conforme trazido por um Outro, e sempre vai buscar reencontrá-lo segundo as linhas em que ele foi registrado psiquicamente. Essa busca foi chamada por ele de desejo. Isso significa dizer que todo desejo humano carrega a marca deixada pela demanda do Outro, ficando o desejo articulado a essas marcas.

É desse modo que a presença do significante introduz um desvio das necessidades do homem, pois as demandas da criança (como a fome e a sede) são interpretadas por um Outro e retornam ao sujeito de modo alienado. A mãe interpreta o choro da criança e lhe confere um sentido: "Ele está com fome". O choro é apenas um significante, não significa nada, não quer dizer nada; é somente uma descarga de excitação. Nesse momento a criança não fala, é a mãe que fala dele, do sujeito a advir, portanto é somente no encontro com o Outro que o significante ganha significação (a criança está com fome). É por isso que Lacan disse que o sujeito recebe do Outro sua própria mensagem de forma invertida. No entanto, o choro não é interpretado pelo Outro como necessidade e sim, como demanda e por isso a atribuição de sentido que será a fonte de produção de novas demandas. Assim é que a próxima vez que a criança chorar já saberá, pelo sentido que a mãe lhe deu, que o que ela quer é mamar. Porém, devemos nos ater ao fato de que a "demanda em si refere-se a algo distinto das satisfações por que clama. Ela é demanda de uma

presença ou de uma ausência, o que a relação primordial com a mãe manifesta, por ser prenhe desse Outro a ser situado *aquém* das necessidades que ele pode suprir" (LACAN, 1958/1998c, p.697).

A ordem significante desloca o sujeito do registro da necessidade e o pedido da criança transforma-se em demanda. E demanda visa, de modo inequívoco e privilegiado, ao Outro, e mais exatamente o amor do Outro. O privilégio conferido ao Outro é ter a capacidade de responder a essa demanda, que é sempre insaciável, ou seja, demanda de outra coisa. "Assim, desenha a forma radical do dom" (LACAN, 1958/1998c, p.698), que é dar o que não se tem (o amor), pois ao Outro também falta o objeto perdido, objeto que seria capaz de suprir inteiramente o sujeito. Foi para ilustrar essa questão que nos referimos às duas operações de constituição do sujeito em sua relação com o outro. Para se constituir, o sujeito precisa alienar-se ao discurso desse Outro em busca de um significante que diga quem ele é, no entanto o que encontra no discurso desse Outro é algo que o remete a sua própria falta a partir da qual, pelas vias do desejo, o sujeito terá que se constituir.

É pelo via do inconsciente que, a produção do desejo se dá a partir do desejo do outro. É no inconsciente, diz Lacan, no lugar onde Isso fala no Outro, designado como o lugar de evocação do recurso da palavra, que por uma anterioridade lógica a qualquer despertar do significado, o sujeito encontra seu lugar significante (LACAN, 1958/1998c, p.696).

O significante implicado na passagem do sujeito do campo da demanda para o campo do desejo é o falo. Na teoria lacaniana, o falo é o significante privilegiado do desejo, tem função constitutiva, visto ser o ordenador do campo sexual em ambos os sexos. O primeiro significante, o falo, se constitui a partir da referência paterna, estrutural, simbólica. Na teoria freudiana, a noção de falo vai ser articulada com o complexo de Édipo e a castração. Lacan indica que o falo ocupa um lugar especial "na economia do desenvolvimento do sujeito e é o suporte indispensável da construção subjetiva e pivô do complexo de castração" (1957-1958/1999], p.358).

Em a "A significação do falo" Lacan destaca que "o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó" (1958/1998c, p.692), de entrecruzamento a partir do qual opera a função da lei (o-nome-do-pai), pela qual o sujeito é inscrito na ordem simbólica, como dividido e desejante. É dessa maneira que, estando sob a

barra da castração e do recalque, o sujeito se inscreve na ordem fálica, que exerce a função de regulação do gozo sexual.

Nesse processo de constituição do sujeito, Lacan ensina que para encontrar o objeto a devemos voltar ao tema do traço, da marca do traço unário, pois "a marca é original na função de repetição", porque, pela repetição e pela articulação do sujeito ao significante, vai-se produzir uma perda na identidade do sujeito, o objeto a. Essa marca vai ser determinada pelo *Urverdrängung*, o recalque originário, que é fundamental na divisão do sujeito.

A importância que a fala do Outro da linguagem tem na determinação da marca significante é expressa por Lacan (1960/1998b, p.822) nos seguintes termos:

O dito primeiro decreta, lecifera, sentencia, é oráculo, confere ao outro real a sua obscura autoridade. Tomem apenas um significante como insígnia dessa onipotência, ou seja, desse poder todo em potência, desse nascimento da possibilidade, e vocês terão o traço unário, que por preencher a marca invisível, que o sujeito recebe do significante, aliena esse sujeito na identificação primeira que forma o ideal do eu.

O traço unário (*einzigster Zug*) não se confunde com o significante, mas é nele que se sustenta a função significante como diferença pura, que se situa como a forma mais elementar de marca colocada na origem do significante. A extração da marca como traço do campo do Outro inaugura a primeira metáfora do sujeito como desejante, sem a qual não haverá lugar para o advento de um sujeito dividido. Em relação a essa identificação, diz Lacan (1964/1985, p.242):

O traço unário não está no campo primeiro da identificação narcísica, ao qual Freud relaciona a primeira forma de identificação [...] *O traço unário*, no que o sujeito a ele se agarra, *está no campo do desejo*, o qual só poderia de qualquer modo constituir-se no reino do significante, no nível em que há relação do sujeito ao Outro. *É o campo do Outro que determina a função do traço unário*, no que com ele se inaugura um tempo maior da identificação na tópica então desenvolvida por Freud — a saber, a idealização, *o ideal do eu*.

O significante é um traço, um traço apagado, e, conforme já dito, distingue-se do signo porque o signo é o que representa alguma coisa para alguém, enquanto o significante é o que representa um sujeito para um outro significante (LACAN, 1962-1963/2005, p.73); já o objeto a "é a primeira *Bedeutung*, o primeiro referente (FREGE), a primeira realidade, a *Bedeutung* que fica, porque ela é afinal, o que resta do pensamento no fim de todos os discursos" (1966-1967/2008, p.23).

O *Phallus* é um significante, mas não é um significante qualquer, é um significante "destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos do significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença como significante" (LACAN, 1958/1998c, p, 697). O falo é um significante primordial que dá reconhecimento ao desejo e sua função é simbolizar a ausência do objeto do desejo.

Para aqueles que veem na teoria do complexo de castração a semelhança do falo ao pênis cabe um esclarecimento. Elia (1995, p.62) argumenta que é do pênis "ímpar" que se trata, portanto não se trata do pênis do homem, em sua configuração carnal ou imaginária, e sim do falo, que é outra coisa, visto que faz referência exatamente à falta-do-pênis na mulher. O falo, o símbolo de uma ausência, o pênis faltoso, introduz a dimensão simbólica da castração, indicando a incompletude do sujeito em relação ao sexo, de forma estrutural, indefectível, implacável, e inscrevendo de maneira decidida a ordem do sexual no registro da parcialidade. Daí é que a sua representação e inscrição de modo ímpar na sexualidade infantil dá a medida da radical diferença conceitual entre falo e pênis. Lacan diz que o desvio da doutrina freudiana ocorrido com os pós-freudianos foi tomar o falo como objeto, quando seu estatuto é outro, ou seja, é simbólico, e este se opõe à ideia de objeto-presença e situa-se como significante.

Lacan mostra que a assunção do falo como significante, ou seja, a significantização do objeto, sua passagem ao plano simbólico, requer que o sujeito se depare, para além da frustração com a mãe, com o desejo do pai. É por meio do Édipo, do desejo do pai, "que o desejo genital é assumido e vem tomar lugar na economia subjetiva" (LACAN, 1957-1958/1999, p.371).

A saída da posição de objeto de desejo da mãe só é factível com a entrada do pai interditando o desejo da mãe e a relação incestuosa. É dessa forma que a criança vai perceber a existência de algo que está para além da mãe, pois é o pai quem tem o falo, aquilo que falta à mãe e que ela deseja. Como consequência e resultado da dissolução do complexo, a criança identifica-se com o pai, ao mesmo tempo em que dá início à formação do supereu como instância reguladora da satisfação pulsional.

Enfim, o falo é o significante do desejo humano, um significante privilegiado que nos atravessa a todos, unindo a sexualidade e a linguagem. É o significante que baliza a relação do sujeito com o saber inconsciente, e tal é sua importância que Lacan

o designou por uma metáfora, o-nome-do-pai. O falo é sobretudo o *significante da falta* e serve para imprimir a marca que irá dar origem ao nascimento do sujeito barrado e à inauguração do desejo. É o significante que abre a cadeia e, conforme Lacan, o local do *essaim*, do "enxame", de onde novos significantes poderiam surgir para formar a cadeia e estabelecer as vias de significação. A função desse significante é inscrever o significante *Um* (S_1 , Significante-mestre), como um conjunto de traços (traço unário) que marcam a singularidade de um sujeito em um corpo vivo.

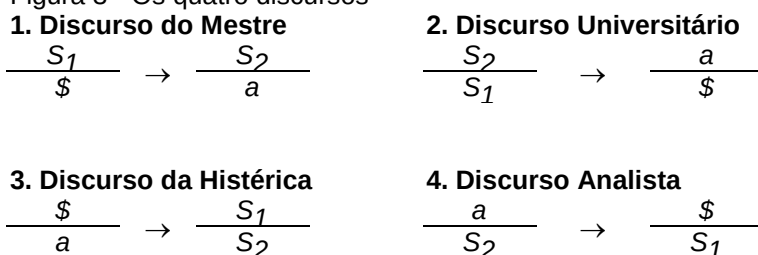
3.2.2.5 O Sujeito no Discurso Analítico

Do percurso feito até aqui, podemos depreender que 'o sujeito' é um dos principais conceitos da doutrina e teoria psicanalítica, notadamente do debate lacaniano, e o eixo em volta do qual se articulam os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (o inconsciente, a repetição, a pulsão e a transferência) e deve ser entendido como operador da análise.

Essa posição é evidenciada pelo fato de o sujeito estar incluído entre os elementos do quaternário, na *teoria dos quatro discursos* que permeiam o laço social. A teoria dos quatro discursos, introduzida por Lacan no seminário XVII, coloca o sujeito como um dos quatro pontos de apoio que sustentam a ideia de estrutura. Lacan diz que um discurso é uma estrutura necessária que ultrapassa em muito a palavra, em que ocorrem certas relações fundamentais inerentes à linguagem. Mediante a linguagem instauram-se relações estáveis, nas quais se inscreve algo que vai além das enunciações.

A escrita dos quatro discursos denota o sujeito com o símbolo $\$$ (S barrado: $\$$), o sintoma com o $S1$, o saber como $S2$ e o objeto com a letra a . A disposição ordenada e mutável desses elementos resulta da formulação de quatro estruturas discursivas: o discurso do mestre, o discurso da histérica, o discurso universitário e o discurso do analista.

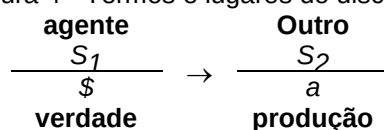
Figura 3 - Os quatro discursos



Fonte: Lacan (1969-1970/1992, p.72)

Os elementos do discurso se distribuem em quatro lugares prefixados de modo a evidenciar que cada um dos discursos é movido por uma *verdade*, aquilo que nos encaminha, e sobre a qual está assentado um *agente* que se dirige a um *Outro* a fim de obter uma *produção*.

Figura 4 - Termos e lugares do discurso



Fonte: Lacan (1969-1970/1992, p.72)

Enfim, admitir a hipótese lacaniana de que o sujeito é afetado pelo inconsciente e que esse é também o sujeito de um significante, leva a que uma prática psicanalítica de supervisão também possa operar com os profissionais das equipes de atenção à saúde mental, visando ao sujeito do inconsciente. Se é ao sujeito do inconsciente que a supervisão visa, ela só pode operar a partir de uma estrutura que tenha como suporte o discurso analítico.

Note-se, porém, que o discurso do mestre é o ponto de partida, pois um sujeito se constitui a partir do significante mestre, o S1, o primeiro significante, que se dirige a um segundo significante, o S2, que está no lugar do saber, para o qual o sujeito é representado, deixando um resto, o objeto a, no lugar do gozo, ou da produção.

Contrariamente à démarche científica aproximativa do discurso do mestre, que agenciado pelo S1 (significante-mestre) endereça-se ao S2 (o saber) e tem como produção o objeto a e como verdade um sujeito recalcado, o discurso que concerne à prática da supervisão, o discurso do analista, faz agenciar sua prática pelo objeto na função de causa de desejo.

O discurso do analista é a única forma discursiva que tem o sujeito como Outro de seu endereçamento, ao qual o supervisor se dirige, para que produza os

significantes-mestres que irão determinar o próprio sujeito em sua singularidade desde o inconsciente. Lacan ilustra muito bem o que estamos tentando dizer a respeito da função do supervisor em sua relação com a estrutura do discurso do psicanalista quando este ocupa o lugar de agente ao dizer que "agente não é forçosamente aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir" (LACAN, 1969-1970/1992, p.179).

Somente o discurso psicanalítico e sua interposição aos outros discursos permite o giro dos discursos e evita que o sujeito se congele em um significante-mestre. Portanto, é esse discurso, o discurso analítico, que o supervisor faz operar na supervisão, visando com isso produzir o sujeito e o saber correlato ao campo da atenção psicossocial necessário para a sua práxis. Daí porque consideramos a teoria dos quatro discursos de Lacan ([1969-1970/1992]) uma ferramenta útil para buscar dar conta do que ocorre na supervisão clínico-territorial.

3.2.3 O Inconsciente Público e Coletivo

Como já apresentado, o peso e o eixo da subjetividade freudiana não estavam referidos à soma das experiências de indivíduos isolados, ou até mesmo àquilo que se convencionou chamar de "linha de desenvolvimento individual", ao contrário, a base do pensamento freudiano move-se pela lógica coletiva, conforme Lacan (1954-1955/1985, p.58), formulada numa definição de subjetividade que passou a ser entendida como "um sistema organizado de símbolos que almeja cobrir a totalidade de uma experiência, animá-la, dar-lhe sentido".

A partir dessa ideia, Lacan (1964/1985, p.25) propôs o axioma maior o "inconsciente é estruturado como uma linguagem", destacando a precedência do simbólico na constituição do sujeito humano e a primazia do significante e das leis que regem o seu funcionamento. Assim, levou-nos a compreender que "o Inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre o sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante" (p.122). Como efeito do significante, não pode ser confundido com o "indivíduo", a "pessoa", pois na sua origem, ao

nascer em um mundo de linguagem, nasce dividido e sofre o efeito da intervenção do outro; logo, não faz um, nem com o outro, nem com seu objeto.

Retomemos, então, a démarche de Elia (2010b, p.1): "a psicanálise tem na estrutura do sujeito do inconsciente, como sua tessitura mesma, a lógica do coletivo", para evidenciar que as categorias conceituais psicanalíticas com que trabalhamos, como, por exemplo, pulsão, investimento da libido, identificação, sujeito, Outro, Édipo e Castração, entre outras, incidem em um campo de alteridade absoluta, transindividual.

Essas categorias dão a ideia de que, desde o início de suas elaborações, Freud pensava o inconsciente apoiando-se numa lógica coletiva, pois a libido é transindividual; daí porque a tarefa no processo civilizatório era unir indivíduos isolados numa comunidade ligada por vínculos libidinais (FREUD, 1930 [1929]/1996, p101).

Assim, embora não tenha conceituado o inconsciente como coletivo ou transindividual, Freud assinala que o inconsciente de um ser humano pode reagir ao inconsciente de outro, sem passar pela consciência.

Se existem no ser humano formações mentais herdadas – algo análogo ao instinto nos animais –, elas constituem o núcleo do *Ics*. Depois, junta-se a elas o que foi descartado durante o desenvolvimento da infância como sendo inútil; e isso não precisa diferir, em sua natureza, daquilo que é herdado. Em geral, uma divisão acentuada e final entre o conteúdo dos dois sistemas não ocorre até a puberdade (FREUD, 1915/1974b, p.223).

As formações mentais que constituem o núcleo do inconsciente, a que Freud se refere na citação acima, são as pulsões carregadas de libido que alimentam nossa vida anímica, base de toda a teoria da sexualidade.

Tendo como argumento o fato de que a subjetividade humana se estrutura sob uma lógica do coletivo, trazemos neste ponto um dos mais importantes trabalhos teóricos de Freud, *O Eu e o Isso*, por consideramos que é nele que a transindividualidade do inconsciente está mais explícita.

Após ter avançado na terceira formulação da teoria pulsional, Freud produz em 1923 o *Ego e o ID* ou o *Eu e o Isso*. Assim, a divisão do psíquico em o que é consciente e o que é inconsciente continua sendo a premissa fundamental da psicanálise, porém com a introdução do Isso (esse estranho interior, alheio que nos determina) se opera uma nova divisão, porquanto a essência do psíquico não está mais no eu conhecido, na consciência, pois esta é apenas uma qualidade do psíquico. Freud descobre que grande parte do eu é inconsciente e como ele próprio escreve, "sabem

os Céus que parte tão importante – pode ser *Ics*" (1923/1976, p.30); apenas uma parte muito pequena dele é abrangida pelo pré-consciente.

Freud diz ter obtido o conceito de inconsciente a partir da teoria do recalque e propõe que o recalcado é o protótipo do próprio inconsciente, e este por sua vez é dividido em dois tipos: um inconsciente que é latente e capaz de tornar-se consciente, e outro que é recalcado e só é capaz de tornar-se consciente pelo trabalho de análise.

É nesse sentido que podemos dizer que o desejo inconsciente está submetido ao recalque. E de Freud sabemos que o desejo é recalcado toda vez que sua manifestação contraria os interesses do eu e de seus ideais, ou seja, contraria as aspirações da consciência.

O próprio inconsciente tem em seu cerne uma dimensão de furo, de não significável. Freud lembra que Groddeck nunca se cansou de insistir "que aquilo que chamamos de nosso eu comporta-se essencialmente de modo passivo na vida e que, como ele o expressa, nós somos 'vividos' por forças desconhecidas e incontroláveis" (1923/1976, p.37). No psiquismo, o Isso é a instância responsável pelas pulsões, impulsos orgânicos e os desejos inconscientes.

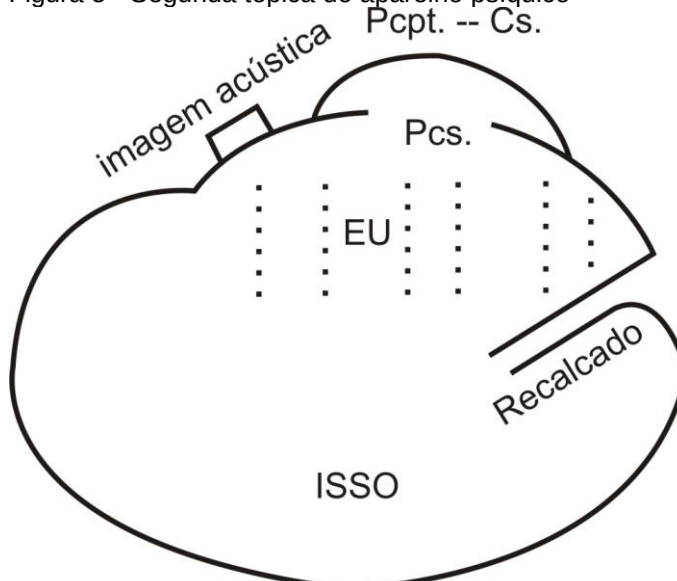
Freud ensina que o nosso conhecimento está invariavelmente ligado ao eu, à consciência, e afirma que só podemos vir a conhecer qualquer coisa que seja, mesmo o *Ics.*, tornando-o consciente.

Na teoria freudiana o processo de pensamento é explicado nos seguintes termos: todas as percepções sejam elas recebidas de fora (percepções sensórias) ou de dentro – que chamamos de sensações e sentimentos – são desde o início *Cs.* Todavia existem processos internos ou processos de pensamento que "representam deslocamentos de energia mental que são efetuados em algum lugar no interior do aparelho psíquico, quando essa energia se dirige no sentido da ação" (FREUD, 1923/1976, p.32). Aí cabe a pergunta fundamental: como é possível tornar consciente o inconsciente? Freud responde a essa questão estabelecendo as relações entre a percepção externa e interna e o sistema superficial *Pcpt.-Cs.* Ele explica que enquanto uma ideia (pensamento) do *Ics.* ocorre com algum material que permanece desconhecido, o pensamento do *Pcs.* está vinculado às representações verbais. Para uma coisa se tornar consciente tem que passar pelo pré-consciente e isso se dá pela vinculação das representações verbais que lhe são correlatas. As "representações verbais são resíduos de lembranças; foram antes percepções e, como todos os

resíduos mnêmicos, podem tornar-se conscientes de novo" (FREUD, 1923/1976, p.33). Freud observou que somente "algo que já foi uma percepção Cs. pode tornar-se consciente, e que qualquer coisa proveniente do interior (à parte os sentimentos) que queira tornar-se consciente deve transformar-se em percepções externas, mediante os traços mnêmicos" (FREUD, 1923/1976, p.33). Os resíduos verbais proveem de percepções auditivas, "componentes visuais das representações verbais são secundários, adquiridos mediante a leitura, e podem, inicialmente, ser deixados de lado, e assim também as imagens motoras das palavras, que, exceto para os surdos-mudos, desempenham o papel de indicações auxiliares" (FREUD, 1923/1976, p.34). Essencialmente uma palavra é "o resíduo mnêmico de uma palavra que foi ouvida" (FREUD, 1923/1976, p.34).

Estabelecidas essas relações, demonstremos agora a estrutura do psiquismo expressa na afirmação freudiana: "o indivíduo como um Isso psíquico, desconhecido e inconsciente, sobre cuja superfície repousa o eu, desenvolvido a partir de seu núcleo, o sistema *Pcpt*" (FREUD, 1923/1976, p.37). Freud acrescenta: "o eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal, deriva das sensações corporais, tanto internas quanto externas, e especialmente daquelas que se originam da superfície do corpo; contudo, o eu não é simplesmente uma entidade de superfície, pois é ele próprio, a projeção de uma superfície" (FREUD, 1923/1976, p.40). Daí que "o eu procura aplicar a influência do mundo externo ao isso e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no isso, pelo princípio de realidade" (FREUD, 1923/1976, p.39). Analogamente, a *percepção é para o eu o que a pulsão é para o isso*. "O eu representa o que pode ser chamado de razão e senso comum, em contraste com o isso que contém as paixões" (FREUD, 1923/1976, p.39).

Figura 5 - Segunda tópica do aparelho psíquico



Fonte: Freud (1923/1976, p.38)

Na representação da *segunda tópica* acima podemos ver que o eu não envolve totalmente o isso, mas só até o ponto em que o sistema *Pcpt.* forma a sua [do eu] superfície. O eu não está completamente separado do isso; a sua parte inferior funde-se com ele. Entretanto, o recalcado também se funde com o isso, permanecendo como uma parte dele. O Isso só se distingue claramente do eu pelas resistências do recalque, e pode se comunicar com o eu por meio do Isso.

Funcionalmente compete ao eu "o controle sobre as abordagens à motilidade". O modo como o eu faz este controle é ilustrado por Freud ao dizer que, em relação ao Isso, o eu é como um cavaleiro que precisa manter controlada a força superior do cavalo; no entanto, o cavaleiro tenta controlar o cavalo com a sua própria força, e o eu utiliza forças tomadas de empréstimo do Isso. Diz ainda que se o cavaleiro quiser permanecer junto ao cavalo, será obrigado a conduzi-lo aonde este quiser ir; assim, o eu acaba por transformar em ação a vontade do isso, como se a sua própria vontade fosse.

Todavia, em Freud, o eu não é apenas uma parte do Isso modificada pela incidência do sistema perceptivo, "o representante na mente do mundo externo real", porque existe no eu uma espécie de gradação. A essa diferenciação do eu deu o nome de 'ideal do eu' ou 'supereu'. Essa é a parte do eu que se acha mais distante da consciência. Freud explica que a substituição do objeto perdido de fora e sua reinstalação no eu, ou a forma com que uma catexia do objeto foi substituída por

uma identificação é de extrema importância na forma a ser tomada pelo eu, e na construção de suas características.

Freud (1923/1976, p.43) supõe que o "eu é um precipitado de catexias objetais da infância que foram abandonadas e que contém a história dessas escolhas de objeto". Assim, é que se pode dizer que as identificações objetais do eu efetuadas na primeira infância estão na origem do ideal do eu; e que por trás desse ideal está a primeira e mais significativa identificação do indivíduo, "a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal" (FREUD, 1923/1976, p.45).

Para Freud, o supereu é originado por dois importantes fatores: um de natureza biológica (a duração prolongada, no homem, do desamparo e dependência de sua infância); e outro de natureza histórica (o fato de seu complexo de Édipo, cuja repressão demonstramos achar-se vinculada à interrupção do desenvolvimento libidinal pelo período de latência, e, assim, ao início bifásico da vida sexual do homem).

O ideal do eu ou supereu é o representante de nossas relações com nossos pais admirados e temidos na infância, a eles vem somar-se os professores e outras pessoas colocadas em posição de autoridade; suas injunções e proibições. Portanto, o ideal do eu é considerado o *herdeiro do complexo de Édipo*, e constitui a expressão dos impulsos e das vicissitudes libidinais do Isso. O eu é considerado como o representante do mundo externo, da realidade e o supereu o representante do mundo interno, do isso.

O eu é formado, em grande parte, a partir de identificações que tomam o lugar de catexias abandonadas pelo isso; que a primeira dessas identificações sempre se comporta como uma instância especial no eu e dele se mantém à parte sob a forma de um supereu: enquanto que, posteriormente, à medida que fica mais forte, o eu pode tornar-se mais resistente às influências de tais identificações. O supereu deve sua posição especial no eu, ou em relação ao eu, a um fator que deve ser considerado sob dois aspectos: por um lado, ele foi a primeira identificação, uma identificação que se efetuou enquanto o eu ainda era fraco; por outro, é o herdeiro do complexo de Édipo e, assim, introduziu os objetos mais significativos no eu (FREUD, 1923/1976, p.64).

O processo de formação do eu e do supereu na história evolutiva do homem nos permite assinalar um dos pontos de apreensão da dimensão transgeracional, transindividual e alteritária (do inconsciente).

Assevera Freud que os principais elementos daquilo que se considera o lado superior do homem, a saber, a religião, a moralidade e o senso social, eram originalmente uma só e a mesma coisa. Conforme já colocado em *Totem e Tabu*, esses elementos

foram adquiridos a partir do complexo paterno: a religião e a repressão moral pelo processo de dominar o próprio complexo de Édipo, e o senso social pela necessidade de superar a rivalidade entre os irmãos.

Vejamos, então, quais as questões que Freud se coloca para entender a origem filogenética do inconsciente a partir da diferenciação do Eu, Supereu e Isso, e mais especificamente da sua concepção do eu.

A questão é a seguinte: qual foi – o eu do homem primitivo ou o seu isso – que adquiriu a religião e a moralidade, naqueles dias primevos, a partir do complexo paterno? Se foi o eu, porque não falamos simplesmente que essas coisas foram herdadas pelo eu? Se foi o isso, como é que isso concorda com o caráter do isso? (FREUD, 1923/1976, p.53).

A reflexão causada por essa questão colocada levaram Freud a demonstrar que nenhuma vicissitude externa pode ser experimentada ou suportada pelo Isso, a não ser por via do eu, pois, como dito acima, o eu é representante do mundo exterior para o Isso.

Entretanto, diz Freud (1923/1976, p.53),

não é possível falar de herança direta no eu. É aqui que o abismo entre um indivíduo concreto e o conceito de uma espécie se torna evidente. [...] As experiências do eu parecem, a princípio, estar perdidas para a herança; mas, quando se repetem com bastante freqüência e com intensidade suficiente em muitos indivíduos, em gerações sucessivas, transformam-se, por assim dizer, em experiências do isso, cujas impressões são preservadas por herança. Dessa maneira, no isso, que é capaz de ser herdado, acham-se abrigados resíduos das existências de incontáveis egos; e quando o eu forma o seu supereu a partir do isso, pode talvez estar apenas revivendo formas de antigos eus e ressuscitando-as.

Com isso Freud demonstra que o eu não é capaz de receber herança alguma, limitando-se a experiência biográfica individual, entretanto, o Isso, que é capaz de receber herança geracional (simbólica), não pode herdar senão por intermédio do eu. Com essas considerações poderíamos simplesmente concluir que nem o eu nem o Isso poderiam receber herança geracional ou coletiva, mas, segundo Elia (2010b), é o próprio Freud quem soluciona o impasse com a ideia de uma repetição de experiências de *incontáveis eus e em gerações sucessivas* que assim se transformam em experiência do Isso. Como experiências do eu, elas seriam individuais, mas quando essas experiências se repetem em muitos eus e em gerações sucessivas passam a ser do Isso, e, portanto, simbólica, coletivas, históricas filogeneticamente e

transgeracionais. Esta colocação freudiana é um dos pontos, na obra de Freud, em que encontramos fundamento para afirmar a dimensão do coletivo como inscrita na tessitura do sujeito. Não se trata de *incontáveis eus* que poderiam ser contáveis como numa situação de grupo, porque, mesmo que haja inúmeros membros, estes mantêm-se como *eus*, não se transformam em Isso e nem em Supereu. "Só se tornam experiências coletivas (e não grupais) por herança (repetição e transgeração). O grupo (reunião de indivíduos ou eus) nada tem a ver com o sujeito e o isso (estrutura cujo tecido é coletivo, trans-geracional e simbólico)." (ELIA, 2010b, p.2).

Essa distinção deveria chamar a atenção dos profissionais de saúde mental que insistem na ideia de grupo, oficina, que, por sua vez, são incapazes de escutar o sujeito a partir de sua lógica, coletiva e *de muitos eus*, ainda que esteja referida a um só sujeito (ELIA, 2010).

Assim como Freud, e muito mais que ele, Lacan evidencia em diversos pontos de sua obra a estrutura coletiva do sujeito do inconsciente. A estrutura do inconsciente, do isso e do sujeito, como já abordado, tem uma lógica coletiva, de muitos traços, muitos fragmentos, significantes ou objetos.

A importância e o grau de extensão dos tópicos desenvolvidos acima constituem justificativa para acrescentar mais alguns pontos de conexão da teoria psicanalítica em que nos sustentamos para afirmar que o inconsciente é transindividual e coletivo.

Uma importante evidência pode ser encontrada em *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, quando Lacan (1957/1998, p.498) afirma que assim como a letra é o suporte material que o discurso concreto toma da linguagem (LACAN, 1957/1998, p.498), que preexiste a entrada do sujeito, "Também o sujeito, se pode parecer servo da linguagem, o é ainda mais de um discurso em cujo movimento universal seu lugar já está escrito em seu nascimento, nem que seja sob a forma de um nome próprio." (LACAN, 1957/1998, p.498).

O estádio do espelho como formador da função do eu (1949) mostra que narcisismo é o reflexo especular da imagem do outro; é por meio de uma identificação com essa imagem, a qual depende do reconhecimento de um outro, que o sujeito pode reconhecer-se como eu.

Lacan assinala a estrutura coletiva do sujeito e marca o caráter transindividual do inconsciente visto que este tem relação com a realidade sexual. Afirma textualmente no Seminário 11 (1964/1985) que o inconsciente é transindividual e sexual, estas

afirmações estão ali: "a realidade do inconsciente é sexual" (LACAN, 1964/1985, p.142) e "a realidade do inconsciente é – verdade insustentável – a realidade sexual" (LACAN, 1964/1985, p.143), e "a realidade do inconsciente é transindividual", e encontra seu fundamento muito mais no caráter fragmentário, coleção de traços, estilhaços simbólicos, significantes do inconsciente.

Com a *teoria dos quatro discursos* (1969-1970), pode-se afirmar inclusive que tanto a análise quando o dispositivo da supervisão conformam-se a um campo cuja dimensão é transindividual, visto que o discurso analítico evidencia a relação do sujeito ao Outro na produção significativa, e nesse discurso o analista ocupa o lugar de objeto *a*, condição necessária para que o sujeito possa advir.

Embora nossa intenção tenha sido estabelecer algumas articulações para lançar os fundamentos das noções do sujeito no campo da saúde mental, da psicanálise e na atenção psicossocial, só foi possível estabelecê-las no campo da saúde mental e da psicanálise, pois, para a atenção psicossocial, por se tratar de um campo novo criado pela política de saúde mental, só é possível trazer uma proposição. Esperamos que a concepção de sujeito que permeará as práticas desse campo novo criado pela política de saúde mental, o campo da atenção psicossocial, se ordene por princípios correlatos aos princípios psicanalíticos, que são a condição de aparecimento do sujeito.

3.3 O Cartel: uma Prática Coletiva na Escola de Lacan

Após sua ruptura com a International Psychoanalytic Association, Lacan fundou em 1964 a Escola Francesa de Psicanálise/EFP (que mais tarde passou a chamar-se Escola Freudiana de Paris/EFP). E o fez denunciando os desvios e as concessões pelos quais a psicanálise havia passado. Seu objetivo era o de restaurar os ensinamentos de Freud, e reconduzir a prática da psicanálise aos caminhos originalmente por ele indicado, proposta à qual Lacan se referiu como "movimento de reconquista". O *Ato de fundação da Escola*, em 21 de julho, evidenciou duas urgências: a formação do psicanalista e a extensão da psicanálise; duplicidade que se acha presentificada no próprio nome 'cartel', cuja origem é a palavra latina 'cardo' que significa dobradiça. O que a Escola colocava em pauta era a necessidade de

produzir um trabalho que pudesse zelar pela formação do psicanalista, condição indispensável para a própria sobrevivência da psicanálise.

Encontramos a palavra feminina *carda* que é a ação ou o efeito de cardar, por meio de um instrumento de madeira que serve para desembaraçar o cânhamo, o linho e a lã. A cardação da lã é a mais importante e a mais difícil de todas as operações que deve sofrer a lã para ser convertida em fio. Entendemos a cardação como uma metáfora do que ocorre no cartel, e na supervisão psicanalítica, visto que a operação de cardação pode ser definida como o conjunto de suboperações necessárias e sucessivas que têm lugar na carda para abrir e separar lenta e progressivamente os flocos de lã até se chegar à separação das suas fibras uma a uma; facilitar a eliminação da maior parte das suas impurezas.

A Escola de Lacan não é lugar de suposta garantia de conhecimento sem a implicação do sujeito, ao contrário, ela é um lugar de desassossego. A proposta de Lacan é transparente, sua Escola não é destinada a fornecer o conforto da nomeação vitalícia, não há analistas supostos e muito menos analistas afiliados; ela é para todos os que queiram contribuir com suas experiências, com "as razões de sua clínica" e assim colaborar com o saber singular que orienta a prática. A Escola de Lacan não se coloca como um lugar que institui analistas – "o analista só se autoriza por si mesmo" –, ao contrário é o analista que pela exposição de seu trabalho constitui a Escola capaz de garantir a psicanálise. Na psicanálise o saber nunca pode ser totalmente apreendido, o que leva ao entendimento de que a formação do psicanalista é permanente, nunca chega ao fim. Nessa direção, na *Nota Italiana* Lacan (1973/2003a, p.315) diz que o saber que psicanálise produz não está pronto, "esse saber ainda não saiu do forno", mas sim de um saber que é preciso aprender, portanto, não se trata de um saber que é preciso descobrir e inventar.

Com esses pressupostos éticos, o cartel foi a aposta de Lacan para a transmissão da psicanálise como está explícito na *Ato de fundação da Escola*: "Para execução do trabalho, adotaremos o princípio de uma elaboração sustentada dentro de um pequeno grupo." (1971/2003, p.235). Esse pequeno grupo constitui o "órgão de base", que permite a multiplicação e o estabelecimento de um novo laço social entre os analistas, que se engajam uns com os outros, mas sobretudo cada um com seu projeto singular de trabalho no cartel, a partir de um ponto do grupo designado como a 'causa do desejo'. Assim, Lacan tomou o cartel com o objetivo de levar

adiante o trabalho de investigação em psicanálise e garantir a 'transferência de trabalho' entre os membros de sua escola. Lacan utiliza a expressão 'transferência de trabalho' para definir as relações entre pares que mutuamente se escolhem para formar o cartel, tido como o tipo de formação coletiva desejável para o estudo da psicanálise e a formação do psicanalista em sua Escola. Trata-se de um dispositivo que não conduz à identificação e ao ideal do Eu – condição que impossibilita aos analistas constituírem-se em grupos e sim, estabelecerem um enlace coletivo para a realização do trabalho proposto. É nessa direção que Lacan indica que, depois de certo tempo de funcionamento, os componentes de um cartel (cartelandos) deverão permutar-se para compor um novo cartel.

Apreendemos de Lacan, que é impossível para os analistas formarem um grupo, porque o sujeito da psicanálise não faz Um nem com o Outro, nem com o seu objeto, entretanto, mesmo não "fazendo grupo", não constituindo relações complementares e considerando que a realidade do inconsciente é transindividual, consideramos que desde a constituição do sujeito o coletivo encontra-se presente.

Segundo Safouan (1985, p.43), a transferência de trabalho é a ideia mestra do *Ato de Fundação* e é em si mesma inseparável da ideia de cartel. Eric Laurent (2000) considera o texto "*A psiquiatria Inglesa e a guerra*" (1945) como um dos fios condutores da genealogia desse pequeno grupo que Lacan chamava de cartel, visto que nele se vislumbra a relação entre o pequeno grupo e os princípios de ação da psicanálise no conjunto do campo social.

Dominique Fingermann (2014) afirma não ser nada confortável e nem aconchegante "fazer" cartel. Não se trata de algo lúdico, é jogo duro. Comungo dessa opinião, pois dos cartéis de que participei, posso garantir que, assim como a supervisão, não é nada fácil se engajar nesse tipo de trabalho. Segundo Fingermann, tão duro como todos os tempos da formação do psicanalista, porque o não sabido, o *Unbewüsst*, constitui o ponto de partida, seu princípio motor e sua chegada. Conforme o seu depoimento,

o cartel começa com um incômodo, um não saber que atormenta, um sintoma, que pela graça da aposta, se transforma em questão. O não sabido não é inefável, ele pode se formular e fazer questão. A questão formulada por cada um no cartel tem consequências e expõe e compromete quem a formulou e assina o seu engajamento em uma produção, em uma elaboração de saber digna da psicanálise perante a comunidade analítica.

Espera-se que no cartel cada um possa transmitir aquilo no que foi tocado em sua relação com o saber analítico.

A estrutura e o funcionamento do cartel contêm mecanismos que obstruem os efeitos grupais. Lacan orienta que cada grupo seja composto por no mínimo três pessoas e no máximo cinco, sendo quatro a justa medida, *mais-uma*.

O trabalho de elaboração em um cartel dura de um a dois anos, quando este é dissolvido. O que se espera de um cartel é que a partir de um desejo de saber sobre um tema específico da psicanálise – referido à teoria, à clínica, à política ou às conexões com outros campos do saber –, os membros do cartel possam produzir um trabalho, cujo produto deverá ser registrado e apresentado à comunidade analítica. Tal dispositivo está proposto a todos que queiram se reunir e estudar a psicanálise, portanto, para participar de um cartel não é necessário ter um conhecimento prévio da psicanálise. O imprescindível é ter o desejo de saber e colocá-lo a trabalho.

Note-se que, embora a referência à noção de cartel em Lacan apareça pela primeira vez na *Ata de fundação* (21/06/1964), a designação 'Cartel' só vai ser anunciada posteriormente. "Cartel" aparecerá num texto explicativo em nota anexa ao *Ato de fundação*. Mais precisamente, ele aparece no quinto item, intitulado "Do ingresso na Escola" no primeiro parágrafo, com as seguintes palavras: "O grupo constituído por escolha mútua segundo o ato de fundação, e que se chamará *Cartel*, apresenta-se para minha aprovação com o título do trabalho que cada um tencione levar adiante nele." (1971/2003, p.241).

Ao adotar o cartel como dispositivo de base para a formação de seus membros, surgiram muitas questões em torno de sua formulação. Essas questões foram bastante discutidas na Jornada de Estudos de Cartéis, realizada em abril de 1975 e publicada na Revista da Escola Letra Freudiana, ano 1, n.º 0. Esses textos nos advertem de que as indicações de Lacan devem ser tomadas com certa prudência, uma vez que não é de seu estilo o estabelecimento de regras na forma de procedimentos, deveres, obrigações.

Em 1980 em *D'Ecolage* (1980), Lacan prestou-se ao aprimoramento de sua proposta de cartel, reafirmando que ele era o órgão de base de sua Escola. No entanto, deixou claro que o cartel e a escola não eram lugar da causa freudiana e sim efeitos a partir de algumas delimitações e formalizações vinculadas a essa causa.

Mesmo que possa parecer uma digressão, achamos interessante a afirmação de Silvana Pessoa (*Cartel: uma aposta no dispositivo*) de que o cartel continua sendo uma aposta, pois o que ela observa é que muitas escolas ainda não o adotaram como prática a sustentar a transmissão da psicanálise. Comenta que geralmente as entradas na Escola acontecem por meio de cursos mais ou menos estruturados de formação, de seminários, de grupos de pesquisas e outros. Ela observa que se acredita que esta é a melhor e mais segura forma de o jovem analista verificar se é esse mesmo o lugar ao qual quer filiar-se, e ainda, a melhor forma de o analista conhecer determinado tema. Há uma certa contradição nisso, pois a máxima "ensinando que se aprende" não se aplica à psicanálise, pois que o saber é furado. Não é de ensino e nem de segurança que trata a psicanálise, já que estamos em permanente formação (lembremos que Lacan nos ensinou que se formações existem, elas são as do inconsciente), e ainda mais porque só um dispositivo que permite a aproximação maior seria capaz de revelar nossas inconsistências. Silvana Pessoa (2015) levanta a hipótese de que a dificuldade de sustentar o dispositivo do cartel reside no próprio processo de criação e na criação de um texto escrito. No entanto, segue a afirmação de Lacan, quando este diz apostar tudo "no funcionamento e não nas pessoas" e recomenda aos membros dos fóruns e das comissões de acolhimento das Escolas que estimulem o trabalho em cartéis como condição de admissão.

A estrutura do cartel se instala a partir do Mais-Um, que é um elemento escolhido pelos membros do cartel e que tem como *função* garantir a elaboração do trabalho de cada um, sendo o elo com a Escola, haja vista que responde pela orientação lacaniana no cartel, pela inscrição do cartel na escola e pela sua dissolução. A considerar que o Mais-Um deve ser membro da Escola e que todos os membros do cartel devem apresentar o trabalho para a comunidade de analistas, pode-se dizer que o cartel é uma forma de controle tanto interna quanto externa. A pessoa que encarna o mais-um também é participante do cartel, por ter, como os demais, uma questão dentro do tema mais amplo proposto para o trabalho coletivo.

O Um do Mais-Um não está referido à existência de alguém que sabe, Lacan já nos ensinara que não há Outro do saber, ele é simplesmente o

um a mais que baliza o princípio do cartel, é lembrete da estrutura: há sempre mais-um, um significante a mais que marca e presentifica a falta do

significante: menos-um. É assim que a *função* do Mais-Um antepara o recurso ao Discurso do Mestre e proporciona o trabalho de invenção de cada um (FINGERMAN, 2014).

A configuração de três mais-um instala uma estrutura do tipo borromeana. Segundo Milner (1995/1996, p.115), o nó borromeano "revela-se próprio para estruturar, ou, mais exatamente, para matematizar a molécula doutrinal do 'ternário' do real, do simbólico e do imaginário" em seu modo de existência. Lacan introduz a figura topológica do nó borromeano no *Seminário 20, Mais, ainda*. A teoria do nó permite articular que o indivíduo e o sujeito antes distinguidos no axioma e na equação do sujeito, na verdade, se superpõem. Esse autor esclarece que o nó borromeano refere-se a uma determinação real (o sujeito), uma determinação imaginária (o indivíduo), uma determinação simbólica (o significante) (MILNER, 1995/1996, p.116).

É nesse sentido que a estrutura do cartel é consoante com a do próprio sujeito, pois está ancorada na topologia do nó borromeano, tem como propriedade definidora uma composição formada por três círculos entrelaçados, bastando que um deles se desprenda para que os outros se separem. Os três registros – real, simbólico e imaginário, representados pela sigla RSI – amarram-se segundo esta mesma propriedade, de maneira que quando um desses registros se solta, os outros dois também se separam. Daí infere-se que o três é igual a Um, na ideia lacaniana de Um no Real, o que por extensão leva a entender a lógica coletiva lacaniana como aquela que concerne ao um-a-um entre muitos e não à generalidade. É a partir desse terceiro (do simbólico) que o coletivo se encontra inserido estruturalmente na dinâmica do inconsciente.

3.3.1 Do Três ao Um, do Um-a-Um Entre Muitos

*O coletivo não é nada senão o sujeito do individual.*¹³

Em *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* (1945) Lacan dá a "forma fundamental de uma lógica coletiva" e se esforça em demonstrar que a asserção antecipada de si passa pela identificação com o outro. O próprio Lacan indica que esse texto é a sua contribuição para a noção lógica de coletividade. Nesse texto Lacan explora o sofisma dos três prisioneiros e demonstra que a lógica pela qual cada um deles chega à resolução do que estava proposto no sofisma não concerne à generalidade e sim ao coletivo, que nós passamos a considerar o um-a-um-entre muitos.

Na *proposição lógica do sofisma*, o diretor do presídio apresenta a três prisioneiros cinco discos, três discos brancos e dois discos pretos, e, sem que cada um saiba da cor que lhe corresponde, cola nas costas dos prisioneiros um desses discos; propõe que aquele que primeiro descobrir a cor do disco que está em suas costas deverá sair pela porta, demonstrar como chegou à conclusão sobre a cor do seu disco e será libertado.

A lógica do coletivo proposta por ele no sofisma dos três prisioneiros incita a cada um deles a resolver um problema com base em sua experiência, que só poderia ser concluído a partir de sua relação com os outros dois. Cada um deles deve concluir quem é e conquistar a saída a partir da visão do que o outro é. A verdade do sofisma lacaniano só pode ser entendida como "referência temporalizada de si para o outro".

Para que o sujeito possa discernir sua cor (conclusão) e se precipitar à porta de saída (ato), Lacan considera necessárias duas escansões suspensivas moduladas em três tempos lógicos – instante de olhar, tempo para compreender e momento de concluir. A verdade que concluiu o sofisma só pode ser obtida pelo sujeito que formou a asserção sobre si, mas não sem antes ter submetido essa verdade à prova

da dúvida, e, esta, por sua vez, só poderia ser verificada primeiro a partir da certeza (1945/1998, p.206).

Há uma originalidade lógica do sujeito da asserção, Lacan a caracterizou como "*asserção subjetiva*", afirmando que "o sujeito lógico não é outro senão a forma pessoal do sujeito do conhecimento, aquele que só pode ser exprimido por [eu]". Não sendo, portanto, nem o *sujeito impessoal* e nem o *sujeito indefinido* recíproco dos dois primeiros momentos do tempo lógico, visto que estes são essencialmente transitivos e assumidos pelo *sujeito pessoal*. O sujeito da asserção conclusiva distancia-se por uma *cadência de tempo lógico* do outro, de sua relação de reciprocidade. Esse movimento de gênese lógica do eu por uma decantação de seu tempo lógico próprio, nos diz Lacan, é bem paralelo a seu nascimento psicológico no que, "[...] para o sujeito, do tempo que foi necessário para que ele mesmo a compreendesse, já que essa situação não é outra senão sua própria hipótese" (LACAN, 1945/1998, p.206-208).

É nessa direção que Lacan (1945/1998, p.211) coloca a asserção subjetiva antecipatória como forma fundamental de uma lógica coletiva. A verdade do sofisma é invariavelmente ratificada por sua *presunção*, na asserção constituída pelo próprio sofisma, e se manifesta como que se antecipando ao erro e avança sozinha no ato que gera a certeza.

Daí que a saída simultaneamente dos três prisioneiros por uma condição denominada por Lacan como *referência temporalizada de si*, deve ser entendida como um ato singular do sujeito. A singularidade do ato está na condição de que o sujeito se antecipa à sua certeza, devido à tensão temporal de que é subjetivamente carregado, num efeito de precipitação lógica para descarregar essa tensão, "para que enfim a conclusão fundamente-se em instâncias temporais totalmente objetivadas, e que a asserção se des-subjete no mais baixo grau" (LACAN, 1945/1998, p.209).

A lógica implícita nesse sofisma, mostra Lacan, corresponde a um tipo de relação na forma de uma objetivação gerada em seu próprio movimento, ou seja, a referência de um eu dado por um certo *tempo para compreender*, na medida em que esse se revela como uma função essencial da relação lógica de reciprocidade. A referência do eu aos outros deve ser temporalizada, "para reduzir dialeticamente o

¹³ Citação que consta em nota de rodapé no texto de Lacan, O tempo Lógico publicado em 1945, quando este convida o leitor a retomar o texto Freudiano que trata mais particularmente da psicologia coletiva;

momento de concluir o tempo para compreender, para que ele não dure tão pouco quanto o instante de olhar" (LACAN, 1945/1998, p.211). O que Lacan coloca em evidência é que "a verdade depende, para todos, do rigor de cada um, e até mesmo que a verdade, sendo atingida apenas por uns, pode gerar, senão confirmar, o erro nos outros". Evidencia, também, que "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, 1945/1998, p.212).

Vejamos a que conclusão Lacan chega a partir da análise desse sofisma:

Mas gostaríamos de *trés faciunt collegium*, diz o ditado, e a coletividade já está integralmente representada na forma do sofisma, uma vez que se define como um grupo formado por relações recíprocas de um número definido de indivíduos, ao contrário da generalidade, que se define como uma classe que abrange abstratamente um número indefinido de indivíduos (LACAN, 1945/1998, p.212).

Entretanto, devemos observar nessa citação que a tradução da frase latina *tres faciunt collegium* deveria ser *três fazem coletivo*. Colégio, e não grupo, como, aliás, está traduzido pelo próprio Lacan para o francês – *groupe* – mas em um sentido que só admite a lógica do coletivo.

É dessa forma que na lógica coletiva lacaniana os

[...] sujeitos tomados um a um, e, cada um em relação ao outro, dentro do tempo de compreender, que não é o tempo individual, mas que se decide no momento de concluir: o mesmo para todos. Há um real em jogo que atinge a cada um. A diferença em relação ao grupo, é que este, em relação ao modelo freudiano, organiza-se em torno do Um, do líder tomado como ideal para cada um dos membros, situação sustentada pela articulação imaginário e simbólico, onde fica mantido sob certo controle, o lugar do real (LAURENT, 2000, p.170).

Em *Mais, ainda* (1972/1973/2008), Lacan diz que a função da pressa no sofisma dos três prisioneiros é o que a condiciona. Diz que no tempo lógico já havia assinalado que algo como a intersubjetividade poderia resultar em uma saída salutar, mas que o que deveria ser olhado com mais cuidado "é o que suporta cada um dos sujeitos, não em ser um entre os outros, mas em ser em relação aos outros dois, aquele que está em jogo no pensamento deles. Cada um só intervindo nesse terno a título desse objeto a que ele é sob o olhar dos outros". Trata-se de uma

relação com Um com o Outro, com o a que o indica na relação que só em aparência seria entre dois sujeitos. O Um, o Outro e o a, que é aquilo que cai como resto da operação significativa (p.54).

Essa articulação "pode aplicar-se logicamente a um número ilimitado de sujeitos, posto que o atributo 'negativo' só pode intervir num número igual ao número de sujeitos menos um". Lacan assinala ainda que à medida que a coletividade aumenta, torna-se mais difícil a objetivação temporal, parecendo criar obstáculo à *lógica coletiva* (LACAN, 1945/1998, p. 212-213).

3.3.2 O Um

Há muitos modos de se entender o Um em Lacan, o Um do significante e da insistência da substância pulsional, o um do traço unário e da repetição, o mais-um do cartel, o menos-um do 'atributo negativo' que amplia o número de sujeitos no coletivo, o Um-a-Mais, e talvez outros. Todavia foi no *Seminário, 19,... ou pior*, que ele trabalhou mais detalhadamente a questão do Um e seguiu fazendo algumas articulações no Seminário que viria em seguida, o *Mais, ainda*. Nossa preocupação aqui é tentar apreender algo desse Um em relação à prática da supervisão e presentificar a lógica do coletivo, na sua referência ao um-a-um que atribuímos à relação que vigora na supervisão.

A especificidade do *Um* em Lacan não é representar totalidade, completude ou união, mas sim a existência de um corte capaz de estabelecer algum *um*, sem recurso a nada além da própria postulação desse *um* como existência. Trata-se da possibilidade, inerente ao campo do significante, de que *um* possa ser distinguido de *outro* e possa valer como *um* para o *outro*.

No texto *A situação da psicanálise em 1956*, Lacan faz a crítica aos analistas, partidários da psicologia do eu, que entendem a relação analítica como uma relação dual, em que se processa a identificação do sujeito com o eu do analista (p.483). Lembra, ainda, que a *Psicologia do eu* surgiu de uma interpretação equivocada de alguns analistas da *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), que acabaram por fazer da identificação com o eu do analista o objetivo da análise.

Lacan (1956) dá a a entender que esse modo de relação, cujos efeitos são a idealização narcísica, expressa na identificação com o líder, traz consequências no que diz respeito ao lugar que deve ser ocupado pelo analista em sua *práxis* (no caso o supervisor, pois ancorado nela), onde deve situar-se como semblante de objeto.

Em *Radiofonia*, Lacan (1970, p.407) afirma que o Menos-Um designa o lugar que é dito do Outro do conjunto de significantes. "Pelo Um-a-Menos se faz a cama para a intrusão que avança a partir da extrusão: é o próprio significante."

Em *Mais, ainda*, ele observa que "o desejo só nos conduz a visada da falha, quando se demonstra que o Um só se aguenta pela essência do significante" (1972-1973/2008, p.13); e assevera que o que faz um é a identificação. Com isso pode-se apreender que a questão concernente aos sujeitos na reciprocidade não é especificamente o traço unário, mas o Um-A-Mais, que inclui o traço e o incomensurável do objeto *a*. Para Lacan, o Um-A-mais em que o número três se reúne é a mediação da fala. Para Lacan, no Sofisma, é pelo objeto *a* que a função da pressa se coloca, o que, segundo ele, mereceria ser olhado mais de perto:

[...] é o que suporta cada um dos sujeitos, não em ser um entre os outros, mas em ser, em relação aos dois outros, aquele que está em jogo no pensamento deles. Cada qual só intervindo nesse terno a título desse objeto *a* que ele é sob o olhar dos outros (LACAN, 1972-1973/2008, p.54).

Continua a explicar que "eles são três, mas na realidade, são dois mais *a*. Esse dois mais *a*, no ponto do *a*, se reduz, não aos dois outros, mas a Um mais *a*" (LACAN, 1972-1973/2008, p.55). Essa *articulação ternária* é da ordem de uma identificação, fundada no fato de que dois, como tais, não podem funcionar como suporte, porque, entre quaisquer dois "há sempre Um e Outro, o Um e o *a*, e o Outro não poderia, em nenhum caso, ser tomado por um Um" (LACAN, 1972-1973/2008, p.55). Lacan ensina que o significante é o suporte que introduz no mundo o Um.

Portanto, para Lacan, há o Um, o objeto *a* e o Outro. Há solidariedade "entre a não relação dos sexos e o fato de que um ser seja falante" (p.233). Assim, o Outro não se soma ao Um, o Outro apenas se diferencia. O Outro é o UM-a-menos. "Há um que falta. O Um surge como que do efeito da falta" (1972-1973/2008, p.152). É por essa razão, nos diz Lacan, que em qualquer relação do homem com uma mulher é que ela deve ser tomada como Uma-a-menos, como em Don Juan (LACAN, 1972-1973/2008, p.137).

De todo modo, no *Seminário 19: ...ou pior* (1971-1972/2012)... e no 20, *Mais, ainda* (1972-1973/2008), Lacan afirma que há Um, Um-entre-outros, mas o que se trata de saber é se é qualquer um do *essaim*, do *enxame de significantes*, que pode ser como abaixo representado.

$$S1 (S1 (S1 (S1 \rightarrow S2)))$$

Assim é que em *Mais Ainda*, ele diz que o S1, o enxame, e o significante-mestre, é o que garante a unidade de ligação do sujeito com o saber. "O significante Um não é um significante qualquer." (LACAN, 1972-1973/2008, p.154). Ele é a ordem significante que organiza toda a cadeia. "o Um encarnado na alingua é algo que resta indeciso entre o fonema, a palavra, a frase, mesmo de todo o pensamento. É o de que se trata quando chamo de significante mestre" (LACAN, 1972-1973/2008, p.155). Por mais paradoxal que essa última afirmação possa parecer, Lacan explica textualmente que "o Um não pode fundamentar-se na mesmidade [mêmeté]. Ao contrário, é marcado pela teoria dos conjuntos como devendo fundamentar-se na pura e simples diferença" (LACAN, 1972-1973/2008, p.139). O um em Lacan é da mesma ordem do conjunto vazio, naquele nível em que há um faltando. "O que constitui o Um e o justifica é que ele só é designado como distinto, sem outra referência qualificativa, é que ele só começa a partir de sua falta." (1971-1972/2012, p.140). É no lugar da falta, do furo, que o Um se constitui. Seu fundamento está no fato de que há um que falta. O Um surge como efeito da falta (LACAN, 1972-1973/2008, p.152).

Em *...ou pior*, Lacan mostra que o Um na teoria analítica aparece em dois de seus níveis. No primeiro o Um é o Um que se repete, e que tem como base a incidência da fala do analisando, que ele evidencia por um certo modo de repetição, em relação a uma estrutura significante. No outro nível do Um, tem relação com o discurso analítico, e aquilo que se produz a partir da instauração do sujeito no nível do gozo de falar, o estágio do mais-de-gozar, que é precisamente o S1.

No que diz respeito ao discurso analítico, o essencial é o UM na posição significante (posição do supervisor). "O Um de que se trata no S1, aquele que o sujeito produz, ponto ideal, digamos, na análise, é, ao contrário do que se trata na repetição, o Um como Um só [Um seul]." (LACAN, 1971-1972/2012, p.159). É o Um da diferença.

Diz ainda que "para entender esse um [d'um] na medida de sua ascendência já que seguramente ele é o significante mestre, é preciso abordá-lo ali onde ele foi deixado por conta de seus talentos, para lhe dar uma prensa" (LACAN, 1971-1972/2012, p.146).

Nesse ponto retomamos a ideia lacaniana de que é impossível aos analistas formarem um grupo, porque na Escola trata-se de um coletivo. Como vimos, coletivo é dito como coleção em que um segue sendo Um. É um coletivo que não se funda sobre o Um do traço unário, que é o um da repetição, mas sobre o Um do campo do uniano. O Um da fala que corrobora para o surgimento do Um-todo-só, ou, dito de outro modo, do um-a-um, da relação que não há (LACAN, 1971-1972/2012).

Os dois dispositivos da Escola Lacaniana, o cartel e o passe, cada um na sua especificidade, colocam em jogo essa lógica, na experiência do coletivo. No dispositivo de cartel, essa lógica se presentifica na função Mais-um. É o Mais-um que faz vigorar a não relação como buraco, ponto de partida para a constituição do nó borromeano. Em *Mais ainda* (1972-1973/2008, p.136), Lacan já afirmara que o nó borromeano é o que dá o melhor suporte para o Um, na medida em que ele encerra apenas um furo, e uma vez que com o corte de um os outros se dispersam, ou seja, o que existe é só o Um por Um. Daí que o cartel é a via da formação que não concebe a garantia no Outro.

Dessas articulações, pode-se inferir que, no que, diz respeito à lógica coletiva, a experiência da supervisão psicanalítica é da mesma ordem da experiência do cartel. Daí porque cai por terra a pretensão de que a experiência da supervisão possa ocorrer sob a lógica de uma autonomia do eu, e que a transmissão possa se dar no plano de identificação do supervisionando com um ideal que é o seu supervisor. Em suma, o que queremos afirmar é que a supervisão é uma experiência na qual a dimensão terceira, a do Outro da linguagem e do significante, dela é indissociável.

O dispositivo da supervisão coloca em questão a possibilidade de uma elaboração coletiva a partir da fala de cada um, visando desconstituir as verdades estabelecidas e cristalizadas, ou, em outros termos, fazendo furo no saber, para que o novo possa surgir.

Mas não sem o supervisor, que, se comparado ao Um, seria o elo necessário à formação do coletivo, à formação da equipe e, conseqüentemente, na sua amplitude (nossa proposta), a formação da própria rede de atenção psicossocial. É ele, o

supervisor, quem convoca a equipe a se abrir para a rede, ele puxa os fios da rede, ele encarna o dentro e o fora, e descompleta os saberes instituídos.

Nesse ponto cabe-nos fazer uma importante observação: a despeito de considerarmos que o cartel e a supervisão clínico-territorial tenham a mesma lógica coletiva, de forma alguma estamos querendo dizer que a supervisão e o cartel sejam iguais, pois eles não têm a mesma estrutura e divergem em alguns pontos, a começar pela transferência. No cartel a transferência se estabelece como "*transferência de trabalho*" e na supervisão o que ocorre ainda é a transferência analítica. O lugar que o supervisor ocupa não é como o de Mais-um que faz o trabalho andar, pois o seu lugar na supervisão é o de agente que faz operar o discurso. Mesmo tendo considerado a supervisão como uma prática em *extensão*, o lugar que o supervisor assume no dispositivo é mais próximo à psicanálise em *intensão*.

Um outro ponto a ser considerado é o limite temporal para o funcionamento do borromeamente cartel e do dispositivo supervisão; enquanto aquele se desfaz borreanamente quando um dos participantes se retira do cartel ou após dois anos de funcionamento, este não tem limite temporal de funcionamento. Na supervisão clínico-territorial se um dos integrantes se desfiliar ou se afastar daquele espaço/tempo da supervisão, seja por qualquer motivo, o coletivo permanece, numa lógica que também pode ser considerada uma prática do *um-a-um entre-muitos*.

De nossa experiência no campo da saúde mental, podemos afirmar que sem esse Um, o significante supervisor, a equipe sequer se forma. Mas, de todo modo, não se trata de qualquer um, mas de alguém que ocupe uma determinada posição dentro de um discurso. E, como nós já dissemos, é na posição de analista, já que é nela que se ancora a função do supervisor, conquanto é do discurso analítico que se trata. Nos termos de Lacan (1972-1973/2008, p.123) "o primeiro passo da experiência analítica é introduzir o UM, como o analista que se é".

Colocando-se como corpo, como presença, com seu desejo, o supervisor instala o dispositivo supervisão, mas inequivocamente deve agenciar seu discurso do lugar de objeto *a*. É da posição ocupada pelo *a* que o supervisor deve operar.

Assentados os principais pontos teóricos que situam o coletivo na psicanálise, conceito bastante diverso da ideia de grupo, pois este inclui o inconsciente e o sujeito, e, considerando que a intervenção em saúde mental é uma prática estruturada

na equipe que a compõe e que a supervisão, "um espaço de dizer"¹⁴, se oferece a operadores das equipes que têm origem multidisciplinar, sujeitos desejantes que estabelecem relações em um mesmo ambiente, faz-se necessário detalhar ainda mais o conceito de coletivo.

E, para tanto, seguimos a trilha de Jean Oury, aluno e supervisionando de Lacan durante 24 anos, e cuja experiência prática e reflexiva na Clínica de La Borde, o levou a tomar para si (mas não sem outros) a tarefa de elaboração do próprio conceito de coletivo. Com efeito, o pensamento de Oury coloca em prática sistemas coletivos que servem ao nosso propósito e ao mesmo tempo preservam a dimensão da singularidade de cada um, deixando lugar para a emergência do "sujeito" da psicanálise.

3.4 Oury e as Práticas Coletivas

Jean Oury (1924-2014), psicanalista francês de orientação lacaniana, foi um psiquiatra de renome na história da Psiquiatria mundial no século XX, ao participar da criação do movimento que se tornou conhecido como *Psicoterapia Institucional*, ao lado de François Tosquelles (1912-1994), Georges Daumezon (1912-1979), Lucien Bonnafé (1912-2006) e outros, entre os quais destaca-se o psiquiatra franco-africano Frantz Fanon, que teve uma curta porém extremamente relevante passagem pela experiência da Psicoterapia Institucional. Oury foi membro da Escola Freudiana de Paris, junto com Lacan, por quem tinha profunda admiração e respeito intelectual. Participou também da criação da *Psiquiatria de setor* francesa, que territorializou as práticas de assistência. O cunho primordial do movimento francês e da psiquiatria de setor não é exatamente antimanicomial, e é este o ponto de divergência principal em relação à Psiquiatria Democrática Italiana, de Basaglia. Na França, a territorialização incluía o hospital como integrando à lógica de inclusão social, tornando-o articulado ao tecido social, mas sem destruí-lo, e a Psicoterapia Institucional de Oury inscreve-se nesta perspectiva, razão pela qual a clínica (e sobretudo a incrível e riquíssima experiência) de La Borde desenvolver-se em torno de um lugar de internação, o mais hospitaleiro dos hospitais, eminentemente clínico, articulado ao território, à

¹⁴ Termo forjado por Oury (2009) para designar "o coletivo".

comunidade e à cidade, mas que não operava na lógica do fim do hospital psiquiátrico. Nesse sentido, pode-se dizer que a Psicoterapia Institucional é, sim, antimanicomial, pois La Borde era tudo, menos um *manicômio*. Integrando o conjunto de versões que, em cada um dos países em que movimentos análogos se desenvolveram (principalmente Inglaterra e Itália, além da própria França), seguiram a lógica da Psiquiatria social e inclusiva do louco no laço social. Esses movimentos inspiraram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em cujo bojo foi produzida a inovação do campo da atenção psicossocial, dentro do qual insere-se a proposta inédita de um novo modo de conceber e praticar a supervisão, dita clínico-territorial, em seus fundamentos e princípios regentes psicanalíticos, que constitui o objeto de nossa tese.

A Clínica de La Borde, onde Oury elaborou uma abordagem lacaniana e libertária da loucura e trouxe uma nova forma de tratar o sofrimento psíquico, à luz da psicoterapia institucional, defendia a ideia de que era preciso tratar da instituição antes de cuidar dos pacientes.

O conceito de "o coletivo" ("le collectif") forjado, nesta acepção substantiva, por Oury, é radicalmente diferente do sentido sociológico ou mesmo tecnocrático-administrativo; sua preocupação central estava em definir a palavra 'coletivo' com o objetivo de orientar o que se faz em uma dimensão psicoterápica.

Por volta de 1960, Oury se contrapõe à lógica corrente da organização dos sistemas psiquiátricos tradicionais, com o apoio de Bonnafé, que faz uma crítica à hierarquia desse sistema. Adverte, então, que a lógica do coletivo não era a lógica da simples discursividade, da serialidade, da simples "gestalt" – que tem como pressuposto que os fenômenos psíquicos só podem ser compreendidos se forem vistos como um todo e não por meio da divisão em simples elementos perceptuais – mas sim, "uma lógica que respeita uma quase infinidade de fatores para cada um" (OURY, 2009, p.20).

Oury destaca que essa infinidade de fatores deve ser levada em consideração, porém observa que as estruturas habituais, como os hospitais psiquiátricos, e podemos acrescentar os CAPS, não estão preparadas para assumir essa tarefa. Desde 1947 ele já pensava que era preciso criar um ambiente que conviesse a todos os pacientes, para que, a partir de uma heterogeneidade de ofertas, cada um pudesse se guiar e fazer suas próprias escolhas e conseqüentemente se ressituar em sua dimensão fantasmática.

Na verdade, essa dimensão fantasmática foi a sua primeira ideia a respeito do coletivo. No período de 1960-1962, mergulhou na lógica dos conjuntos e dos sistemas aleatórios propondo-se a desvendar aquilo que denominou "caixa preta", a ver de que era composto o coletivo e quais eram os seus efeitos. Considerava que essa máquina abstrata e complexa era indispensável para articular algo em qualquer coletividade; assim, "O Coletivo seria, talvez, uma *máquina a tratar a alienação*, todas as formas de alienação, tanto alienação social, coisificante, produto da produção como alienação psicótica." (OURY, 2009, p.39).

Oury acreditava que ao se desvendar a "caixa preta", o coletivo, é possível desfazer os absurdos e falsos problemas e atenuar a oposição entre a psicanálise e a psiquiatria, ou seja, entre o tratamento individual e os grupos ou coleções (e não conjuntos). Quanto a essa questão, ele afirma textualmente que é possível tratar as pessoas individualmente, em psicoterapia ou análise, numa instituição, num hospital. Acrescenta: os profissionais, citando os enfermeiros como exemplo, não raro são cúmplices da hipersegregação dos usuários, preocupados em obedecer a sistemas hierárquicos. Nesses sistemas, para ele, ocorre o esmagamento das iniciativas, de modo que não basta ter disponibilidade e vigilância, é preciso que os profissionais tenham iniciativas e reconheçam as iniciativas dos usuários e das famílias e não se omitam, pois ali estão para intervir.

A considerar essas condições que refletem as dificuldades que os profissionais de saúde mental têm para exercer seu mandato clínico-político, é que acreditamos que a psicanálise pode e deve ser pensada para o campo público, e mais propriamente para os serviços de saúde mental, pois ela é, sobretudo, uma prática daquilo que não funciona.

O *coletivo* não é "o estabelecimento", nem as diversas instituições criadas no interior dele, nem mesmo os grupos ou subgrupos. Seria antes *uma função* do que uma estrutura entendida esta em sentido institucional: "é uma função certamente muito complexa, cuja finalidade essencial é fazer funcionar todas as estruturas institucionais em uma dimensão psicoterápica" (OURY, 2009, p.93). Para Oury, o coletivo comporta algumas dimensões, tais quais: função diacrítica, função de decisão, função de corte e dimensão estratégica.

Oury observa que o que domina o coletivo é a "*função diacrítica*", uma função de análise estrutural que permite distinguir as diferentes coisas, separar os planos,

os registros, que emergem de acontecimentos que se dão em um estabelecimento e que devem ser interpretados (OURY, 2009, p.94). Portanto, a função diacrítica serve para distinguir as demandas que estão na "subjacência", nome que Oury dá à dimensão em que se situam, por um lado, os *princípios* que regem toda *ação* consequente do campo do coletivo, e de modo transcendente a ela, e que não é imediatamente acessível ao agente – o sujeito, o técnico, o profissional – exigindo a mediação do trabalho psíquico para que sejam formulados. Por isso, se inserimos esta dualidade de planos em um campo conceitual psicanalítico, a subjacência será também o lugar do desejo para o qual não há acesso direto, exigindo interpretação. Podemos então dizer que o lugar do supervisor é o de dobradiça entre a ação clínica da equipe e sua subjacência, na qual são interrogados os princípios de trabalho e o desejo, que é a posição subjetiva que articula e faz operarem esses princípios no plano do ato.

Oury esclarece, por outro lado, que a função de *decisão*¹⁵ consiste em considerar um acontecimento como não sendo óbvio, o que já permeia a função diacrítica. Isso significa dizer que, para o psicanalista, qualquer descoberta que possa parecer óbvia ou accidental comporta uma intenção visto que não é desprovida de causalidade psíquica; em outros termos, essa descoberta accidental corresponde a uma formação do inconsciente. A função de decisão orienta a função de corte, que é colocar em relevo um acontecimento que entre os participantes da equipe de Saúde Mental em supervisão tem certo consenso, ou nas palavras de Oury, "*ça va de soi*" (isso é óbvio). A função de corte vai permitir perceber o "*ne va pas de soi*" (isso não é óbvio), ou seja, ver a subjacência e destacar o sujeito no seu gozo, no seu ato e na sua palavra.

Para que algo da subjacência apareça, é preciso acionar uma dimensão estratégica, que trata da responsabilidade de distinguir um acontecimento. Na esfera intervencionista, consiste em abster-se de ser impulsivo e de fazer interpretações apressadas; é preciso respeitar um tempo de reflexão e um tempo de compreensão. Esta é a lógica proposta por Lacan no "*O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*" (1945), em que demonstra as três modulações do movimento de um sofisma: o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir. Há, portanto, um trabalho do inconsciente que precisa ser decifrado. Oury esclarece

¹⁵ Na sequência de seminários sustentados por Jean Oury em La Borde, o de 1984-85 intitula-se *O Coletivo (Le collectif)*, e é o único até agora traduzido em português e publicado no Brasil. O seminário seguinte intitula-se *La décision*, e vemos aqui os fundamentos clínico-conceituais desta sequência.

que não se trata de um trabalho inconsciente no sentido de "trabalho de transferência" (*Durcharbeitung*).

Para que haja *Durcharbeitung*, é preciso que haja todo um mecanismo de transferência. Mas o trabalho inconsciente que se faz, mesmo quando não há transferência, é o que Freud chama *Verarbeitung*. Eu acho que é muito importante distinguir os dois. Naturalmente, a posição analítica que podemos tentar manter deve, ou pode, passar o trabalho inconsciente do *Verarbeitung* para algo da ordem do *Durcharbeitung*, isto é, para algo da ordem da transferência (OURY, 2009, p.98-99).

Segundo Oury (2009, p.73), a transferência é "o que permite ao sujeito manifestar-se através da emergência de um 'dizer'".

Conforme Bráulio de Almeida Souza, no prefácio da obra vertida para a língua portuguesa, a preocupação de Oury direcionava-se à necessidade de identificar "quais as condições básicas para que num dispositivo institucional (hospital, setor, qualquer clínica ou cenário terapêutico) de acolher e cuidar o sofrimento psíquico e a alienação mental, se respeite e se reconheça a singularidade do sujeito radicada na sua história existencial [...]" (OURY, 2009, p.10).

De sua experiência nas instituições, Oury traz alguns significantes que levam a essas condições. A '*gentileza*' ou '*atenção*' a alguma coisa: trata-se de uma dimensão ética de respeito ao outro mesmo em discordância. A '*heterogeneidade*', condição necessária para preservar os espaços em função da personalidade de cada um; a importância e eficácia da heterogeneidade estão em favorecer uma dimensão de passagem de uma pessoa a outra, de um lugar a outro e de um sistema a outro. A '*distinguibilidade*' é da ordem do significante que por sua vez é signo do "sujeito" e só se manifesta como singularidade.

Outro termo por ele utilizado – e importante para o nosso trabalho – é '*passagem*'. A noção de passagem coaduna-se com a teoria dos quatro discursos de Lacan. A relevância dos discursos na referida teoria não está em cada um deles e sim, na passagem de um discurso a outro, exatamente porque essa passagem traz a emergência do discurso psicanalítico; discurso aberto que permite a transposição para os demais discursos. Oury elucida que o fenômeno de passagem de um discurso a outro é o "sentido", que se encontra em oposição à significação e se circunscreve no plano das demandas. No sentido analítico de Lacan, a demanda obedece à lógica do "corte aberto" (oito invertido). O "corte aberto" pode ser entendido como

contrário ao discurso que está no plano do 'dito' e não do 'dizer'. Então, a análise do coletivo implica saber qual tipo de corte está em questão e qual a lógica que o rege.

Essa teorização permite a Oury pensar a questão da liberdade de circulação nos espaços coletivos. Diz ele: "circular é poder passar de uma situação a outra". Compreende-se, assim, que os estabelecimentos tradicionais, como hospital, escola, prisão, e no caso deste estudo também os CAPS, "obedecem à lógica do círculo fechado, do círculo e da esfera, com um centro irradiante". Trata-se de um sistema de "corte fechado", cuja lógica é a da organização hierárquica; lógica esta que não permite a "passagem de um discurso a outro, e os sentidos corolários: a singularidade de cada um" (OURY, 2009, p. 29). Porém, para que haja liberdade de circulação e não de interdição absoluta, conforme Oury, é preciso uma transformação de todas as relações, desde a hierarquia, a distribuição de tarefas, até mesmo as funções etc.

Neste ponto, perguntamo-nos: o dispositivo supervisão corresponde ao exercício da função do coletivo? A supervisão permite a construção desse lugar de função do coletivo? Faz a supervisão a função de assegurar que as passagens se mantenham em circulação? É certo que a supervisão refere-se a uma função, "um lugar para que algo possa se manifestar", "um espaço do dizer", no sentido de Oury. Mas nesse espaço, a função do coletivo deve ser entendida como "um sistema que permite a emergência de alguma coisa, que permita que tenha vida simplesmente, e que ela não seja sufocada pelas tramas repressivas" (OURY, 2009, p.73).

É nessa direção que a supervisão clínico-territorial, conforme proposta pela política de saúde mental, inviabiliza pactos com a gestão, dado que não há como estabelecer uma transferência (supervisor-supervisionandos) no coletivo se o supervisor estiver coligado com a gestão.

Oury (2009, p.31) sustenta que só há mudança estrutural se houver um verdadeiro encontro (*a tuché*: a fortuna, a boa e má fortuna), por causa mesmo do encontro. O princípio fundamental então é que haja encontro, e a possibilidade de transferência que "permita que o sujeito possa manifestar-se através da emergência de um dizer" dissolvendo-se as estruturas hierárquicas cristalizadas. É por essa razão que a grande parte das organizações que tem este tipo de estrutura inviabiliza espaços de encontros coletivos e passa ao lança-chamas toda possibilidade da

emergência de dizer. Oury chama de inter-relação egoica o tipo de relação que existe nessas estruturas.

Nos diversos serviços que supervisionamos pudemos observar que em vez de espaço de dizer a maioria dos encontros se dá na forma de reuniões administrativas, cuja tônica é aprimorar e reforçar o modo de organização da própria instituição. A forma como as questões eram trazidas à supervisão, especialmente nos primeiros encontros, refletia esse modo hierárquico de funcionar. A palavra era garantida e todos, mas geralmente só profissionais considerados mais doutos (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais) tomavam a palavra. Mesmo que incitados a falar, era preciso um trabalho a mais e levava um certo tempo para que as pessoas que supostamente ocupavam um nível hierárquico inferior (estagiários, pessoal de cozinha e limpeza) se autorizassem a falar. Muito raramente os casos eram trazidos à discussão por uma dessas categorias.

Nossa clínica em supervisão psicanalítica permite afirmar que a supervisão é o próprio exercício dessa função do coletivo, restando que ela opera junto aos profissionais que trabalham nos CAPS e demais instituições de atenção psicossocial, tendo como visada o aparecimento do sujeito, pois o que lhe interessa é a sua emergência e a possibilidade de mudança de posição desses técnicos, em relação ao seu trabalho e a sua existência.

Assim é que consideramos a atenção psicossocial como um campo coextensivo da supervisão porque é o supervisor aquele quem encarna os dois planos propostos por Oury o plano transcendental (subjacente, subterrâneo, dos princípios que inclui o inconsciente) e o plano da ação.

4 INFLEXÕES METODOLÓGICAS E PROPOSIÇÃO DA TESE

O percurso teórico até aqui realizado encaminha nossa proposição de estudar a supervisão como um dispositivo clínico de transmissão e formação, o que na perspectiva da psicanálise requer um determinado tipo de metodologia capaz de apreender acontecimentos da clínica que presentifiquem as manifestações de sujeito. Por isso torna-se necessário clarificar os componentes principais desta proposição e seus fundamentos, e mais precisamente os conceitos de: dispositivo, ato, fala e acontecimento, clínica psicanalítica.

4.1 Do que Trata um Dispositivo

Tomamos de Foucault a ideia de dispositivo, por entendermos que a supervisão conserva em sua estrutura alguns significantes dos dispositivos de poder que permeiam as relações dos homens em sociedade, como o discurso, o saber e a verdade.

Para Foucault (1987/2004), o poder refere-se a uma rede produtiva e produtora de relações, com os saberes de uma época, com seus discursos que produzem e fazem circular a verdade. Sua análise sobre os dispositivos disciplinares no século XVIII leva-o a afirmar que instrumentos simples, como "o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame" (FOUCAULT, 1987/2004, p.143), eram utilizados para o "adestramento" de "corpos dóceis" (FOUCAULT, 1987/2004, p.119). Assim, os indivíduos eram tomados, ao mesmo tempo, como objeto e instrumento do exercício de poder, na perspectiva de homogeneizá-los, para capturar sua subjetividade.

Esse pensador argumenta que a disciplina é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo e não pode ser identificada com uma instituição ou com um aparelho. Comporta "um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma 'física' ou uma 'anatomia' do poder, uma tecnologia." (FOUCAULT, 1987/2004, p.177). A referência imediata é o *Panóptico* de Bentham, um dispositivo que organiza a arquitetura espacial (hospitais, prisões, escolas etc.)

de tal forma que permite ver o tempo todo, sem ser visto e sobretudo automatiza e individualiza o poder provocando efeitos homogêneos de poder. O *Panóptico* "pode ser utilizado como máquina de fazer experiências, modificar comportamento, treinar e retreinar os indivíduos." (FOUCAULT, 1987/2004, p.168).

Em sua análise, entre os diversos tipos de poder, Foucault nomina os poderes centrais e poderes periféricos, sendo estes mais causa do que efeito daqueles. O poder se manifesta por múltiplos e diversos mecanismos e até mesmo como vontade de verdade, não pode ser eliminado, apenas desmascarado em seus efeitos, delatado, e até mesmo transformado em novos regimes de verdade. De outras leituras, inferimos que Foucault inclui a psicanálise nos poderes periféricos, por entendê-la como resultante da expansão do dispositivo da sexualidade. Embora não negligenciemos o fato de que há um poder na psicanálise, advindo de seu saber e de seu discurso, não pretendemos neste estudo nos deter nesta discussão, pois compreendemos que a relação de poder no âmbito da supervisão psicanalítica é diametralmente oposta da dos dispositivos disciplinares e de controle estudados por Foucault. O poder é inerente à relação psicanalítica, mas o analista está advertido de que este poder que lhe é dado pela transferência não pode ser usado a seu favor, porque, para que o 'sujeito' possa advir, é necessário seguir a trilha do desejo do analisando. Podemos dizer, ainda, que esse 'sujeito' é fugaz, indisciplinável, está submetido à castração e às condições de sua constituição e, se às vezes, resiste às determinações que não lhe fazem sentido, outras vezes a elas se submete, sob a forma do que Freud conceituou como o *supereu*.

Portanto, guarda relação com aquilo que Foucault denominou "linhas de subjetivação", ou processo de produção de subjetividade em um dispositivo, que, segundo Deleuze (1990, p.155), refere-se ao "estudo da variação dos processos de subjetivação", que foi um ponto fundamental deixado por Foucault para ser desenvolvido.

E nesse sentido, Deleuze (1990) se deteve a analisar o dispositivo de que fala Foucault examinando os elementos e as características que o compõem e dando-lhe uma definição:

[...] é uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e estas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras. Cada uma está quebrada e submetida a *variações*

de direção (bifurcada, enforquilhada), submetida a *derivações*. Os objetos visíveis, as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vetores ou tensores. Dessa maneira, as três grandes instâncias que Foucault distingue sucessivamente (Saber, Poder e Subjetividade), não possuem, de modo definitivo, contornos definidos; são antes cadeias de variáveis relacionadas entre si (DELEUZE, 1990, p.155).

Segundo Deleuze (1990), as linhas não apenas compõem um dispositivo como também o movimentam em todas as direções, gerando suas várias dimensões. Assim, os dispositivos compõem-se de linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação, de ruptura, de fratura, que se entrecruzam e misturam e, por meio de variações, dão lugar a mutações e disposição. A partir dessa configuração, Deleuze aponta duas consequências para uma filosofia dos dispositivos: o repúdio dos universais e uma mudança de orientação (DELEUZE, 1990, p.158).

Quanto à primeira consequência, afirma que o universal nada explica, é ele que deve ser explicado. Isto porque, "[...] O Todo, o Uno, o Verdadeiro, o Objeto, o Sujeito não são universais, são processos singulares de unificação, totalização, de verificação, de subjetivação, processos imanentes a um determinado dispositivo" (DELEUZE, 1990, p.158). Adverte que, como não há a universalidade de um sujeito fundador, Foucault recusa a identificação de qualquer um desses processos de elaboração de um dispositivo com a razão ou até mesmo com o consenso.

Neste ponto, convém assinalar a impressionante convergência da posição de Foucault com a de Lacan, a despeito de que os seguidores tanto de um quanto de outro tendam sempre a não enxergá-la. Lacan sustenta uma posição discursiva absolutamente avessa a qualquer ideia de todo, e isso aparece em vários momentos de seu ensino. Destacamos um desses momentos, no qual Lacan diz que na partida que se joga entre o todo e a parte, devemos tomar sempre o partido da parte (1960/1998a, p.857).

Sobre a mudança de orientação, que constitui a segunda consequência, Deleuze aponta que Foucault recusa a "originalidade" de uma enunciação, por entendê-la pouco interessante, e prioriza as regularidades das enunciações, pois estas se referem a linhas da curva que atravessam pontos singulares do conjunto enunciativo (assim como explicará as relações de forças por distribuições de singularidades no campo social). Ao recusar a originalidade, intenciona dizer que a eventual contradição entre enunciações não é o suficiente para distingui-las, nem mesmo para mostrar a

novidade de uma em relação à outra. Na verdade, "o que conta é a novidade do próprio regime de enunciação que pode compreender enunciações contraditórias" (DELEUZE, 1990, p.159). A novidade de um dispositivo em relação ao que o precedeu é a sua atualidade; Deleuze esclarece que o novo é o atual, porém o atual é o próprio movimento do devir. Dessa forma: "Todo o dispositivo se define, pois, pelo que detém em novidade e criatividade, o qual marca, ao mesmo tempo, sua capacidade de se transformar ou se fissurar em proveito de um dispositivo do futuro." (DELEUZE, 1990, p.159). Afirma que é na medida em que se omitem as dimensões de saber e de poder, que as linhas de subjetivação parecem especialmente capazes de traçar caminhos de criação que não param de fracassar, mas tampouco de religados, modificados, até levar a ruptura do antigo dispositivo.

Quanto às dimensões de um dispositivo, evidenciam-se as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação. A visibilidade aqui é aquela que corresponde a linhas de luz "que formam figuras variáveis e inseparáveis deste ou daquele dispositivo" (DELEUZE, 1990, p.155); todo o dispositivo tem seu regime de luz, e a maneira como esta incide faz "nascer ou desaparecer o objeto, que não existe sem ela." (p.155), tal como ocorre com o "dispositivo prisão", na arquitetura panóptica, um modo de ver sem ser visto. Para Deleuze, a historicidade dos dispositivos é dada pelos regimes de luz e de enunciação. As enunciações são curvas que distribuem variáveis, e as posições diferenciais de seus elementos indicam o pertencimento em relação a determinado regime de enunciação, que podem ser estéticos, científicos ou políticos, etcétera.

Pertencemos a certos dispositivos e atuamos nele, assim, misturadas às curvas anteriores, as linhas de força retificam-nas, tangenciam-nas, ligam uma linha à outra e operam idas e vindas entre o ver e o dizer e inversamente, agindo como setas que não cessam de penetrar as coisas e as palavras. A linha de força passa por todos os lugares de um dispositivo e se refere à 'dimensão do poder' – que é a terceira dimensão do espaço interno do dispositivo – articulada com o saber.

As linhas de objetivação são concebidas por Foucault para que os dispositivos não se fechem em linhas de forças intransponíveis e contornos definitivos, pois há outros vetores que passam por cima ou por baixo. Nesse movimento, pode acontecer de uma força voltar-se sobre si mesma ou afetar-se a si mesma. Deleuze esclarece que o "si mesmo não é o algum uma determinação pré-existente" (DELEUZE, 1990, p.157).

A linha de subjetivação é igualmente um processo de produção de subjetividade em um dispositivo. Concerne ao dispositivo a possibilidade de emergência de novas subjetividades. Uma linha de subjetivação deve produzir-se na medida em que o dispositivo permita ou o torne possível. Portanto, escapa as linhas anteriores pois refere-se a uma linha de fuga. Pode-se dizer assim que "o si-mesmo não é nem um saber nem um poder" (DELEUZE, 1990, p.157), é, sobretudo um "processo de individuação que diz respeito a grupos ou pessoas que resulta na relação de forças estabelecidas pelos saberes constituídos, é uma espécie da mais-valia" (DELEUZE, 1990, p.157). No entanto, e como já dito com Deleuze o "estudo da variação dos processos de subjetivação" é um ponto fundamental deixado por Foucault para ser desenvolvido

Esses conceitos e ideias trazidos contribuem para demonstrar os processos, as relações e a complexidade do que aqui qualificamos de 'dispositivo de transmissão e formação': a Supervisão Clínico-Territorial

Vale reforçar que não constitui foco de nosso estudo a supervisão como "dispositivo de poder" porque entendemos que o poder do analista é de outro estatuto. Vejamos que estatuto é este.

Ao elaborar um escrito intitulado *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), Lacan admite, textualmente e a partir do próprio título, que há um poder em jogo na análise, aspecto que não se trata de negar mediante a conceitualmente precária noção de "neutralidade" do analista, apregoada oficialmente pela IPA na época. Não se trata de um poder passível de direcionamento cego, ou como diz Lacan, "o poder de fazer o bem"; finalidade esta inerente a todo e qualquer poder, razão pela qual ele (o poder) não tem fim (LACAN, 1958/1998b, p.647). Há poder na análise e é justamente neste poder que é preciso estabelecer os princípios e o estatuto na direção da experiência analítica. Assim, é que é só na medida em que o analista abstém-se de fazer o uso do poder que lhe é conferido pelo analisante que a transferência pode prosperar, distinguindo-se do fenômeno da sugestão que predominaria se ele não fizesse o ato de abster-se deste poder.

Ainda assim, 'poder', 'verdade', 'saber' e 'ética' são significantes que abordaremos ao longo deste trabalho, no campo do saber psicanalítico, que é o que nos concerne.

Assinalamos que o dispositivo de que tratamos não tem como objetivo principal transmitir conteúdos ao modo disciplinar e não toma a equipe sob supervisão como

objeto de controle administrativo, técnico ou pedagógico; ao contrário, o dispositivo supervisão concebe suas equipes no lugar análogo ao do 'sujeito', ou melhor dizendo, visa, sobretudo, à transmissão daquilo que concerne ao sujeito em sua própria constituição.

4.2 Ato Analítico, Fala e Acontecimento

O dispositivo da supervisão clínico-territorial, sendo homólogo em todos os pontos, e por isso mesmo não idêntico ao dispositivo analítico, põe o ato analítico em evidência. O ato analítico ocorre por um 'dizer' alicerçado numa relação de transferência, o que implica a impossibilidade de um saber prévio reconhecível, pois este saber só pode ser construído e lido do que se apreende do singular de cada sujeito. De todo modo, essa lógica na relação com o saber coloca-se como um dos princípios freudianos que garantem o rigor em um dispositivo 'psicanalítico'. Aquele em que o pai da psicanálise aconselha a "tomar cada caso como se fosse o primeiro" e estendido por Lacan a cada sessão analítica. Em consequência a esse princípio, é na posição de não saber que o supervisor se coloca, para em seu ato poder devolver ao sujeito supervisionando o lugar de causa.

O que a psicanálise visa sempre e insistentemente é o sujeito, que na e pela transferência só pode ser apreendido em seu gozo, em seu ato e em sua palavra.

Pode-se asseverar, então, que de modo análogo à análise, a linguagem é o campo em que se desloca e opera a função da supervisão, utilizando a função da fala de um modo muito particular, sob transferência, mas não em associação livre – o que constituiria o dispositivo psicanalítico freudiano da análise em intensão – mas na fala sobre o afazer clínico de cada um, dirigida a um que encarna, como um polo de endereçamento, desta fala, no caso o supervisor que seria o seu primeiro operador. Assim, o supervisor deve sustentar um lugar de fala sob transferência, não é uma fala qualquer, mas aquela que Freud denominou *Durcharbeitung* ("trabalho através de"), de perelaboração.

A despeito de Lacan, em 1964, no *Ato de Fundação da Escola*, ter colocado a supervisão na *Seção de Psicanálise Pura* – que se encarregaria da doutrina da

psicanálise e de sua práxis como formação (psicanálise didática), bem como da supervisão (controle) –, propomos aqui interrogar as condições de possibilidade de a supervisão ser considerada uma dessas aplicações como resposta às políticas públicas no campo da Saúde Mental. Lacan pensava na formação do psicanalista em Escola. Nós aqui pensamos a formação do agente da atenção psicossocial em uma direção psicanalítica, trabalhando no coletivo com muitos sujeitos em instituição pública de saúde mental, para o que a função do supervisor clínico-territorial é condição *sine qua non*. Talvez esse deslocamento justifique e fundamente a transposição da supervisão clínico-territorial como dispositivo da psicanálise pura para a aplicada, bem como da psicanálise em intensão para a psicanálise em extensão.

A supervisão pode ser concebida como um dispositivo psicanalítico de transmissão e formação, que não apenas admite como pressupõe a sua ampliação para o campo público, caracterizando-a como uma psicanálise aplicada, da psicanálise em extensão. Mesmo não sendo caracterizado como um dispositivo clínico de tratamento, tal dispositivo provoca efeitos da psicanálise em intensão no que diz respeito à formação de operadores, como se exprime Lacan em relação aos objetivos da psicanálise em intensão articulada à psicanálise pura. Assim, é uma novidade em termos lacanianos articular um dispositivo da psicanálise em intensão com o campo da psicanálise aplicada.

Essa proposição é diversa daqueles que advogam que as instituições públicas somente podem ser atravessadas pela psicanálise, mas que não se trata propriamente da psicanálise, seja ela aplicada ou não.

No *Ato de fundação* (1964), a psicanálise pura é definida pela *práxis e doutrina da psicanálise [...] psicanálise didática*" e engloba não somente a doutrina da psicanálise pura, mas também a sua práxis de formação do analista e a supervisão. Já, a psicanálise aplicada remete à "*terapêutica e clínica médica*", e, como aponta Lacan, conta com as contribuições e a experiência dos psicanalistas, que, a nosso entender, podem e devem propor novas formulações a partir de sua clínica.

Nessa direção é que entendemos que um dispositivo da psicanálise pura não precisa estar ausente na psicanálise aplicada, e isso de forma alguma transfigura na supervisão as condições estruturais da clínica psicanalítica com todo seu rigor. Na nossa práxis de supervisora, incidem vários discursos "mesclados", mas o seu eixo é, sem dúvida alguma, o discurso psicanalítico.

A supervisão é mais do que um simples dispositivo de transmissão, ela implica, por um lado, *formação*, e por outro ela é menos do que um *dispositivo psicanalítico ampliado* (DPA),¹⁶ porque ela não é um *dispositivo clínico de tratamento*, e nesse sentido, não se pode dizer que o supervisor está, quando supervisor, em função de analista.

Assim, orientada por essa lógica, a supervisão clínico-territorial, é pensada como um *dispositivo psicanalítico de transmissão e formação* e refere-se a uma estrutura discursiva, na qual o supervisor opera *ancorado na função de analista* e se volta a outros, os profissionais da equipe de saúde mental, que nesse dispositivo são tomados como sujeitos no espaço dos Centros de Atenção Psicossocial e em quaisquer outros pontos de rede de atenção. Ademais, as suas falas e seus atos são considerados como registros significantes, ou seja, manifestações da linguagem.

Entendemos, assim, que é da estrutura do inconsciente na lógica coletiva fazer com que os efeitos analíticos se transmudem em efeitos de formação.

Mas, se de todo modo o ato é sempre singular, então como é que podemos precisar o que ocorre num dispositivo analítico coletivo complexo como a supervisão clínico-territorial? Como podemos transmitir a riqueza da experiência que a supervisão clínico-territorial encerra? Como demonstrar o suposto tríplice efeito (na equipe, no serviço e no supervisor) causado pela supervisão?

Diante da dificuldade de precisar no coletivo (transindividual) algo que é do singular, ao longo do trabalho, tomamos como método alguns acontecimentos da clínica em supervisão, especialmente aquelas experiências em que o sujeito se afirma em ato.

Advincula (2001, p.137) esclarece que "em situações da prática clínica sobrevêm momentos em que rituais costumeiros do dia a dia são desestabilizados por acontecimentos que não encontram correspondência nas representações até então construídas, vivenciando-se momentaneamente o 'caos enlouquecedor'". Essas experiências podem ser tomadas como exemplo de acesso máximo à *verdade experiencial*. "A *verdade experiencial* é um conceito retirado da acepção heideggeriana de verdade como *desvelamento e velamento*" (ADVINCULA, 2001, p.146), o que

¹⁶ Nome de um dispositivo criado por Elia e outros a partir de pesquisas e da experiência do CAPSi Pequeno Hans, o primeiro CAPSi, do Brasil, cujo funcionamento clínico estabeleceu-se como nomeadamente de *Dispositivo Psicanalítico Ampliado-DPA*. O Caps Pequeno Hans tem como direção clínica a psicanálise.

implica em conceber a verdade como acontecimento e não como estado de adequação.

Mas o que é um acontecimento, e como ele se dá? A resposta a essa questão não é nada evidente, pois os acontecimentos não saem prontos e acabados como supomos, eles são antes de tudo construções, dado que a maneira com que cada um capta ou relata é sempre singular e da própria relação.

Figueiredo (1993, p.46) refere-se ao acontecimento como "uma ruptura na trama das representações e das rotinas" [...], É uma quebra dos dispositivos de construção e manutenção do tecido da realidade" [...] e a "transição para um novo sistema representacional". Diz, ainda, que é na condição de '*destecedor*' dessa trama de representações que se pode afirmar que o acontecimento efetua uma atividade analítica por excelência, haja vista que ele desfaz o tecido que confere sentido às ligações construídas. Mas ele não é algo que irrompe e circula, ele é ao mesmo tempo a ruptura e a transição para a feitura de outro tecido representacional.

É na perspectiva de poder captar os efeitos da supervisão que tomamos alguns acontecimentos clínicos como experiências significativas e procuramos estabelecer suas características.

À luz do que dissemos, cabe aqui recolocar que a supervisão clínico-territorial com a qual trabalhamos teve como *locus* principais da clínica unidades públicas de atendimento à saúde mental, notadamente cinco Centros de Atenção Psicossocial e um Hospital Psiquiátrico em processo de desinstitucionalização de usuários moradores.

Para ilustrar a lógica que rege a maioria desses serviços, trazemos neste ponto alguns acontecimentos oriundos de nossa prática de supervisora, que são corriqueiros nos serviços de saúde mental, e que nos pareceram indicativos de seu modo de funcionamento. Como para a psicanálise qualquer experiências é sempre singular, passo a relatar esses conhecimentos na primeira pessoa.

Ao chegar ao CAPS para iniciar o trabalho de supervisão, encontro os técnicos da equipe, sentados em torno de uma grande mesa, a preencher frenética e vorazmente os prontuários dos pacientes. Aquela cena me afetou, mas, como me situava no 'instante de olhar', prossegui com o trabalho. Nas primeiras sessões pude verificar que as demandas ao supervisor eram de uma relação de mestria (mestre e discípulo), esperavam alguém que iria lhes ensinar aquilo que eles, os profissionais da equipe de saúde, não sabiam. Diante dessas expectativas pergunto-lhes se alguns deles

tiveram a experiência de supervisão. Só dois deles afirmaram que sim, o psiquiatra e um dos psicólogos. O psicólogo expressa que sua experiência com a supervisão fora bastante positiva, pois o ajudara a pensar o trabalho junto com os outros colegas, e ainda questões relacionadas a sua própria vida. O psiquiatra, por sua vez, revela que sua experiência tinha sido desastrosa, porque o supervisor "não entendia nada de CAPS e sabia menos do que ele e a equipe".

Outro acontecimento significativo que pude verificar ao longo dos primeiros encontros foi que havia duas reuniões, uma nas segundas-feiras em que se discutiam alguns casos clínicos e questões administrativas, e as sessões de supervisão, nas quais eram trazidos os casos em que a equipe tinha dificuldade na condução do tratamento. Após algumas sessões percebi que antes de trazer os casos para serem trabalhados na supervisão, alguns deles eram discutidos com a orientação do psiquiatra.

Também obedecendo à lógica hierárquica, no início do trabalho de supervisão geralmente era a coordenadora do CAPS quem tomava a fala, seja para se pronunciar em nome do grupo, seja para dar explicações pela não presença de algum membro da equipe.

De início, poucas questões relacionadas ao funcionamento do serviço e da equipe técnica eram trazidas. Não diziam ter dificuldades uns com os outros, pois todos se relacionavam muito bem. As atividades dos pacientes estavam muito bem organizadas, todas eram pré-programadas, da mesma forma as atividades da equipe (reuniões, oficinas, atendimentos individuais, atendimentos em grupo). Aliás, tão bem organizadas que até mesmo os dias que eram programados e que os pacientes deveriam frequentar o CAPS não tinham nenhuma relação com suas necessidades reais e seus projetos terapêuticos, na medida em que eram estandardizadas e seguidas pela equipe por orientação gerencial. Tudo estava muito organizado, e, por que não dizer, organizado demais.

Esses acontecimentos e alguns dizeres foram revelando o modo hierárquico e grupal com que a equipe se relacionava e trabalhava sempre impregnado do saber da psiquiatria. A relação dos membros da equipe com os pacientes não era posta em questão, não havia muito espaço para questões singulares. Na maioria das vezes, os gestos, as falas e os atos dos pacientes não eram nem mesmo reconhecidos na clínica. Do mesmo modo, os profissionais não costumavam autorizar-se a falar e alguns permaneciam calados e periféricos em relação à supervisão. A palavra

geralmente era tomada pelos mais "doutos" (doutores-médicos ou não). Perdia-se assim a possibilidade de a equipe se implicar com as questões clínico-institucionais e político-teóricas.

Figueiredo (2005, p.44) entende que, no modo de organização coletiva, as especialidades sofrem uma "implosão", e em algum momento todos os participantes devem ter a palavra. "A hierarquia dá lugar a uma autorização difusa e sempre questionável de um profissional por outro."

De todo modo, o coletivo não pode ser confundido com o grupal, não há forma de encaixar os profissionais na supervisão, há um trabalho com as singularidades do funcionamento da equipe dos serviços de atenção psicossocial. O trabalho de supervisão deve reger-se pela construção de um saber oriunda de sua própria experiência, respeitando-se as particularidades de cada componente da equipe como forma de iniciar o processo pelo qual ela poderá vir a integrar-se em uma direção comum, sem perder as especificidades, particularidades e singularidades da formação de cada profissional.

Esse estado de coisas nos faz perguntar que clínica poderia fazer frente a isso? Uma concepção que prioriza a consciência seria capaz de tão grande tarefa? Que abordagem poderia dar conta de um trabalho "coletivo" de tamanha complexidade? Quem poderia transformar as mais variadas demandas em demanda de cada um e de trabalho? E, ainda, como dar conta de um trabalho cujas diretrizes são diferentes do modelo vigente nesse serviço?

A supervisão atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo. A definição do espaço de cada trabalhador na equipe, mantendo a especificidade de seu ofício mas quebrando a rigidez das especialidades, a pactuação de responsabilidades pelo afazer clínico mais do que pelos saberes em jogo e a possibilidade de construção coletiva dos casos podem ser resultado deste dispositivo, permitindo avançar no trabalho em equipe e reduzir conflitos que podem comprometer seu funcionamento (FIGUEIREDO, 2008).

Figueiredo (2005, p.44) define o trabalho em equipe como o "trabalho do coletivo não-todo, que opera na transferência de trabalho e é pautado na *construção do caso* a partir dos elementos dado pelo sujeito em sua dimensão contingente e pontual...".

4.3 Uma Proposta Psicanalítica: a Supervisão Clínico-Territorial – um Dispositivo de Transmissão e Formação de Equipes da Atenção Psicossocial

A Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde não restringe a prática de supervisão a um modelo ou abordagem teórica específica – o que contribui para a imprecisão teórico-metodológica e a práxis –, mas comporta, por outro lado, a contingência e a pluralidade exigíveis de qualquer política pública democrática, pois não haveria fundamento nem justificativa em determinar a orientação teórica de uma prática pública, como hoje frequentemente acontece com os privilégios concedidos em diversos países pelas políticas públicas em relação aos métodos comportamentais, ditos mais "cientificamente comprovados em sua eficácia" quando esta posição é evidentemente ideológica e tendenciosa.

Podemos fazer, por outro lado, a verificação de que esta não restrição comporta certa incoerência, pois, em nosso ponto de vista, algumas das correntes teórico-metodológicas que permeiam a práxis no campo da saúde mental não têm afinidade com os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental do SUS e muito menos com a clínica de atenção psicossocial por ela preconizada. Em especial, referimo-nos às abordagens que concebem a transmissão/supervisão sob a lógica de ensino e aprendizagem de uma técnica oferecida na forma de: aconselhamento, capacitações, memorizações, treinamentos neurolinguísticos e condicionamentos. Isto porque não trabalham com a concepção de sujeito, e nem mesmo o de sujeito cidadão, de direitos e responsabilidades, pois tomam a pessoa como objeto, privilegiando, sobretudo, a noção de deficit, em contraposição à noção de produção subjetiva. Ademais, por valorizarem demasiadamente a técnica, não respeitam o tempo do inconsciente na produção de sujeitos. Parece-nos que esses impasses só poderão ser resolvidos pela sustentação coletiva de uma determinada orientação, no viés de uma pactuação feita pelos diferentes setores implicados (gestão, equipes de profissionais, usuários e cidadãos) no campo pluralizado de escolhas possíveis. O palco desta disputa só poderá ser histórico e político, e seu resultado jamais poderá ser o efeito de uma decisão institucional do poder público.

Na psicanálise, o sujeito é determinado pelo efeito da linguagem, o que faz com que a ordem social esteja presente desde seu advento. O nosso propósito é

trabalhar com os saberes dos "sujeitos" em supervisão e não somente com os "profissionais de saúde mental" que compõem a equipe dos CAPS, categoria social historicamente construída, por sujeitos responsáveis, o que implica sua articulação no plano do inconsciente.

Defendemos que a psicanálise é o campo de saber que melhor sustenta teórico-clinicamente a supervisão. Parece não haver outro campo que proponha uma concepção de supervisão suficientemente potente para ocupar este lugar na rede e na política de Saúde Mental. Podemos dizer ainda que, dentre as concepções de supervisão existentes, a psicanálise é aquela que apresenta os instrumentos teórico-conceituais, clínicos e metodológicos mais consistentes para a *práxis* da supervisão clínico-institucional, por nós denominada clínico-territorial.

4.3.1 Território

Optamos por essa nova denominação, *territorial*, na composição do binômio que particulariza conceitualmente o nosso objeto de estudo nesta tese – a supervisão *clínico-territorial* – em lugar do binômio clássico *clínico-institucional*, por entendê-la mais coerente com a lógica que rege a política pública de saúde mental no Brasil, e fomos buscar seus fundamentos na "Geografia Crítica" de Milton Santos (1926-2001). Milton Santos foi um importante pensador, professor, político e geógrafo brasileiro, cuja preocupação central foi pensar o 'espaço humano', o que lhe permitiu uma vasta comunicação com outros campos do saber, como, por exemplo, a história, a economia, as ciências políticas e especialmente as ciências da saúde, influenciando de maneira significativa os pesquisadores e os planejadores do campo da saúde.

Com as mudanças advindas do movimento de redemocratização do país, e, mais precisamente, após a década de 1970, com o movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira, houve uma renovação crítica no campo da saúde e uma aproximação do campo da epidemiologia com o campo da geografia. Essa aproximação ocorreu no momento em que a saúde pública enfrentava um dilema epidemiológico, pois as abordagens descritivas baseadas no determinismo biológico eram reducionistas e insuficientes para responder às demandas trazidas diante da

significativa mudança no perfil epidemiológico da população. Nesse contexto, o perfil de morbimortalidade caracterizava-se pela redução das doenças infecciosas e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, e, além disso, emergiam novas enfermidades, como, por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS. Além da mudança desse perfil, ocorriam: problemas resultantes do processo de urbanização, com grandes deslocamentos da população do campo para as cidades; novas possibilidades epidêmicas e o surgimento de novas doenças e reaparecimento de doenças controladas devido ao processo de globalização; e problemas de saúde decorrentes dos impactos ambientais.

Foi nesse quadro que a epidemiologia se apropriou das categorias espaço e território como ferramenta teórica para melhor compreender o processo saúde-doença em sua determinação social e produção coletiva.

De acordo com Silva (1997), a categoria de *espaço* de Milton Santos permitiu à epidemiologia deslocar o foco usual de análise centrada na doença para os determinantes sociais das condições de saúde e, ao fazer isso, passou a entender os mecanismos relacionais de distribuição e desenvolvimento das enfermidades. O mesmo ocorreu com a categoria de *espaço geográfico* na superação de uma visão a-histórica do processo biológico, levando a considerar os fatores econômicos, sociais, políticos, culturais na produção das doenças endêmicas e epidêmicas.

O que estava no horizonte era a retomada do pensamento hipocrático. Vale lembrar que Hipócrates considerava que algumas epidemias estavam relacionados a fatores climáticos, raciais, dietéticos e de meio ambiente e em 460 a.C. já prescrevia que o modo de viver das pessoas era determinante na previsão de seu modo de adoecer e morrer.

Para Milton Santos (2008), o espaço é uma instância da sociedade, tanto quanto a instância econômica e a instância cultural-ideológica. Situar o espaço como instância traz o sentido que ele contém e é contido pelas demais, e, da mesma forma, cada uma das demais instâncias contém o espaço e é contida por ele. A economia está no espaço, e o espaço está na economia, e assim também o político-institucional está no cultural-ideológico, o que implica que esse autor concebe o espaço como social.

A compreensão da realidade espacial e de sua historicidade só pode ser obtida a partir da sociedade na qual ela se insere. Nessa perspectiva, para Santos (2008), o

espaço não pode mais ser considerado como apenas formado pelas coisas, os 'objetos geográficos', sejam eles artificiais ou naturais e cujo conjunto nos dá a natureza, ou apenas como o meio no qual as coisas acontecem. Na verdade, o espaço seria tudo isso *mais* a sociedade, de modo que cada fração da natureza abriga um pedaço da sociedade. Assim, o espaço é definido como a soma da configuração geográfica ou espacial (a paisagem) articulado à sociedade. De um lado, temos o conjunto de objetos distribuídos no território e a maneira como os vemos, ou seja, a paisagem, e, de outro lado, "o que dá vida a esses objetos, seu princípio ativo, isto é, todos os processos sociais representativos de uma sociedade em dado momento" (SANTOS, 2008, p.12). Os processos sociais são dissolvidos em funções e realizam-se mediante formas que acabam por adquirir expressão territorial.

Para Santos (2008), o espaço é um conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, que não podem ser considerados isoladamente, mas como quadro único no qual a história acontece.

Desse ponto de vista, quando transportado para o campo que nos concerne, o campo da saúde pública, depreendemos que a apropriação social dos espaços cria territórios e territorialidades que podem ou não favorecer o surgimento de determinadas doenças. De todo modo, é certo que os usos e as funções de cada desenho espacial podem configurar perfis territoriais que mostram as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde na coletividade.

As formas geográficas, os territórios, contêm frações do social, portanto, como bem esclarece Milton Santos (2008, p.12), não são só formas, mas, sobretudo, as formas-conteúdo, por acharem-se atreladas ao movimento social, estão sempre mudando de significação. Na qualidade de forma-conteúdo, a forma é constantemente alterada, e o conteúdo ganha uma nova dimensão ao encaixar-se na forma. Nesse movimento dialético de forma-conteúdo, a ação – que é inerente à função que se realiza por meio de formas – harmoniza-se com a forma que a contém, de modo que os processos só ganham completa significação quando corporificados e apreendidos no conjunto indissociável do social e realidade geográfica.

Para aprofundar a noção de *território*, conceito este de que nos servimos para compor o tema central desta tese, precisamos ainda entender a diferenciação feita por Milton Santos entre *localização* e *lugar*. Para ele, cada localização "é um momento

do imenso movimento do mundo, apreendido em um ponto geográfico, um lugar" (SANTOS, 2008, p.13). Por essa razão, e graças ao movimento social, cada lugar está sempre mudando de significação. Não se deve, portanto, confundir *localização* e *lugar*, visto que o lugar pode ser o mesmo, as localizações é que mudam. O autor diz que o lugar pode ser entendido como o objeto ou conjunto de objetos e a localização como o feixe de forças sociais exercidas em um lugar. Com isso, entendemos que as mais diversas estruturas físicas dos serviços de saúde mental, assim como os Caps, são lugares de produção de vida, de sociabilidades, que serão conformados, melhores ou piores, de acordo com a *localização – as forças sociais* se exercendo sobre eles – deles, no contexto geral da saúde pública e mais amplamente no contexto da sociedade.

Desse modo, o território deve ser entendido como uma categoria de análise social, que se apresenta como o recorte ou a fração do espaço qualificado pelo sujeito. E, nas próprias palavras de Milton Santos, proferidas no ano de 2000 quando da comemoração ao Centenário da Fundação Oswaldo Cruz:

Na realidade, território também não é uma categoria analítica. A categoria analítica é o 'território usado pelos homens', tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelo homem, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições (SANTOS, 2003, p.311).

Ou seja, é um território de vida e de trocas simbólicas e materiais, vivo e em movimento.

Como vimos acima, o conceito de território aqui trazido é indissociável da noção de espaço socialmente organizado, e traz elementos de análise importantes para a implantação e implementação da Política de Saúde Mental, como, por exemplo, a ideia de Campo de Atenção Psicossocial e do cuidado em rede, e o Caps, serviço concebido como de base territorial, e também como um dos pilares de sustentação dessa política.

Essa noção de rede pode assumir a forma concreta de uma rede encarnada em instâncias, serviços, instituições das mais diversas, integrantes do território; porém sua função não pode ficar limitada a uma descrição cartográfica de serviços e redes com suas respectivas áreas de abrangência, figurados em mapas e fluxos, que só reforçam uma prática de encaminhamento desimplicado.

A lógica atual de encaminhamento nos serviços públicos de saúde inviabiliza que as pessoas tenham o cuidado em rede e uma atenção integral sob a perspectiva da atenção psicossocial.

Não desconhecemos que a proposta da Redes de cuidado é superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurem um *continuum* coordenado de serviços para uma população definida. Mas, se voltarmos às origens dessa proposta, temos o exame das experiências de alguns 'hospitais comunitários', que se mostraram com um conjunto de características que conformavam organizações integradas de atenção a saúde, voltadas para o contínuo cuidado, para a promoção e manutenção da saúde, para uma população definida e para a gestão de uma rede de serviços (SHORTELL; GILLIES; DEVERS, 1995). Ainda vale lembrar que na verdade o que ocorria em relação ao cuidado da pessoas com problemas mentais nos sistemas de saúde era uma tendência de tomar o hospital como referência única, ou até mesmo exclusiva.

A despeito do que preconiza a proposta de rede, a integração de serviços, no nosso entender a maneira com ela está sendo experimentada nos sistemas de saúde é retrógrada e equivocada por conservar em sua proposta uma lógica vertical em relação ao cuidado.

É no sentido de desconsistir essa lógica vertical e a tendência de tomar um determinado tipo de serviço como referência única que o *campo da saúde mental brasileira* criou um outro modo de superar essa fragmentação, a saber: a estratégia do CAPS como um polo articulador da Rede de Atenção Psicossocial. E isso implica uma outra lógica, a lógica horizontal, que não desconsidera as particularidades, não dilui as especificidades, de cada ponto de atenção, ao contrário, precisa de cada um deles para aumentar a potência da rede.

A considerar que a saúde mental é marginal ao próprio sistema de saúde, fragmentada e internamente inconsistente, entendemos que não basta instituir a RAPS (colocando equivocadamente o CAPS como um serviço especializado), para romper essa fragmentação do cuidado das pessoas com problemas mentais e a própria exclusão destes no sistema, é preciso sim, ter um ponto de articulação e potencialização do cuidado. Antes mesmo de ser pensado como um serviço especializado, o CAPS deve ser entendido como um polo de encarnação da lógica e da política que afirma a

rede, a pluralidade de lugares, pois sem este polo '*ordenador*' as coisas se perdem e retrocedem a uma lógica de especialismos, que, na verdade, acaba por apoiar – advertida ou inadvertidamente – a própria lógica manicomial.

A atenção básica colocada na proa de toda a lógica da assistência e na ordenação da rede, por exemplo, poderia ser apontada como uma forma de garantir e não inviabilizar a integralidade da atenção, o que sabemos que acaba por não acontecer, porque ela sanitariza a atenção, a torna especializada – apesar de ser "básica" –, ao contrário da lógica psicossocial, que não é especializada como quer a lógica atual.

Com isso não estamos querendo dizer que a área de saúde mental deva ser autossuficiente e desintegrada do sistema mais amplo de saúde, mas sim que deve manter uma relação horizontal dentro do sistema, garantindo como elementos importantes: a responsabilização por uma população de um determinado território; o foco na melhoria das condições de saúde da população; a oferta de um contínuo de serviços; a '*ordenação*' do cuidado pela atenção primária à saúde; e a integração dos cuidados clínicos e psicossociais.

Como pudemos fazer notar, a ideia de rede de atenção psicossocial, de base territorial, não está referida apenas à estrutura física e às instituições que dela fazem parte, ela inclui também o tear da vida, algo da pulsação dos sujeitos no trânsito social. Para que haja pulsação é preciso que o Caps também não seja visto como a única instância e lugar das pessoas em sofrimento psíquico, mas um dos muitos lugares no território onde a vida acontece.

Com isso também queremos dizer que, dada a complexidade de formas que pode atingir a vida social e da lógica que rege a política de saúde mental brasileira, nenhum profissional individual, nem um serviço isolado, setor ou instância pública, poderá ser considerado suficiente e capaz de responder sozinho às demandas dos usuários a ele dirigidas.

Mas a rede, nos diz Elia (2011a), pode igualmente designar uma posição discursiva, que se exerce em um espaço social onde podem até mesmo estar ausentes as instâncias ou os atos concretos que as envolvem. Cabe ao supervisor sustentar uma concepção de trabalho que funda a rede como exigível, produzindo o que chamaremos de *empuxo à rede*, pois "*o supervisor é o primeiro elo da rede*" (ELIA, 2011a, p.7; 2014, p.10) justamente por situar-se, desde um lugar indiscutivelmente

íntimo à equipe, também em sua exterioridade, pois seu olhar sempre se dirige ao fora-do-CAPS, ao tecido social, à rede. Cabe-lhe, muito bem, a categoria lacaniana de "extimidade". A partir da categoria território, perguntamo-nos quais são os parâmetros para identificação de áreas para a implementação de uma prática de saúde, tal como a supervisão clínico-territorial.

Considerando que o território é demarcado pelas diferentes funções e usos espaciais, partimos das elaborações de caráter epistemológico de Milton Santos, pautadas em processos sociais – que incluem a política, a economia e a cultura – e no reconhecimento da natureza, como um elemento do território, e propomos a inclusão do sujeito, como mais um elemento, porém de outra ordem, para pensar o território.

Com a concepção de território como espaço de trocas simbólicas e materiais, propomos uma prática de supervisão de abordagem territorial que leve em conta o sujeito em seu modo de produção significativa. Na perspectiva que trabalhamos a supervisão clínico-territorial, o sujeito se produz nas teias do real, do imaginário e do simbólico. É assim que acreditamos que os efeitos da supervisão se produzem e se expandem nos territórios.

Com o intuito de desfazer a aparente evidência de que o inconsciente diria respeito à vida íntima, pessoal, individual, de cada um, e não à vida da cidade, à vida eminentemente coletiva, social (familiares, escola, amigos, colegas e vários tipos de laços etc.), Elia (2011b) aproxima a categoria de *inconsciente* da categoria de *cidade*, e concebe-as a partir de uma lógica coletiva (coletividade).

Porém, e como já assinalamos anteriormente, o coletivo precisa ser distinguido do grupal, pois a noção de coletividade afina-se com a de sujeito, enquanto a noção de grupo lhe é adversa. É a noção de coletividade que abre para a estrutura transindividual do inconsciente, e diz respeito ao laço social, a um discurso sem palavras que atravessa vários sujeitos.

Lacan parte da evidência de que a linguagem, a cadeia simbólica, determina o homem antes do nascimento e depois da morte. O bebê vem ao mundo humano marcado por um discurso, no qual se inscrevem a fantasia dos progenitores, a cultura, a classe social, a língua, a época, etc. Enfim, podemos dizer que tudo isso constitui o campo do Outro, lugar onde se forma o sujeito. Por essa razão Lacan não só insiste na exterioridade do simbólico em relação ao homem, mas também na sua sujeição ao discurso (COUTINHO JORGE; FERREIRA, 2005, p.44).

O sujeito da psicanálise, ao contrário do que possa parecer, é, segundo Elia (2008), o sujeito público, que se aplica a *todo mundo*, pois, em princípio, o sujeito do inconsciente é *para todos*. Para todo indivíduo do conjunto dos humanos, o sujeito do inconsciente se coloca, e contingentemente, e *pode advir*, e essa possibilidade é integral, ou seja, nada, *a priori*, a impede ou veta. Explica que isso não significa que ele, o sujeito do inconsciente, *necessariamente* advirá, pois esta condição *necessária* feriria o de seu advento, e, portanto, desatenderia a este princípio científico, já que, como afirma Milner, a ciência opera na lógica do contingente, inscrevendo o sujeito do inconsciente no plano do religioso ou ideológico segundo cujas lógicas as coisas ocorrem por serem *necessárias* à crença, por exemplo (ELIA, 2011b, p.36/5).

Portanto, trata-se de um "sujeito público", o "sujeito do inconsciente" que por ser uma categoria desprovida de qualidades particulares – não importa sua classificação social, etária, racial, financeira, política, ideológica, religiosa, cultural – se articula também à noção de *coletivo*, o que pode surpreender a quem equivocadamente tenha a tendência de inscrever a psicanálise no registro do individualismo.

Essas considerações fazem-nos admitir que um serviço de atenção psicossocial tipo CAPS só é digno desse nome se ele se concebe para além dos seus próprios muros, visando a um trabalho em rede, que deve ampliar-se para além da saúde, estendendo-se para a intersectorialidade (a escola, a Justiça, a Assistência Social, o Esporte e o lazer e, sobretudo, o trabalho, aqui entendido como atividade humana indispensável para a vida); e a toda cidade, o que implica reconhecer seus lugares, espaços, histórias e as marcas subjetivas que constituem a realidade de um sujeito. Portanto, o território de um sujeito não é a região em que ele vive, "é o conjunto de espaços que, ao longo do tempo de sua vida, constituíram sua história subjetiva. O território é o fragmento do Outro que, como tal, inclui o sujeito e só se define por relação a ele" (ELIA, 2011b, p.37).

Em nosso modo de entender esta forma de conceber o território amplia a concepção de território de Santos (2008), pois a articulação da cidade ao inconsciente abarca o coletivo no momento de sua produção, o que requer a intervenção do sujeito.

[...] articular a cidade com o inconsciente faz da cidade um nome plural: há as cidades, as muitas cidades que dizem respeito a um inconsciente, e que se multiplicam se consideramos os inconscientes, o de cada um dos sujeitos com que trabalhamos. Cidade passa a ser uma categoria nova, que se encarna no espaço, no *topos* urbano, como não pode deixar de ser uma vez que é no concreto de uma espacialidade e de uma temporalidade vividas

que a realidade do inconsciente ganha corpo, objeto e fantasia (tudo isso regido pela sua significância, pela ordem significante que, imaterialmente, estrutura essa realidade encarnada), mas que ao mesmo tempo se desencarna do espaço físico e imediato, e ganha a dimensão da utopia (ELIA, 2011b, p.38).

Elia esclarece ainda que considerar que a cidade do inconsciente como utópica não significa dizer que ela é ideal ou virtual, mas dotada de uma concretude que não é imediatamente localizável, mas que requer a intervenção do sujeito, de sua palavra ou de seu ato, para surgir.

Até aqui articulamos o inconsciente, a cidade, o território, o sujeito do inconsciente em sua dimensão estruturalmente pública e, portanto, coletiva. Em comunicação pessoal de orientação, Elia (2014) trouxe as seguintes reflexões: para o psicanalista, a consideração da dimensão do "público" não coincide com o conjunto de pactuações e convenções sociais, que, na sociedade capitalista – e mais ainda em sua configuração neoliberal contemporânea –, implicam a regência e a regulação do mercado, e portanto da lógica do privado prevalecendo sobre a coisa pública – já na sociedade comunista, por exemplo, implicaria a regência do Estado prevalecendo sobre a prática do psicanalista. O psicanalista, em seu ato, não pode submeter-se a nenhuma dessas regências, o que não significa que ele esteja fora ou acima delas, mas que ele precisa assegurar uma importante margem de independência de seu ato em relação à ordem social, justamente porque o campo em que ele opera, o inconsciente, situa-se na margem, no limite do simbolizável, e mantém com a ordem cultural uma tensão que implica um indefectível mal-estar (como se encontra em Freud, *Mal-estar na cultura*). Assim, para assegurar a dimensão transindividual e pública do inconsciente e de sua prática, esta também precisa ser esvaziada de suas significações e valores culturais, das representações sociais, tomada em sua estrutura *assemântica*, própria ao inconsciente. O público que convém ao psicanalista não é o tecido social e seus valores, mas a estrutura coletiva e transindividual em que se constitui o sujeito do inconsciente. Assim, a operação de dessemantização do *público* não conduz o psicanalista ao *privado*, ao campo do individualismo, equívoco que sempre acompanhou o movimento psicanalítico ("a psicanálise é individual, consiste eminentemente em uma prática privada de consultório, o *locus* primordial de seu exercício etc.) pois o mundo privado é ainda mais valorático do que o público (ideais burgueses, riqueza, mercado, entre muitos e quaisquer outros). O que faz

objeção ao público como ordem social valorativa e ao mesmo tempo se distingue do privado chama-se *íntimo*, e é esta dimensão que convém ao psicanalista: o íntimo marcado por uma estrutura dessubstancializada de caráter coletivo e público.

Entendemos com isso que o território é uma das categorias mais importantes com que trabalhamos no campo da Saúde Mental, este compreendido como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico que importa nele. Na verdade, "o território é o lugar psicossocial do sujeito", fazem parte de sua trama diversas instâncias, e sobretudo instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, como a casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território.

Não é possível trabalhar na prática da supervisão sem sujeitos responsáveis, quer sejam eles os próprios supervisionados, quer os pacientes que eles tratam. Para Elia (2005b, p. 2), a categoria de 'sujeito responsável' pode ser apreendida das obras de Marx jovem (*Manuscritos parisienses de 1844*), nela se lê "que o sujeito só se realiza em um trabalho de que ele não esteja divorciado em seu desejo, um trabalho no qual ele não realize o propósito alheio" (que Marx denomina trabalho *estranhado* – "*entfremdete Arbeit*"). Assim, o sujeito com que nos propomos a trabalhar em supervisão inclui as dimensões do gozo, da palavra e do ato.

O que nos autoriza a trabalhar no campo público com uma clínica que visa ao sujeito, ou seja, o singular, que diz respeito a cada um? Se há sujeito, quais são as condições que devem ser observadas para se chamar o dispositivo da supervisão de psicanalítico? Como é esse dispositivo? O que nos autoriza a chamar a supervisão que estamos propondo para o campo público de clínico-territorial?

Elia (2013, p. 72) defende a ideia de que o dispositivo psicanalítico pode ser modificado em sua configuração (espacial temporal, a existência de outros sujeitos no espaço e no tempo), mas apenas nela, e não na sua estrutura, que se traduz por suas exigências metodológicas (teórico-clínicas) e éticas, que implica tomar a palavra do sujeito em transferência como o eixo principal da clínica.

Entendemos que o dispositivo psicanalítico da supervisão *stricto sensu* pode ser instalado em uma clínica institucional pública, não existe nenhum entrave ou impedimento à aplicação da psicanálise nesse campo, desde que os profissionais, pesquisadores, supervisores agenciem essa clínica pelo discurso psicanalítico.

É sob esse enfoque que a supervisão foi pensada para o campo público, como algo necessário, indispensável e intrínseco à política pública. Mas não é exatamente o que se observa na prática, pois, por conta de entraves burocráticos (falta de financiamento, obstáculos ao pagamento, resistência da gestão, dos profissionais), o trabalho de supervisão em alguns casos é interrompido e em casos extremos a supervisão nem mesmo chega a acontecer. Em determinado momento recente, o Ministério da Saúde criou Editais em nível nacional visando destinar recursos para o pagamento do trabalho do supervisor. Esse financiamento, ocorreu por um curto e determinado período, (ver gráfico 3, página 87), e quando esse recurso cessava o trabalho era inviabilizado e acabava por ser interrompido.

Ao dar encaminhamento às ações contidas nas diretrizes da política de saúde mental, os técnicos do Ministério da Saúde supuseram que os gestores municipais compreendessem a importância da supervisão e assumissem o encargo do pagamento, o que geralmente não acontece, pois na gestão do SUS, convivemos com a política do "toma lá, dá cá", e de desresponsabilização pela atenção à saúde em seu território.

Como se já não bastasse a desresponsabilização dos gestores, este problema também se reflete nas práticas cotidianas. A lógica de acolhimento robusta preconizada pela atenção psicossocial muitas vezes é substituída pela lógica de encaminhamento, em que os sujeitos, 'usuários' não são ouvidos e nem mesmo são reconhecidas suas relações sociais e sua inserção social no território, visto que na maioria das vezes, são referidos na rede como "usuário do Caps", e mesmo quando são pensados na lógica da rede de atenção psicossocial, o que fica entendido é que são de todo mundo, o que na prática muitas vezes quer dizer que não são de lugar nenhum.

Se trouxemos essa questão foi para mostrar o cenário desalentador em que a supervisão se estabelece e se desenvolve. Não me refiro aqui aos casos em que a transferência não se estabelece, mas àqueles casos em que, apesar de dela o trabalho é interrompido.

Dizer que o dispositivo da supervisão clínico-territorial que preconizamos estrutura-se por eixos teórico-clínico, metodológico e ético demarcados pelo psicanálise não quer dizer que as equipes de profissionais de saúde mental pública devam ser compostas por psicanalistas, e certamente isso seria uma distorção dos princípios que norteiam as políticas públicas, e também uma contradição diante da diversidade

de categorias profissionais de que o campo público necessita. Mais ainda: porque o modo de a supervisão operar é avesso ao especialismo, condição que é condizente com as diretrizes da atenção psicossocial, que não concebem a ação psicossocial como uma ação especializada.

Diante disso, nossa intenção neste estudo foi tomar a supervisão como categoria articulável no campo da psicanálise compreendendo-a como dispositivo clínico de transmissão, que promove efeitos na "formação" de operadores no campo da atenção psicossocial – estes apreendidos na sua ação, que funciona na lógica de certa modalidade do coletivo regido pelo um-a-um-em-muitos e não pela lógica dos grupos. A supervisão clínico-territorial refere-se a uma estrutura discursiva, na qual o supervisor opera *ancorado na função de analista* e se volta a outros, os profissionais da equipe de saúde mental, toma as suas falas e seus atos como registros significantes, ou seja, manifestações da linguagem.

O trabalho de pesquisa que compôs a presente tese circunscreve-se no campo clínico-territorial, a partir dos fundamentos ético-metodológicos da psicanálise, que admitem a necessária indissociabilidade entre a teoria e a prática; ao contrário de uma investigação teórica, bibliográfica ou especulativa, nossa prática clínica de supervisão esteve presente ao longo de todo o processo de investigação e constituiu-se em material concreto de análise e reflexão. Isso com vistas a colocar nossas hipóteses quanto às condições de transmissibilidade do saber psicanalítico, neste incluindo a transmissão do inconsciente, mediante um dispositivo que não é nem o do ensino nem o da análise pessoal, situando-se como novo e terceiro em relação a esses dois dispositivos tradicionais, na medida em que tampouco constitui o terceiro pilar do famoso *tripé* freudiano, que era justamente a *supervisão* (análise pessoal, estudo teórico e supervisão). Dessa forma, a supervisão clínico-territorial apresenta uma estrutura totalmente diversa da supervisão clínica do psicanalista em espaço dito individual e "a dois", na qual é a condução do caso clínico que importa, em suas relações com as questões subjetivas (e de análise) do psicanalista que conduz o caso, o supervisionando, mas não implica nem equipe, nem coletivo, nem território.

Assim, tomamos como questão central de nossa pesquisa: *o que do modo próprio de transmissão do dispositivo analítico pode ser verificado na supervisão clínico-territorial que se pratica no campo público da saúde mental, em particular*

na atenção psicossocial, e qual o meio de incidência desse modo de transmissão nesse dispositivo?

Dada a sua amplitude, essa questão pode se desdobrar em outros questionamentos e possíveis articulações acerca: do estabelecimento da relação causal, determinante de consequências, por via do materialismo discursivo operado pelo supervisor em ato, em sua prática no dispositivo e não de outras formas de influência (aulas, textos e mesmo meras discussões de caso) nos técnicos/equipe, a fim de fazer a verificação desses efeitos e assegurar que eles se devam à supervisão; dos efeitos de retorno sobre o supervisor produzidos a partir de seu ato; dos efeitos que a supervisão produz na equipe, e que refletem na intervenção do técnico (não mais do supervisor, diretamente) em outros equipamentos da rede, em profissionais ou serviços externos, porém articulados; das consequências políticas, no território, que a supervisão pode produzir; dos outros efeitos de afecção, transmissão e formação, seja em Psicanálise, seja em termos de Políticas Públicas, proporcionada por uma supervisão assim concebida.

4.4 Dos Procedimentos aos Princípios

Retornar a Freud significa simplesmente tirar o terreno dos desvios e dos equívocos da fenomenologia existencial por exemplo, como do formalismo institucional das sociedades psicanalíticas, retomando a leitura do ensinamento de Freud segundo os princípios definidos e enumerados a partir de seu trabalho

Lacan, 1973

A psicanálise não se transmite como qualquer outro saber e Lacan sustenta que o psicanalista tem uma posição que pode ser de um discurso, assertivas que nos impelem a investigar em torno de quais princípios gira o trabalho do supervisor, na experiência da supervisão clínico-territorial, para que haja a possibilidade de

transmissão que incluía tanto o saber referencial da teoria quanto o saber singular da experiência analítica.

4.4.1 Da Experiência ao "Desejo do Supervisor"

"Por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis" (LACAN, 1965/1998, p.873), com essas palavras de Lacan apreendidas de *A ciência e a verdade* começamos por nos situar como supervisor neste trabalho, dado que, por extensão, entendemos que tal afirmação também se aplica a nossa posição de analista/supervisor e pesquisador.

Por isso seguimos o fundamento ético de que a experiência só pode ser pensada a partir do sujeito que experienciou, e vamos discorrer sobre o nosso percurso, pois conhecemos a psicanálise pela via da supervisão, e foi por esta via que chegamos à análise pessoal e ao desenvolvimento teórico em nossa permanente formação.

Quando iniciamos o doutorado, acreditávamos que nosso interesse pela supervisão como tema de pesquisa estivesse relacionado apenas a nossa preocupação com a formação das equipes multiprofissionais de saúde mental, para operar no campo público. Porém, só *a posteriori*, percebemos que a supervisão nos afetara muito cedo e teve, e tem, importância por constituir-se num polo teórico irradiador da nossa prática como psicanalista.

Éramos estudantes do primeiro ano de graduação, quando a supervisão esteve ao nosso alcance, num estágio na Área de Colaboradores de um Hospital Psiquiátrico em Curitiba, Paraná. Nessa instituição de natureza privada estava instituída a prática semanal de supervisão clínica com um psicanalista. Pensamos que seria uma digressão desnecessária discutir a que filiação na psicanálise se associava esse psicanalista. Vale lembrar que nessa época os hospitais psiquiátricos serviam muito mais a uma lógica de exclusão do que a uma lógica de tratamento. O que queremos marcar é aquilo que do inconsciente emergiu na escrita desta tese, ou seja, o fato de ela própria poder ser entendida como um dos efeitos daquela supervisão.

Algo da ordem da falta instalou o nosso desejo de nos colocarmos na posição de supervisora. Assim, anos mais tarde, passamos a ter uma experiência clínica na

função de supervisora em uma instituição psiquiátrica pública, localizada na Região Metropolitana de Curitiba. Essas supervisões ocorriam com um coletivo de trabalhadores, técnicos e auxiliares, da área de enfermagem.

Por força desse trabalho e também devido a outras demandas impostas pelo cuidado aos pacientes no dia a dia do referido hospital, procuramos, junto com outros colegas de equipe, uma profissional psicanalista, externa ao nosso serviço, para nos supervisionar. Essa supervisão ocorria quinzenalmente e centrava-se em estudos de casos e conflitos de diferentes ordens entre os membros da equipe. Como nessa época não havia financiamento público para custear a supervisão, ela se dava às nossas próprias expensas.

Nos últimos anos somamos outras experiências clínicas de supervisão, notadamente junto a equipes de saúde mental de cinco Centros de Atenção Psicossocial e, de forma semelhante, em um Hospital Psiquiátrico no Paraná – instituição em que havíamos trabalhado há vinte e quatro anos –, visando a um processo de desinstitucionalização de usuários de longa permanência. Todo o trabalho de supervisão foi construído de forma coletiva. As ações foram acordadas e pactuadas entre os representantes dos diversos setores envolvidos, porém firmemente sustentados pelos princípios e pelas diretrizes da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É interessante observar que em todos esses coletivos que supervisionamos poucos profissionais tinham como referencial teórico-clínico a psicanálise.

Não poderíamos deixar de salientar a experiência ímpar possibilitada pela equipe de saúde mental do Caps Pequeno Hans, que nos permitiu acompanhar o supervisor e participar de algumas sessões de supervisão. Embora ela tenha ocorrido em um tempo relativamente curto, possibilitou observar um modo analítico de operar a supervisão, absolutamente submetido às posições subjetivas da equipe. Foi um ensinamento bastante profícuo.

Consideramos que as marcas dessas experiências nos trouxeram até o ponto de foco desta tese, que é a supervisão clínico-territorial nos serviços de saúde mental. Queremos dizer com isso que algo da ordem da transmissão ocorreu, tanto da transmissão *em* psicanálise, pois nos levou à análise pessoal, quanto da transmissão *da* psicanálise, ou dito de outro modo, causou efeitos clínicos e avanços na formação teórica e, sobretudo, nosso desejo de operar a partir da posição de supervisor. Essas

experiências são para nós a constatação irrefutável do duplo efeito de transmissão que a supervisão põe em causa, e que é, em última instância, a proposta desta tese.

No percurso desta pesquisa, a supervisão, concebida inicialmente apenas como dispositivo de transmissão e formação, possibilitou que ampliássemos nosso campo, pois passamos a pensar o supervisor como um importante *operador* político no território e figura indispensável para a consecução da política pública de saúde mental, conforme os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Apesar da função estratégica da supervisão e sua importância para a formação da rede, em nosso trabalho com as equipes e também com os gestores, constatamos que, embora a supervisão seja recomendada pela Política de Saúde Mental do SUS, ela ainda não se constituiu em uma prática habitual e, muitas vezes, é até desconhecida da grande maioria dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial. Da supervisão, muito se fala, mas pouco se sabe.

Temos presente que não cabe neste estudo propor modelos ou procedimentos definidos que, aparentemente, legitimariam a supervisão clínico-territorial; a proposta é antes colocar e desenvolver alguns princípios operatórios para esse dispositivo. Conforme apresentado anteriormente, tais princípios, concernentes à estrutura da supervisão, são da ordem do plano transcendental, como definido por Oury (2009). Daí porque devem transcender a técnica psicanalítica, visto que não é propriamente a técnica, e permear o *modo de fazer* do supervisor. Assim, o analista supervisor deve subordinar-se ao plano dos princípios pelos quais ele foi contaminado.

Isso nos levou a algumas indagações: será que são os mesmos princípios da análise pessoal que fundamentam a supervisão? Como é então que o supervisor, na supervisão, de modo diverso do analista na análise, não se cala, ao contrário interage com a equipe, podendo até prestar informações e dar outros encaminhamentos?

Embora esse raciocínio possa parecer contraditório ao princípio fundamental da abstinência, conforme colocado por Freud em "*Linhas de progresso na terapia psicanalítica*" (1919 [1918]/1980a, p.205), "o tratamento analítico deve ser efetuado, na medida do possível, sob privação – num estado de abstinência", não podemos nos esquecer que ele alertava para o fato de que sua obra não estava acabada. Freud também dizia não achar irrepreensível e, portanto, seria justificada a abertura a outras possibilidades analíticas e mudança do método, pois aquilo que o analista

podia conseguir dependia da combinação de circunstâncias externas – ou, conforme Lacan, do real da clínica.

Apesar da recomendação do silêncio do analista, vejamos o que Freud diz em relação a essa questão da mudança do método:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. [...] No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (FREUD, 1919/1918/1980a, p.210).

Nesse sentido, resta questionar se o que há é mudança de método e não de princípios, e se a abstinência é um princípio da análise, este princípio se modifica na supervisão? Se não é abstinência, mas também não é tudo dizer, por que então a abstinência (um princípio da análise) não pode ser um princípio para a supervisão clínico-territorial? No que ela difere da abstinência na análise? Qual a função do silêncio na análise e na supervisão? Sabedores que a psicanálise trabalha com o singular da clínica, vamos tentar responder a essas questões, articulando alguns princípios, para apreender como a supervisão clínico-territorial se materializa.

Atendendo aos requisitos metodológicos da psicanálise, podemos dizer que o dispositivo supervisão é instaurado a partir do *desejo do analista*. O *desejo de analista* é totalmente articulado com a *transferência* que ele causa na instalação da *função da fala no campo da linguagem*, evocando um *modo específico*, porém particular de funcionamento. Esse modo é determinado pela posição ocupada pelo supervisor no discurso. O *modo de fazer* do supervisor, estando articulado em princípios e ações psicanalíticas, coloca em operação a estrutura do inconsciente. Esse encadeamento vai ao encontro da afirmação de Lacan no Seminário I: "Fenomenologicamente, a situação analítica é uma estrutura; isto quer dizer que, só através dela, certos fenômenos são isoláveis, separáveis. É uma outra estrutura, a da subjetividade, que dá aos homens a ideia de que são compreensíveis em si mesmo." (LACAN, 1953-1954/1986, p.11).

A intenção de expor nossa trajetória profissional em relação à supervisão foi para mostrar que estamos buscando ligar a noção de experiência à *praxis* da supervisão clínico-territorial, designada como uma ação que tem condições de tratar o real pelo simbólico.

Em síntese, o dispositivo analítico da supervisão clínico-territorial implica um *modo de fazer* num *espaço coletivo de dizer* sustentado por uma prática clínica de escuta das equipes de saúde mental. Essa prática é pautada por uma ética que leva em conta a experiência singular e o desejo de cada um, trata-se, portanto, de uma ética que toma o desejo como medida de toda ação humana.

Isso posto, retomamos a pergunta, quais seriam então os princípios operadores da supervisão-clínico territorial sob a doutrina psicanalítica?

4.4.2 Princípios para uma Clínica em Supervisão

4.4.2.1 O Desejo do Analista

Como pudemos acompanhar ao longo deste trabalho, a supervisão psicanalítica não se estrutura num tecnicismo terapêutico, porque, sobretudo, estrutura-se em princípios de transmissão que exigem o inconsciente como transversalidade e transindividualidade (coletivo). Oury (2009) nos mostra que não se trata do plano de ação e sim do plano transcendental, o plano dos princípios, onde estão intrinsecamente implicados a demanda e o desejo.

O dispositivo supervisão clínico-territorial se sustenta pelos mesmos princípios da clínica psicanalítica estabelecidos por Freud, forjados no campo empírico a partir de sua prática e de um exaustivo trabalho. Logo, de forma alguma devem ser entendidos como sistema especulativo.

Esses princípios que atribuímos à supervisão e que passaremos a abordar foram trabalhados por Lacan, mais especialmente, no *Seminário VIII*, sobre a *transferência*, e no *Seminário XI*, sobre os *quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

Como já dito, a formação de analistas sempre foi uma preocupação de Lacan, ele observara que a insuficiência de critérios para a formação de analistas resultava algo da ordem da cerimônia, que poderia ser traduzida como simulação, fazendo com que os princípios e fundamentos ensinados por Freud muitas vezes ficassem à margem. Segundo Lacan, a formação do psicanalista exige que ele saiba em torno

do que gira o processo em que conduz seu paciente, traduzida na confiança nele depositada. "Ele deve saber, a ele deve ser transmitido, e numa experiência, aquilo de que ele retorna." (LACAN, 1964/1985, p.218).

Esse ponto pivô é designado por Lacan como o *desejo do psicanalista* ao redor do qual gira a transferência. Lacan afirma categoricamente que

o desejo o é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo comum desse duplo machado é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial. E que não me digam que, esse desejo, eu não o nomeio, pois é precisamente um ponto que só é articulável pela relação do desejo ao desejo. Essa relação é interna. O desejo do homem é o desejo do Outro (LACAN, 1964/1985, p.222-223).

Entendemos com isso que o dispositivo da supervisão clínico territorial se instala a partir do desejo do supervisor e da sua nomeação. Trata-se de uma estrutura que coloca a supervisão como um importante e indispensável operador da política de saúde mental e da atenção psicossocial no território, e que tem o desejo de analista como o seu operador central, seu eixo, e seu ponto pivô, em torno do qual gira a transferência.

É por essas importantes razões que compreendemos que o "desejo do analista" é tanto um princípio quanto o operador central da supervisão, em consequência a transferência é seu operador clínico e a supervisão clínico-territorial o operador da política da saúde mental e da atenção psicossocial no território.

Saber sobre o *desejo do analista* e como ele opera na análise não foi uma questão acessória para Lacan, motivo pelo qual ele trabalhou este tema mais detalhadamente Seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Trata-se de "um conceito que deve ser situado no âmbito do debate sobre a determinação e a liberdade". Este conceito associa-se à própria ética da psicanálise, portanto deve ser pensado numa "dimensão que conjugue o desejo do psicanalista, a ética da psicanálise e a responsabilidade do psicanalista". Essa autora assinala que há um caráter subversivo revolucionário na formulação freudiana de desejo e do sujeito e sua incidência na ética. (RABINOVICH, 2000, p.7). Sabemos bem que a motivação ética e subjetiva da psicanálise rejeita a ideia de Bem supremo universalisante, comum a todos os sujeitos, das éticas platônicas e aristotélicas, no núcleo de nosso ser, pois, como diz Lacan, "no *núcleo do nosso ser* o que há é um

vazio impenetrável (ex-nihilo)". Rabinovich diz ainda que é preciso levar a sério a denúncia freudiana da falácia das satisfações morais, pois, conforme mostrado por Freud em "Mal-estar civilização", existe uma base movediça de todo estabelecimento social, em que se dissimula uma agressividade que atua desviando aquele que exerce o seu gozo.

A ética da psicanálise não é uma ética sociológica sobre uma prática social, não há modelo sociológico que a encaixe, pois se trata de uma ética do desejo, e na teoria psicanalítica "só existe desejo porque há falta".

Sócrates é a referência para Lacan pensar o que ocorre na experiência analítica, e, mas especificamente, 'o desejo do psicanalista' articulado com o amor de transferência. Considera que ele foi o filósofo capaz de sustentar sua questão (luto imortal), ou o seu desejo, "que é a própria questão de todo falante, do ponto em que ele a recebeu, de seu próprio demônio (Alcebiades), segundo a nossa fórmula, sobre a forma invertida" (1960-1961/1992, p.15). Foi assim que Lacan serviu-se de O Banquete de Platão para falar do amor de transferência, na experiência de Sócrates com Alcebiades. Apesar dessa relação ser ilustrativa do que a transferência porta, lembramos que a transferência surgiu inicialmente na psicanálise de uma maneira um pouco confusa, quando Freud se deparou com ela mediante a experiência analítica da *talking-cure* de Anna O., Bertha Pappenheim, em sua gravidez imaginária interpretada como manifestação do desejo de Breuer. Lacan localiza nessas experiências clínicas não o começo de criação, antes a formação da psicanálise, na qual se evidencia o amor de transferência.

O desejo em Freud (o *Wunsch*) é sobretudo o desejo inconsciente, cuja tendência, dado o movimento pulsional, é se consumir (*Wunscherfüllung*) e algumas vezes até se realizar (*Wunsch befriedigung*). A definição freudiana de desejo parte da *Die Traumdeutung*, uma vez que o sonho nada mais é do que a realização de um desejo recalcado, isto é, inconsciente. Podemos observar que em Freud o desejo distingue-se claramente de qualquer necessidade (biológica, por exemplo) que encontraria a satisfação em objetos adequados, como o alimento. O desejo é efeito do significante, e este efeito se inscreve no inconsciente como traços mnêmicos, relacionados com lembranças de experiências de satisfação pulsional, como seu resto, articulado ao que, em cada experiência, não se efetivou como satisfação, daí

sua relação íntima e determinante com a falta, com o vazio, o objeto dito *perdido* por Freud, e que será em Lacan escrito como objeto *a*.

Vejamos então o que diz Lacan, no Seminário XI, sobre o desejo em Freud articulando-o com a questão do desejo tal como se pode depreender em Sócrates:

Quanto ao desejo em Freud coloquei-o num nível mais elevado. Eu disse que o campo freudiano da prática analítica permanecia na dependência de certo desejo original que tem sempre papel ambíguo, mas prevalecente na transmissão da psicanálise. O problema desse desejo não é psicológico, tanto quanto não o é aquele, não resolvido do desejo de Sócrates. Há toda uma temática que tem a ver com o estatuto do sujeito quando Sócrates formula nada saber, a não ser o que diz respeito ao desejo. O desejo não é posto por Sócrates em posição de subjetividade original, mas em posição de objeto. Muito bem! *É também do desejo como objeto que se trata em Freud* (LACAN, 1964/1985, p.20).

Isso nos leva a entender que o o desejo como desejo de ser desejado, de reconhecimento, precede, no tempo, o desejo como causa, e causado pelo objeto perdido, o objeto *a*. Lacan passou de uma concepção à outra. Lacan esclarece que objeto do desejo é a causa do desejo, e esse objeto causa do desejo é o objeto da pulsão, em torno do qual ela gira, ou melhor onde o desejo faz seu contorno. A máxima "*o desejo do homem é o desejo do Outro*" (LACAN, 1964/1985, p.111) deve ser entendida como a incidência, no sujeito, da falta estrutural do campo do Outro, escrito com maiúscula, ou seja, o Outro não como uma pessoa semelhante do convívio do sujeito, integrante de sua realidade (que se reduz ao objeto imaginário, escrito com a minúscula na álgebra lacaniana), mas como campo que constitui o próprio inconsciente do sujeito como alteritário a si mesmo, ao seu "eu". Desejo do Outro é, assim, desejo do inconsciente, desejo inconsciente, lugar da falta do e no Outro que se transmite ao sujeito. Ele esclarece que o que se coloca em Freud é o desejo como objeto faltoso (no caso da histérica o desejo de um desejo), ou o desejo do Outro como objeto, que remete à questão da causa do desejo e de sua contingência. A relação do desejo do analista na função de causa (buraco, fenda, hiância, não realizado que introduz no domínio da causa a lei do significante) do objeto permite encaminhar a noção de transferência do saber analítico na direção da cura.

Como já visto no capítulo anterior, em relação à entrada do inconsciente, Lacan coloca dois campos, o campo do sujeito e o campo do Outro; é na articulação desses dois campos que surgem ao mesmo tempo o sujeito e o próprio inconsciente. O que se reproduz na articulação desses dois campos é o elemento de alienação do

fundamento do sujeito, e isso faz com que seja só ao nível do desejo do Outro que o homem possa reconhecer seu desejo, levando a que o seu desejo jamais possa ser conhecido. O desejo só pode ser reconhecido, e isso se dá pela transferência, ou seja, por intermédio do Outro, porém agenciado pelo objeto *a*, o que permite o desvelamento da falta e não seu encobrimento pelas identificações. Em suma, o que a experiência analítica evidencia no funcionamento da cadeia significante é que é no nível do desejo do Outro que o desejo do sujeito se constitui. Ele se constitui exatamente no ponto de carência significativa ao nível do desejo do outro. Lacan assinala que é justamente nesse ponto de encontro que o analista é esperado, pois como sujeito suposto saber, ele também é suposto saber ir ao encontro do desejo inconsciente.

No que se refere à relação do desejo ao desejo, Lacan esclarece que algo é conservado na alienação, mas não como o S1 e S2 da primeira dupla significativa, porém, "de uma parte constituída a da queda, do *Unterdrückung*, do significante binário – e, de outra parte, com o que aparece primeiro como falta no que é significado pela dupla de significantes, no intervalo que os liga, isto é, o desejo do Outro" (LACAN, 1964/1985, p.223).

Com Lacan podemos entender que o desejo não é substância, mas aquilo mesmo que comanda a experiência analítica, o ponto nodal pelo qual a pulsação do inconsciente está ligada à realidade sexual. Esse ponto nodal é o desejo que está situado na dependência da demanda, que por se articular com significantes deixa um resto metonímico que desliza por baixo dela. Trata-se de um elemento de impasse, determinado, mas desconhecido insatisfeito, e da ordem do impossível que liga a instância sexual ao nível do processo primário. Nesse sentido, podemos entender o desejo do analista como aquilo que faz a "junção do campo da demanda, onde se presentificam a sincopes do inconsciente, com a realidade sexual" (LACAN, 1964/1985, p.149).

É no intervalo entre os significantes que surge o sujeito, o sujeito lacaniano da incerteza, visto que dividido pelo efeito da linguagem. "Pelo efeito da fala, o sujeito se realiza sempre no Outro, mas ele aí já não persegue mais que uma metade de si mesmo. Ele só achará seu desejo sempre mais dividido, pulverizado na destacável metonímia da fala." (LACAN, 1964/1985, p.178).

Num primeiro momento de sua constituição, o sujeito precisa alienar-se ao Outro em busca de sentido. Dada essa alienação, a interpretação analítica não retira

nossas significações, porque ela, "não visa tanto o sentido quanto reduzir o significantes a seu não-senso, para que possamos reencontrar os determinantes de toda a conduta do sujeito" (LACAN, 1964/1985, p.201).

É nesse sentido que Lacan (1960-1961/1992, p.109) ensina que o lugar do analista se define como o que deve oferecer vazio para que o desejo do paciente se realize como desejo do Outro.

É pela evocação da palavra e de sua enunciação que se inicia a experiência da supervisão, e o que importa não é de forma alguma o seu valor de enunciado, mas, sobretudo, o seu valor de enunciação, de onde pode surgir a criação. No momento em que Lacan fazia essas articulações reiterou a frase bíblica "no começo era o Verbo" (LACAN, 1960-1961/1992, p.12). Mas não esqueçamos que ele também mostrou que o essencial está entre as palavras e não nas palavras.

Nas formulações de Lacan o conceito de inconsciente é indissociável da presença do analista, pois essa é a própria manifestação do inconsciente. Assim, o supervisor, simplesmente por sua presença, traz ali na supervisão a abertura para o surgimento tanto do inconsciente quanto do sujeito, "no movimento do sujeito que só se abre para tornar a se fechar, numa certa pulsação temporal, pelos efeitos da fala" (LACAN, 1964/1985, p.121).

4.4.2.2 Transferência

A transferência pode se manifestar nas mais diversas relações de nossa vida, porém é na experiência analítica que ela encontra seus fundamentos estruturais. A psicanálise é a concepção teórica que a toma como instrumento operatório, na medida em ela estrutura todas as relações particulares com esse outro que é o analista. "Este conceito dirige o modo de tratar os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito." (LACAN, 1964/1985, p.120).

Os profissionais de saúde da maioria dos serviços em que trabalhamos, e também naqueles em realizamos a supervisão, não têm muito claro o que seja a transferência, que muitas vezes é entendida como vínculo, afeto, relação pessoal, empatia, simpatia, modo bastante diverso daquele que concebemos. A noção que

predomina na prática desses serviços é aquela de base lógico-positivista, que Lacan considerou como 'nociva', pois surgida da equivocada interpretação da segunda tópica freudiana, ou seja, a 'psicologia do eu'. Essa forma de entender a transferência fundamenta-se na ideia de uma aliança da parte "sã" do eu do sujeito (assentimento – que está apta a avaliar a realidade e a discernir-la da ilusão) com o eu do terapeuta. Lacan (1964/1985, p.126) aponta para o caráter enganoso e fraudulento dessa conduta no interior da relação analítica, pois entende que recorrer a "parte sã do sujeito", que estaria lá no real, apta a julgar com o analista o que ocorre na transferência, "é desconhecer que é justamente essa tal parte que está interessada na transferência, que é ela que fecha a porta, ou a janela, ou o postigo, como quiserem".

A transferência pode ser entendida como um campo que se insere entre o sujeito e o analista, a partir do ato analítico, que toma o que lhe é dirigido para além da sua pessoa, que está ali a suportar a função de analista, sem contudo deixar de se incluir naquilo que lhe é dirigido. O analista não deve responder como a pessoa atual, com suas opiniões e valores e juízos, com sua vontade caritativa de ajudar ou curar e resolver os problemas do sujeito que o procura; ele deve sim, encarnar o lugar de polo de endereçamento da fala do analisando, sem, no entanto, confundir este polo com sua pessoa. Deve, sobretudo, fazer vir a si, o que no apelo transferencial está além da realidade daquela situação imediata, formada por ele e seu analisante.

A transferência não deve ser entendida como um fenômeno espontâneo que se define pela simples atualização do inconsciente do sujeito sobre a pessoa do analista, pois ela depende essencialmente de uma operação do analista, que a partir de seu ato instala o campo no qual a atualização do inconsciente se produz e se torna analisável. Assim, a transferência é antes de tudo efeito do dispositivo analítico, do que propriamente a manifestação espontânea do funcionamento do inconsciente, pois o analista se inclui em suas operações.

O que Freud nos indicou é que a transferência é essencialmente resistente, *Übertragungswederstand*. A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente. "Longe de ser a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário, o seu fechamento." (LACAN, 1964/1985, p.125).

Com isso, como já dissemos Lacan critica a noção de transferência nas referências que a situam como uma identificação ou como um meio ou fim terapêutico, pois, para ele,

a transferência não é a atualização da ilusão que nos levaria a essa identificação alienante que constitui qualquer conformização, ainda que a um modelo ideal, de que o analista, em caso algum, poderia ser suporte – a transferência é a atualização da realidade do inconsciente (LACAN, 1964/1985, p.139).

Lacan apreende dos textos de Freud que a transferência é um conceito ligado ao fenômeno da repetição. Freud ensina que aquilo que *não pode ser rememorado se repete na conduta*. Pela reconstrução do analista, vai ser revelado o que essa conduta repete. Porém, Lacan observa que se equivocam aqueles que entendem a repetição simplesmente da estereotipia da conduta, pois a "repetição demanda o novo" (LACAN, 1964/1985, p.62).

Sobre a transferência e a repetição no movimento pulsional, Lacan faz este esclarecimento:

se o inconsciente é aquilo que se tranca uma vez que se abre, segundo uma pulsação temporal, se a repetição, por outro lado, não é simplesmente estereotipia da conduta, mas repetição em relação a algo de sempre faltoso, vocês veem desde já que a transferência – tal como a representamos, como modo de acesso ao que se esconde no inconsciente – só poderia ser, por si mesma, uma via precária. Se a transferência é apenas repetição, ela será repetição, sempre da mesma rata. Se a transferência pretende através dessa repetição, restituir a continuidade de uma história, ela só o fará fazendo ressurgir uma relação que é, por sua natureza, sincopada (supressão, perda). Vemos então que a transferência, como modo operatório, não pode bastar-se em se confundir com a eficácia da repetição, com a restauração do que está ocultado no inconsciente, senão com a catarse dos elementos inconscientes (LACAN, 1964/1985, p.137).

As operações de transferência consistem no modo como se faz a escuta, o modo como o analista responde ao apelo que lhe é dirigido pela fala ou pelos atos dos seus analisandos, situando-se para além de sua pessoa atual, contudo, o seu modo de intervenção deve fazer chegar ao sujeito que sua mensagem foi recebida, o que comporta um endereçamento que ultrapassa a situação dual ou atual, o que indica que esta mensagem se dirige ao Outro, ou melhor, o discurso do Outro, do inconsciente dos que participam de suas determinações históricas.

As articulações trazidas nos levam a perguntar sobre qual é o lugar do supervisor na experiência da supervisão. E Lacan responde: "O analista, eu lhes disse, mantém esse lugar, no que ele é o objeto da transferência. A experiência nos prova que o sujeito, quando entra em análise, está longe de lhe dar esse lugar." (LACAN, 1964/1985, p.221).

Portanto, é ancorado na posição de analista que o supervisor opera, ocupando o lugar de *objeto da transferência* para fazer girar os discursos.

A transferência pode ser concebida a partir da estrutura fundamental da dimensão do amor. "Ao persuadir o outro de que ele tem o que nos pode completar, nós nos garantimos de poder continuar a desconhecer precisamente aquilo que nos falta. O círculo da tapeação, enquanto que não nomeado, faz surgir a dimensão do amor." (LACAN, 1964/1985, p.128).

Lacan localiza a descoberta da transferência em tempo anterior a Freud, mais precisamente no debate sobre o amor de *O Banquete* de Platão. Supõe-se que o personagem seja Sócrates, de quem "é dito que jamais pretendeu nada saber, senão o que diz respeito a Eros, quer dizer, ao desejo" (LACAN, 1964/1985, p.219). Portanto, é Platão quem aponta de forma precisa o lugar da transferência, ou seja, o lugar em que existe o sujeito suposto saber (S.s.S.). Lacan afirma que a transferência seria impensável sem a concepção do sujeito suposto saber, a quem é suposto saber a significação. "[...] o sujeito suposto saber, na análise, é o analista" (LACAN, 1964/1985, p.213); e para nós, parafraseando Lacan, o sujeito suposto saber, na supervisão, é o supervisor.

A questão do S.s.S. liga-se ao fato de que nenhum supervisor pode querer dar mostras de um saber totalizante, um saber absoluto. Lacan diz que seria legítimo que Freud, por ter descoberto o inconsciente, se considerasse como aquele que sabia, mas não era esta sua posição, ao contrário, pois à semelhança metódica de Sócrates, sempre tinha como visada levar o paciente a descobrir sua verdade por meio de sua própria fala.

Lacan evidencia que essa *função de sujeito suposto de saber* – que pode ser encarnada por quem quer seja – é dada ao analista pela *transferência*. Mas nos perguntamos se de fato a função de sujeito suposto saber encarnada pelo supervisor pode ser exercida por qualquer pessoa.

Lembramo-nos de que essa pergunta também foi por nós formulada a Elia, por ocasião de uma reunião de colegiado de coordenadores em Brasília, quando este tema estava em debate. Não admitíamos que o supervisor pudesse ser qualquer um, ou melhor, de qualquer concepção teórica, por isso lançamos a questão. Num tempo posterior, mais especificamente no início do doutorado, deparamo-nos com um belo texto escrito e apresentado no Congresso da ABENEPI, em maio de 2005, em Curitiba, que nos pareceu 'estranhamente familiar', escrito por Elia e que é bastante esclarecedor. Nesse texto ele afirma que a supervisão psicanalítica da equipe em clínica institucional pública de Saúde Mental *pode ser para todo mundo, mas não para qualquer um*. Em sua concepção, o supervisor não é importante por ter coisas a ensinar à equipe, coisas que ele saberia e a equipe não, pois o que é importante não é o saber do supervisor, algo concreto e objetivável que ele teria que dar à equipe, porque, na verdade, o supervisor sabe muito pouco do que ocorre na clínica cotidiana de um serviço de saúde mental, uma vez que não é ele quem está lá no *front* clínico. São os profissionais que lá estão que sabem dos efeitos reais de estar lá, por isso é que Elia considera que isso já é bastante em termos de saber no campo da clínica, em que o saber teórico, acumulado, apesar de ser indispensável ao supervisor, na supervisão não serve para muita coisa. Diz ainda que o supervisor é tão mais essencial quando menos a sua importância está situada nesse modo de saber. Quanto menos o saber textual do supervisor estiver em posição de proa em sua postura ou ação, maiores serão as suas condições de executar um bom trabalho de supervisor.

Com Freud aprendemos a "tomar cada caso como se fosse o primeiro". É nesse sentido que apontamos que o que um supervisor deve saber é "ignorar o que sabe", exatamente como recomenda Lacan, em *Variantes do tratamento padrão*, ao referir-se à "douta ignorância", tematizada por Nicolau de Cusa. Ou dito de outro modo, saber não operar com seu saber (que pode até ser grande em termos conceituais e intelectuais), mas abster-se de operar na forma de um saber ensinante, posição que é sempre muito difícil.

Elia segue esclarecendo que o supervisor deve, sobretudo, garantir à equipe um espaço de fala orientada sobre as dificuldades, os impasses, as angústias, que são indefectíveis, inexoráveis que dizem respeito a todo mundo. Reflexiona ainda que cada técnico, principiante ou experiente, terá sempre enormes dificuldades para

exercer seu ato clínico, pois será sempre surpreendido em seu encontro diário com os usuários, ou seja, aqueles a que tem a responsabilidade técnica de tratar. Assim como Oury (2009), acredita que se o técnico não experimenta dificuldades e não mais se surpreende, certamente há algo errado. Cabe também ao supervisor, interrogar isso, provocar incômodos em situações aparentemente amenas, brandas ou competentes, que exibem o ar de que tudo corre muito bem.

Conforme dito acima, Elia admite que uma clínica como essa – a ser exercida na saúde mental – *é para todo mundo* (pois é esta a diretriz da própria política do SUS), *mas não é para qualquer um*, e para fazer esta distinção traz um acontecimento – citado por Rui Castro (1999, p.212) – ocorrido entre Leila Diniz¹⁷ e um de seus admiradores.

Leila Diniz disse a um coronel fazendeiro, muito grosseiro que foi a seu camarim após um show no Rio de Janeiro, que jogou um monte de dinheiro na mesa e disse que queria fazer um programa com ela, e acrescentou, após ela lhe dizer, ainda educadamente, que não se tratava disso, que ele estava equivocado, etc..., "Tá querendo se fazer de difícil? Você dá para todo mundo!". Resposta de Leila (depois de uma dúzia de palavras): "Dou pra todo mundo, mas não pra qualquer um". Foi assim que Leila Diniz nos transmitiu um ensinamento lógico: "todo mundo" não é "qualquer um".

Logo, conforme os ensinamentos de Lacan, a questão não é tanto saber quem está habilitado a exercer a função de sujeito suposto saber, mas sim, saber de onde cada sujeito se autoriza eticamente para ocupar esse lugar.

A premissa de que a supervisão é para todo mundo, mas não é para qualquer um, traz consequências conceituais, metodológicas e éticas importantes que podem ser desenvolvidas em dupla vertente: naquilo que diz respeito às *concepções teóricas* que se conjugam no campo da saúde mental e no que se refere às diferentes *especialidades dos profissionais* que atuam nesse campo.

Quanto à primeira, certamente que algumas concepções teóricas são incompatíveis com a supervisão inicialmente proposta pela Política de Saúde Mental. Especialmente aquelas que tomam o supervisor como modelo a ser imitado, e cujo

¹⁷ Leila Diniz (1945-1972) foi uma importante atriz brasileira, professora, que morreu em acidente aéreo aos 27 anos, defensora do amor livre e do prazer sexual, quebrou tabus por meio de suas ideias e atitudes, na época de 1960, momento em que a repressão dominava o Brasil. Foi considerada uma mulher à frente de seu tempo, ousada e que detestava convenções, mas também foi invejada e criticada pela sociedade conservadora e pelas feministas.

comportamento deve ser seguido pelos profissionais que compõem as equipes de saúde mental, desconsiderando os desejos inconscientes.

À exceção da psicologia comportamental, concepção francamente contraditória com o que propomos neste trabalho – que apesar disso é vigente na maioria dos serviços que trabalhamos e supervisionamos –, existem outras concepções teóricas com potencial para realizar e desenvolver a supervisão sob a óptica clínica da atenção psicossocial. E, sem muito aprofundamento, consideramos as abordagens clínicas, baseadas em concepções filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo, a arqueologia de Foucault, como aquelas capazes de sustentar a categoria de um sujeito responsável e ativo e, portanto, mais próximas às diretrizes da Política de Saúde Mental.

Com isso não queremos dizer que o supervisor clínico-territorial deva ser um especialista, pois, em nossa concepção, a psicanálise, o supervisor tem a função de interrogar na instituição todo e qualquer saber que se apresente como prévio ou de especialista. Dessa forma, em sua função o supervisor não pode se equivocar com nenhuma demanda, ideal de saúde ou reabilitação psicossocial, e nem saber *a priori*, pois ele está ali para o reconhecimento do sujeito da palavra e do inconsciente.

Em vista disso, o sujeito não pode ser conceituado como um indivíduo biopsicossocial portador de um determinado quadro clínico. O sujeito a que nos referimos só se revela sob transferência, sua posição é estrutural e sua determinação é inconsciente e não psicológica, fenomenológica, fisiológica, ou ainda essa suposta completude refletida na denominação biopsicossocial. O sujeito é uma função e um operador gerado pelos efeitos que a linguagem tem sobre o indivíduo da espécie humana. Portanto, não há qualquer justificativa, nem mesmo as administrativas ou organizacionais, para que os profissionais de saúde mental se abstenham de atender a determinado usuário, com o argumento de que não tem perfil, ou de que não se encaixa no preestabelecido para determinado serviço. Um serviço, diz Elia (2010a, p.4), e mais especificamente do tipo CAPS, deve recusar toda e qualquer ideia de estar a serviço de uma determinada configuração diagnóstica, pois sua lógica implica que esteja ali para acolher a todos. Os Caps devem ser regidos por princípios do acolhimento universal, o que significa dizer que as portas dos serviços públicos de saúde mental devem estar *abertas* a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida aos Caps deverá ser acolhida, recebida, ouvida e

respondida. O que não quer dizer que todo aquele que procurar o serviço terá que ser necessariamente absorvido por aquela unidade (o que obviamente não é possível), e sim que a ideia de acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já inclui uma forma de cuidado, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo a necessidade de cada caso. É preciso romper com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, dando resposta às demandas e fazendo com que aquele que procura atendimento encontre acolhida. Podem ocorrer situações em que o encaminhamento para outros serviços se impõe, mas esse encaminhamento deve se dar de maneira que o técnico se sinta implicado naquele caso e não aja apenas para obedecer a critérios burocráticos.

Por considerar o saber inconsciente, não se pretende como em algumas concepções ser guia ou mestre da conduta técnica da equipe, pois nos diz Elia (mimeo, p.17), se de algum modo à fala do supervisor é imitada, ou tomada como modelo, não deve ser entendida no sentido de que alguém segue sem dar de si, mas é justamente o contrário, o que ocorre é uma união de uma escolha subjetiva do técnico e (ou) da equipe, no ato de seguir.

Se entendemos como Lacan que o "inconsciente é o discurso do Outro", a concepção que toma o supervisor como modelo equivoca-se, pois o discurso do Outro é o discurso do inconsciente, o que significa que está submetido à pulsação temporal de fechamento e abertura do inconsciente, devendo ser reaberto, de forma homóloga à da interpretação psicanalítica, pela boca do supervisor, momento em que a dimensão interpretativa – e não necessária ou exatamente uma interpretação psicanalítica – de sua fala pode ganhar vulto. Portanto, o que ocorre na supervisão não é uma transferência concebida como algo a ser operado pela via da relação dual. De maneira alguma a transferência na supervisão deve ser pensada como a identificação alienante que constitui qualquer conformização, ainda que a um modelo ideal, de que o supervisor seria o suporte, ou como um fim ou meio terapêutico, pois é de outra noção que se trata, visto que "a transferência é a atualização da realidade do inconsciente" (LACAN, 1964/1985, p.139).

O que ocorre entre o supervisor e o supervisionando não é uma relação de dois sujeitos, no plano da reciprocidade e da simetria, pois uma dessas dimensões é sempre excluída, apagada. É do lugar de objeto a que o supervisor vai operar a a

fim de trazer o desejo, ponto nodal pelo qual a pulsação do inconsciente está ligada à realidade sexual.

Quanto à questão das especialidades que atuam no campo da saúde mental, Elia (2005a, p.2) considera que a equipe de saúde mental não deve apenas ser marcada como "multiprofissional" ou "interdisciplinar" como ocorre habitualmente nas instituições, mas, sobretudo, deve ser marcada pela *desespecialidade*.

Todos os técnicos da equipe podem e devem fazer tudo, pois não se trata de cada um com seu modo de ver, sua especialidade, sua formação profissional, na ilusão de que em um tempo posterior determinado, todos os olhares se juntarão em um quadro coerente, sintético, do sujeito atendido, e traduzido no seu projeto terapêutico. Porém, frequentemente isso não acontece assim de modo tão idealizado, ordenado. O que acontece é que cada um intervindo com a singularidade de sua posição como técnico, com seu modo próprio de trabalhar, com as possibilidades do momento trabalhará um aspecto emergente, e inesperado do sujeito atendido, e só *a posteriori* será possível conhecer os efeitos disso. Elia admite que o que falta a cada um não é o saber que supostamente está em um outro, mas o espaço e o tempo posteriores para, podendo falar sobre o que ainda não sabe, mas que ocorreu a partir de suas intervenções.

Elia considera que esse espaço e tempo posteriores são os das supervisões, no qual o supervisor medeia as relações dentro da equipe; mediação essa que exige um modo estrutural específico e não pode ser feita de qualquer maneira. Trata-se de um espaço/tempo de falar ainda o que não se sabe, de maneira tal que conduz à produção de um saber sobre o que foi ouvido dos pacientes, sobre o que estes lhe disseram, e o que foi feito e o que não foi possível fazer nas situações difíceis, e ainda, aquilo que não se conseguiu ouvir. Por isso designamos esse espaço/tempo da supervisão como um dispositivo, do qual o supervisor faz parte, e – estruturado na clínica psicanalítica – opera como agente do dispositivo por nós denominado supervisão clínico-territorial.

O supervisor com o seu desejo de analista é a figura que se coloca ali como agente do discurso e convoca a equipe técnica e a cada um a falar. Sustenta esse espaço e lugar onde vai se falar da clínica de atenção psicossocial e de seus impasses e dificuldades. A possibilidade de compartilhar angústias, de colocá-las em palavras junto a seus colegas, com a necessária presença do supervisor, que

encarne esse polo de endereçamento desse movimento de falar, pode levar o trabalho a se revestir em algo prazeroso. Com a supervisão, a equipe se renova, se fortifica e adquire novo impulso para continuar o árduo trabalho.

A influência do supervisor não está em saber-fazer (*savoir-faire*), e muito menos em dirigir a conduta, mas em dirigir o espaço/tempo da supervisão para que ela não se afaste do seu curso. Não se deve confundir a função do supervisor, pois o que ele tem que dirigir é o dispositivo e não o serviço – um serviço é gerido pelo modo com que cada equipe se implicou e construiu para si, e está vinculado ao estilo da gestão central – e ainda menos a conduta técnica de cada membro da equipe.

Em que pese a recomendação da Política de Saúde Mental e a exigência de supervisão para qualificação dos profissionais dos serviços de saúde mental, durante nossa pesquisa, nos serviços nos quais operamos supervisão, observamos que a maioria dos profissionais não teve a experiência da supervisão, e alguns deles nem mesmo sabiam do que se tratava. O que mais nos intrigou em relação a esta questão foi a constatação de que alguns psicólogos, para quem o curso de graduação implica a obrigatoriedade de estágios supervisionados em clínica escola como parte curricular para a formação do aluno, não se lembravam e não se remetiam a esta supervisão, e alguns até diziam não ter tido supervisão e muitos não sabiam explicar seus fundamentos, o que se apresentava ali era uma verdadeira contradição, que precisava ser melhor elucidada.

Para entender essa contradição, fomos buscar como ponto de apoio a teorização feita por Kessler (2009, p. 82), na sua tese de doutorado que versa sobre a Supervisão na Clínica-Escola, na qual ele também ressalta o fato de a supervisão ainda não ser uma prática corrente nos serviços de saúde, afirmando que muitas vezes era até desconhecida, e geralmente não fazia parte da formação da maioria dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

Fontenele (2006) e Kessler (2009) lembram que, apesar de a supervisão ser uma exigência da psicanálise, na formação dos psicólogos ela foi estendida e mantida para outras psicoterapias. Esses autores afirmam que se formos observar com rigor o que se faz na clínica-escola, a psicanálise é dentre todas as modalidades de psicoterapias oferecidas – se é que se pode incluí-la nessa denominação – a única que dirige sua escuta ao sujeito do inconsciente. Kessler (2009, p.81) diz que

mesmo tendo essa posição diferenciada das outras modalidades psicoterapêuticas, epistemologicamente em relação aos seus fundamentos teóricos, ainda assim se coloca um problema à transmissão da psicanálise em clínica-escola. Dessa questão surgiram novos questionamentos: como passar a técnica analítica para aqueles tão pouco íntimos com a escuta do próprio inconsciente? Como preservar o rigor num campo de extrema complexidade?

Kessler recorre também à formulação de outros analistas como Maurano (2006). Essa autora evidencia que, por mais que os Serviços de Psicologia Aplicada estejam afetados pela psicanálise, a universidade não forma analistas (e como consequência supervisores clínicos-territoriais), nem está entre as suas competências a pretensão de fazê-lo. Kessler menciona, ainda, Costa & Coutinho Jorge (2005), para os quais os problemas que a supervisão psicanalítica encontra no quadro da formação dos psicanalistas são redobrados quando se trata da supervisão no SPA universitário e discutem a desinstitucionalização da supervisão, tomando como referência a crítica feita por Lacan da contratransferência quando ele introduziu a categoria de 'desejo do psicanalista'. Na supervisão nos SPAs não é possível desconhecer uma dimensão de fiscalização das atividades do aluno, levando a que a posição do supervisor seja contraditória aos ensinamentos psicanalíticos. Ou dizendo de outra forma, o supervisor adotaria uma postura antipsicanalítica, calcada em um saber, característica do discurso universitário, apoiado na crença de que existe uma técnica a ser aprendida e de que a tarefa do supervisor seria apontar o que deve ou não ser feito, fiscalizando a habilidade clínica do supervisionando.

No entanto, e apesar dessas dificuldades, autores como Barros & Oliveira, Dias (2003 *apud* KESSLER, 2009), Band e o próprio Kessler identificam mudanças no período de estágio na clínica-escola, reconhecem que, para alguns alunos, ocorre ali o início de uma prática verdadeiramente analítica, tanto pela busca de análise pessoal como pela intensificação do estudo da psicanálise.

Não é só na clínica escola que as questões colocadas por esses autores se acham presentes, e para melhor elucidar essa questão trazemos aqui a vinheta de acontecimentos vividos em supervisão em que esses discursos se acham presentes também nos serviços de saúde mental.

Para incitar a fala dos supervisionandos, temos como prática solicitar que as pessoas falem sobre suas experiências de supervisão, se é que as tiveram, e também, de suas expectativas em relação a ela; para então, a partir de suas falas, fazer algumas colocações que julgamos necessárias e indispensáveis para o trabalho que iremos

empreender. Geralmente a direção dessas colocações visa certificar os supervisionandos da garantia de um espaço horizontal de fala e também demarcar o espaço da supervisão como distinto de outros, como as reuniões administrativas, espaço de capacitação e outros, e implicá-los na direção a ser tomada pela supervisão, pois necessariamente é do consentimento de cada um que poderá surgir a transferência de trabalho.

A considerar que é do lugar de analista que o supervisor opera, o que não significa que se trate na supervisão de uma análise no sentido estrito, pareceu-nos que situar os objetivos do trabalho funciona como uma espécie de "entrevistas preliminares", nas quais as vicissitudes e urgências subjetivas das demandas podem surgir.

Entendemos que desde as sessões iniciais é possível ter alguma perspectiva em relação ao desejo dos supervisionados. Quando indagados sobre suas expectativa em relação à supervisão, responderam:

- *"Eu espero que não seja como na fábrica em que trabalhei, em que o supervisor venha dizer que não está bom mas não diz como se deve fazer";*
- *"Eu já tive supervisão em outro Caps que trabalho, mas a experiência foi péssima, pois o supervisor sabia menos do que eu e só ficava passando filminho". Os filmes eram sobre a Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.*
- *"A supervisão que tive foi muito importante para mim, me confrontar com as minhas coisas, resolver meus conflitos e não me misturar tanto com as questões no meu trabalho".*
- *"Há uns 25 anos atrás eu trabalhava no hospital [...] e lá nós tínhamos supervisão com o doutor X [...], era muito legal, discutíamos os casos dos pacientes, aqui também começou a ter supervisão com a doutora Y [...], mas durou pouco tempo, mas eu acho bem importante".*

Sabemos desde Freud que as vicissitudes e urgências subjetivas divergem e se modulam premidas pela inibição, pelo sintoma ou pela angústia, e se movem no sentido de se ver livre o mais rapidamente possível do que faz sofrer, incomoda ou atrapalha; o analista supervisor só pode responder a essas demandas de uma única forma: a oferta de supervisão.

A despeito disso, não nos furtamos em dizer que não era exatamente isso que estávamos nos propondo a fazer ali, pois certamente nossa função não era a de dar aulas, mas trabalhar com o material que eles próprios trouxessem. Na posição em que nos encontrávamos naquele momento inicial, não havia nada a explicar, a não ser estar ali com nosso desejo de analista supervisor, para dar lugar à transferência

e levar a que cada um se implicasse no trabalho coletivo. Pensamos que essa resposta obedece à ordem de um dever, de um agir situado no campo da ética da psicanálise, pois se tratava de suportar o lugar que descompleta o saber, tanto no sentido do "nada querer saber" quanto ao "tudo fazer saber".

Mas como se abster de explicar a técnica se a maioria dos profissionais que ali estavam não passou pela experiência da supervisão e muito menos de análise?

Parece um contrassenso dizer que alguns dos profissionais de saúde mental nem mesmo sabiam do que se tratava uma vez que achavam que o supervisor ali estava para ensinar-lhes como fazer. Demandavam, sobretudo, que o supervisor operasse do lugar do saber, que lhes falasse o que estava certo ou errado em sua clínica e o que deveriam ou não fazer. Havia ainda outras demandas, como a de dar aulas, de intermediação junto às chefias e direção visando a melhores condições de trabalho. Alguns profissionais de saúde mental achavam ainda que a supervisão era um espaço exclusivo para relatar suas insatisfações, circunscrito num circuito sintomático de queixumes, sem que necessariamente precisassem responsabilizar-se por seus atos e colocar algo de si.

Para trabalhar com o sujeito do inconsciente, que é o que interessa ao supervisor, é necessário operar com significantes. Cabe, portanto, ao supervisor trabalhar numa zona de não sentido, desconstruindo aqueles significantes a partir dos quais se estabeleceram verdades.

De todo modo, como trabalhar a emergência das demandas na medida em que as urgências subjetivas são singulares a cada um dos supervisionandos? Como, num trabalho coletivo, levar em conta as vicissitudes de cada caso, do um-a-um entre muitos? Como ofertar supervisão a alguém que não está inclinado a fazê-la? É disso que trataremos na sequência.

Nas mais diversas situações de supervisão que acompanhamos, percebemos que antes do surgimento da demanda, a expectativa é de que o supervisor opere a partir de um saber exposto e não de um *saber suposto*, como exigido pela clínica psicanalítica. Essa não é razão suficiente para recusa do supervisor quanto ao seu desejo, pois Lacan nos ensinou a dar importância à demanda, dizendo que ela deve ser acolhida e retificada para ocasionar a torção que dará lugar ao discurso do analista; discurso este que "não pode ser sustentado por um só" (LACAN, 1973/2003b, p.530). Ensina ainda que se trata do desejo, ele só pode vir de cada um,

ninguém pode querer pelo outro, e o analista deve operá-lo em direção da cura, segundo o ritmo dos próprios supervisionantes, pois o *supervisor depende desse passo*.

No entanto, o supervisor não tem garantias, segurança e domínio na seleção que faz *a priori*, pois no discurso analítico damos lugar à contingência, tem-se, assim, que o supervisor se encaminha pela fala e pelo desejo do supervisionado.

Seguimos com o relato de dois acontecimentos na tentativa de demonstrar como a partir da oferta surgiu a demanda de supervisão, tanto no que concerne à psicanálise em "intensão" como à psicanálise em "extensão".

Num desses acontecimentos, a mesma pessoa (médico) que na primeira sessão havia dito que sua experiência de supervisão tinha sido desastrosa, na reunião anterior ao encerramento do contrato de supervisão traz a seguinte fala: "mudei totalmente o meu modo de pensar em relação à supervisão". Pode-se perceber nessa fala um efeito de psicanálise em 'extensão', pois o modo de o supervisor operar possibilitou presentificação da psicanálise naquele serviço de saúde mental. Observamos que mesmo com seu jeito de "tudo-saber" ou de 'tudo querer fazer saber', inerente a sua formação psiquiátrica, aos poucos foi ativamente participando, falando de suas impossibilidades, de seus limites, de sua contingência, de suas faltas e até mesmo de sua angústia.

Também foi possível observar efeitos de psicanálise em 'intensão', visto que, após participar algum tempo das sessões de supervisão, uma profissional passa a falar de seu sofrimento e dificuldades em trabalhar com a clientela usuária de álcool e outras drogas e a aceitá-la devido às suas concepções pessoais muito rígidas. Estava sofrendo muito, pois era casada com um policial, e por ocasião de um roubo no serviço fora com ele até a casa de um paciente para resolver a questão porque ela acreditava que era ele que havia roubado. O trabalho em supervisão levou-a a reconhecer que sua posição era insustentável em face do trabalho naquele serviço, e, ao mesmo tempo, que precisava de ajuda, sendo-lhe indicado uma busca por análise ou psicoterapia.

Outro acontecimento importante com que pudemos trabalhar refere-se ao significativo "fazeção" (fazer=ação), trazido por uma terapeuta ocupacional no momento da supervisão. A ela era demandado um excesso de atividades, às quais respondia sem ao menos se questionar sobre as condições e o objetivo de seu trabalho. Tendo em vista que a mentira, o engodo podem enganar, mas a angústia

não engana, podemos interpretar que foi só após um certo tempo de supervisão e alguns questionamentos sobre o que fazia ali, que essa profissional pôde expressar em palavras o que seria a sua ação a partir de então: *"vou parar com essa fazeção, agora vou cuidar da clínica"*. Acreditamos que houvera aí uma retificação subjetiva que resultara no posicionamento do sujeito diante da equipe e do seu trabalho.

Foi possível evidenciar nas supervisões com essa equipe as dificuldades que ela tem em cumprir seu mandato clínico, devido a problemas de gestão e também o quanto alguns técnicos permanecem alienados do sistema em que trabalham, como se o saber sobre o paciente (que eles atribuem à clínica) pudesse ser descontextualizado do coletivo, da instituição, levando a que entendêssemos que a clínica que está sendo feita em alguns Caps não é adequada e suficiente para dar conta do que a rede pública precisa.

A política pública preconiza, sobretudo, a 'clínica da atenção psicossocial' ou ainda a "clínica ampliada", aquela que faz oposição à "clínica degradada", que pretende tratar as doenças de longa duração, como, por exemplo, algumas doenças mentais, com a mesma lógica de doenças eventuais de curta duração. Ou seja, aquela clínica ambulatorial especializada, com acometimentos pontuais, que muitas vezes leva a consultas rápidas, com a simples troca de receitas que nada mais faz do que promover a "medicalização da vida".

Vejamos outro modo em que a referida técnica expressa essa questão como tendo relação e efeito da supervisão: "A supervisão está mexendo muito com a gente... ela está sendo o ponto de partida... a gente nunca chegou a parar, já falei que para mim não dá mais... a supervisão me fez pensar, a palavra *"fazeção"* me fez pensar... já me decidi, eu quero é cuidar da clínica".

Além das questões relacionadas às demandas particulares trazidas por cada um, há a própria demanda de supervisão, e este é um ponto importante a ser colocado em debate.

Inicialmente, é preciso investigar em que se diferencia a demanda dos analistas que tradicionalmente exercem a prática liberal e que diante dos impasses de sua clínica se dirigem a outro analista em busca de supervisão, de um outro tipo de demanda, que ocorre no campo público, e que vem da própria instituição. No caso do campo público a demanda seria de quem, é demanda de cada um, ou demanda da equipe de saúde mental? Quais são os elementos em torno do qual

opera a transferência nessa situação? Como opera a transferência com alguém que não fala em seu nome?

O que entendemos é que no dispositivo supervisão, a demanda institucional precisa se transformar em demanda de cada um para provocar a transferência. Se a materialização ou a existência da supervisão se dá pela via da representação, a escolha do supervisor se dá pelo consentimento. O supervisor tem que ser alguém que a equipe venha a escolher, mesmo que já tenha escolhido a priori, indicando à gestão o seu nome. Isto não pode se dar, portanto, simplesmente no sentido da indicação do supervisor, mas por um ato de consentimento de cada um a que aquela determinada pessoa seja o supervisor. Só é possível dar o consentimento subjetivo a alguém em quem se deposita confiança, não cega e submissa, mas uma confiança ativa, isto é, que inclui o ato de confiar; alguém que se suponha estar ali por motivos relevantes.

Como já dito, só existe transferência porque alguém coloca em ato seu desejo de analista, pois a transferência nada mais é do que uma resposta a esse tipo de desejo. Não se trata aqui do debate acerca da transferência-contratransferência de que os pós-freudianos falavam, pois entendemos que a contratransferência não é nada diferente da transferência. Quando um analista faz contratransferência, ele está na posição de analisante, o que Lacan interroga é por que denominar este fenômeno com este termo pomposo de contratransferência, quando se trata de uma transferência comum, como qualquer outra.

O uso técnico da contratransferência seria o supervisor utilizar os sentimentos que experimenta ao dar supervisão como forma de interpretar os sintomas da equipe nas suas dificuldades de trabalho, ou mesmo, fora da relação consigo, usar o que a equipe expressa como sentimento em relação aos pacientes como forma de compreendê-los e orientar o tratamento. Certamente este não é o lugar que o supervisor psicanalista deve ocupar na supervisão, pois, ao invés de privilegiar o eixo imaginário em que se desenvolvem sentimentos, sempre recíprocos, como bem observou Lacan, melhor ele faz se conseguir subtrair-se a este eixo intersubjetivo e situar-se em uma posição dessubjetivada, como objeto causa do desejo que toma lugar na relação com a equipe e com cada um.

Por que o analista supervisor causa a transferência? Porque ele tem um operador chamado desejo do analista; não há supervisor sem desejo. A 'presença

do supervisor' faz surgir uma polarização transferencial, levando a que a estrutura do dispositivo se organize.

O dispositivo supervisão se ordena não por métodos aplicados, mas porque quando a figura do supervisor assume seu lugar, e instala o dispositivo, como instala o da análise, existe uma polarização transferencial, as pessoas ficam referidas aí, elas querem falar com o supervisor, e na medida do possível todos os problemas da equipe lhe são levados. O supervisor acolhe diferentes demandas: casos clínicos (da indecisão diagnóstica, da ineficácia terapêutica, e da impotência do seu ato), é para falar dos problemas de relacionamento, conflito entre os membros da equipe e a própria gestão, dos impasses que os CAPS têm em relação à Rede e mais especificamente com os parceiros interinstitucionais, dificuldades encontradas pelo CAPS relativas às condições de trabalho (os técnicos se queixam que estão exaustos e que trabalham demais, que as chefias são autoritárias e desconsideram aspectos técnicos do trabalho etc.).

Assim, o supervisor vai responder às diferentes demandas e lugares aos quais é particularmente solicitado (professor, avalista de saber, recurso), e, de 'modo analítico', procura reconhecer as transferências, trabalhá-las, inclusive podendo assumir posicionamento crítico aos saberes instituídos.

Na supervisão clínico-territorial é possível perceber muitas coisas, como, por exemplo, que se trabalha demais ou de menos; que os CAPS estão montados para que os casos não cheguem, especialmente os infantis. No caso dos CAPS adultos, está montado para não se fazer nada com as situações de crise. Lembramos que ele foi implantado para substituir o hospital psiquiátrico, o manicômio, então ele tem que dar conta da crise e ser o articulador da Rede. Ocorre, porém, numa total inversão de função, que muitas vezes o paciente em crise não procura o CAPS, mas o hospital, e o CAPS vai saber que ele foi internado só depois. Aliás, esta colocação que fizemos: "não procura o CAPS, mas o hospital" já denota em si mesma um absurdo preliminar: um paciente que está vinculado a um CAPS nem deveria "procurar" o CAPS em situações de crise. Sua presença regular no CAPS já deveria ter dado sinais de que uma crise se aproximava. Se a questão mesma de saber a que serviço ele recorre – CAPS ou hospital psiquiátrico – é porque as coisas já tinham perdido o rumo muito antes. Rotineiramente é o hospital que avisa ao CAPS que seu paciente está lá internado, mas em alguns casos nem mesmo informa.

O supervisor vai interferir nesses diferentes pontos, mas não o fará com o intuito de compreender o supervisionando, mas, sobretudo, para interrogá-lo e colocá-lo como faltante, pois só assim poderão surgir novas significações.

São os significantes que devem ser mobilizados na supervisão. "O efeito da demanda, portanto, tem que ali ser interrogado por nós, no intuito de verificar se nele encontramos a relação com o desejo..." (LACAN, 1965/1998, p.886).

4.4.2.3 A Escuta

A arte de escutar equivale à arte de bem dizer

Lacan, 1964/1985, p.119

A escuta se coloca como um importante princípio da supervisão clínico-territorial, pois é com ela e com a fala (as palavras) que podemos apreender na experiência da supervisão o sujeito em seu gozo, e em seu ato.

Essa escuta não deve ser entendida como uma maneira especial de escutar, no sentido de uma maneira particular de ouvir que teria a ver com a técnica psicanalítica, não é disso que estamos falando, mas, como aprendido com Freud, trata-se de uma escuta como a anterioridade absoluta da fala do sujeito em relação a qualquer intervenção. Daí porque não podemos traçar plano terapêutico, estratégia terapêutica e nenhum modo de intervenção antes que o sujeito possa tomar a palavra.

A escuta que propomos é aquela que está implicada no "desejo do analista", totalmente articulada com a transferência que ela causa e que traz para o plano do dispositivo as demandas.

Encontramos em Lacan enunciações que entendemos oportuno citar, porque se referem a essa posição metodológica que o analista supervisor deve ocupar:

Uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente, posições que com demasiada frequência se forçam ao reduzi-las no diálogo ao processo mórbido, com isso reforçando a dificuldade em adentrá-las devido a reticência provocada, não sem fundamento, no sujeito (LACAN, 1958/1988a, p.540).

Encontramos correspondência em Freud (1912/1969) para essa ideia, quando da sua recomendação de que não devemos dirigir reparo para algo específico, mantendo assim a mesma atenção flutuante diante de tudo o que se escuta, pois se o analista fizer pré-eleições corre o risco de não descobrir nada além do já sabido. Freud (1912/1969, p.149-150) diz ainda que o analista deve abster-se de todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se exclusivamente a "memória inconsciente".

Vamos aplicar essa condição à supervisão. Será que podemos dizer que o supervisor se submete? Será que essa submissão quer dizer que ele fica refém da equipe? Ou que ele está dando primazia integral à fala da equipe? Mas, dado que é um dispositivo de transferência, ele está no lugar de polo. Diaríamos, parafraseando Lacan, que o supervisor se submete de um modo completo e advertido à posição subjetiva da equipe, pois ele deve dar primazia à escuta de tudo aquilo que venha do sujeito, seja o que for.

Isso não quer dizer de forma alguma que a posição do supervisor é a de ficar em silêncio na supervisão, ou até mesmo se manter numa posição de absoluta neutralidade analítica, pois num dispositivo como este, o da supervisão clínico-territorial, tanto o silêncio quanto a neutralidade seriam igualmente desastrosos. A dita neutralidade levaria à hipótese de que ser amigo de todo o mundo seria suficiente para preservar o lugar de onde temos que operar. Não, em hipótese alguma se trata de 'neutralidade benevolente' do supervisor, mas sobretudo de suspensão de julgamento, acompanhado da não resposta que faz surgir a fala no lugar em que a tendência seria "fazer". Nessa direção podemos afirmar que a abstinência do supervisor não é de palavras e sim, de gozo e posição subjetiva.

Lacan afirma (1953/1998) que toda palavra é apelo e todo apelo exige resposta. Isso leva a entender a escuta do supervisor como uma resposta dada pelo analista ao apelo que é a fala (no caso do supervisionando) e que todavia pode se transformar em ato ou atividade (do supervisor), ainda que estes assumam a forma de silêncio. O escutar-responder consiste em tomar o que lhe é dirigido para além da dualidade interpessoal, pois o uso da palavra já comporta o terceiro elemento que medeia a relação intersubjetiva. O manejo da transferência faz com que o uso da palavra vá além da sua pessoa atual, pois implica fazer chegar ao sujeito – pelo modo de intervenção – que sua mensagem foi recebida, mas isso comporta um endereçamento que

ultrapassa a situação dual ou atual, e indica que esta mensagem se dirige ao Outro e ao conjunto de 'outros' que se situam na história inconsciente do sujeito.

Escutar, portanto, é tomar o que há de apelo em uma fala e responder a ele, o que não significa, em absoluto, atender ao que é pedido, satisfazer ou gratificar o apelo, o que tornaria inoperante este apelo, já que, uma vez atendido ou satisfeito, ele cessaria de levar o sujeito ao trabalho, que é o de remontar, de apelo a apelo, à responsabilidade subjetiva daquele que está em supervisão. Essa é a razão porque a psicanálise abstém-se do programa de prestar ajuda, assistência, apoio, e também restringe-se aos objetivos terapêuticos de curar, que Freud chamou de "furor sanandi".

Independente de qualquer configuração que a supervisão clínico-territorial possa tomar internamente, cabe ao analista operar de modo a fazer girar os quatro discursos propostos por Lacan. No seminário XVII, Lacan diz que quando se muda de um discurso para o outro, há a intervenção do discurso da analista. O problema é quando não há giro, quando se tem o mesmo, discurso da psiquiatria, discurso da gestão e tantos outros.

Chauí (2000) argumenta que o discurso da psicanálise exige do pensamento que não se façam concessões às ideias e certezas estabelecidas, à moral vigente, aos preconceitos e opiniões de nossa sociedade, e sim que se coloquem questionamentos que venham a qualificar o próprio pensamento.

Como em qualquer outro discurso, há saber no discurso psicalítico. Do lugar do qual o supervisor fala, e vai ensinar coisas, vai trazer teoria, vai usar conceitos, vai falar da política de saúde, vai dizer da articulação da rede no território, vai indicar livros, podendo às vezes se colocar à disposição e ser até diretivo, mas não vai fazer isso como no discurso universitário.

O que está em questão é o modo de enunciação do saber, que, como vimos, pode se dar como uma enunciação analítica ou universitária. No modo universitário se trata de explicar uma teoria. É nesse sentido que entendemos que também na supervisão o supervisor precisa seguir a 'regra da abstinência', pois mesmo para falar da teoria, coloca-se de modo muito particular, que é o modo analítico, abstinente do gozo do mestre, do professor ou do gestor.

O saber, no modo de fazer do supervisor, é trazido ao longo do tempo, mas sempre em migalhas, e absolutamente subordinado a uma interrogação, para que o saber do próprio supervisionando possa surgir. Assim, os próprios supervisionandos

podem se programar, se organizar para alguma capacitação ou atividades que julguem pertinentes ao trabalho da equipe.

Daí porque consideramos que o supervisor tem que ser um psicanalista, pois ele tem operadores que lhe permitem manejar a transferência, e já vimos extraindo alguns desses operadores: desejo do analista, lugar e ato do analista, modo da escuta, abstinência e neutralidade entendidas como insenção da posição de gozo e julgamento subjetivos e não como formas artificiosas de agir, fazendo girar os discursos, o que, por sua vez, fura o saber instituído, levando a que os supervisionandos se responsabilizem pelo seu desejo e pelo seu fazer ali naquele lugar.

Mas isso não se consegue sem um longo trabalho em análise que possibilite ao supervisor livrar-se da necessidade de responder de modo subjetivo ou universitário às demandas colocadas pelos supervisionandos, ou seja, do lugar de mestre, respondendo de forma doutoral, intelectualista.

Não se trata de aprender uma técnica que leve o supervisor a intervir de modo analítico, mas sim, operar desse modo só pode ser efeito de análise, de supervisão e de estudos com os pares. Isso implica que supervisores de outras concepções teóricas necessariamente também tenham de ser submetidos ao processo analítico.

O modo analítico de operar o saber implica que o supervisor não chega deitando um saber, pois este deverá estar marcado, vacinado, contaminado pelo vírus do não saber. Assim, a única coisa que um supervisor vai fazer com uma demanda de saber, no trabalho de supervisão, é a desmontagem da demanda de saber.

Dai porque pode-se dizer com Lacan que a psicanálise é uma "relação dialética em que o não agir do analista guia o discurso do sujeito para a realização de sua verdade" (LACAN, 1953/1998, p.309).

No que diz respeito à transferência não se trata de o supervisor apontar ao supervisionando os efeitos de discordância, expressa e produzida em supervisão numa relação entre dois sujeitos reais. Certamente há situações em que o efeito de discordância é bastante evidente, porém, nem por isso a questão é mostrar aos supervisionandos os determinantes inconscientes desses efeitos.

Ao modo socrático, o supervisor não deve repudiar nenhuma demanda, mesmo as demandas de saber, pois estas vão se transformar em demanda de trabalho, de modo a fazer aparecer o desejo e revelar de que forma uma demanda oblitera os pontos de desejo.

4.4.2.4 Extimidade, um Princípio Lacaniano

A supervisão é "êxtima" – no sentido de Lacan – íntima e exterior a um só tempo, termo cujo sentido já mencionamos anteriormente, e essa é uma das razões pelas quais o supervisor deve ser exterior ao serviço, não pode ser um membro da equipe por mais qualificado que o seja, pois a qualidade de exterior/íntimo (êxtimo), mais importante que qualquer saber ou experiência, se perderá. O supervisor não deve ser empregado do serviço e deve ocupar uma posição de disparidade em face da totalidade de componentes da equipe, inclusive com os gestores.

Se, por um lado, o supervisor deve ser disjunto quanto à tensão que cria, por outro lado, não pode ser visto como qualquer um pela gestão ou direção do serviço. Há uma tensão na posição do supervisor em relação à gestão, um impossível até, tendo em vista tratar-se de instituição pública – que sofre as mais diversas e nefastas interferências nos negócios públicos.

A disjunção contratual com a gestão é necessária, pois tem implicação direta no que diz respeito à transferência, à confiança depositada no supervisor. O supervisor ocupa uma posição delicada, que exige prudência, disposição e muita paciência, pois, por princípio, a supervisão se coloca em confronto com os ideais de domínio, aos quais é difícil renunciar. Diante disso, podem surgir alguns percalços e obstáculos a serem vencidos durante o processo da supervisão. Ilustramos alguns desses percalços com dois acontecimentos ocorridos durante nossa experiência.

O primeiro desses acontecimentos ocorreu em um hospital psiquiátrico em processo de desinstitucionalização, onde a partir das falas de alguns supervisionandos pudemos perceber que no imaginário dos profissionais daquela instituição havia a suposição inicial de que o supervisor viera ali para desativar a unidade de pacientes asilares. Portanto, a supervisão estaria a serviço dos administradores, enfim, da própria gestão.

Isso nos fez considerar mais ainda que a condição de o supervisor ser externo ao serviço era indispensável à supervisão, mas não suficiente.

Se desconsiderássemos os caminhos variáveis que percorre a transferência e acreditássemos que ela se instala automaticamente sem trabalho algum – que bastava o supervisor ser externo – simplesmente ignoraríamos as falas dos supervisionandos

e consideraríamos que suas ideias eram totalmente fantasiosas, sem sentido e não levaríamos em conta o real da clínica.

No entanto, nossa análise levou-nos a considerar que a supervisora, como pessoa, de fato era alguém que havia ocupado cargos de gestão e conhecida por ser favorável à desinstitucionalização. Considerando que conhecer as posições políticas do supervisor não seriam impeditivas ao trabalho analítico, mas diante desse real não tomamos aquelas falas como impeditivas à transferência, ao contrário, passamos a dar mais lugar a elas para que os sintomas, as angústias e inibições aparecessem, seja em termos da Política de Saúde Mental, seja da Reforma Psiquiátrica Brasileira, seja de qualquer outra demanda.

O supervisor deve estar receptivo a qualquer demanda mesmo que esta implique certo desconforto. É preciso algum trabalho para que a angústia imobilizadora se dissipe e os próprios supervisionandos possam trabalhar as questões que os inquietam.

O outro acontecimento que julgamos significativo em termos de demanda deu-se em um Caps com um médico que se absteve de participar da supervisão – que diga-se de passagem é oferecida a todos. Ele a todo o momento passava em frente da janela da sala onde a supervisão ocorria fazendo-se notar pela enfermeira e por repetidas vezes solicitou que ela fosse auxiliá-lo, desconsiderando totalmente a recomendação de que no horário da supervisão não deveria ser programada nenhuma outra atividade.

Habituada com aquele lugar que lhe era dado, passou-se um longo tempo até que a referida profissional se posicionasse recusando-se a cumprir tal exigência. Pensamos que a supervisão fê-la submeter-se à prova da dúvida e foi necessária a modulação dos três tempos do processo inconsciente (o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir) até que ela pudesse fazer aquilo que Lacan denominou uma *"asserção subjetiva temporalizada de si"* e viesse a manifestar-se com um ato de sujeito, recusando a submeter-se à demanda do médico e fazendo a escolha de estar ali na supervisão.

Entendemos também o ato de sujeito da supervisionanda como um possível efeito do ato clínico do supervisor, por ter colocado de forma bastante firme e convincente que a participação de todos os membros da equipe era obrigatória. Esse ato certamente não ocorreu sem trazer mal-estar e desconforto, haja vista que nos serviços que supervisionamos é muito comum que os profissionais médicos não

cumpram seus horários contratuais, e que eles, mesmo não exercendo a função de chefe, representam um importante poder e se colocam ou são colocados no topo de uma condição hierárquica vertical até mesmo em relação a sua própria chefia administrativa.

Com o relato desses acontecimentos podemos compreender as palavras de Oury (2009, p.94), quando ele diz que o coletivo é uma função que tem a finalidade de fazer funcionar todas as estruturas institucionais em uma dimensão psicoterápica. Para ele, o que domina o coletivo é a "*função diacrítica*", e esta é uma função de análise estrutural que permite distinguir as coisas, separar os planos e os registros que emergem de acontecimentos que ocorrem em um estabelecimento e que precisam ser interpretados. A função diacrítica serve para distinguir as demandas que estão na "subjacência". Assim como na análise, a subjacência, na experiência da supervisão, deve ser entendida como o lugar do desejo para o qual não há acesso direto, pois carece de interpretação.

E a função diacrítica é permeada pela função de decisão, que, no caso, levou a supervisionanda a refletir que atender ao médico no momento de sua supervisão não mais deveria ser considerado uma coisa óbvia. Para o supervisor psicanalista, qualquer descoberta que possa parecer óbvia ou acidental comporta uma intenção visto que não é desprovida de causalidade psíquica; em outros termos, essa descoberta acidental corresponde a uma formação do inconsciente. Oury observa que a função de decisão orienta a função de corte, que é colocar em relevo um acontecimento que entre os participantes da equipe de Saúde Mental em supervisão tem certo consenso, ou nas palavras de Oury, "ça va de soi" (isso é óbvio). A função de corte vai permitir perceber o "ne va pas de soi" (isso não é óbvio), ver a subjacência e destacar o sujeito no seu gozo, no seu ato e na sua palavra. Para que algo da subjacência apareça, é preciso que o supervisor se abstenha de ser impulsivo e de fazer interpretações apressadas; é preciso respeitar um tempo de reflexão e um tempo de compreensão.

Quanto ao médico, para surpresa do coletivo, num misto de curiosidade e desconfiança certo dia também passou a participar da supervisão, pareceu-nos que ele entendeu que ali havia algo potente.

Sabemos que a transferência é uma experiência ligada ao tempo e ao seu manejo, por isso consideramos inapropriadas a interrupção e troca do supervisor, como muitas vezes tem ocorrido nas instituições públicas de saúde mental, às vezes

ao bel-prazer dos gestores, de acordo com os seus interesses particulares e em detrimento do princípio de "extimidade".

Conforme aprendido com Freud em "Sobre a psicoterapia" (1904/1972, p.272), podemos afirmar que a supervisão coloca elevadas exigências tanto para a instituição quanto para os profissionais das equipes de saúde mental e ainda mais para o supervisor. O supervisor exige como sacrifício que ele próprio e os membros da equipe que lhe dirigem a sua fala "paguem com palavras" e responsabilizem-se pelo que dizem. A instituição tem que pagar, ela tem sobretudo que arcar com os custos financeiros e, no nosso entender, abdicar de um certo lugar do poder e de verdade.

Em suas recomendações, Freud (1913/1969) já alertava que dinheiro é um elemento do enquadre da situação analítica e, de modo algum, deveria ser entendido apenas como modo de restituição do trabalho, do tempo e do saber do supervisor. Esclarecia que "poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que lhes é atribuído" (FREUD, 1913/1969, p.173) e observa ainda que "As questões de dinheiro são tratadas pelas pessoas civilizadas da mesma maneira que as questões sexuais – com a mesma incoerência, pudor e hipocrisia".(FREUD, 1913/1969, p.173). Nesse sentido tem-se que o ato do pagamento tem função simbólica e simbolizante e deve ser levado em conta na sua relação à condição subjetiva.

Por sua vez, não é só com palavras que o supervisor paga, pois ele também consome muito tempo com a sua presença, com seu desejo, e por causa do que tem que aprender para praticar tal função. Lacan (1958/1998b, p.593) ilustra esta questão ao se referir ao *investimento de capital* que o psicanalista empenha na empreitada analítica – já que o analisante não é o único a contribuir com sua quota. Esse autor configura as formas de pagamento em três níveis: tático, estratégico e político e estabelece uma gradação decrescente da *liberdade do psicanalista* em sua ação: o primeiro nível é o da tática, mais pontual e incisivo, *o analista paga com palavras* – e a sua intervenção eleva o seu efeito de *interpretação* – na qual sua liberdade obtém seu maior grau em relação aos demais; no segundo nível, o da *estratégia*, *refere-se a um campo*, em que o analista *paga com a sua pessoa*, pois se empresta como suporte ao analisante para os fins da *transferência*. Aqui, sua liberdade de ação é mais restrita; e finalmente, o terceiro nível, o da *política*, não é da palavra nem da pessoa, mas do seu *ser* que se trata, Lacan observa que Freud situou no *cerne de nosso ser* (*Kern unseres Wesen*) aquilo que está em jogo nessa operação analítica.

Tendo em vista que na psicanálise a política é a da falta-no-ser, Lacan vai dizer que o analista faria melhor em situar-se como *falta-no-ser* do que como *ser*.

Nos servimos das palavras de Lacan abaixo para dizer que, assim como a vida do analista, a vida do supervisor não é exatamente desprovida de preocupação e obstáculos.

A comparação que se pode fazer do analista com uma lixeira se justifica. É preciso, com efeito, que ele engula, durante dias inteiros, coisas ditas de valor seguramente duvidoso, e bem mais ainda do que para ele mesmo, para o sujeito que ele as comunica. Aí está um sentimento que o psicanalista, se verdadeiramente ele o é, está não somente habituado desde há muito a superar, mas para dizer a verdade, que ele pura e simplesmente aboliu dentro dele, no exercício de sua prática (LACAN, 1955-1956/1985, p.39).

Quanto ao que o supervisor tem de receber, o que mais importa é que ele esteja ali com seu desejo, porque, como diz Elia, o pagamento só poderá vir num "honroso segundo lugar". Talvez a forma mais adequada pela qual se poderá remunerar o supervisor pelo seu trabalho devesse assumir a forma de *bolsa*, isto é, um pagamento na modalidade de consultoria ou pesquisa, que permitisse uma relativa independência em relação à gestão. Além disso, considerando que o supervisor não deve, pelo menos em princípio, ser um profissional em início de carreira, e que justamente não se trata, na supervisão, de uma "função profissional de carreira" (não existe "carreira de supervisor", plano de carreira, ascensão e promoções), pressupõe-se que o supervisor, profissionalmente, exerce suas funções em outros espaços institucionais, e a modalidade de bolsa justamente permite que ele tenha suas demais relações de trabalho fora do eixo da supervisão clínico-territorial, de forma cumulativa e sem as complicações da acumulação de cargos. Mas isso é apenas uma reflexão propositiva, colateral, embora decorrente de nossa pesquisa.

O trabalho da supervisão está submetido à temporalidade que é o da elaboração psíquica, e este na concepção psicanalítica exige uma determinada estrutura que no caso do dispositivo da supervisão clínico-territorial requer a presença do supervisor, que com seu desejo instala um "espaço de dizer", que permite reconhecer e trabalhar as relações transferenciais que ocorrem na supervisão, levando em consideração a natureza conflituosa da vida psíquica.

É importante assinalar e reafirmar que o inconsciente como uma estrutura transindividual, coletiva, gerada no movimento pulsional, em que o inconsciente de

um sujeito é afetado pelo de outro, leva a que a supervisão possibilite adquirir certas condições que provoquem a mudança de posição subjetiva dos sujeitos operadores do campo da atenção psicossocial, e é isso que dela se espera.

Em síntese, a supervisão clínico-territorial é considerada por nós uma prática psicanalítica em 'extensão', mas que tem uma dimensão da psicanálise em 'intensão', pois que permite uma dupla transmissão: o saber inconsciente que traz o sujeito capaz de produzir o saber teórico-conceitual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese nosso interesse a princípio consistia na reflexão sobre a formação de operadores para a atenção à saúde mental. Das ilações e articulações teóricas a que procedemos no percurso desse estudo, emergiram determinados conceitos, e alguns se evidenciaram como imprescindíveis, às vezes como necessários. A compreensão disso advinda levaram-nos a identificar os princípios que devem fundamentar a supervisão clínico-territorial e o *modus operandis* da supervisão na política de saúde mental e reforma psiquiátrica no campo da tensão psicosocial.

Com base nas experiências de supervisão que temos podido acompanhar, e de reflexões teórico-clínicas e formulações feitas com Elia de 2009 a 2014, propomos alguns princípios operatórios para a supervisão clínico-territorial:

Na experiência da supervisão clínico-territorial, o supervisor, ao invés de operar a partir do discurso universitário, que parte da lógica do tudo saber, ou de um *saber-que-se-sabe*, apostando que o *ensino* possibilite uma *transmissão* sem perda, trabalha ancorado na função de analista, que aposta na impossibilidade de *tudo saber*, e trabalha com o *saber-que-não-se-sabe* – saber como verdade do sujeito revelada na fala do supervisionando –, renuncia, assim, a qualquer saber *a priori* (mesmo que o supervisor saiba e deva saber da teoria), e age de modo a suspender as certezas congelantes e sedativas dos participantes da equipe de saúde mental, colaborando para que esses produzam significantes novos.

É na função do analista, por excelência, que se ancora a função do supervisor. Este, contudo, não exerce a função de psicanalista na equipe, no sentido de condução de uma experiência de psicanálise em 'intensão', expressa na categoria conceitual de Lacan, constitutiva de uma dualidade dobradiça que articula dois campos – o da *intensão* e o da *extensão*.

A supervisão, por sua vez, é um dispositivo híbrido quanto a essa dualidade, porque ela se situa no ponto de articulação e ao mesmo tempo de distinção entre a psicanálise em *intensão* (há efeitos analíticos a serem entendidos clinicamente como modificação da posição do sujeito – membro da equipe de saúde mental – em supervisão) e *extensão* (há efeitos de transmissão da psicanálise, da direção de

tratamento a ser implementado em um serviço, que presentificam o discurso psicanalítico nas redes de saúde mental).

Mas, para além disso, a supervisão deve ainda tecer a intervenção do técnico no seu cotidiano com o campo ampliado do território, da rede propriamente dita, que não se reduz a uma entidade empírica (conjunto de serviços concretamente estabelecidos e existentes em determinado território), mas define-se, antes, como uma posição discursiva que consiste em não delimitar o serviço como o universo do tratamento, mas conceber a precariedade, a insuficiência e a parcialidade como características primordiais de cada "especialidade", de cada técnico, de cada serviço indo até mesmo à precariedade de cada setor social envolvido. "O todo não apenas não é a soma das partes como também não tem nada a ver com elas. Na partida que a parte joga com o todo, devemos tomar o partido dela." (LACAN, 1956/1998, p.867).

Assim, a equipe não deve ser entendida como "multidisciplinar", na concepção ilusória de que a soma das "especialidades disciplinares" de cada técnico, ainda que coloque a sua "contribuição" com "humildade" e senso de solidariedade coletiva, resultará em uma visão integral, completa, holística, de um caso clínico, por exemplo. O que a supervisão promove é a desespecialidade, o despir-se de cada especialidade que o técnico deve operar em si, de modo a tornar-se passível de afecção pela direção clínica que se delineia no trabalho coletivo sob supervisão, e operar sua função psicossocial a partir desta direção.

Cabe ao supervisor sustentar, assim, uma concepção de trabalho que funda a rede como exigível, produzindo o que chamaremos de *empuxo à rede*. "O supervisor é o primeiro elo da rede." (ELIA, 2011a, p.7).

O supervisor não é mestre ou guia de conduta da equipe, mas é o mediador da equipe de saúde mental, podendo assim relançar para o plano da mediação os conflitos de relacionamento que existem em todas as equipes.

A supervisão é "êxtima" – no sentido de Lacan – íntima e exterior a um só tempo. Por isso, o supervisor deve ser externo ao serviço, não pode ser coextensivo de um campo que ele cria.

A supervisão é essencial à formação das equipes de saúde mental, pois a experiência mostra que sem a supervisão a equipe sequer se forma. Se a supervisão é o que deve ser introduzido em uma equipe para que ela se torne verdadeiramente uma equipe,

isso não se opera à maneira de um fermento, um acréscimo que adiciona, que faz crescer, mas como uma operação de subtração. O que a supervisão 'acrescenta' é a perda de ilusão de autonomia, de 'autogestão', que se define pela possibilidade que uma equipe pode se dar de saber *a priori* o que deve ou não ser feito, o que deve ou não ser levado à supervisão, o que deve ou não ser priorizado, ao invés de abrir-se aos efeitos de um trabalho que lhe escapa, e do qual só poderá produzir algum saber *a posteriori* (ELIA, 2011a).

O supervisor não é um especialista, mas sobretudo alguém que interroga sobre todo e qualquer saber que se proponha prévio ao sujeito. Para isso deve ser alguém que já tenha se submetido ao processo de análise.

No que diz respeito aos custos de uma supervisão na clínica institucional pública, entendemos que ela não pode se limitar ao equivalente exclusivo do custo financeiro (dinheiro), e todos devem pagar por ela, o supervisor, o analisando e a instituição. Há um custo subjetivo implicado na supervisão que é impossível de dimensionar. O custo de uma supervisão dessa natureza deve ser situado fora do circuito do dinheiro, pois no Estado brasileiro todo sujeito tem o direito constitucional ao atendimento institucional público.

Finalizando este trabalho, esperamos ter demonstrado que a supervisão clínico-territorial é uma estrutura que se ancora em princípios psicanalíticos, sendo seu principal fundamento *o desejo do analista*.

Não é nossa intenção que todos os profissionais de saúde mental procedam segundo princípios clínicos da psicanálise, pois, uma vez instalado o dispositivo, outros saberes e práticas, e tipos de intervenção circulam no interior dos serviços. Foi para responder a esta questão que achamos oportuno formular a supervisão como um dispositivo clínico de transmissão e formação; na lógica por nós proposta, compreende toda e qualquer intervenção desde que não se anteceda ao sujeito e que não seja *a priori* um saber que se considere melhor que o outro.

Embora tenhamos respondido a algumas questões, de forma alguma consideramos que elas foram esclarecidas completamente, que estão prontas e acabadas; ao contrário, elas permanecem e continuam em aberto a depender da instituição do sujeito na articulação do real, do simbólico e do imaginário.

E para encerrar esta tese, mais uma vez as palavras de Lacan em *Televisão*: "Sempre digo a verdade: não toda, porque dizê-la toda não se consegue. Dizê-la toda é impossível, materialmente: faltam palavras. É por esse impossível, inclusive, que a verdade tem a ver com o real" (LACAN, 1973/2003b, p.508).

REFERÊNCIAS

ADVÍNCULA, Iaraci. Os acontecimentos da prática clínica contemporânea e a concepção de sujeito e mundo da modernidade. **Revista Interlocuções**, v.1, n.1, p.135-153, jan./jun. 2001.

ALVES, Domingos Sávio do Nascimento. **Comunicação pessoal à autora** em 21 set. 2010, às 14h30, na residência do autor, Rio de Janeiro, 2010.

AMÂNCIO, Valdene. **Uma clínica para o CAPS**. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

AMARANTE, Paulo D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.249-263, 1995b.

_____. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês (Org.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.47-53.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____ (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-66.

AURÉLIO, Buarque de Holanda Ferreira. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BAND, Ary. **Supervisão psicanalítica**: um estilo. 1994. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

BARLETA Cleuse M. Brandão. **Transmissão e supervisão**. Trabalho apresentado no I Congresso Latino Americano de Psicanálise na Universidade Estadual do Rio de Janeiro/VII Simpósio do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ. A clínica do mal-estar. Rio de Janeiro, 2011.

_____. A supervisão clínico-institucional. **Tecendo Redes - Psicanálise e Políticas Públicas**, Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba, v.1, p.29-45, 2013.

BARLETA, Cleuse Maria Brandão; ELIA, Luciano Fonseca. **A supervisão clínico-institucional**. Trabalho apresentado no IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Nacional de Psicopatologia Fundamental. O Amor e seus Transtornos. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2010.

BARROS, Maria do Rosário do Rêgo. A prática lacaniana nas instituições: uma experiência de vários. **Opção Lacaniana**, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, n.37, p.79-82, set. 2003.

BARROS, Romildo do Rego. Alguns pontos para a discussão sobre a prática da supervisão. **Revista Latusa**, Rio de Janeiro, n.6, 2000.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BOKANOWSKI, Thierry. A caça ao snark do supervisionado, 2. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p.89-99.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140p.

_____. Ministério da Saúde/DISAM. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43p. (Série D. Reuniões e Conferências, 5).

_____. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília. Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1990. 36p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 51).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

_____. **Portaria n.º 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. **Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 07 nov. 2014.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**: cuidar sim, excluir não. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.708.htm>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Laços - saúde mental em rede**: caderno reforma psiquiátrica. MS/SAS/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental. Edição Especial de Lançamento. Atualizado 30 de dezembro de 2004 – 14:31 hs. Brasília – DF. Disponível em: <<http://pvc.datasus.gov.br/documentos/La%C3%A7os%20Edi%C3%A7%C3%A3o%20de%20Lan%C3%A7amento%20-%20dezembro%202004%20-%20revisto%2030.121.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portarias n.º 52/GM/MS e n.º 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.174, de 7 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **II Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial ("Supervisão II")**. 18 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Mensagem eletrônica circular n.º 028/2007**, em 19 de dezembro de 2007. (O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **III Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial** ("Supervisão III"). 29 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Mensagem eletrônica circular n.º 24**, em 14 de outubro de 2008. (O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS) dirigida aos supervisores selecionados pelo edital de Supervisão de número III, abr. 2008.

_____. Chamada de Projetos – QUALI-CAPS. **V Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPE/SAS. Brasília, abr. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Primeira Chamada de Projetos – QUALI-CAPS. **V Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPE/SAS. Brasília, abr. 2010.

_____. **Edital da VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional**: Supervisão de Processos de Desinstitucionalização e Redes Substitutivas para os hospitais que possuem acima de 240 leitos. 2010/2012.

_____. Ministério da Saúde/SAS/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, v.6, n.9, jul. 2011. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9>. Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. **Portaria MS/GM n.º 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria n.º 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Republicada por ter saído, no DOU n.º 247, de 26 dez. 2011, Seção 1, págs. 233/234, com incorreção no original. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 10**, v.7, n.10, mar. 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p.

BROUSSE, Marie Hélène. Supervisão da clínica do Cliau-a. **Entrevários**, São Paulo, n.2, p.81-91, abr. 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3.ed. São Paulo:Hucitec, 2007. (Saúde em Debate, 131).

CHAUÍ, Marilena. **A consciência pode conhecer tudo?** Filosofia. São Paulo: Ática, 2000. p.83-87.

CLAVREUL, Jean. Perguntas a Jean Clavreul. In: DIDIER-WEILL, Alain. Pós-fácio. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.19-27.

COSTA, Teresinha; COUTINHO JORGE, Marco Antonio. Entre a supervisão e o controle: a psicanálise no SPA da universidade. In: LIMA, Marcia Mello de; ALTOÉ, Sonia (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p.241-259.

COTTET, Serge. Autonomia da supervisão. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n.35, p.47-50, jan. 2003.

COURNUT, Jean. Da solidão à troca na supervisão. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p.129-139.

COUTINHO JORGE, Marco Antonio (Org.). **Lacan e a formação do psicanalista**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

COUTINHO JORGE, Marco Antonio; FERREIRA, Nadiá Paulo. **Lacan o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

CZERMAK, Marcel. **Apanhar um fato clínico**. Trabalho apresentado no Seminário de Marcel Czermak. Paris, Saint-Anne/ALI, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.org.br/artigos/detalhe.asp?cod=51>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: BALBIER, Etienne *et al.* **Michel Foucault, filósofo**. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990. p.155-161.

DELGADO, Pedro Gabriel. A supervisão clínico-institucional: conceito e história. In: NUNES FILHO, Augusto (Org.). **Supervisão em saúde mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013. p.18-27.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. O campo da atenção psicossocial e a política pública. In: BRASIL Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Laços - saúde mental em rede**: caderno eletrônico da reforma psiquiátrica. Brasília (DF): MS, 2004.

DELGADO, Pedro Gabriel Goudinho; SCHECHTMAN, Alfredo; WEBER, Renata; AMSTALDEN, Ana Ferraz; BONAVIGO, Elizabete; CORDEIRO, Francisco; PÔRTO, Karime; HOFFMANN, Maria Cristina C. L.; MARTINS, Rita; GRIGOLO, Tânia. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental do Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.39-83.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

DIDIER-WEILL, Alain. Pós-fácio. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.144-154.

DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

DUMÉZIL, Claude. Observações sobre a prática institucional de Lacan. DIDIER-WEILL, Alain. Pós-fácio. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.36-43.

ELIA, Luciano da Fonseca. **Para além da sexualidade**: a psicose na psicanálise. 1992. Tese (Doutorado) - Departamento de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

_____. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Uape, 1995.

_____. **A equipe como recurso terapêutico**. Trabalho apresentado no Encontro de CAPS de Quissamã. Rio de Janeiro, dez. 2002.

_____. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **A supervisão psicanalítica da equipe em clínica institucional pública de saúde mental**. Trabalho apresentado no Congresso da ABENEPI em Curitiba/PR, maio 2005a.

_____. **Curso de formação em atenção psicossocial para crianças e adolescentes**. Módulo sobre Acolhimento Universal. [S.l.]: [s.n.], 2005b. p.1-5. (Cópia mimeografada).

ELIA, Luciano da Fonseca. Clínica e pesquisa na instituição pública de tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos. **Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista**, v.20, p.87-108, 2010a.

_____. **O inconsciente público e coletivo e a estrutura da experiência psicanalítica**. Trabalho apresentado no IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Nacional de Psicopatologia Fundamental. O Amor e seus Transtornos. Curitiba, 2010b.

_____. Incidences de la pratique psychanalytique dans les services publics de santé mentale au Brésil: une expérience de contrôle d'équipe. **Oxymoron**, 2, mis en ligne le 19 juin 2011a. Disponível em: <<http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3241>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

_____. Inconsciente e cidade. In: COMISSÃO EDITORIAL DO INSTITUTO APPOA (Org.). **Psicanálise e intervenções sociais**. Porto Alegre: APPOA, 2011b. v.1. p.32-44.

_____. **Projeto Pró-Ciência**. Documento de Trabalho. 2011c.

_____. A psicanálise na atenção psicossocial: o dispositivo psicanalítico ampliado na rede pública de saúde mental. **Tecendo Redes: psicanálise e políticas públicas**. Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba, n.26, p.69-85, 2013.

_____. **Uma equipe muito peculiar**: a equipe do CAPS. 2014. Inédito.

_____. **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Pequeno Hans**: a construção de uma experiência. (mimeo).

ELIA, Luciano da Fonseca; ALBERTI, Sonia (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. v.1.

ELIA, Luciano; COSTA, Roberta; PINTO, Rosemary Fiães. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: LIMA, Marcia Mello de; ALTOÉ, Sonia (Org). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p.129-135.

ERNETA, Luis Transcrição de algumas intervenções orais realizadas no Colóquio sobre a supervisão. **Correio**, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, n.33, p.24-26, jul. 2001.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista RA'E GA – O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, n.17, p.31-41, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 4. ed., 2004.

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**: revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC, Barbacena, v.3, n.5, p.43-55, nov. 2005.

_____. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, v.1, n.1, p.63-69, dez. 2008.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. Fala e acontecimento em análise. **Revista Percursos**, v.6, n.11, p.45-50, 1993.

FINGERMAN, Dominique. **Cartel ainda**. Disponível em: <<http://www.champlacanien.net/public/docu/4/epCartelFingermann.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

FONTENELE, Laéria B. Caminhos e descaminho da supervisão em psicanálise. In: JORGE, Marco Antonio Coutinho (Org.). **Lacan e a formação do psicanalista**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. p.263-278.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1979). Sobre a história da sexualidade. In: _____. **Microfísica do poder**. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.243-276.

_____. (1973-1974) **Le pouvoir psychiatrique**: Cours au Collège de France. 1973-1974. Paris: Seuil/Gallimard, 2003.

_____. (1984). Polêmica, política e problematizações. In: _____. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Ditos e Escritos, V). p.225-234.

_____. (1987). **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FREUD, Sigmund (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12. p.164-187.

_____. (1913). Sobre o início do Tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12. p.164-187.

FREUD (1904 [1904]). Sobre a psicoterapia. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v.7. p.267-278.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v.7. p.129-252.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.14. p.85-119.

_____. (1915). As pulsões e suas vicissitudes. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974a. v.14. p.137-162.

_____. (1915). O inconsciente. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. v.14. p.191-245.

_____. (1920). Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.17. p.287-312.

_____. (1921). Psicologia de grupo e a análise do ego. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.18. p.89-179.

_____. (1923). O ego e o ID. In: _____. **O ego e o id e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19. p.23-83.

_____. (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia. In: _____. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.18. p.287-312.

_____. (1910). Um tipo especial de escolha do objeto feita pelos homens (Contribuições à psicologia do amor). In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.11. p.149-162.

_____. (1913 [1912-13]). Totem e tabu. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.13. p.20-191.

_____. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.17. p.171-179.

FREUD (1919 [1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. v.17. p.201-211.

_____. (1919 [1918]). Sobre o ensino da psicanálise na universidade. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. v.17. p.217-210.

_____. (1927). Pós-escrito do texto 'A questão da análise leiga'. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p.285-300.

_____. (1927). O futuro de uma ilusão. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.21. p.15-63.

_____. (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.21. p.73-148.

_____. (1933 [1932]). Por que a guerra? In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.22. p.241-259.

_____. (1937). Análise terminável e interminável. In: _____. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.23. p.225-270.

FUX, Sara Pérola. Autorizar-se de si mesmo... e de alguns outros. **Correio**, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, n.32, p.23-25, abr. 2001.

GARCIA, Célio. **Psicanálise, política e lógica I**. 2.ed. São Paulo: Escuta, 1995. Disponível em: <<http://www.psicanalisedebrasileiro.com.br/artigo%20garcia.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

_____. **Clínica do social**. 3.ed. Belo Horizonte: Projeto, 2000.

GODINO CABAS, Antônio. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan**: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GUERRA, Andréa M. C.; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: CRV, 2010.

HOUBBALLAH, Adnan. Supervisão com Lacan. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.44-50.

JONES, Ernest (1961). **Vida e obra de Sigmund Freud**. Tradução Marco Aurélio de Moura Mattos. Rio de Janeiro: Guanabara, 1979.

JULIEN, Philippe. O fim de uma sessão. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.51-56.

KESSLER, Carlos Henrique. **A supervisão na clínica-escola**: o ato no limite do discurso. 2009. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LACAN, Jacques. **Le savoir du psychanalyste**: Aula de 4 de novembro de 1971, Hospital SainteAnne, Paris. Inédito. (tradução nossa).

_____. (1954-1955). **O seminário, livro 2**: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1955-1956). **O seminário, livro 3**: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1964). **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1953-1954). **O seminário, livro 1**: os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. (1960-1961). **O seminário, livro 8**: a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1969-1970). **O seminário, livro 17**: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1971-1972). **O seminário, livro 19**: o saber do psicanalista. CEF-Recife: Publicação não comercial, 1997.

_____. (1945). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: _____. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.197-213.

_____. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: _____. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.152-194.

_____. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.96-103.

LACAN, Jacques. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: _____.
Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.238-324.

_____. (1956). Situação da psicanálise e formação do analista em 1956. In: _____.
Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p.461-495.

_____. (1956). O seminário sobre "A carta roubada". In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p.13-66.

_____. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: _____.
Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.496-533.

_____. (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose.
In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p.537-590.

_____. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**.
Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p.591-652.

_____. (1958). A significação do falo (Die Bedeutung des Phallus). In: _____.
Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c. p.692-703.

_____. (1960). A posição do inconsciente. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998a. p.829-864. (Original 1960 e retomado em 1964 Congresso de Bonneval no livro a ser publicado por Desclée de Brouwer).

_____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano.
In: _____. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p.793-842.

_____. (1965). A ciência e a verdade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.869-892.

_____. (1957-1958). **O seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1945-1946). O número treze e a forma lógica da suspeita". In: _____. **Outros escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.91-105.

_____. (1947). A psiquiatria inglesa e a guerra. In: _____. **Outros escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.106-126.

_____. (1964). Ato de fundação. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.235-247.

_____. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p.243-264.

_____. (1970). Radiofonia. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.400-447.

_____. (1973). Nota italiana. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p.311-315.

_____. (1973). Televisão. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p.509-543.

_____. (1962-1963). **O seminário, livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. (1959-1960). **O seminário, livro 7**: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. (1966-1967). **O seminário, livro 14**: a lógica da fantasia. Título original: La Logique du fantasme. Publicação interna da Association lacanienne internationale. Inédito. Publicação não comercial exclusiva para os membros do Centro de Estudos Freudianos do Recife. Recife, out. 2008.

_____. (1972-1973). **Seminário 20**: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. (1971-1972). **O seminário, livro 19**: ...ou pior. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

_____. (1974-1975). R.S.I. **Seminário, livro 22**. Inédito.

_____. (1980). D'Écolage. **Revista da Letra Freudiana**, Escola, psicanálise e transmissão: Documentos para uma escola. v.1, n.0. Inédito.

_____. IV Jornadas de Estudos de Cartéis da Escola Freudiana – Sessão de Encerramento. **Revista da Letra Freudiana**, Escola, psicanálise e transmissão: Documentos para uma Escola, v.1, n.0. Inédito.

LAURENT, Éric. Sete problemas de lógica coletiva na experiência da psicanálise segundo o ensinamento de Lacan. **Opção Lacaniana**, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, n.26/27, p.17-34, abr. 2000.

LECLAIRE, Serge. **État des lieux de la psychanalyse**. Paris. Albin Michel, 1991.

LEGUIL, François. Questões colocadas por Leguil. In: MILLER, Jacques Allain. **O debate**. São Paulo: Opção Lacaniana, 2003. p.67.

LEILA DINIZ. In: CASTRO, Ruy. **Ela é carioca**: uma enciclopédia de Ipanema. São Paulo: Companhia de Freud, 1999.

LIMA, Jeremias Ferraz. **Pulsão e libido**: um estudo comparativo da teoria psicanalítica. Rio de Janeiro: Mauad, 2000. v.1.

LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.1459-4592, dez. 2011.

MANNONI, Maud. Risco e possibilidade da supervisão. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. São Paulo: Escuta, 1992. p.37-39.

MAURANO, Denise. Um estranho no ninho ou a psicanálise na universidade. In: COUTINHO JORGE, Marco Antonio. **Lacan e a formação do analista**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p.209-227.

MIJOLLA, Alain de. Algumas ilustrações das situações de 'supervisão' em psicanálise. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. São Paulo: Escuta, 1992. p.115-128.

MILLER, Jacques-Alain. Para introduzir o efeito-de-formação. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. **Correio**, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, São Paulo, n.37, p.8-15, mar. 2002.

_____. A confiança dos supervisores. **Opção Lacaniana**, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, n.35, p.63-84, 2003.

MILNER, Jean Claude (1995). **A obra clara**: Lacan, a ciência, a filosofia. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

MOSCOVITZ, Jean-Jacques. "Você me disse isso hoje..." sobre a prática de Lacan. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.72-80.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Júnior, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Ed. Fiocruz, 2006. p.669-688.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

OURY, Jean. **O coletivo**. Tradução de Antoine Ménarde *et al.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PARANÁ. **Lei Estadual n.º 11.189 de 09/11/1995**. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2012.

PESSOA, Silvana. **Cartel**: uma aposta no dispositivo. Disponível em: <http://www.campolacanianosp.com.br/textos/cartel_uma_aposta_no_dispositivo.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2015.

PINTO, Rosemary Fiães. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos**: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4579-4589, dez. 2011.

RABAIN, Jean-François. A caça ao snark do supervisionado, 1. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p.79-87.

RABINOVICH, Diana S. **O desejo do psicanalista**: liberdade e determinação em psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia d Freud, 2000.

REVUE INTERNACIONALE D'HISTOIRE DE LA PSYCHANALYSE. 2/1989. Freud, as correspondences et ses correspondants - Sur la formation psychanalytique en France. DOCUMENTOS INÉDITS: La séance du 26 février 1909 de la Société psychanalytique de Vienne Paris, novembre 1943. PUBLIÉ AVEC LE CONCOURS DU CENTRE NATIONAL DES LETTRES. Presses Universitaires de France, 1989.

ROHMANN, Chris. **O livro das idéias**: pensadores, teorias, e conceitos que formam a nossa visão de mundo. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reforma na Itália. In: BEZERRA JUNIOR, Benilton (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1990. p.41-67.

ROUDINESCO, Elisabeth. **História da psicanálise na França**: a Batalha dos Cem Anos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. v.2.

_____. **História da psicanálise na França**: a Batalha dos Cem Anos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. v.1.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.746-747.

SAFOUAN, Moustapha. **Jacques Lacan e a questão da formação dos analistas**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1985.

_____. Sobre a distinção lacaniana entre a psicanálise terapêutica e a psicanálise didática. In: Trabalhando com Lacan: na análise, na supervisão, nos seminários. DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.81-88.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teórico e metodológico da geografia. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida de; SILVEIRA, Maria Laura (Org.). **Território**: globalização e fragmentação. 4.ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998. p.15-20.

_____. **A natureza do espaço**: técnica e tempo; razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. (2000). Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.1, v.8, p.309-314, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100024>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. (1985). **Espaço e método**. 5.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.150-154.

_____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá Editora; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.

SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de lingüística geral**. 10.ed. São Paulo: Cultrix, (s.d.).

SCHOPENHAUER, Arthur. **A arte de escrever**. Tradução, organização, prefácio e notas de Pedro Süsskind. Porto Alegre: L&PM, 2009. (Coleção L&PM POCKET, v.479).

SCHRÖTER, Michael. Un dialogue scientifique entre Freud et Fliess – Le projet d'étude sur la neurasthénie (1893). **Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse**, v.2, p.109-146, 1989.

SHORTELL, Stephen M.; GILLIES, Robin R.; DEVERS, Kelly J. Reinventing the American hospital. **Milbank Quarterly**, v.73, n.2, p.131-160, 1995.

SILVA, Luis Jacinto. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.585-593, 1997.

SIMONEY, Dominique. Lacan, grande homem. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.99-111.

SMIRNOFF, Victor. Análise e supervisão: um problema de codificação. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992a. p.101-114.

_____. A supervisão como situação a dois. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992b. p.141-157.

SOLER, Colette. Uma prática sem tagarelice. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). **Trabalhando com Lacan**: na análise, na supervisão, nos seminários. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p.112-121.

STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992a.

_____. Em que lugar, em que enquadre, para que fins falar de seus pacientes? In: **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992b. p.15-35.

TIZIO, Hebe. Ocorre que, às vezes, um rinoceronte nos refresca a memória. Tradução de Sara Pérola Fux. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n.35, p.56-59, jan. 2003a.

_____. O passe. **Opção lacaniana**, São Paulo, n.36, p.17-19, maio 2003b.

VALABREGA, Jean-Paul. A análise quarta. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992a. p.41-53.

_____. A dupla experiência da análise e da formação. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992b. pp.165-170.

ZALTZMAN, Nathalie. 'Demanda de supervisão' e resistência à análise. In: STEIN, Conrad (Org.). **A supervisão na psicanálise**. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p.55-78.

ZENONI, Alfredo. Orientação analítica na instituição psiquiátrica. **Mental** - Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée – EEP, n. 10, maio 2002.

ANEXO A - De nossos antecessores

Relatamos basicamente a experiência de um profissional da área de saúde mental envolvido na história da implantação da supervisão no sistema público de saúde reconhecendo que em sua fala muitos outros estivessem presentes.

Esclarecemos que o resgate da memória por meio de narrativa vivencial não teve a pretensão de ser exaustivo. A entrevista não ocorreu sob rigor metodológico visto que seu objetivo era apenas situar os momentos de ocorrência da supervisão no âmbito da saúde pública. No relato procuramos identificar a concepção de supervisão que orientava os trabalhos, os atores envolvidos e o contexto em que se deu a implantação do dispositivo de *Supervisão Clínico-Institucional em Serviços de Saúde Mental*, e, mais especificamente no Rio de Janeiro.

Domingos Savio do Nascimento Alves (Rio de Janeiro)

Domingos Savio do Nascimento Alves é médico neurologista, especialista em psiquiatria social e em planejamento de sistemas de saúde e Servidor do Ministério da Saúde. Neste ministério foi diretor do Departamento de Promoção e Assistência à Saúde e exerceu a função de coordenador de Saúde Mental durante dois períodos: de maio de 1991 a janeiro de 1993 e de fevereiro de 1995 a agosto de 1996. Durante o período de sua primeira gestão, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Consideramos relevante sua permanência como consultor técnico da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2001-2010). Atualmente é voluntário do Instituto Franco Basaglia (IFB).

Sávio relata que nos anos 80 a discussão sobre supervisão se dava no âmbito da transformação dos serviços. Naquela época, no campo da saúde mental havia dois grupos bastante politizados. Uma vertente alinhava-se à Psicanálise Institucional, que tentava fazer a junção entre psicanálise clínica e política; a outra vertente pensava a supervisão na perspectiva de intervenção como ato clínico.

O primeiro grupo era capitaneado por três psicanalistas, da 'análise institucional', vindos da Argentina: Osvaldo Saidon, Eduardo Lociser e Gregório Barembli, que fundaram o primeiro Instituto de Análise Institucional no Rio de Janeiro. O único que se estabeleceu no Brasil foi o Eduardo Lociser e permanece aqui no Rio de Janeiro. Barembli ficou por certo tempo, foi para Minas, para Belo Horizonte, Uberaba, saiu dos holofotes devido ao período da ditadura, e na abertura, voltou para Buenos Aires. O outro grupo mais politizado, mais ligado à saúde coletiva e à saúde pública, tinha a perspectiva da psicanálise como ato clínico e uma das representantes era a Dr.^a Ana Pitta, que, à época, era coordenadora dos ambulatórios de São Paulo e viria a ser supervisora do primeiro CAPS na capital paulista. Ana Maria Fernandes Pitta, médica psiquiatra, especialista em saúde pública, administração pública e em Psicanálise; mestre e doutora em Medicina Preventiva, com pós-doutorado em Epidemiologia e Psiquiatria Social, professora e pesquisadora. Foi a Coordenadora da Escola de Supervisores de Saúde Mental 2005-2007 da Secretaria da Saúde da Bahia.

Nas palavras de Sávio, quando o primeiro CAPS foi aberto, na Rua Itapeva em São Paulo, a supervisão era coletiva, horizontal, interessante, e não se estabeleceu a priori quem seria o supervisor, iniciava-se assim a supervisão numa perspectiva de intervenção clínica.

Todos os CAPS do Rio de Janeiro iniciaram-se com supervisão, conforme Domingos Sávio. Esse dispositivo já existia no CAPS da Prefeitura em Irajá, inaugurado em 1996; porém, do ponto de vista histórico, a supervisão no Rio de Janeiro começa em 1997, com a celebração do convênio do IFB com a Secretaria Municipal de Saúde e a instalação do CAPS da Zona Oeste, em Campo Grande, a região mais pobre do Rio, e do CAPS de Santa Cruz.

A supervisão institucionalizou-se quando da assinatura do contrato por Pedro Delgado, então presidente do Instituto Franco Basaglia, que a definiu como a principal atividade. A partir daí a supervisão tornou-se efetivamente institucionalizada nos CAPS, mas não a condição funcional dos supervisores. Tanto é que houve um período de transição governamental na prefeitura (2009), na troca de secretário, em que os supervisores continuaram prestando

supervisão mesmo sem a renovação de contrato. Nessa época os supervisores fizeram um movimento resultando num abaixo assinado dos supervisores (cópia anexo II). A primeira supervisora foi Paula Cerqueira, do CAPS Luiz Correia, no Irajá. A Erotildes Leal foi supervisora em Campo Grande e O Ricardo em Santa Cruz. Mais recentemente o Luciano Elia, a Ana Cristina Figueiredo, o André Vieira, a Cristina Ventura e outros.

Nos 10 anos que o IFB manteve convênio com a prefeitura, os CAPS eram geridos pela prefeitura e diz Sávio: *"nossa participação era na supervisão e contratação adicional de Recursos Humanos, quando a prefeitura não tinha. Então, só para se situar: quando a gente abriu o primeiro CAPS em Campo Grande, 80% da mão de obra era contratada por nós. Quando nós saímos, em 2008, só 15% era contratada pelo IFB, todos os outros eram funcionários estatais da prefeitura. Então, de fato, a prefeitura foi incorporando a política de saúde mental como uma política pública e no final, quando nós saímos, havia 10 CAPS e menos de 20% eram funcionários nossos, terceirizados"*. Para ele, é importante demarcar a diferença na liderança de uma ação, quando se trata de uma ONG da área de saúde mental que nasceu inclusive da vontade de implantação de uma política diferenciada, do movimento que ocorre mais recentemente, a partir de 2010, com os convênios e contratos firmados com as mais diversas organizações sociais, de todo o Brasil, no projeto de ampliação da rede CAPS. Atualmente algo inverso acontece, vai saindo o Estado e entrando as organizações sociais, a exemplo do Estado de São Paulo e do Paraná, e mesmo no Rio, que tem 19 CAPS (2010) e em torno de 60% de seus funcionários são terceirizados. Sávio complementa: *"Em nosso convênio a prefeitura determinava o que deveria ser feito, além do serviço de assistência, tínhamos que coletar os dados, fazer relatórios, a única escolha que não era determinada pela prefeitura (nossa) era a do supervisor"*. Também fazia parte desse convênio o curso de especialização.

Domingos Sávio destaca que no Rio de Janeiro a contratação de ONGs e entidades é sempre feita por seleção pública, notificada em diário oficial, com todos os requisitos. E conta que em 2008/2009 houve nova seleção pública e o IFB perdeu por questões relacionadas à documentação, sendo considerado inapto do ponto de vista burocrático e legalista, mas apto e com intenção de continuar realizando o trabalho de supervisão. Assim, o IFB manteve a parceria nos CAPS até 2008 e, em 2000, foi estabelecido convênio com outra instituição, a APPEC (Assistência e Pesquisa em Psicologia Educação e Cultura).

ANEXO B - Carta dos supervisores de caps (Centro de Atendimento Psicossocial)
da rede de saúde mental do município do rio de janeiro, endereçada
aos trabalhadores de saúde mental e demais profissionais da saúde
como também à gestão municipal de saúde e saúde mental

"Todos nós conhecemos, por dentro, ainda que em diferentes níveis e modos de exercício profissional, o Campo da Saúde Mental, e portanto experimentamos de perto seus celebráveis êxitos, seus impasses, seus avanços mas também seus eventuais fracassos, com os quais, nos melhores casos, aprendemos a produzir novos avanços.

Conhecemos, assim, a enormidade da tarefa de mudar radicalmente o mapa da assistência praticada no Brasil aos portadores de doença mental, historicamente caracterizada pelas práticas de asilamento e exclusão social, destituídas de toda e qualquer forma de tratamento e assistência ao grave sofrimento psíquico, com freqüente ruptura de laços sociais, falta e suporte familiar e de sustentação de vínculos comunitários, entre outras misérias.

Há mais de 20 anos muitos de nós vêm lutando diuturnamente com essa realidade, que se constitui para nós, sem dúvida alguma, como um campo de exercício profissional e de trabalho – e não de sacerdócio ou sacrifício – mas também como uma causa ética e política. No Município do Rio de Janeiro, vimos construindo – gestão, trabalhadores e supervisores, uma rede de atenção psicossocial importante, que vem tentando responder de forma territorial e intersectorial às demandas, exigências e desafios que o campo da saúde mental impõe em uma cidade com a complexidade metropolitana do Rio de Janeiro, e dentro das diretrizes da atual política pública de saúde mental brasileira (elaborada de forma democrática e pactuada por diferentes setores sociais envolvidos).

Na construção da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro, uma particularidade se destaca, marcando uma diferença em relação às experiências de construção de rede de outras metrópoles brasileiras: trata-se da prática da supervisão clínico-institucional em todo serviço de alta complexidade, intensividade e base territorial (CAPS II, CAPSi e CAPS-AD): em todos eles, a gestão municipal de saúde mental (que mantém a mesma equipe desde o início da construção da rede, há cerca de 15 anos), sempre sustentou o trabalho dos supervisores nesses serviços, sempre garantiu a prática da supervisão, hoje estendida para a rede territorial que é articulada pelo CAPS presente no território.

Este é um aspecto a ser destacado, não apenas porque constitui uma particularidade de nossa cidade, mas porque garante que o trabalho de construção de rede se faça de forma infinitamente mais eficaz, na articulação das dimensões clínica e política, interna e externa ao serviço, de tratamento em sentido estrito e de criação/extensão de laços sociais comunitários dos usuários, aspecto que não se dissocia do tratamento tal como proposto por uma clínica concebida como ampliada e anti-manicomial.

Caracterizamos este quadro para dar lastro a uma posição que tomamos, como supervisores clínico-institucionais de CAPS, em primeiro lugar, mas como trabalhadores de saúde mental, de forma mais ampla, diante de uma situação político-administrativo-trabalhista que se colocou para nós: por vicissitudes que vieram a inviabilizar ou exigir a reconfiguração de alguns Termos de Cooperação Mútua mantidos pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro com organizações da sociedade civil que, submetidas aos critérios públicos quanto às condições de trabalho e pagamento, vinham viabilizando a contratação dos profissionais supervisores, vimo-nos diante da contingência de ficar, no mínimo, 3 meses sem recebermos remuneração por nossos serviços.

Três opções, no mínimo, se colocariam: 1) parar de trabalhar por este período, até que as condições de contratação e remuneração se estabelecessem; 2) continuar trabalhando sem nenhuma reação ou discussão, como se nada tivesse havido, em função da indiscutível relevância de nosso trabalho, reconhecido e demandado pelas equipes de trabalhadores; Recusando veementemente essas duas opções, decidimos por tomar uma terceira posição; 3) seguir trabalhando sim, em condições a serem estabelecidas pelo conjunto dos

supervisores mas respeitando as particularidades de cada equipe e de cada serviço, mas sobretudo produzindo uma discussão capaz de politizar essa situação, em uma clara demonstração à gestão municipal, à comunidade de trabalhadores com os quais trabalhamos, à comunidade mais ampla de trabalhadores de saúde mental e de saúde, à população com que trabalhamos e à sociedade em geral que entendemos:

- a) que nosso trabalho é fundamental e que por isso não o interromperemos;
- b) que entendemos o empenho histórico da atual gestão em garantir a supervisão clínico-institucional em todos os serviços territoriais da cidade, o que confere credibilidade à dita gestão quanto ao entendimento de que o que se passa no momento não é fruto de eventuais mudanças nos ventos das intenções e diretrizes desta gestão, nem mesmo de sua negligência, e que portanto pretendemos fortalecer todas as iniciativas e esforços que devem ser imediatamente implementados para o restabelecimento da normalidade na sustentação de nosso trabalho de supervisão clínico-institucional;
- c) que manteremos um Fórum Permanente de Supervisores de CAPS para sustentar esta discussão e para produzir atos capazes de modificar a situação anômala e inaceitável que se produziu, no entendimento conclusivo de que sustentar o eventualmente insustentável é a única forma de atravessá-lo e assim ultrapassá-lo".

Assinam a Carta os seguintes Supervisores (em ordem alfabética):

Ana Cristina Figueiredo
 Cristina Duba Silveira
 Cristina Ventura
 Deborah Uhr
 Erotildes Leal Maia
 Luciano Elia
 Mara Faget
 Maria da Glória Maron
 Maria Inês Lamy
 Mauro Rechtand
 Nuria Malajovich
 Paula Borsoi
 Paula Cerqueira
 Simone Delgado
 Vanessa Klein

09 de janeiro de 2009