



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Viviane Camara Serruya

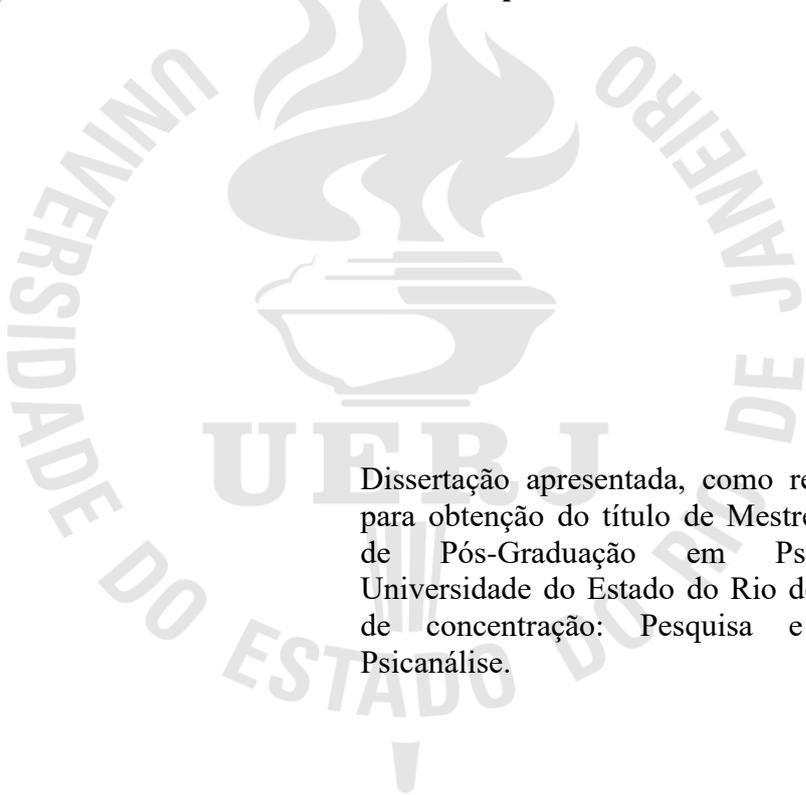
**Supervisão Clínicoinstitucional: uma experiência de bem dizer a clínica**

Rio de Janeiro

2017

Viviane Camara Serruya

**Supervisão Clinicoinstitucional: uma experiência de bem dizer a clínica**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Doris Luz Rinaldi

Rio de Janeiro

2017

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

F676	<p>Serruya, Viviane Camara. Supervisão Clinicoinstitucional: uma experiência de bem dizer a clínica / Viviane Camara Serruya. – 2017. 116 f.</p> <p>Orientadora: Doris Luz Rinaldi. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.</p> <p>1. Psicologia Social – Teses. 2. Centro de Atenção Psicossocial – Teses. 3. Política de saúde mental – Teses. I. Rinaldi, Doris Luz. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.</p>
es	CDU 316.6

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

---

Assinatura

---

Data

Viviane Camara Serruya

**Supervisão Clínicoinstitucional: uma experiência de bem dizer a clínica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 13 de junho de 2017.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Doris Luz Rinaldi (Orientadora)  
Instituto de Psicologia da UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Ana Cristina Figueiredo  
Instituto de Psicologia da UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Paola Frare  
Instituto de Psicologia da UFF

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Doris Rinaldi que, incansavelmente, me levou a avançar cada vez mais em minhas elaborações e reflexões.

Às prof. Ana Cristina Figueiredo e Ana Paola Frare, por terem aceitado fazer parte de minha banca de qualificação, enriquecendo o trabalho de pesquisa com suas observações e apontamentos.

A todos os professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ.

A meu companheiro Francisco Fontoura, pelo incentivo e por suportar minha imersão nos estudos ao longo dessa trajetória.

A minha irmã Tatiana, pela paciência e acolhimento da minha angústia na elaboração desta dissertação.

À minha família, por sempre me apoiar em minhas escolhas.

## RESUMO

SERRUYA, V.C. *Supervisão clinicoinstitucional: uma experiência de bem-dizer a clínica*. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Visamos nessa dissertação analisar o dispositivo de supervisão clinicoinstitucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos recursos estratégicos na consolidação da transformação e reestruturação da assistência no campo da saúde mental. A supervisão clinicoinstitucional surge a partir da implementação dos ditos “novos serviços” que têm como mandato oferecer um acompanhamento aos pacientes com sofrimento psíquico grave, segundo a lógica do território, desmontando aos poucos a lógica de assistência hospitalocêntrica. A complexidade e os desafios colocados ao longo desta tarefa de subversão dos modos tradicionais de pensar e fazer clínica tornam necessários e, mais do que isso, condição, um espaço de discussão, reflexão e elaboração desse novo projeto junto à equipe, o que se pretende ao longo dos encontros de supervisão clinicoinstitucional. Situam-se, assim, os profissionais na posição de “aprendizes da clínica”. Nesse sentido, a supervisão contribui para a qualidade do cuidado e para a consolidação da política em saúde mental, na medida em que oferece uma “formação permanente” ou “educação permanente” a partir da própria prática no dia a dia dos novos serviços, apresentando efeitos nos operadores do campo da saúde mental. Portanto, a mudança almejada não se resume à abertura de novos serviços ou unicamente às ações de políticas públicas, apesar de serem cruciais neste processo, é necessário outro recurso: a supervisão clinicoinstitucional.

Palavras-chave: Supervisão clinicoinstitucional. Centro de Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## ABSTRACT

SERRUYA, V.C. *Clinical Institutional Supervision: a clinical experience*. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Aiming at this dissertation, we analyze the institutional clinical supervision device in the Psychosocial Care Centers (CAPS) as one of the strategic resources in consolidating the transformation and restructuring of mental health care. Institutional clinical supervision arises from the implementation of the so-called "new services", whose mandate is to provide care for those with severe psychological suffering according to the logic of the territory, gradually dismantling the logic of hospital-centered care. The complexity and challenges posed throughout this task of subversion of traditional ways of thinking and doing clinical practice becomes necessary and, more than that, a space for discussion, reflection and elaboration of this new project with the care team, which it is intended throughout the institutional clinical supervision meetings. Thus, professionals are placed in the position of "clinical apprentices". In this sense, supervision contributes to the quality of care and to the consolidation of mental health policy as it offers a "permanent education" or "lifelong education" from the daily practice of new services, affecting the mental health field. Therefore, the desired change is not only with the opening of new services, nor even through public policies, although both are crucial in this process, another resource is needed: clinical institutional supervision.

Keywords: Supervision. Psychosocial Care Centers. Brazilian Psychiatric Reform.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
1	<b>A SUPERVISÃO NO CAMPO DA PSICANÁLISE: breve história</b> .....	16
1.1	<b>Espontaneidade: característica inaugural na busca por supervisão</b> .....	17
1.2	<b>A institucionalização da supervisão</b> .....	23
1.3	<b>A escola de Lacan e sua concepção da supervisão</b> .....	32
2	<b>SUPERVISÃO CLINICOINSTITUCIONAL E SEU PAPEL JUNTO AOS CAPS</b> .....	43
2.1	<b>Reforma Psiquiátrica e a inauguração do CAPS: espaços estratégicos na transformação da assistência</b> .....	43
2.2	<b>Supervisão clinicoinstitucional: recurso de transformação da assistência em saúde mental</b> .....	51
2.3	<b>Supervisão: clínica e instituição</b> .....	67
3	<b>O DISPOSITIVO DE SUPERVISÃO CLINICOINSTITUCIONAL: UM CAMINHO PARA BEM-DIZER A CLÍNICA</b> .....	80
3.1	<b>Construção de um espaço de fala</b> .....	80
3.2	<b>Lugar êxtimo: dentro e fora a um só tempo</b> .....	83
3.3	<b>Transferência de trabalho</b> .....	87
3.4	<b>Discussão de caso em supervisão</b> .....	97
3.4.1	<u>Breve relato histórico do caso e seu acompanhamento pelo CAPS antes do início das discussões realizadas em supervisão clinicoinstitucional:</u> .....	98
3.4.2	<u>Aparecimento do caso em supervisão clinicoinstitucional e os desdobramentos em seu acompanhamento:</u> .....	102
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	108
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112

## INTRODUÇÃO

A existência de uma distância significativa entre aquilo que constitui a missão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no âmbito da política de Saúde Mental oriunda da Reforma Psiquiátrica, ou seja, transformação e redirecionamento da assistência à clientela com sofrimento psíquico grave, e a realidade encontrada em tais serviços, é o que nos conduz à pesquisa do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional com orientação psicanalítica.

Para o entendimento da relevância deste estudo relativo à supervisão, um breve relato é importante acerca do que nos levou ao recorte do tema de pesquisa. Em 2012, fomos aprovados no Programa de Residência em Saúde Mental, obtendo então a oportunidade de trabalhar em alguns serviços da rede de atenção psicossocial, todos situados na cidade do Rio de Janeiro.

Ao longo da residência, determinadas situações apresentadas pelos usuários, assim como o modo de funcionamento e a lógica de assistência de alguns serviços, causaram forte impacto e vários questionamentos devido a impasses, contradições e, inclusive, retrocessos constatados na “nova” maneira de se fazer clínica. É preciso ressaltar que esta era a primeira experiência com a psicose, logo, a condição subjetiva dos usuários acompanhados era algo novo que, por si só, intrigava e mobilizava toda sorte de afetos.

A maioria dos usuários atendidos apresentava histórico de longas internações e quadros de grande comprometimento subjetivo. Suas histórias, em geral, eram também marcadas por muitas dificuldades, como: falta de recursos financeiros, de apoio familiar, de moradia digna de ser chamada de lar e por manterem relações sociais frágeis. Estes fatores muitas vezes contribuíam para o agravamento de seus quadros de adoecimento, na medida em que ficavam vulneráveis a situações sociais complexas, portanto seus obstáculos não se limitavam a questões de ordem psiquiátrica.

É relevante notar que a residência se configura como primeira experiência de trabalho para os residentes, geralmente jovens e recém-graduados, o que contribui à construção de muitas expectativas frente aos serviços. Espera-se, ingenuamente, encontrar na prática uma realidade fidedigna a tudo que se estudou e pesquisou acerca da Reforma Psiquiátrica, da clínica de atenção psicossocial, do manejo às crises dos pacientes etc. Mas a realidade nos serviços apresenta grande distância (que é de se estimar) do esperado, levando os residentes a posições diferentes diante desse descompasso: uns ficavam em postura queixosa diante dos

impasses observados, outros assumiam a reivindicação junto às equipes, havendo também aqueles que tentavam, da melhor maneira, contribuir para o “bom” funcionamento do serviço.

Foi justamente a observação do desencontro importante entre aquilo que está estabelecido como direção de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): transformação e reelabora-a-ação da assistência prestada a pacientes com sofrimento psíquico grave, e a realidade encontrada nos chamados novos serviços que nos conduziu à pesquisa a partir da seguinte pergunta: **Que lugar pode ter a supervisão clinicoinstitucional no enfrentamento dos efeitos deste desencontro?**

Diante da pergunta, importa dizer que não desconsideramos o fato de que sempre haverá descompasso entre o que foi elaborado no projeto da reforma, ou seja, o plano teórico, por vezes carregado de ideais, e aquilo possível no plano da realidade para as equipes de saúde mental. Tampouco desconsideramos que a reforma é um processo contínuo, que impõe constante e permanente reafirmação a partir das práticas diárias.

Nossa hipótese é que a supervisão clinicoinstitucional possui papel importante a desempenhar os princípios da reforma psiquiátrica no dia a dia do serviço, na micropolítica que sustenta desde as intervenções e manejo junto ao usuário, assim como junto às equipes.

A supervisão clínico institucional situa-se, assim, como objeto de investigação por acreditarmos que grande parte das dificuldades, impasses e embaraços experimentados pelas equipes, ao serem tomados, nos encontros de supervisão, como motivo de reflexão, discussão e problematização são passíveis de serem superados, relativizados, ou propiciadores de uma oportunidade para avanços importantes na construção de uma nova maneira de se fazer clínica que tome o sujeito como norteador do trabalho. É justamente esse processo de problematização das práticas presentes no dia a dia dos novos serviços que pode dar sustentação à reforma, fazendo com que ela avance. Assim, a própria prática na saúde mental torna-se um espaço de aprendizado em relação à clínica, ao construir, em supervisão, uma direção de trabalho clínico-institucional no caso a caso.

É justamente este processo de problematização das práticas presentes no dia a dia dos novos serviços que pode dar sustentação à reforma, fazendo com que ela avance. Assim, a própria prática na saúde mental torna-se um espaço de aprendizado em relação à clínica, ao construir, em supervisão, uma direção de trabalho clinicoinstitucional no caso a caso.

Pensamos que é somente a partir do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional que o CAPS pode cumprir seu mandato de transformação da assistência. É importante destacar

que os CAPS<sup>1</sup> se configuram como um dos serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial, que abarca também as residências terapêuticas, os centros de convivência, a estratégia de saúde da família, entre outros. Todos estes recursos visam a uma reformulação do modelo de assistência ao paciente com sofrimento psíquico grave e persistente. Teve início a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, proveniente da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, assim como dos esforços de movimentos sociais pelos direitos de pacientes psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica tem como um de seus objetivos o deslocamento do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade. Os CAPS configuram-se como os dispositivos estratégicos desse movimento, devendo funcionar segundo a lógica do território<sup>2</sup>. É importante dizer que os mesmos não são complementares ao hospital psiquiátrico. Ao contrário, têm como objetivo “substituí-lo”, ao fundar uma forma radicalmente nova de assistência que acaba por reformular as intervenções e ações no acompanhamento de seus usuários.

A reforma tenta romper com o modelo manicomial, marcado pela história asilar, que apresentava como um de seus efeitos a mortificação do sujeito, por colocá-lo “entre parênteses”<sup>3</sup>, enquanto a doença mental sobressaía aos olhos do médico. Mas a reforma não se reduz a uma reformulação do modelo assistencial, porque extrapola o campo sanitário ao intervir na representação social da psicose e da neurose grave. Apresenta como direção de trabalho a sustentação da loucura no laço social, rompendo com as práticas de exclusão e segregação comuns à lógica manicomial.

Os profissionais do CAPS colaboram para essa transformação da representação do “louco” junto à sociedade, por terem seu trabalho voltado ao acompanhamento de seus usuários no território. Ao levá-los para bancos, restaurantes, shopping, cinema e pontos culturais da cidade, desconstruem preconceitos e estigmas, promovendo, a partir disso, uma mudança de posição da sociedade frente à “loucura”, vista anteriormente com um olhar

---

<sup>1</sup> Como resultado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve, e ainda tem, como uma de suas metas, oferecer outra lógica de atenção a pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, o CAPS surge pela primeira vez na cidade de Santos, em São Paulo, em 1987, com o nome Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

<sup>2</sup> Trabalhar segundo a lógica do território implica não somente o reconhecimento do espaço geográfico e seus efeitos na subjetividade, mas também as relações interpessoais, hábitos, trocas afetivas, cultura etc. que ali ocorrem.

<sup>3</sup> Franco Basaglia um dos grandes pensadores da Reforma Italiana, cunhou a expressão “doença entre parênteses” para explicitar um dos objetivos da Reforma, ou seja, a valorização do sujeito que sofre psicologicamente (AMARANTE, 1998).

marcado predominantemente por atribuições negativas: ser incapaz, perigoso, improdutivo, incurável, sem razão.

O campo teórico e clínico da psicanálise colabora para a construção desse novo olhar em relação ao “doente mental”, ao apontar que há um sujeito em causa na loucura, que deve ser responsabilizado por seus conflitos, seu mal-estar e seu sintoma. Subverte, a partir disso, a lógica do tratamento ofertado, pois aposta em uma razão inconsciente para aquilo que era tomado como completo *nonsense*. A partir desta perspectiva, Lacan ([1946] 1998c) afirma que não é louco quem quer, uma vez que, existe uma razão inconsciente que a determina. Assim, o psicótico ou neurótico grave passa a ter sua fala valorizada e escutada por ser tomada como efeito de sujeito. É essa aposta na existência do sujeito que marca a maior contribuição do discurso da psicanálise para a clínica da saúde mental (RINALDI e BURSZTYN, 2008).

A reforma amplia a dimensão da clínica, anteriormente era voltada exclusivamente para a “doença”, ao tomar para seu interesse aspectos variados da vida do paciente que passam a ser incluídos no tratamento. O cuidado ganha dimensão mais ampla, ao abarcar, por exemplo, a relação do sujeito em sofrimento com os familiares e sua vizinhança, seus projetos de vida, dificuldades encontradas no território onde habita, enfim, a vida como um todo passa a ser englobada no tratamento. E é em função dessa nova perspectiva clínica que ela passa a ser designada de: clínica ampliada ou clínica do cotidiano. Assim, “O campo da ação terapêutica incorpora preocupações e iniciativas que não são comumente associadas à clínica. O tratamento se converte no acompanhar da vida do paciente [...]” (RINALDI e LIMA, 2006, p.57).

Aos poucos, o modo de agenciar e pensar o cuidado em saúde mental é transformado. O médico deixa de ser detentor do saber, outros campos são convocados na construção de um novo olhar na assistência ao usuário com “transtorno mental” (psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional etc.). Nesse sentido, “pensar em termos de complexidade, de simultaneidade e de transversalidade de saberes é marca deste campo” (AMARANTE, 2011, p.18). A valorização de um campo de saber em detrimento de outro característico do privilégio concedido ao discurso e ao saber da psiquiatria no momento anterior à reforma psiquiátrica perde alcance. Em consequência, propõe-se a horizontalização das relações entre os profissionais que se ocupam do cuidado, ao invés da verticalidade presente no modelo anterior.

No entanto, apesar dos avanços ainda existem muitos desafios, contradições e impasses na construção de uma nova maneira de se fazer clínica. É justamente a partir das

complexidades e dificuldades que estão colocadas para os profissionais de saúde mental na transformação e reformulação da assistência prestada ao psicótico, autista e neurótico grave que tomamos a supervisão clinicoinstitucional como dispositivo fundamental de sustentação de uma nova lógica de cuidado. O CAPS<sup>4</sup>, por ter papel estratégico nesse movimento, tem como dever constituir-se, segundo a portaria GM nº 1174 de 2005, como “espaços de formação”. Tal portaria, que destina incentivo financeiro emergencial e temporário para o Programa de Qualificação dos CAPS, estabelece como uma das ações deste programa a supervisão clinicoinstitucional. A articulação entre o Programa de Qualificação dos CAPS e a supervisão desvela sua importância e função junto às equipes: “qualificar” a assistência prestada, aproximando a clínica empreendida em seu cotidiano com as diretrizes estabelecidas pela reforma.

Segundo a portaria citada, a supervisão clinicoinstitucional deve contribuir para a qualificação das equipes de saúde mental. E conseqüentemente para a atenção prestada àqueles com sofrimento psíquico grave, ao dar lugar à problematização, discussão e elaboração das dificuldades e impasses experimentados no dia a dia, tornando a própria prática e vivência no CAPS um espaço de formação. Ou seja, lugar de “aprendizado em relação à clínica”<sup>5</sup>, ao construir no caso a caso, uma direção de trabalho clinicoinstitucional compartilhada entre os vários integrantes da equipe. Com isso, percebemos a relevância do dispositivo de supervisão para a **transformação** da assistência, pois, para tal, é fundamental, senão condição, um investimento na formação dos profissionais através de sua prática, tornando possível a construção de uma nova clínica que tome o sujeito, em sofrimento, como norteador do trabalho.

Em nossa experiência de residência em saúde mental, constatamos que os novos serviços vivenciam diariamente desafios e impasses em seu propósito de redirecionamento da assistência. No entanto, cada CAPS é um. Portanto não é possível generalizar as dificuldades enfrentadas, mesmo aqueles que as experimentam têm uma vivência singular da maneira como os desafios se colocam e se apresentam no cotidiano do serviço. Sem esquecer a

---

<sup>4</sup> O CAPS é regulamentado pela portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

<sup>5</sup> Expressão utilizada por Alfredo Zenoni em seu livro *Psicanálise e Instituição: A segunda clínica de Lacan* publicado em 2000. A partir dela, o autor adverte para a importância de a instituição ser afeita à psicose em seu modo de trabalhar, precisando para isso atender algumas condições, como a necessidade de um esvaziamento de saberes prévios para colocar a clínica em posição de mestre. Com isso, aponta que o saber-fazer advém do encontro com o usuário, pois são seus movimentos e falas que apontam para a direção de trabalho a ser empreendido pela equipe.

singularidade de cada dispositivo, traremos algumas observações de nossa experiência que motivaram a pesquisa.

A primeira observação se deu no contexto da troca de experiências em preceptoria. Percebemos que alguns psicólogos e psiquiatras dos CAPS trabalhavam dentro de uma lógica ambulatorial, a partir de uma escolha clinicoinstitucional de organização do processo de trabalho que acabava por privilegiar quase que exclusivamente o atendimento individual dentro dos consultórios. O que apontava para uma possível ambulatorização dos “novos serviços”.

O CAPS trabalha, ou deveria trabalhar, segundo a lógica da atenção psicossocial que extrapola os limites rígidos de um atendimento dentro de quatro paredes. O ambulatório<sup>6</sup>, diferente da lógica de atenção prevista para os CAPS, é/era um dispositivo designado a prestar consultas pontuais ou regulares aos pacientes dentro dos limites físicos de um consultório. Isso quer dizer que o CAPS, como um todo, isto é, com toda sua extensão arquitetônica, deve ser concebido pela equipe como espaço portador de potencial clínico. A clínica pode então ser realizada em outros dispositivos do serviço, tais como oficinas terapêuticas, convivência e outras atividades, não sendo privilégio do “consultório”, portanto.

A convivência, por exemplo, é um espaço comum à maioria dos CAPS, onde os usuários têm a oportunidade de estar com outros, possivelmente estabelecendo laços afetivos que possam lhes servir de referência. No entanto, esse espaço é despotencializado, na medida em que dificilmente conta com a presença de algum profissional da equipe para recolher os efeitos da interação entre os usuários e o que é evocado a partir deste “estar” na convivência. Uma questão recorrente, levantada pelos residentes era a ausência da equipe na convivência, por ela estar imersa no “consultório”. Por vezes o próprio residente, influenciado pelo comportamento da equipe, queixava-se de “não estar fazendo nada”, quando seu tempo era alocado nesse dispositivo. Lembramos, por exemplo, de alguns residentes que, quando não tinham mais nenhum paciente agendado, iam para casa. Isso revela o quão pouco a convivência era explorada enquanto espaço com potencial clínico, o que tinha consequências e desdobramentos no acompanhamento dos usuários.

---

<sup>6</sup> É preciso observar que na época em que problematizávamos o funcionamento do CAPS de maneira semelhante ao ambulatório este ainda fazia parte da Rede de Atenção Psicossocial. A partir da Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o ambulatório deixou de ser parte integrante da rede, cabendo aos serviços existentes, principalmente a Estratégia de Saúde da Família, a contemplação da demanda de atendimento em regime ambulatorial. Diante disso, questionamos: será que a partir da inexistência de ambulatórios na rede, os CAPS não correm risco de se ambulatorizar ainda mais?

Cabe ressaltar que esses questionamentos não se referem ao dispositivo de consulta, pois entendemos que muitos usuários podem se beneficiar terapêuticamente desse dispositivo clínico. O estranhamento se refere à certa alteração da lógica de trabalho no CAPS, ao privilegiar o acompanhamento e assistência através de consulta individual, despotencializando, assim, a riqueza de dispositivos clínicos encontrados nos CAPS como, por exemplo, a convivência.

Outra observação diz respeito à constatação de que o CAPS opera muitas vezes de modo próximo à lógica manicomial, portando traços característicos deste funcionamento como: práticas tutelares que cerceiam a vida e as escolhas dos usuários; condutas segregatórias que apontam para uma intolerância à diversidade e às diferenças e intervenções institucionalizadas que revelam uma repetição; e uma rigidez nas ações das equipes, que acabam por impossibilitar a emergência de fatos novos.

Portanto o manicômio não está nos muros altos dos hospícios, mas sim no discurso daquele que opera o “cuidado”. Isso independe de sua estrutura física, ou seja, o discurso manicomial pode estar presente em um serviço que é designado no ideário da reforma para combatê-lo. A partir desta reflexão, percebe-se que muitos CAPS podem estar efetivamente em risco quanto a seu mandato de transformação da assistência, ora por seu funcionamento guardar semelhanças com o ambulatório, ao privilegiar demasiadamente atendimentos individuais no consultório, em detrimento da multiplicidade de ofertas clínicas apresentadas pelo CAPS; ora por apresentar resquícios de uma lógica de trabalho manicomial. A supervisão clinicoinstitucional, neste sentido, possui função de extrema importância ao dar lugar para a elaboração de uma nova posição dos profissionais no cuidado em saúde mental.

Observamos que muitos usuários tinham suas vidas reduzidas ao tratamento, por não fazerem nada além de ir ao CAPS. Chegavam no horário de abertura do serviço, participavam de determinadas atividades. Ou ficavam na convivência (que era esvaziada de profissionais). No horário de fechamento, voltavam para casa. No dia seguinte, a mesma coisa, e depois de novo e de novo. Havia a repetição do mesmo, o que era preocupante devido às consequências que podia vir a ter na vida dos usuários, como: empobrecimento subjetivo, dependência significativa em relação ao serviço, ausência de projetos de vida para além do tratamento etc. Esta repetição também era constatada em vários projetos terapêuticos inalterados por muitos anos.

A partir disso, pode-se perguntar: **o que a equipe conseguia realizar quanto à integração desses usuários com o território?**<sup>7</sup> Os usuários continuam, de certa maneira, segregados e à margem da sociedade, quando suas vidas estão enclausuradas na rotina de um serviço. “Encapsulados” foi o termo utilizado por uma técnica da equipe, ao falar de seus impasses em buscar, junto com seus pacientes, uma vida maior do que o tratamento. Afinal é necessário à equipe poder construir um trabalho voltado para fora. Ou seja, a partir do território para que os usuários possam encontrar outros pontos de ancoragem para além da instituição.

Diante disso, lembramo-nos de uma afirmação de Freud ([1912] 2010, p.144) referente a pacientes internados: “Pois para a cura não importa se o doente internado supera essa ou aquela angústia ou inibição; interessa é que também na realidade de sua vida ele se livre delas”. Esta afirmação pode servir de orientação clínica no acompanhamento dos usuários “encapsulados”: a equipe não deve se contentar em perceber melhora ou uma estabilização através de uma adesão ao CAPS que se dá de tal maneira que a vida do usuário se resume às idas e vindas ao serviço. É preciso que se faça a construção de um projeto terapêutico junto ao usuário, promovendo a melhora para além dos muros do serviço. Sem desconsiderar que alguns, por limitações próprias à sua estrutura, possam encontrar no CAPS um ponto de ancoramento para sua existência.

Foram justamente essas observações que nos instigaram a pesquisar o dispositivo de supervisão clinicoinstitucional com orientação psicanalítica no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Iniciaremos nossa dissertação, fazendo um breve percurso histórico do dispositivo de supervisão no campo da psicanálise, a partir do qual verificaremos as contribuições de Freud e Lacan a respeito do tema. Como contraponto de suas posições, traremos a experiência do Instituto Psicanalítico de Berlim em 1920 e suas consequências para a supervisão: sistematização e padronização.

Após a discussão das formulações teóricas e clínicas da psicanálise a respeito da supervisão, passaremos para o segundo capítulo, nele abordaremos nosso tema de pesquisa propriamente. Situaremos a inauguração dos CAPS a partir da Reforma Psiquiátrica, para a compreensão do novo modelo de atenção, assim como o lugar da supervisão na transformação

---

<sup>7</sup> Segundo a Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002, os CAPS devem funcionar dentro da lógica do território. Ou seja, o fora está dentro e o dentro está fora. Não deve/ deveria haver clara delimitação entre o trabalho realizado em seu espaço físico e aquilo que acontece fora. Há, portanto uma necessidade de articulação constante entre ambos, pois o que é trabalhado com o usuário deve ter efeitos em seu território: relações, trocas, afetos, angústias, etc. Nesse modo de pensar a clínica há uma radical ruptura com o modelo manicomial de tratamento, no qual havia uma separação radical entre o dentro e o fora, o que pode ser ilustrado por seus muros.

da assistência: problematização das dificuldades e impasses experimentados pelas equipes, tomando a própria prática no campo da saúde mental como lugar de aprendizado em relação à clínica, construindo junto com as equipes uma direção de trabalho clínico.

Abordaremos, em seguida, a função da supervisão clinicoinstitucional como recurso de **transformação e reelabora-a-ção** da assistência, e os desafios colocados para as equipes diante de seu dever de “redirecionar” o cuidado ofertado. Situaremos a formação como um dos papéis do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional e discutiremos que tipo de formação está em jogo na supervisão. Tendo esta análise em vista, faremos uma distinção entre formação e aprendizagem, apontando que a formação não coincide com transmissão de conhecimentos e assimilação intelectual. Mas implica justamente o contrário: poder se desprender de saberes prévios ao construir uma direção de trabalho clínico que tome o sujeito como orientação e coordenada para o trabalho. Para isso, é fundamental a equipe poder se desvencilhar de suas próprias afetações e questões, reposicionando-se ao dar lugar de destaque ao sujeito em acompanhamento.

No último capítulo analisaremos algumas contribuições do campo teórico e clínico da psicanálise para o dispositivo de supervisão clinicoinstitucional como, por exemplo, a transferência. Também trabalharemos o lugar do supervisor junto à equipe como uma função que se distancia radicalmente da posição de mestre, pois este não está lá para resolver ou dar respostas e caminhos para os impasses e embaraços experimentados pelas equipes. Ao contrário, lá está para fazer retornar para ela aquilo que lhe é dirigido como questão, tornando a equipe responsável pela construção de respostas e saídas para suas dificuldades. Desta forma, a supervisão constitui-se como espaço de transmissão do modo como a psicanálise opera sobre o saber.

## 1 A SUPERVISÃO NO CAMPO DA PSICANÁLISE: breve história

Este capítulo tem por objetivo discutir de forma sucinta o percurso histórico do dispositivo da supervisão no campo da psicanálise, um dos elementos do tripé da formação do analista. Os outros dois são: análise pessoal e estudo teórico. É preciso notar a relevância dada por Freud ([1912] 2010) à análise pessoal na formação do psicanalista, uma vez que na vivência da “cura pela palavra” o sujeito poderá adquirir “na própria carne” a constatação e convicção das formulações teóricas da psicanálise e, sobretudo, confirmar a existência do inconsciente. A convicção dos fundamentos da psicanálise, como assinalado por Freud, não é alcançada por meio da leitura de livros e participação em conferências, mas pela análise pessoal.

Estudiosos do tema da supervisão apontam que, apesar de ser um elemento fundamental da formação do analista, há, em contraste com sua relevância, escassa produção teórica a respeito do tema, o que os leva a chamar a atenção para a necessidade de melhor fundamentação teórica dessa prática tão comum aos analistas, que contemple questões como: Em que consiste a supervisão? Quais seus fundamentos? Qual o efeito formador da supervisão?

No campo da psicanálise, o manejo da supervisão não é motivo de concordância entre os psicanalistas, despertando discussões e até cisões, por impossibilidade de se chegar a um comum acordo quanto à maneira como deve ser abordada. Mas apesar das inúmeras divergências quanto ao modo como deve ser conduzida, não há dúvidas quanto à sua importância na formação do psicanalista, sendo a supervisão concebida como espaço profícuo para a transmissão da psicanálise.

Iniciaremos nossa investigação deste elemento do tripé da formação do analista com a demonstração da teoria freudiana de que a espontaneidade era característica na busca por supervisão no momento de seu surgimento. Não havia, ainda, a sistematização desta prática, os psicanalistas buscavam o fundador da psicanálise para discutir os casos clínicos por uma “necessidade interior” de pensar, refletir e elaborar aquilo que vivenciavam entre quatro paredes com seus pacientes. Pretendiam, a partir deste endereçamento, avançar na condução do tratamento.

Freud, por sua vez, no início de sua trajetória, endereçava suas dificuldades e impasses experimentados no decorrer de suas construções teóricas e clínicas para alguém que não

ocupava uma posição qualquer, Wilhelm Fliess. Temos acesso ao endereçamento de tais desafios pela publicação da correspondência entre eles.

A partir de 1920, a prática da supervisão é radicalmente transformada com a fundação do Instituto Psicanalítico de Berlim, por Max Eitington, Karl Abraham e Ernst Simmel. Todos os elementos do tripé da formação (análise, estudo teórico e supervisão) passam por uma sistematização que acaba por padronizar o modo como se entende a formação. Esta formalização tem por objetivo criar condições para a “reprodução da espécie analítica”, como definido por Eitington (STEIN, 1992, p.20).

Essa orientação acabou por aproximar a transmissão da psicanálise, não sem distorção, do modelo universitário de ensino que se dá nos moldes de um acúmulo de conhecimento, criando a falsa ideia de que há um fim na formação. Basta cumprir as exigências: análise, supervisão e estudo teórico, conforme recomendado.

Aqueles que buscavam o Instituto para dar início à sua formação precisavam, portanto, seguir rigorosamente as exigências. Neste sentido, a supervisão não é mais procurada por “uma necessidade interior” de partilhar os casos e a direção do tratamento, pois, ao se estabelecer como o cumprimento de um dos pré-requisitos para tornar-se analista, passa a ter sentido normativo e obrigatório, com fins de vigiar, controlar e fiscalizar a atividade clínica do iniciante.

Após discutirmos a sistematização da supervisão pelo Instituto Psicanalítico de Berlim, traremos a crítica de Lacan a respeito do tema. A supervisão sofre novamente uma reformulação que busca retomar, em seu modo de condução, o pensamento de Freud. Há por isso um movimento de desinstitucionalização desta prática que atribui ao candidato a psicanalista a responsabilidade por requisitá-la. Lacan afasta aos poucos esta prática de um controle, ao resgatar o pensamento de Freud relativo à formação.

### **1.1 Espontaneidade: característica inaugural na busca por supervisão**

No início da prática, a supervisão era buscada espontaneamente pelos analistas, ao se depararem com as dificuldades tão próprias à experiência clínica. Temos notícias deste primeiro momento pela correspondência de Freud com seus discípulos e por seus trabalhos escritos. A despreensão e espontaneidade que acompanham o surgimento desta prática de discutir, narrar e elaborar a condução do tratamento clínico, junto com o fundador da

psicanálise, são demonstradas por alguns autores, quando afirmam que nada havia de sistemático nesta prática “a não ser [...] o hábito de Freud de arrastar para longos passeios os discípulos que iam até ele para consultá-lo” (STEIN, 1992 , p.20).

É relevante dizer que tais dificuldades e impasses se configuram como inerentes àquele que ocupa o lugar de analista, não somente aos iniciantes. Por consequência, a supervisão não está voltada exclusivamente àqueles que iniciam a prática clínica, pois as dificuldades se configuram como um “estado constante”. Já que a escuta é marcada por alguma surdez que pontua a importância de se partilhar a clínica.

A maneira como a supervisão era conduzida estava articulada à posição de Freud, em relação à formação, como uma noção que remete à ideia de questionamento, crítica de si, que difere da concepção de modelo, que posteriormente passou a predominar nos cursos de formação oferecidos nas instituições psicanalíticas vinculadas à Associação Psicanalítica Internacional (IPA).

Acontece que na *Ausbildung* freudiana, a supervisão tinha uma conotação definitivamente interrogativa; um questionamento constante em relação à prática empreendida com um paciente e não a ideia de um modelo a ser ensinado; no entanto, predomina firmemente, [...] uma tendência pedagogicodoutrinária.[...] Precisamos recuperar o espírito freudiano da *Ausbildung*, espírito interrogativo (DUVIDOVICH e GOLDENBERG, 2007, p.50-2).

O termo controle (*kontrolle*) aparece, pela primeira vez em Freud, em 1919, ao escrever: *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*. Este artigo chama atenção para a importância de o praticante da psicanálise ter como referência um psicanalista reconhecido como quem pudesse contar com orientação ou controle no decorrer do acompanhamento dos casos. Este trecho do referido artigo deixa bem evidente a articulação entre os três elementos da formação do analista: “Quanto à experiência prática, além do que aprende na análise pessoal, ele a adquire ao tratar pacientes sob aconselhamento e supervisão de colegas já reconhecidos” (FREUD [1919] 2010, p.378).

Na leitura do tão renomado caso da jovem “Anna O.” (cujo nome é Bertha Pappenheim), publicado nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), atendida pelo Dr. Josef Breuer no período de 1880 até 1882, detectamos os primórdios do que seria uma supervisão. A jovem paciente era tida como uma mulher bonita que provocava curiosidade e interesse nos homens com quem tinha contato. Fato curioso é que seu primeiro nome, Bertha, corresponde ao nome da mãe de seu médico, sendo, para ele, um nome familiar. Este experiente médico vienense, com quatorze anos de diferença de idade em relação a Freud, que o apadrinhou em

sua apresentação à comunidade médica, recorreu a Freud ao se deparar com o rumo que o tratamento tomou no acompanhamento da jovem, onde se evidenciaram os fenômenos de transferência.

Anos mais tarde, em 1912, Freud distinguirá dois tipos de transferência: uma positiva; outra negativa. A primeira diz respeito à atualização de sentimentos ternos, amigáveis e eróticos na relação com o analista; enquanto a segunda se refere a uma hostilidade dirigida à figura do analista. Freud associa a transferência à resistência, quando aquela se coloca no tratamento como hostilidade ou impulso erótico, contribuindo para uma paralisação do tratamento, na medida em que o paciente deixa de seguir a regra de ouro da psicanálise (associação livre), esquecendo o motivo pelo qual iniciou o tratamento, tornando-se indiferente às conclusões que havia chegado a partir de suas associações.

Em suas *Observações sobre o amor de transferência*, 1915, chama atenção dos psicanalistas para a importância da transferência, mesmo quando esta se impõe de maneira erótica no decorrer do tratamento, e orienta os psicanalistas a lidarem com seu aparecimento, que é provocado pela própria situação analítica da seguinte maneira:

É preciso cuidar para não nos afastarmos da transferência amorosa, não afugentá-la ou estragá-la para a paciente; e também abstermo-nos, de modo igualmente firme, de corresponder a ela. **Conservamos a transferência amorosa**, mas a tratamos como algo irreal, **como uma situação a ser atravessada na terapia e reconduzida às suas origens inconscientes**, e que deve ajudar a pôr na consciência, e portanto sob o controle, o que há de mais escondido na vida amorosa da paciente (FREUD [1915] 2010, p. 220. Grifo nosso).

No caso de “Anna O.”, ainda que o método utilizado fosse a hipnose, a transferência comparece no desenrolar do tratamento de maneira erótica, provocando uma dificuldade no manejo daquilo que se apresenta como demanda de amor. A preocupação e envolvimento demasiado de Breuer com o caso despertou em sua esposa, Mathilde, desconfiança, gerando conflitos na relação do casal. Certo dia, Breuer é chamado a correr para a casa de sua paciente, pois esta sofria com fortes dores abdominais. Sintoma que foi, posteriormente, lido como uma fantasia de gravidez que encenava no corpo a transferência amorosa. Fato do qual Breuer só conseguiu falar depois de Freud ter lhe confidenciado que o mesmo lhe acontecera em relação a uma de suas pacientes. A história da psicanálise conta que Breuer não suportou o enamoramento de Anna por ele e, diante deste impasse transferencial, no qual se viu sem saída, viajou com a esposa para Veneza, em segunda lua de mel, concluindo assim o tratamento de Anna.

Mas antes de se deparar com a insuportabilidade daquilo que vinha aparecendo no decorrer do acompanhamento, Breuer referenciava a Freud recortes do caso. Tal endereçamento, possivelmente embasado na suposição de que Freud teria algum saber para lhe auxiliar na condução do tratamento, poderia ser interpretado como um pedido por supervisão. É preciso, no entanto, deixar claro que tal entendimento da situação é uma interpretação nossa, já que, na época, a psicanálise ainda estava em vias de elaboração, sendo assim, a supervisão ainda não tinha sido formulada por Freud.

Há mais de cem anos [...] um renomado médico vienense relatou a um de seus amigos, um profissional iniciante, uma envolvente história de doente. Apesar [...] então da admiração respeitosa que ele sentia e do reconhecimento que devia a este veterano, que lhe encaminhava clientes e o ajudava financeiramente, o jovem conquistador à escuta deve ter pensado, sem dúvida, que ele teria utilizado melhor a técnica de cura [...] e teria sabido evitar as armadilhas nas quais seu mestre e protetor parecia atolado. O Dr. Josef Breuer era entretanto renomado, e é possível se perguntar o que o havia levado [...] a confiar a seu visitante [...] o “caso muito curioso” de Bertha Pappenheim e o desenvolvimento de um tratamento que não corria a seu favor. O que ele esperava de sua escuta, de seu julgamento, de sua compreensão? (MIJOLLA, 1992, p.115).

No caso conhecido como o “pequeno Hans”, Freud narra o processo de análise de um menino de cinco anos que sofria com medo de cavalos. No entanto, não é ele quem atende a criança e, sim, o pai dela. O fundador da psicanálise, que só esteve com o menino uma única vez, é convocado pelo pai, Max Graf, membro fundador da “Sociedade Psicanalítica de Viena”, para auxiliar na direção de trabalho clínico, o que poderia ser entendido como um pedido por supervisão. Freud ([1909] 1969, p.15), ao descrever seu lugar neste trabalho de análise, nos permite remeter sua função à de um supervisor: “É verdade que assentei as linhas gerais do tratamento”, mostrando que teve responsabilidade na condução clínica do caso, a partir das discussões com o pai/analista.

Ascher e Masson (1992) atentam para o fato de o referido caso ser inaugural em termos de supervisão de análise de crianças, antes de Melanie Klein e Anna Freud. É preciso ressaltar que essa “supervisão” só pôde ocorrer devido à aposta feita por Freud nas palavras de Hans enquanto possibilidade de articulação inconsciente, marcando uma posição radicalmente diferente daqueles que reduzem as palavras e narrações de uma criança a *nonsense*, besteiras, imaginação etc. Fundamenta a sua disponibilidade de escuta para aquilo que uma criança diz a partir de sua concepção das determinações inconscientes que não deixam espaço para “baboseira”, pois o que a criança diz não é sem relação com o determinismo inconsciente.

Não compartilho do ponto de vista, que está em voga atualmente, de que as afirmações feitas pelas crianças são invariavelmente arbitrárias e indignas de confiança. O arbitrário não tem existência na vida mental. Se fôssemos rejeitar a raiz e os ramos das declarações do pequeno Hans, certamente deveríamos estar-lhe fazendo uma grave injustiça (FREUD [1909] 1969, p.96).

Temos que levar em consideração que esta configuração de “análise”, na qual o pai é responsável por “analisar” o filho, coloca de antemão uma impossibilidade de uma escuta própria à clínica analítica, pois o pai, querendo ou não, está presente na questão sintomática apresentada pelo filho. O medo de cavalos é por diversas vezes apontado nas associações feitas pelo menino Hans, como tendo articulação com o pai. Portanto, como este pode escutá-lo?

Hans expressou seu medo de que o “cavalo entrasse no seu quarto”; e achei que então tinha chegado o momento certo para informá-lo de que ele tinha medo do seu pai, porque ele mesmo nutria desejos ciumentos e hostis contra este [...]. Ao lhe dizer isso, eu tinha interpretado [...] seu medo de cavalos para ele: o cavalo tem que ser seu pai - a quem tinha boas razões internas para temer (FREUD [1909] 1969, p.112).

A dificuldade na escuta não escapa a Freud, quando percebe a mobilização de Graf no decorrer dos atendimentos, como elemento dificultador para o trabalho clínico, e também suas construções teóricas antecipadas, que o impedem de escutar Hans em sua singularidade. Freud, atento a tal mobilização, adverte para a necessidade de um distanciamento de qualquer tipo de afetação:

Não iremos acompanhar o pai de Hans, nem em suas ansiedades, facilmente compreensíveis, nem em suas primeiras tentativas de encontrar uma explicação; [...]. Por enquanto, **deixaremos em suspenso nosso julgamento** e daremos nossa **atenção imparcial** a tudo quanto houver para observar (FREUD [1909] 1969, p.29. Grifo nosso).

Uma orientação da ordem do impossível, se não impossível, de ser seguida pelo “analista/pai” diante dos sintomas apresentados pelo “analisando/filho”. Outra constatação de Freud reafirma o que vinha percebendo em seu “supervisionando” quanto à dificuldade ou impossibilidade de conduzir o caso, revela a maneira como o analista/pai se posicionava: “estava fazendo perguntas demais, e estava pressionando o inquérito através de suas próprias linhas, em vez de permitir ao garotinho que expressasse seus pensamentos” (FREUD [1909] 1969, p.63-4).

O que marca um envolvimento demasiado, por parte do pai, Graf, naquilo que escutava e analisava do filho, Hans, contribuindo para uma confusão entre aquilo que era

genuinamente de Hans e aquilo que era seu. O que não é sem consequências na escuta ofertada. E, por esta razão, a “análise começou a ficar obscura e incerta” (FREUD [1909] 1969, p.64).

Essa posição na condução do tratamento revela que uma das recomendações, posteriormente feitas por Freud (1912), aos médicos que exercem a psicanálise, não estava operando: a atenção flutuante. Esta consiste em não dar atenção especial a nenhum material trazido pelo paciente, de maneira a evitar a seleção de determinados conteúdos em detrimento de outros, levando o analista a não escutar nada além daquilo que já sabe e espera de seu analisando:

[...] ao intensificar [...] a atenção, começamos a selecionar em meio ao material que se apresenta [...] e nessa escolha seguimos nossas expectativas ou inclinações. Justamente isso, não podemos fazer; seguindo nossas expectativas, corremos o perigo de nunca acharmos senão o que já sabemos; seguindo nossas inclinações, com certeza falsearemos o que é possível perceber (FREUD [1912] 2010, p.149).

O que demonstra que Graf não tinha condições de se manter na posição de analista do filho, pois, para ocupar este lugar, é necessário não intervir enquanto sujeito com seus afetos, preconceitos, valores, interesses etc. Freud justifica a necessidade de “frieza” (1912, p.155) àquele que ocupa o lugar de analista, pois esta atitude promove a “proteção da vida afetiva” do analista e maior possibilidade de ajuda ao analisando. Diante de tal afirmação freudiana, podemos questionar: será que algum pai tem condições de ocupar este lugar de “frieza” ao escutar o filho? Apostamos que não, o que configura esta análise como insustentável com ou sem supervisão.

Freud, em sua correspondência com Wilhelm Fliess (1887-1902), médico especialista em nariz e garganta, revela que este não ocupa, para ele, um lugar qualquer, mas é colocado em posição privilegiada de quem teria algo mais a dizer tanto em relação à construção de suas teorias quanto em relação à sua “autoanálise”, contribuindo para desdobramentos e avanços importantes, principalmente porque o escutava. No que se refere à supervisão, essa troca de cartas pode ser tomada como o testemunho de um endereçamento das dificuldades e impasses a um Outro. “Em relação a Freud, Fliess ocupou o lugar de objeto de transferência e também exerceu a função de “analista” e “supervisor”. Decidimos manter essas palavras entre aspas para assinalar o caráter necessariamente aproximativo de suas respectivas designações” (BARLETA, 2013).

Uma carta datada de 20 de outubro de 1895 deixa evidente a importância de Fliess nas reflexões freudianas. Remetê-las àquele, na função de terceiro, permite tornar mais palpável e

claro aquilo que ainda lhe é obscuro, esclarecendo desta forma o que está em processo de elaboração (SCHNEIDER, 2013).

Se estivesse esperado mais duas semanas para lhe mandar o relatório, tudo teria ficado mais claro. No entanto, foi só ao tentar expor o assunto a você que todo ele se tornou evidente para mim. Logo, não poderia ser de outra maneira. Agora não disporei de muito tempo para uma apresentação sistemática (FREUD apud MASSON, 1986, p.147).

Em alguns textos freudianos, encontramos “leitores implícitos” com quem Freud discute a construção de suas teorias, o que evidencia o quão fundamental era para o criador da psicanálise uma instância terceira, simbólica, nas suas produções teóricas. A esse outro, mesmo que ficcional, remetia aquilo que estava em estruturação em seu interior (FONTENELE, 2006). Em seu texto *A questão da análise leiga* (1926), por exemplo, encontramos uma figura denominada por Freud de “Pessoa Imparcial”, com quem discute o tratamento analítico e suas fundamentações teóricas, demonstrando que a condução do tratamento analítico não é de exclusividade daquele que tem formação médica. É interessante notar que a pessoa imparcial coloca Freud a pensar, partindo das interrogações que faz, exigindo uma explicação e fundamentação teórica àquilo que é sustentado pelo fundador da psicanálise.

Freud, em determinado momento, é colocado a pensar na associação livre enquanto técnica analítica:

As feições da Pessoa Imparcial agora revelam sinais de alívio e relaxamento inegáveis, mas também traem claramente certo desprezo. É como se ela estivesse pensando: “Nada mais do que isto? Palavras, palavras, palavras [...]” Assim é uma espécie de mágica, comenta ela: “O senhor fala e dissipa seus males.” Isto mesmo. Seria mágica se surtisse efeito um pouco mais rapidamente. Um atributo essencial de um mágico é a rapidez- poder-se ia dizer a subtaneidade- do sucesso. [...] os tratamentos analíticos levam meses e mesmo anos: mágica tão lenta perde seu caráter miraculoso. E [...] não desprezamos a palavra. [...] ela é um instrumento poderoso (FREUD [1926] 1969, p.183).

## 1.2 A institucionalização da supervisão

A espontaneidade na busca por supervisão é perdida na formação do analista, quando passa a ser exigida como parte dos quesitos necessários no percurso de formação. Em 1920, com a criação do Instituto Psicanalítico de Berlim junto à Policlínica Psicanalítica de Berlim,

por Max Eitington, Karl Abraham e Ernst Simmel, composta por analistas como: Abraham, F. Alexander, Melanie Klein, Hans Sachs e outros mais, a supervisão passa a ser uma prática estruturada com sentido “normativo” e “obrigatório”, não se assemelhando em nada com o seu momento inicial.

É importante ressaltar que não foi só a prática da supervisão que sofreu uma rigorosa sistematização a partir do Instituto Psicanalítico de Berlim, mas toda a formação analítica. Tal sistematização tornou-se modelo de referência da IPA, fundada em março de 1910, que passou a exigir, de outras instituições ligadas a ela, uma adequação ao modelo de formação estabelecido no Instituto, dando lugar à padronização da formação.

Max Eitington, responsável durante treze anos (1920-1933) pela direção tanto da policlínica como do instituto, assumiu o cargo de presidente da IPA em 1927, permanecendo até 1932, período em que se dedicou à expansão do modelo de formação consolidado na policlínica, tendo sido oficializado como padrão da formação pela IPA, no Congresso Internacional de Bad-Hamburg, em 1925.

O período que marca as ações de Eitington no âmbito da Associação Psicanalítica Internacional (1925-1932) é considerado por muitos como uma etapa de mudança radical no perfil da instituição. [...] é a partir da obrigatoriedade da análise didática e da supervisão que a Associação passa da condição de mero organismo coordenador de grupos relativamente autônomos (no que se refere à formação de psicanalistas) à organização centralizada, dotada de regras de formação e de admissão que têm por objetivo controlar a reprodução da psicanálise (PONTE, 1999, p.62).

Nesse momento histórico se iniciam as discussões relativas à formação do psicanalista, à análise de controle, à sistematização dos atendimentos e às diferenças entre análise didática e terapêutica. A Policlínica de Berlim é fundada no pressuposto de que é possível formar analistas, oferecendo um espaço adequado para isso.

A originalidade da experiência em colocar os três elementos da formação em trabalho, dentro de uma instituição, é reconhecida por Anna Freud, ao escrever o prefácio da reedição (na ocasião do quinquagésimo aniversário da fundação da policlínica) de um relatório que dava corpo às experiências vividas na instituição, publicado pela primeira vez na data de celebração de uma década da fundação da Policlínica de Berlim. “O mundo analítico não deve esquecer que o laço estreito entre tratamento, ensino e pesquisa, que caracteriza hoje a aspiração de cada instituto analítico, *encontrou sua primeira realização*, há cinquenta anos, em Berlim” (GAGEIRO, 2005, p.95. Grifo do autor).

O trecho citado, de Radó (2005, p.114), demonstra o esforço feito pela clínica em ofertar, para aquele que tinha desejo de se tornar analista, um espaço concebido como

adequado para tal. Percebemos, na descrição do modo de condução da formação, que a análise é só mais um elemento do processo de tornar-se analista, em uma aposta de que no cumprimento de todas as exigências feitas o psicanalista advirá. Quando, na verdade, sabemos que um analista pode ou não advir a partir de sua análise.

É importante situar que o trecho citado faz parte de um longo relatório que tinha a intenção de apresentar e narrar às experiências vividas na Policlínica de Berlim, reunindo os principais protagonistas dessa experiência. Na ocasião do VII Congresso Psicanalítico Internacional de Berlim, em 1922, o relatório, que reunia a produção de trabalhos de Karen Horney, Sándor Radó, Franz Alexander, entre outros, foi apresentado por Max Eitington com o intento de dar visibilidade à experiência da policlínica e afirmar a posição do grupo em relação à formação de analistas. É interessante notar que a descrição do modo de condução da formação, relatada ao longo da apresentação feita por Eitington, antecipa aquilo que serão as normas de formação para todos os institutos de psicanálise.

Houve um tempo em que a formação analítica consistia apenas na análise didática, e o aluno precisava buscar todo o resto, estudando literatura especializada. Tratar os casos apropriados no início de sua prática terapêutica também era uma questão de sorte. Só a fundação da Policlínica de Berlim e sua pronta estruturação como lugar de ensino analítico permanente puderam modificar essa situação. O Instituto organiza análises didáticas, complementa a formação pelo acréscimo de uma formação teórica e coloca os candidatos, quando sua preparação está suficientemente avançada, como estagiários em seu estabelecimento policlínico. [...] Os candidatos, por outro lado, nela encontram todo o conforto desejado para uma aprendizagem prática: salas de atendimento convenientes, uma biblioteca especializada e, acima de tudo, um material muito rico de pacientes. A policlínica recebe para consulta um número muito grande de pessoas em busca de ajuda, e a direção se ocupa da escolha dos casos que melhor correspondam às necessidades respectivas daqueles que estão aprendendo (RADÓ, 2005, p.114).

Isso, no entanto, não retira o mérito de ser a primeira instituição a oferecer àqueles que ali estudam a oportunidade de pôr em prática aquilo que estavam aprendendo, ao ofertar atendimento psicanalítico a todas as estratificações socioeconômicas, estando de acordo com o desejo explicitado por Freud em *Caminhos da terapia psicanalítica*, 1919:

[...] quero abordar uma situação que parecerá fantástica [...]. Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que o pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem às cirurgias vitais. Então serão construídos sanatórios ou consultórios que empregarão médicos de formação psicanalítica [...]. Esses tratamentos serão gratuitos. Talvez demore muito até que o Estado sinta como urgentes esses deveres (FREUD [1919] 2010, p.290-2).

Na Policlínica de Berlim, em 1925, com a fundação do Comitê Internacional de formação, por Max Eitington, é que a supervisão se torna obrigatória no curso de formação dos

analistas. A partir desse comitê, os analistas participavam de curso teórico e estágio clínico que deu lugar a uma necessidade de averiguar o que os analistas iniciantes faziam (JORGE e COSTA, 2005, p.247). Essa necessidade caracteriza a função da supervisão como meio de vigiar, fiscalizar e treinar os candidatos a analistas, com conotação de prevenção e proteção. A prevenção refere-se ao analista em uma tentativa de minimizar a possibilidade de este errar e a proteção ao analisando, uma vez que a supervisão tem a intenção de protegê-lo dos erros cometidos pelos jovens analistas.

As palavras de Eitington são elucidativas quanto à finalidade da prática: as supervisões foram adotadas, pois: “tivemos oportunidade de constatar a que ponto o analista que sai de sua análise supostamente terminada acha-se desamparado (*helpless*), ao se encontrar diante de um paciente” (QUINET, 2009, p.124). Em referência a tal afirmação, podemos contrapor que o desamparo é inerente a todo analista em sua prática, já que o real da clínica não é eliminável, mesmo que o analista acumule muitos anos de experiência e longo percurso de estudo teórico. O desamparo é por isso constitutivo da escuta analítica, pois jamais o analista sabe de antemão o que vai advir do encontro com seu paciente. Este encontro é sempre da ordem do inesperado, imprevisível, inédito etc.

A recomendação de Freud de que o iniciante, ao buscar supervisão, deveria dirigir-se a um analista reconhecido, ao invés de um experiente, demonstra que a experiência não torna um analista mais apto a escutar: “Quanto à experiência prática, além do que aprende na análise pessoal ele a adquire ao tratar pacientes, sob aconselhamento e supervisão de colegas já reconhecidos (FREUD [1919] 2010, p.378).” Tal indicação demarca o quanto a formação era cara a Freud, apontando que esta independe dos anos acumulados de experiência. O reconhecimento advém com o trabalho de publicizar aquilo que se faz no privado da clínica, testemunhando e legitimando, como psicanálise, a sua prática. Enquanto os anos de experiência não garantem por si só a implicação do analista com sua formação. Além do mais, o saber em psicanálise não é cumulativo, construindo-se no caso a caso (FONTENELE, 2006).

O significativo usado por Eitington assinala o que se pretende, a partir desta obrigatoriedade da prática de supervisão, “a reprodução da espécie analítica” (STEIN, 1992, p.20). O termo reprodução deixa claro o intento de padronização da formação, assim como uma adequação e uniformização por parte dos analistas à referência instituída do que é ser um analista.

É importante dizer que apesar das consequências desse modo de condução da supervisão, havia uma preocupação genuína com a formação dos analistas. Radó (2005), por

um exemplo, demarca a diferença entre a aprendizagem da cirurgia e da prática analítica, revela que esta precisou se haver com a necessidade de criar condições de transmissão novas, pois, diferente da cirurgia que permite ao iniciante acompanhar o procedimento para aprender, a análise não autoriza a entrada de um terceiro, por configurar-se como procedimento restrito a dois:

A formação prática dos futuros analistas confrontou nosso Instituto com uma tarefa difícil. A particularidade da psicanálise torna impossível, com efeito, a transferência dos bons e velhos métodos de instrução pessoal, usados no ensino das artes práticas para esta nova disciplina. [...]. A terapia analítica é um procedimento a dois e deve limitar-se forçosamente aos dois participantes – o analisando e o analista. Aqui, o iniciante não pode observar o trabalho daquele que tem a experiência nem como espectador nem como auxiliar; e aquele que tem experiência não pode estar a seu lado como auxiliar durante suas primeiras tentativas terapêuticas. O ensino analítico precisa então renunciar ao contato do mestre e do aluno no trabalho comum, cuja importância é primordial como meio de ensino; ele deve, portanto, visar a alcançar esse velho objetivo por meio de novos caminhos adaptados à natureza da análise. Este é o problema central do ensino, um problema que nosso Instituto se esforça para resolver há uma década, através de um trabalho prudente, “em uma tentativa empírica” (RADÓ, 2005, p.112).

Convém notar que o modo de funcionamento da policlínica, como o próprio nome revela, privilegiava uma lógica médica. Ora, policlínicas são lugares de cuidados médicos oferecidos àqueles que necessitam de acompanhamento ambulatorial. E os que ali estavam para aprender, contavam com um mestre experiente para a transmissão de técnicas, avaliação e supervisão. Este modelo demasiadamente próximo ao modelo médico comportava um “ideal de formação do psicanalista que aos poucos se tornou cada vez mais rígido, contribuindo para o mal-entendido de que era preciso ser médico para tornar-se psicanalista” (GAGEIRO, 2005, p.9).

Freud em seu texto *A questão da análise leiga* (1926) defende que os “Leigos=Não médicos” possam, assim como os médicos, exercer a psicanálise, tornando esta prática dependente de uma formação analítica que não é de forma alguma exclusividade daquele que tem uma formação médica, mas de todos aqueles que têm interesse “na psicologia profunda ou psicologia do inconsciente”. Em suas palavras: “ponho ênfase na exigência de que ninguém deve praticar a análise se não tiver adquirido o direito de fazê-lo através de uma formação específica. **Se essa pessoa é ou não um médico, a mim me parece sem importância**” (FREUD [1926] 1969, p.225, grifo nosso).

Freud (1926) afirma que o estudo da medicina sequer apresentaria uma vantagem àquele que tivesse interesse em se tornar psicanalista, já que o estudante de medicina aprendeu, durante sua formação, a atentar-se a fatos objetivos e verificáveis da anatomia,

física e química, prestando pouca ou nenhuma atenção “ao lado mental dos fenômenos vitais”. Ao demarcar a neurose como campo de especificidade da psicanálise, demonstra o quão pouco a medicina contribui para seu tratamento, com sua falta de interesse pelo “inconsciente mental.”<sup>8</sup>.

Em desacordo com a posição sustentada por Freud, havia na policlínica critérios de admissão diferenciados para médicos e não médicos. Assim como um reconhecimento de que uma formação médica era a melhor maneira de se preparar para tornar-se psicanalista.

[...] alguns de nós pensávamos que uma boa formação médica, com seu aprendizado da relação com as pessoas doentes e com seu conhecimento das possibilidades e da natureza dos distúrbios somáticos, era, apesar de todos os seus defeitos, a melhor preparação para a profissão psicanalítica; mas não se podia tampouco desconhecer a existência de certas personalidades cujo grau de cultura ou trabalhos profissionais em outros campos de atividade eram tão promissores que não parecia útil excluí-las da formação psicanalítica só porque não tinham formação médica (HORNEY, 2005, p. 100).

Embora houvesse uma intenção clara de acolher todas as categorias profissionais em seu curso de formação, que era dividido em: análise didática, formação teórica e formação de prática, os médicos eram os que mais buscavam a instituição na busca por formação. Podemos nos interrogar se isso não tinha relação com o ideal de formação da instituição, que concebia a formação médica como quesito importante para aquele que tinha a intenção de se tornar analista. “O terapeuta do futuro, o médico que recebeu uma formação equivalente em medicina-biologia e em psicanálise, é a imagem ideal de nossa atividade de ensino. Este tipo idealizado, tentamos realizá-lo nos candidatos dentro do que julgamos possível hoje em dia” (ALEXANDER, 2005, p.107). Há portanto, no interior da instituição, não só uma transmissão de um ideal de analista, mas também um esforço para “ajustar” ou “adequar” seus analistas/alunos a este ideal.

É preciso destacar que as condições de admissão foram elaboradas como uma tentativa de responder à alta demanda por formação no Instituto. Com isso, pretendia oferecê-la somente àqueles que de fato eram avaliados como candidatos com potencial para se tornarem analistas. Reconhecia a análise como insuficiente para qualquer sujeito vir a ser analista,

---

<sup>8</sup> Essa questão referente à análise leiga torna-se objeto de interesse de Freud a partir de 1925, quando o psicólogo Theodor Reik, seu discípulo, é acusado de exercício não autorizado da prática médica. Freud intervém ao longo do processo, produzindo discussão e debate acerca do tema, com fins de desatrelar a psicanálise da medicina. É interessante notar que o próprio Freud o aconselhou a se dedicar integralmente à psicanálise, não incentivando Reik a ingressar em um curso de medicina. Freud torna pública a sua posição de não restringir a psicanálise aos médicos, ao escrever *A questão da análise leiga*, em 1926.

elabora, a partir disso, certas qualidades necessárias ao exercício do ofício, tomando como desafio a difícil tarefa de reconhecê-las:

A análise não pode fazer de qualquer ser humano um analista ideal ou mesmo, simplesmente, medianamente eficaz. Víamos que uma característica decididamente ausente ou a falta de um dom psicológico não podiam ser compensadas nem mesmo por uma boa análise didática. Tínhamos até mesmo de confessar - embora a contragosto - que pessoas com neuroses muito graves podiam ser efetivamente curadas pela análise didática, mas que ainda assim não atingiam o grau de equilíbrio psíquico requerido para o exercício da profissão psicanalítica. Era preciso ter muita coragem para extrair as consequências da conscientização de nossos limites e formular, como condições *a priori* da formação, [...], a presença de certas qualidades (HORNEY, 2005, p. 99).

Aqui percebemos novamente uma distância em relação à posição de Freud quanto à importância da análise pessoal no processo de formação. A análise é condição, segundo Freud, para aquele que quer exercer a psicanálise. Não há portanto uma característica ou qualidade intrínseca ao sujeito que o torne mais ou menos apto a escutar. Afinal, é esta a função do analista: escutar o seu analisando, ao apostar na “cura pela palavra”, sendo no seu próprio percurso de análise que um “psicanalista” poderá tornar-se menos surdo em relação às suas próprias questões pessoais, que podem interferir na clínica. A maior exigência de Freud àquele que quer praticar a análise é de fazer ele próprio uma análise:

[...] pode-se exigir que ele tenha se submetido a uma purificação psicanalítica e tenha tomado conhecimento daqueles seus complexos que seriam capazes de perturbar a apreensão do que é oferecido pelo analisando. [...] a cada repressão não resolvida no médico corresponde, [...] um ponto cego na sua percepção analítica (FREUD, [1912] 2010, p.157).

A supervisão/controlada ofertada ao candidato aceito no processo de admissão visava garantir um atendimento qualificado à população que buscava atendimento na clínica. Na sua tentativa de prestá-lo, havia esta noção de “reprodução da espécie analítica”, que acaba por resumir o analista a um instrumento da técnica, por ele ficar submetido a ela, podendo conduzi-la correta ou erroneamente, sendo a supervisão o meio de correção dos erros cometidos. Neste posicionamento certo-errado, cria-se a ideia de que há um modelo a ser seguido e, pior, modelo rígido. “O ideal de especialista, um *expert* em neuroses, produziu na policlínica e, sobretudo, na formação lá oferecida, o ideal do analista perfeito” (GAGEIRO, 2005, p. 9).

Neste momento específico, a função da supervisão era de controle, controle daqueles que estavam em formação. A partir deste, há uma construção de uma “relação hierárquica,

autoritária, escolar, paternalista e normativa” (VALBREGA, 1992). Pretendia-se averiguar se o analista em formação estava atuando de acordo com aquilo que lhe tinha sido transmitido, diminuindo os riscos de que o mesmo incorresse em algum desvio, em uma tentativa de preservar a psicanálise a partir desta verificação técnica:

**Como a análise não admite** de forma direta **nenhuma vigilância e nenhuma ajuda, fez uso de um procedimento** indireto **que satisfaz as duas necessidades simultaneamente**. Os estagiários devem, em curtos intervalos, fazer um relatório ao diretor da policlínica sobre o desenrolar de seus tratamentos e este os aconselha, então, acerca de todas as questões que surgem. Essas discussões geralmente ocorrem na ausência do paciente, mas se for preciso, sínteses são organizadas com sua presença. **Essa instituição consolidou-se sob a designação de “análise de controle”** e revelou-se a melhor forma de concretizar o ensino prático. O aumento dos estagiários logo tornou necessário, para aliviar o diretor do Instituto, encarregar progressivamente vários outros professores da função de **analista controlador** (RADÓ, 2005, p. 114. Grifo nosso).

Stein (1992)<sup>9</sup>, ao historicizar esse período, nos remete a um artigo de Michelle Moreau, escrito na Topique, onde encontrou um fragmento de um relatório feito por Eitingon, no qual descreve as atividades da Policlínica de Berlim:

Confiamos aos estudantes que já estão avançados nos estudos teóricos e em sua análise pessoal um ou dois casos [...] que convêm a iniciantes. Por meio de anotações detalhadas que eles devem redigir, seguimos rigorosamente as análises e podemos detectar facilmente uma quantidade de enganos que o analista iniciante comete [...]. **Nós protegemos os pacientes** que são confiados aos iniciantes **pelo controle que exercemos sobre seus tratamentos** e estando sempre prontos a retirar o caso do estudante para continuar nós mesmos o tratamento [...]. Podemos então estar igualmente satisfeitos pelo lado formador da nossa policlínica [...] (MOREAU apud STEIN, 1992. Grifo nosso)<sup>10</sup>.

Esse breve relato explicita a forma burocrática com que a supervisão em sua institucionalização passa a ser tratada na formação do analista. Burocrática, por estar submetida a uma exigência institucional e alienada ao atendimento desta demanda. A supervisão/controle torna-se sintoma de uma crença na eficácia da técnica, pois é ela que irá corrigir os “enganos” dos iniciantes, por uma transmissão que se resume à assimilação intelectual do que deve ou não ser feito na clínica. Tal preocupação relativa à apropriação da técnica pelos iniciantes encobre outra que diz respeito à manutenção do reconhecimento da instituição no meio social, por exercer um “bom” trabalho.

<sup>9</sup> STEIN, 1992 apud Thais Christofe Garrafa. Disponível em: < [revistapercurso.uol.com.br/index.php?=artigo-view&ida=272&ori=autor&letra=G.](http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?=artigo-view&ida=272&ori=autor&letra=G.) >. Acesso em: 20 ag.2016.

<sup>10</sup> Idem.

Além da lógica burocrática presente em tal descrição, há também uma lógica cumulativa, quando Eitingon se refere aos estudantes “avançados” em sua análise pessoal e teórica. Não há outro modo de apreender tal significante, a não ser pelo sentido de acumulação de saber e de anos de divã, dando a falsa ideia de que isto pode dar alguma garantia. No que se refere à clínica, não há garantias, simplesmente porque a surpresa, o inédito, o imprevisível se presentifica a cada encontro com o paciente, tornando-o sempre inusitado (FONTENELE, 2006).

A supervisão, em sua apropriação pela policlínica, passa por uma transformação, e quem sabe até uma distorção das suas pretensões iniciais:

A comunicação oral da experiência psicanalítica [...] surge de uma necessidade interior, inevitável, familiar. Esta comunicação perdeu seu caráter improvisado (talvez também parte de seu caráter analítico), a partir do momento em que seu papel foi oficializado na formação do psicanalista e na transmissão da psicanálise, a partir do momento em que sob o termo criticado e criticável, “controle”, esta atividade se estabeleceu com uma série de condições e de regras organizadas (ZALTZMAN, 1992, p.55).

Os responsáveis pela policlínica, ao tratarem a supervisão como uma obrigatoriedade, a estabelecem nos moldes de um contrato de formação. Há uma antecipação da oferta em relação à demanda, como assinalam alguns autores. Como se houvesse, tanto para os analistas com maior percurso quanto para aqueles que estão iniciando, uma garantia quanto à formação, suspendendo um tempo que é tão caro à psicanálise, o *a posteriori*. Ao cumprir os requisitos, tornar-se-á analista. “Em particular, esta posição – analítica – não é jamais adquirida de uma vez por todas, por um reconhecimento, uma adesão ou nomeação para um grau. Nós lembramos aqui a bem conhecida hierarquia: analista estagiário, associado, titular, didata, supervisor” (VALABREGA, 1992, p.47).

Para terminar essa discussão, faço, nossas, as palavras de Stein (1992, p.20): a “supervisão como ensino da técnica seria perfeitamente coerente, se a prática psicanalítica dependesse de uma técnica.” Não é isso que deve estar em primeiro plano em uma supervisão, pois o que nela importa é a transmissão, que é sempre da ordem do inconsciente. Por este motivo, não é possível ensinar como se conduz uma análise nem como se faz para ser analista. Justamente aquele que acredita ser analista está distante desta função.

Nessa direção, Safouan (2006) introduz a questão de como o fato de a psicanálise não se resumir a uma técnica pôde ter passado despercebido pelos “mestres supervisores”, encontrando como resposta à institucionalização, que elimina qualquer discussão acerca do tema:

Basta pensar [...] em alguns nomes que nos vêm juntos à lembrança [...] para nos darmos conta de que cada mestre tem sua técnica e que esta não coincide com a dos outros, as quais, quase sempre, contradizem a sua. Deve-se perguntar, então, como pôde acontecer que os mestres não tenham tirado desse fato a conclusão que se impõe: não há técnica psicanalítica [...]. A resposta sem dúvida reside na institucionalização: aquele que é instituído como mestre (cujo sentido é diferente do de ser reconhecido) é obrigado a supor, ele próprio, que tem como responder à demanda: uma técnica para ensinar. Ora, do mesmo modo que a análise, a supervisão não pode ser concebida como uma resposta à demanda (SAFOUAN, 2006, p.278).

### 1.3 A escola de Lacan e sua concepção da supervisão

Ao longo de sua trajetória na psicanálise, Lacan ([1964-1971]2003) teve como proposta instaurar um movimento de reconquista do campo aberto por Freud, com o objetivo de “restaurar a sega cortante de sua verdade” (p.235), revelando, por meio de críticas, os desvios e concessões que amortecem o progresso da psicanálise. Circunscreve, a partir disso, a formação psicanalítica como elemento indissociável do processo.

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, de Lacan (1964-1971]2003a), texto inaugural da Escola Freudiana de Paris (1964-1980), percebemos indícios de um novo tempo na psicanálise. Não só por marcar o fim da relação de Lacan com a IPA, mas por revelar um distanciamento cada vez maior de construções de saber e práticas comuns aos pós-freudianos. É relevante apontar que, quando rompe com a IPA, rompe com os graves desvios que vinham sendo empreendidos na psicanálise, tanto com a teoria quanto com a prática. Retira-se da IPA com um único objetivo: retomar o legado de Freud. Não à toa nomeia seu trabalho de “retorno a Freud”, situando-se como o grande freudiano (JORGE e NADIÁ, 2011).

O texto citado foi escrito três anos após o rompimento de Lacan com a IPA. A inauguração de sua escola deu-se na época em que foi elaborado, a IPA ainda imperava e Lacan encontrava-se muito só em suas reformulações da causa analítica. Isso leva a pensar que a inauguração de sua escola não se dá sem relação à solidão, sendo possivelmente uma resposta para ela (QUINET, 2009). A escola lacaniana tem como questão central e coordenada para o trabalho: o que é um analista e como alguém se torna analista. E sua ambição não é qualquer: fazer a psicanálise avançar.

Com a inauguração de sua escola, Lacan acaba por reformular todo o modo como a formação vinha sendo oferecida. Chega a afirmar que não há formação do psicanalista, mas

formação do inconsciente, maneira provocativa de recolocar em questão a singularidade da formação do psicanalista que nada tem a ver com acúmulo de conhecimento ou aprendizagem de uma técnica, como era pretendido, como vimos, pela Policlínica de Berlim. Ao contrário disso, consiste em saber-não saber, cabendo ao psicanalista saber deixar seu saber em suspenso. Lacan destitui assim o lugar que o saber vinha ocupando na formação do psicanalista, para reinseri-lo de outra forma. E para além disso, reintroduz, a partir de Freud, o inconsciente na estrutura da formação, chamando nossa atenção para algo fundamental que tinha caído em esquecimento: a formação se dá no próprio percurso de análise. “o princípio lacaniano de que não há formação do analista; há formação do inconsciente, para mostrar a impossibilidade de padronização generalizada de formação analítica para habilitar o analista à prática” (QUINET, 2009, p.14).

Com tal posicionamento, Lacan mantém alinhado e comprometido com o pensamento do fundador da psicanálise. Encontramos em Freud (2010), em seu texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, 1912, a importância da análise na formação: “todo indivíduo que queira efetuar análise em outros deve primeiramente submeter-se ele próprio a uma análise com um especialista”, marcando que o analista precisa ter intimidade com seu inconsciente (FREUD [1912]2010, p.157). Não sendo possível tornar-se analista sem antes ter passado pelo divã, onde construiu uma relação estreita com a existência do inconsciente.

O tripé da formação tinha sido, no entanto, apropriado de forma a conferir “um falso estatuto de algo aparentemente bem definido”, encerrando a complexidade referente à formação no cumprimento deste tripé. O que aponta para uma desconsideração da advertência freudiana de que a formação analítica é permanente por ser consequência de um trabalho constante, o que barra qualquer tentativa de delimitá-la. O analista precisa estar constantemente revistando a teoria e reinventando a psicanálise, caracterizando sua formação como “*work in progress*”. A apreensão da formação pelas sociedades de psicanálise vinculadas à IPA desconsidera que há algo de enigmático referente à questão do que produz um psicanalista, que permanece como resto não alcançável pela formação (JORGE, 2006). Não é por acaso que Freud, em seu texto de 1937, *Análise terminável e interminável*, recomenda aos analistas que retomem periodicamente suas análises, pois há sempre um resto.

Lacan, em sua reformulação da formação, a partir de Freud, acaba por repensar a prática da supervisão, que passa a ocupar outro lugar na formação do analista, distanciando-a da maneira como vinha sendo contemplada e praticada. Critica o uso da supervisão como uma maneira de controlar, fiscalizar e vigiar o candidato a analista. Em seu texto *Função do campo da fala e da linguagem* ([1953]1998b), identificou como “sinistra” a prática que se dá nos

moldes de um controle. Considera que o supervisor deveria se manter em uma posição de subjetividade secundária, o que não acontece, quando este fica numa posição “sinistra”, de tentar controlar o supervisionando. Esclarece que apesar de adotar o termo controle, para alinhar-se com a palavra usada por Freud, sua prática desta função em nada condiz com o sentido produzido por tal palavra. Em descrição da sua maneira de conduzir tal ofício, fica claro que esta está longe de se aproximar de um controle:

[...] esta famosa ‘supervisão’ [...] que [...] nós chamamos em francês simplesmente de um controle (o que não quer dizer, é claro, que nós creiamos controlar alguém). Eu frequentemente, nos meus controles - no início deles ao menos - eu encorajo geralmente o analista - ou aquele que se creia tal - eu o encorajo a seguir seu movimento. Eu não penso que seja sem razão que [...] alguém vem lhe contar qualquer coisa em nome simplesmente de que: que alguém lhe diz que é analista. Não é sem razão, porque ele escuta alguma coisa [...] (LACAN, 1976 apud KESSLER, 2009, p.23).

Mas não é apenas o significativo controle que produz sentidos problemáticos na concepção da função que pode ter efeitos na relação que se estabelece entre supervisor e supervisionando. O termo “supervisão” também pode remeter a certo engodo quanto às expectativas daquele que a demanda e à forma pela qual o analista/ supervisor se apropria dessa função. É preciso atenção para não confundir a supervisão com uma visão superior, mas segundo Lacan ([1953]1998b), uma segunda visão ou uma “subjetividade secundária”.

Certamente é um engano pensar que o analista/supervisor possua uma super-visão em relação ao impasses e dificuldades vividos por aquele que a demanda. Esta visão especializada, ou aumentada, também pode remeter a uma clínica do olhar próprio da clínica médica, enquanto a clínica psicanalítica tem como especificidade ser uma clínica orientada a partir da escuta. Lacan afirma que se há alguma coisa super, não se trata do olhar, mas da escuta, reafirmando a dimensão da palavra do escutar/dizer na prática da supervisão (BARLETA, 2013).

Lacan (1976) enxuga o imaginário produzido por tal significativo ao analisá-lo:

Acontece que eu faça o que chamam supervisões. Eu não sei porque se chama a isso supervisão. É uma super-audição. É surpreendente que alguém possa, em escutando o que vos contou um clínico - é surpreendente que através disso que vos diz se possa ter uma representação desse que está em análise, o analisante. É uma nova dimensão (LACAN, 1976 apud KESSLER, 2009, p.23).

Segundo Lacan (1976), aquele que ensina a psicanálise não deve ocupar o lugar de mestre, como era frequente, por exemplo, nos supervisores/controladores da Policlínica de Berlim, que se acreditavam detentores de um conhecimento relativo à técnica, cabendo-lhes

ensiná-la aos seus “controlados”, identificando-se com uma posição de quem tinha de fato uma super-visão em relação às questões apresentadas pelos candidatos a analista. Lacan, diferente disso, apostava em outra posição na transmissão da psicanálise, a de analisante. Quinet (2009, p.128), em acordo com isso, afirma: “O encontro com o supervisor não é uma aula, ele não está no lugar do mestre que comanda nem no lugar do saber do professor.” O saber não está dado *a priori* como, por exemplo, o conhecimento, que é da ordem do imaginário. Necessita de uma construção e elaboração que se dá na e a partir da experiência.

O supervisor, a meu ver, não está no lugar do mestre (agente do discurso do mestre) ou do saber (agente do discurso universitário). Ele oscila entre duas posições: a posição de agente do discurso do analista, ao fazer o supervisionante produzir os significantes mestres, não dele como sujeito, e sim do caso que conduz. Assim a supervisão oscila entre o discurso histórico e o discurso do analista (QUINET, 2009, p.128).

O saber que o analista deve carregar, como já dissemos, é saber ignorar aquilo que sabe para estar aberto àquilo que não é previsto e calculado. É disso que se trata, quando Freud ([1912] 2010) chama atenção dos analistas para escutarem cada caso como se fosse o primeiro, pois, quando o analista valoriza, seu saber se ensurdece. “Não há nenhum entendimento prévio ou determinante que a experiência garanta no sentido de explicitar a singularidade com que se dá cada experiência psicanalítica. Não se pode falar de uma experiência cumulativa do psicanalista em relação ao saber” (FONTENELE, 2006, p.274).

Safouan (2006) está alinhado com o pensamento lacaniano referente à posição do analista em sua transmissão da psicanálise, ao afirmar: “a supervisão não ensina nada àqueles que não têm nada a aprender” (p.279). E quem são estes que não têm nada a aprender? Justamente os que demandam o ensino de uma técnica de um “supervisor/mestre” que acaba por distanciá-los de uma escuta analítica, pois para esta operar, é preciso seguir a orientação freudiana: esquecer tudo o que se sabe. Consequentemente, o supervisor que reduz a prática analítica à aplicação de uma técnica, nada tem a transmitir da psicanálise.

Um analista supervisor, que nunca foi surpreendido por um modo de intervenção, cuja iniciativa o analista em supervisão tomou e se revelou extremamente eficaz, enquanto ele mesmo a teria evitado, seria muito melhor que ele... escrevesse um tratado sobre a técnica psicanalítica (SAFOUAN, 2006, p.279).

A supervisão fracassa toda vez que tem o objetivo de ofertar respostas, imbuindo o iniciante de receitas que o “orientam” em sua escuta. Tais receitas, ao “orientar” o supervisionando, acabam por empobrecer ou eliminar, dessa forma, aquilo que pode advir do

encontro entre analista e paciente, que é sempre da ordem do inédito e inesperado. Não há como calcular antecipadamente o que vai se desenrolar a partir desses encontros e muito menos transpor ao pé da letra o que é transmitido no espaço de troca entre supervisor e supervisionando. Lacan ([1964-1971]2003b), em sua apreensão desse elemento do tripé da formação do analista, distancia-se radicalmente de uma prática didaticopedagógica.

Na ata de fundação da Escola Freudiana de Paris, de 1964, percebe-se que a dimensão de obrigatoriedade relativa à supervisão não é eliminada. Mas assume outra dimensão, pois a obrigatoriedade é da Escola, em seu dever de ofertá-la aos analistas em formação. O que fica claro, nesta afirmação de Lacan ([1964-1971] 2003b, p.236): “Desde o início e na totalidade dos casos, uma supervisão qualificada será assegurada, nesse contexto, ao praticante em formação em nossa Escola.” Isso é muito diferente do controle exercido pela IPA, que dá lugar a uma burocratização da prática analítica com todas as suas regulamentações que deixam pouco espaço para elaboração, ao instituir uma série de “protocolos” a serem seguidos. Enquanto o controle exercido na Escola visa justamente à elaboração de saber a partir da necessidade de publicização da prática clínica, criando condições para que a psicanálise avance.

Trata-se do controle da exposição de saber e da construção de casos clínicos, que é a maneira de o analista mostrar e pôr à prova o que faz em sua prática. Ao apresentar um caso, estou me submetendo ao controle dos outros, a uma supervisão dos outros sobre o meu trabalho. É uma questão ética. Na Escola não há institucionalização, há um estímulo a que as pessoas façam supervisão, já que toda prática, e a análise não é exceção, merece ser supervisionada (QUINET, 2009, p.73).

Lacan ([1964-1971] 2003b), ao retirar o tom de obrigatoriedade e fiscalização da prática de supervisão, retoma o pensamento de Freud relativo à formação, ao dar liberdade para que o analista possa buscá-la no momento em que a considera importante. Não está mais, na escola de Lacan, um pré-requisito para a prática analítica. Com isso, atribui ao analista a responsabilidade por requisitá-la, diminuindo, conseqüentemente, o poder da instituição na formação dos analistas.

[...] a supervisão não deixa de fazer parte da formação do analista lacaniano. Segundo Lacan, não há prática que prescindia de supervisão (ou controle), e a prática psicanalítica não está fora disso. Se a supervisão não é obrigatória, ela é, no entanto, aconselhável ao analista que se autoriza por si mesmo a receber em análise sujeitos que o demandam. [...]. Na Escola de Lacan, a supervisão não é imposta, mas se impõe como dever ético (QUINET, 2009, p.124).

Freud entendia a formação como responsabilidade exclusiva daquele que tinha desejo de se tornar analista. Este desejo não é partilhável, assim como a responsabilidade por ele não é passível de ser dividida. O pai da psicanálise defendia, a partir desta perspectiva, a lei do desejo, repudiando a subserviência deste ao poder da instituição, que é consequência da institucionalização da formação do analista (FONTENELE, 2006).

A institucionalização da supervisão realizada pela IPA e a desinstitucionalização da mesma, pela escola de Lacan, tem consequências no que é produzido nesse espaço de trabalho. Quando o candidato a analista busca uma supervisão, que é parte obrigatória de seu processo para tornar-se analista, não se pode ser ingênuo quanto à forma como esse espaço poderá ser apreendido e usado por aquele que tem interesse em ser autorizado a praticar a psicanálise. Mas este possível “mau uso” não é só responsabilidade sua. A instituição também tem participação, ao exigir uma formação que perpassa constantemente por uma autorização que não é do próprio sujeito, jogando-o em um movimento de busca por reconhecimento que lhe permita ser analista.

Os possíveis efeitos de uma supervisão exigida institucionalmente são explicitados por psicanalistas orientados pelo pensamento lacaniano:

Eu duvido que, numa supervisão que seja obrigatória, você saiba verdadeiramente como trabalha fulano... Eu sei que para atender à exigência institucional, inventam-se pacientes inexistentes. Eu tive analistas da instituição psicanalítica em análise, que estavam sendo levados a inventar sessões inexistentes, para poder atender a um requisito formal da instituição a que pertenciam. Isso é literalmente uma situação clínica de perversão, mas induzida pela própria burocracia institucional (DUVIDOVICH e GOLDENBERG, 2007, p.39-40).

Ou, então:

[...] quanto menos nós regulamentamos, menos institucionalizamos, mais condições nós temos para ver o trabalho do outro e deixá-lo emergir. Então, quando você regulamenta, como era quando eu fiz formação - a supervisão de 80 horas, duas vezes, de um mesmo paciente que é atendido quatro vezes por semana -, você mata a possibilidade de ver como aquela pessoa trabalha, vê-la de um jeito mais solto atrapalha o trabalho da pessoa, porque vou obrigá-la a se encaixar num modelo que é o modelo da instituição e, às vezes, não é o dela. Então, quanto mais frouxo deixarmos, eu acho melhor, em todos os sentidos. **Se estamos querendo que algo emerja, não podemos colocar muita regra; se você coloca muita regra, vai ver o que está dentro da regra** (DUVIDOVICH e GOLDENBERG, 2007, p.47. Grifo nosso).

A desinstitucionalização da supervisão mostra que as dificuldades inerentes à clínica tornam a supervisão indispensável para os analistas, independentemente de sua exigência institucional. É por isso um “mal necessário” no percurso daquele que tem desejo de se tornar

analista. Não há motivo para exigí-la institucionalmente, uma vez que o próprio percurso de condução de uma análise colocará questões, impasses e dificuldades que levam o analista a um movimento de partilhar sua clínica (JORGE e COSTA, 2005).

Ora me parece impossível que um psicanalista possa funcionar sozinho satisfatoriamente. A situação analítica é muito difícil, muito envolvente; ela é semeada de armadilhas e de encantamentos, ela é minada pela angústia e pelo entusiasmo, a sedução e a rejeição; não de fato, ***um analista não pode ser analista sem referente***, sem lugar onde repercutir suas questões, sem tempo onde achar trégua, retirada e refúgio de elaboração e de recriação ou recreação (COURNUT, 1992, p.130. Grifo nosso).

Há motivos contingentes e temporais que tornam a supervisão um mal- necessário. O fato comumente observado de o início da prática clínica não coincidir com o final da análise situa a supervisão como ferramenta indispensável na detecção e elaboração das dificuldades, permitindo que o analista se mantenha na posição de dirigir o tratamento. Não podemos esquecer que Lacan (2003a), na *Proposição de 9 de outubro de 1967*, chama atenção para a mudança de posição que marca o final de análise, a de analisante para a de analista, portanto aquele que ainda não terminou sua análise ainda está em vias de produzi-la.

Mas não só isso. Há também por parte do analista uma dificuldade que é intrínseca a todos, no encontro com o inconsciente. O movimento constante de retorno do recalcado se depara não raramente com as resistências que se opõem a ele e por vezes o próprio analista resiste sem saber. A supervisão pode servir para apontar o aparecimento de uma resistência, criando maior possibilidade por parte do analista de lidar com o que o seu analisando desperta nele. As resistências frequentemente reveladas na prática da supervisão são: a escuta de sentido e a certeza na construção imaginária feita em torno daquilo que o paciente apresenta como questão. No entanto, quando a escuta é contaminada pelo sentido e pela certeza, a escuta analítica não opera, tornando a supervisão necessária para revelar esses obstáculos que atravessam a direção do tratamento (VEGH, 2005, p.23).

É preciso ressaltar que a partir desta nova configuração da supervisão não há uma flexibilização da formação a partir de Lacan, mas um rigor que em nada coincide com a rigidez com que ela vinha sendo empreendida. A rigidez burocrática no cumprimento daquilo que estava previsto como garantia quanto à formação é desconstruída a partir de um rigor que incide sobre o desejo daquele que quer se tornar analista. “Tratava-se, para Lacan, de rigorizar ao máximo o processo da formação, e, nesse sentido, incluir a busca da supervisão no campo do desejo e da associação livre que o manifesta” (JORGE e COSTA, 2005, p.248).

A partir da discussão da desinstitucionalização da supervisão, podemos lembrar o famoso aforismo de Lacan (2003a, p.248), enunciado na *Proposição de 9 de outubro de 1967*: “o analista só se autoriza de si mesmo”. Pretende com isso provocar uma mudança na forma como os analistas eram “habilitados” a exercer a clínica analítica, marcando um rompimento radical com a hierarquia instituída nas sociedades ligadas à IPA. Nelas, somente os analistas que faziam análise didática com os analistas indicados para realizá-las é que tinham, ao final, uma autorização delas para exercer a psicanálise e nomearem-se como analistas. A autorização vinha do outro.

O aforismo lacaniano tem desdobramentos na organização das sociedades de psicanálise, ao colocar em xeque as hierarquias instituídas. Nas palavras de Lacan ([1964-1971] 2003a, p.248): “Antes de mais nada um princípio: o psicanalista só se autoriza de si mesmo. Esse princípio está inscrito nos textos originais da Escola e decide sua posição. Isso não impede que a Escola garanta que um analista depende de sua formação.”

É preciso enfatizar que, com seu aforismo, Lacan ([1964-1971]2003a) não pretende estimular a independência dos analistas ou diminuir a importância das escolas. Na verdade o aforismo só tem pertinência aos analistas que estão na escola, pois é pelas instâncias de garantia (AME: Analista Membro da Escola e AE: Analista da Escola)<sup>11</sup>, asseguradas pela escola, que um analista encontra as condições de se autorizar a exercer a psicanálise. Logo, é a formação do analista que o autoriza a se autoautorizar em sua clínica. “Que a Escola pode garantir a relação do analista com a formação que ela dispensa, portanto, está estabelecido. Pode fazê-lo e, portanto, deve fazê-lo” (p.247).

Lacan posteriormente complementa seu aforismo ao enfatizar que o analista se autoriza por si mesmo e por alguns outros, seus pares de transferência de trabalho. Neste sentido: “não é um sinal verde para que o analista possa fazer simplesmente o que quer, tendo por critério seu próprio gozo” (QUINET, 2009, p.78). A autoautorização é submetida aos pares, isso assegura que ela não é caprichosa: não é na hora que o analista quer e muito menos à sua maneira. Há uma verificação disso pelos dispositivos concernentes à escola:

Trata-se, antes, de que não haja nenhuma prática em que o sujeito se garanta por si mesmo sem prestar contas a ninguém. Caso contrário, advogam-se o segredo e o

---

<sup>11</sup> A nomeação dos Membros Analistas da Escola se dá pela exposição da experiência destes enquanto analistas, a partir da produção de trabalhos, escritos, comunicações que evidenciam sua experiência de analistas. “constituído simplesmente pelo fato de a Escola o reconhecer como psicanalista que comprovou sua capacidade.” (LACAN, 2003a, p.249) Já o Analista da Escola é um título solicitado por necessitar de verificação da passagem de analisante a analista, definindo-se, portanto, pelo passe. “O AE [...] esse lugar implica que se queira ocupá-lo: só se pode estar nele por tê-lo demandado de fato, senão formalmente” (LACAN, 2003a, p.249).

inefável das práticas obscurantistas, como no caso dos rituais umbandistas, onde ninguém sabe como alguém vira pai de santo, pois não há exigência de elaboração e transmissão de saber. Nestes tipos de práticas, o saber não circula, ninguém presta contas (QUINET, 2009, p.73).

Cabe lembrar uma exigência feita pela Policlínica de Berlim que explicita uma posição oposta a de Lacan: “Antes de o candidato começar sua formação, ele se compromete a não praticar a psicanálise por sua própria conta e a não se declarar psicanalista profissional antes do final da formação completa e sem autorização da comissão de ensino” (HORNEY, 2005, p. 102). Aqui percebemos não só uma estrutura hierárquica, onde quem está iniciando sua formação precisa se remeter a quem ocupa uma posição “superior” na busca por autorização, mas também estranhamos o termo “formação completa”, que não se compromete com a posição de Freud, em que defende a ideia da formação como permanente e por isso não pode ser delimitada, excluindo a possibilidade de uma “formação completa”.

Aquele que ocupava a função de supervisor também era responsável junto à instituição por autorizar o candidato a atuar clinicamente, pois era através da fiscalização sobre a atividade do candidato que este tinha, dependendo de sua “performance” clínica (suspeita por nós de ser uma clínica cínica), autorização ou não para vir a ser autorizado a ser analista. Com a Escola de Lacan, é o próprio analista que se autoriza a partir de sua formação, que mais tem relação com o inconsciente do que com aquilo que está previsto pela instituição.

O fato de ser admitido em controles ou em supervisões [...], é frequentemente tomado como uma autorização para praticar a psicanálise, enquanto não se poderia negar que o psicanalista não deve se autorizar a não ser de si mesmo, segundo a formulação de Lacan, que deu ocasião para todo tipo de mal entendido. [...]. Não se poderia autorizar, não por si mesmo, mas de si mesmo - o que não é a mesma coisa - sem recorrer a uma instância terceira, mas cuja função não é confirmar uma capacidade ou validar uma decisão (SMIRNOFF, 1992, p.110).

Esta posição de Lacan, referente à autoautorização, é reafirmada quando introduz a ideia de que, quando o analista busca supervisão, este, na verdade, já é um analista, caso contrário, não estaria aceitando demandas de tratamento e muito menos buscando supervisão para compartilhar o que vivencia em seu consultório. É por isso que não necessita da autorização de um outro, pois já se autorizou.

Sem querer comentar o adágio lacaniano, o do “analista que se autoriza de si mesmo”, reconheço entretanto que ao pedir uma supervisão o “jovem” analista se autoriza... Mas a quê? Digamos a começar a experimentar sua prática, não no segredo do seu consultório, mas face a um interlocutor ou, se posso me expressar assim, diante de uma testemunha (SMIRNOFF, 1992, p.145).

Em entrevista com Safouan, feita em 2008 por Kessler (2009), este reforça a concepção lacaniana ao explicitar que a supervisão abarca uma dimensão que permite ao analista, a partir da elaboração de sua clínica, avaliar sua decisão quanto à sua autoautorização: “se tomou uma decisão justa ou uma decisão rápida a esse respeito” (p.26). Cabe ressaltar que a decisão é sua.

É importante apontar que a autoautorização não é resultado de um processo intelectual nem mesmo de uma submissão a certo ideal de psicanalista. Aquele que pretende ser conforme o padrão estabelecido do que é ser um psicanalista está longe de sê-lo, uma vez que atuar como analista exige uma inventividade de um estilo próprio. Não sendo possível aos analistas fazerem série, já que cada um tem sua própria marca.

[...] autorizar-se analista certamente não é um processo intelectual, e que não basta pensar que se o faz, para fazê-lo. Se autorizar-se realmente quer dizer algo, a prática não deve ser um efeito da teoria, uma colocação em prática da teoria. É unicamente porque o analista deve poder articular, inventar o elo de articulação entre prática e teoria, que ele pode, justamente, não corar de vergonha ao ser questionado como impostor. Ou, então, diria que, se ele cora de vergonha, tem razão em fazê-lo, porque se o homem cora, se o homem pode envergonhar-se, é porque se desvela, ao olhar do sujeito suposto saber, o fato de que ele finge. E se ele finge, se ele quer ser conforme, isso confirma o fato de que, na realidade, ele não acredita no que faz, ele não sabe o que faz, ele não se autoriza (DIDIER-WEILL, 2006, p.261).

A Escola, construção inventiva de Lacan, traz em seu cerne um modo radicalmente novo de transmissão e elaboração de saber no campo da psicanálise. Subverte a maneira como a formação do analista vinha sendo praticada nas sociedades de psicanálise vinculadas à IPA, o que tem efeitos importantes na prática da supervisão. Substitui o reconhecimento do outro, que por vezes era ocupado pelo supervisor/controlador por duas instâncias de garantia: AE e AME. É esta a função de sua Escola: garantir a formação do analista, conseqüentemente, fazendo a psicanálise avançar.

Após esta breve introdução histórica do dispositivo de supervisão no campo da psicanálise, passaremos para nosso tema de pesquisa propriamente: “Os efeitos da supervisão clinicoinstitucional com orientação psicanalítica na clínica do CAPS”. Pesquisaremos a supervisão clinicoinstitucional com orientação psicanalítica, pois os aportes teórico e clínico da psicanálise nos parecem ter mais condições de oferecer uma escuta aos problemas, impasses e dificuldades vivenciados pelas equipes de saúde mental, construindo junto com os técnicos uma direção de trabalho clínico no caso a caso. E para além disso, o supervisor orientado pela psicanálise tem uma escuta diferenciada de outros profissionais que ocupam

este lugar, por sua formação e sua própria experiência de análise, assim como por sua aposta no inconsciente.

A partir de suas pontuações e intervenções, o supervisor orientado pela psicanálise pode levar a equipe a se reposicionar em relação ao saber prévio com o qual opera em seu cotidiano, relativizando, desconstruindo e produzindo não senso nas construções imaginárias feitas pela equipe ao longo de sua prática clínica. Desta forma, a equipe poderá produzir algo inventivo, no caso a caso, ao invés de correr o risco de repetir às mesmas intervenções e condutas, tornando-se aberta ao novo e, conseqüentemente, mais disposta à reformulação da assistência na saúde mental.

## 2 SUPERVISÃO CLINICOINSTITUCIONAL E SEU PAPEL JUNTO AOS CAPS

### 2.1 Reforma Psiquiátrica e a inauguração do CAPS: espaços estratégicos na transformação da assistência

Para a compreensão do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional no campo da saúde mental não só é importante como necessário retomar brevemente a reforma psiquiátrica brasileira para o entendimento do mandado do CAPS, assim como da finalidade da prática de supervisão junto a este.

No Brasil os hospitais psiquiátricos ficaram conhecidos como campos de concentração e/ou depósitos humanos, tamanha a desassistência, precariedade e violência sofrida por aqueles confinados a esses espaços. Eletrochoques, agressão física, lobotomia, falta de água, comida, roupa é apenas algumas das violências sofridas por aqueles que tinham a internação como resposta para o seu sofrimento. A maior violência, no entanto, corre risco de ficar encoberta, em meio a tantas outras: a mortificação do sujeito. A lógica de trabalho do manicômio silencia uma das mais fundamentais insígnias da condição humana: a fala daquele que sofre sobre sua condição de sujeito falante (PINTO, 2007). Não à toa, qualquer pessoa que se aproxima de um hospício mesmo que, de maneira rápida e superficial, chega à conclusão acertada que ele desumaniza.

Começou-se a ter notícias do que se passava no interior dos hospitais, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, criado em 1978, que reunia não só aqueles que estavam na assistência à saúde como também trabalhadores de diversas categorias profissionais assim como associações de classes, entidades e setores mais amplos da sociedade. O movimento tinha, como diretriz, reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário que pretendia chamar atenção da população para as condições desumanas em que se encontravam os pacientes internados, denunciando a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico.

É a partir desse movimento que, com o passar do tempo, vai tomando um cunho cada vez mais antimanicomial, como demonstra o seu lema: “por uma sociedade sem manicômios”, que surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira em um período peculiar de redemocratização do país.

É relevante situar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorre concomitantemente ao processo de Reforma Sanitária<sup>12</sup>, ambas, tendo entre os seus objetivos lutar pela reestruturação da assistência à saúde para que esta possa tornar-se qualificada e humanizada.

O lema da Reforma Psiquiátrica Brasileira é consequência de todo o horror que o hospital psiquiátrico representava na vida dos internados, familiares, trabalhadores e sociedade, reconhecendo a necessidade de reformulação da assistência.

A década de 1980 viveu um marco histórico importante e paradigmático na construção de uma nova prática de atenção, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, pela intervenção da nova administração municipal, a partir de denúncias de mortes, abandono, superlotação e maus-tratos. É relevante notar que se tratava de uma clínica particular conveniada com o setor público, que funcionava há quarenta anos, acolhendo as demandas de internação da região. Para se ter noção da precariedade do estado em que se encontrava, basta dizer que funcionava com 145% de ocupação.

No Brasil, havia uma forte articulação entre a internação psiquiátrica e a privatização da assistência. A maioria das internações públicas era realizada por instituições privadas que tinham sido conveniadas pelo setor público para prestar tal serviço. Estas clínicas particulares usualmente funcionavam integralmente com recursos públicos, sem perder de vista seu propósito lucrativo, o que ficou conhecido como “comércio da loucura”. Isso gerou um problema grave na assistência aos pacientes, uma vez que o objetivo e interesse deste cuidado não coincidiam com aquilo de que necessita o paciente.

Sua única fonte de receita é a internação psiquiátrica, remunerada na forma de uma diária paga para cada dia de internação de cada paciente. A receita será maior de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e, por último, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado (TENÓRIO, 2002, p.33).

A partir disso, pode-se perceber que a internação ofertada não possuía condições de ser caracterizada como uma oferta legítima de tratamento, ao expor aquele que necessitava de cuidado e atenção a uma verdadeira barbárie. Sem contar que muitos, senão a maioria, que acabava refém desses espaços, sequer apresentava questões de ordem psiquiátrica.

---

<sup>12</sup> A Reforma Sanitária funda o Sistema Único de Saúde, que tem como marco a Constituição Federal de 1988, esta define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido pelas políticas sociais e econômicas, com o objetivo de salvaguardar o acesso universal e igualitário da população a todos os serviços. O Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, que organizam as ações e serviços por intervenções que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde e regulamentando, assim como também inauguram novas diretrizes na assistência à saúde, na organização do trabalho e na configuração das instituições.

A interpretação oficial da sociedade é que os internados em hospitais para doentes mentais aí estão, fundamentalmente, porque sofrem de doenças mentais. No entanto, na medida em que os “mentalmente doentes” fora dos hospitais se aproximam numericamente dos internados ou até os superam, pode-se dizer que os doentes mentais internados sofrem, não de doença mental, mas de outras circunstâncias (GOFFMAN, 2013, p.117).

É importante dizer que o hospital psiquiátrico não foi desde sua origem concebido como um espaço potencialmente adoecedor e perverso. Aliás, durante a época clássica o hospital sequer tinha como função o tratamento e cura do “louco”. Oferecia-se como uma verdadeira hospedaria para todos aqueles que não estavam de acordo com a norma/ordem social vigente ou então aqueles que a ameaçavam de alguma forma, hospedando todos os tipos de marginais: prostitutas, ladrões, loucos, leprosos, vagabundos etc. Todos, que tinham como característica comum a desrazão, tinham razão para serem internados.

É a Philippe Pinel que deve ser atribuída a revolução do hospital, no sentido de uma radical transformação de sua função, inaugurando “a primeira reforma da instituição hospitalar com sua criação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 1998, p.26). O asilo, com seu tratamento moral, fundado por Philippe Pinel, além de dar um lugar específico e bem delimitado para o louco, também foi o primeiro a organizar uma série de práticas, a elaboração de conhecimento e um saber científico sobre a loucura. É a partir dele que o hospital se torna uma instituição médica, não mais um espaço filantrópico e social, passando a ter o louco como figura principal de seu discurso, prática, objeto de estudos e observação.

No Brasil, os loucos passam a ter um lugar específico na sociedade, a partir de 1830, quando deixam de ser encontrados por toda parte da cidade ao serem confinados em hospitais para seu tratamento.

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto de um espaço social próprio para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais, era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento (AMARANTE, 1994, p.74).

O hospital, a princípio, deu um lugar para o louco que antes se encontrava abandonado à própria sorte. Mas ao mesmo tempo em que lhe deu um lugar, retirou-lhe seu lugar da sociedade mais ampla, ao excluí-lo desta com seu confinamento. A prática de confinamento

era justificada pela ideia de que as causas para o adoecimento estavam presentes no meio social, sendo por isso necessário isolar o doente, para que este não fosse mais afetado por elas.

É por esta concepção do isolamento, como forma de tratamento, que o gesto de Pinel, de desacorrentar os loucos, tão recorrentemente recordado na história da loucura, não lhes dá a liberdade que, à primeira vista, imaginamos, pelo contrário.

Não é senão de quatro décadas para cá, mais precisamente no final da década de setenta, que a Reforma deixa de investir e reinvestir na tentativa de humanização e aperfeiçoamento do manicômio, para que este pudesse ser genuinamente um lugar de cuidado para o louco, como demonstrado pelos esforços realizados nesse sentido pela psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas. A desistência de um movimento de humanização do cuidado ofertado dentro do hospital confere uma reviravolta na Reforma, ao deixar as reformas do hospital de lado para reformar o lugar do louco na sociedade, a partir de uma luta por seus direitos e cidadania, movimento iniciado com Franco Basaglia na Itália e que teve forte influência no Brasil. No movimento italiano trata-se de excluir o manicômio, não de humanizá-lo, pois a humanização não garante uma mudança discursiva, ou seja, sua estrutura.

As grandes experiências de reformas psiquiátricas [...] foram reduzidas a simples propostas de reformulação de serviços. Em algumas delas, assistimos às tentativas de humanizar o hospital, de introduzir-lhe novas técnicas e tratamentos para transformá-lo em instituição terapêutica. Em outras, vimos o esforço de criação de serviços externos que minimizassem os efeitos nocivos do hospital ou que evitassem as internações, procurando fazer com que o hospital fosse um recurso utilizado somente em último caso. Em ambos, os casos foram mudanças restritas aos serviços que dominaram a atenção e agenda dos profissionais e dirigentes. [...] um primeiro grande desafio é poder superar esta visão que reduz o processo à mera reestruturação de serviços [...] (AMARANTE, 2011, p.62-63).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é proveniente da crise do modelo de assistência que possuía como única oferta para o sofrimento psíquico grave a internação hospitalar. Ao longo de seu estabelecimento, construiu uma nova modalidade de cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico grave e persistente, que tem como pretensão substituir e romper com a lógica manicomial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, no estado de São Paulo, tornou-se exemplo de uma nova modalidade de atenção, fundamentado na ideia de que os pacientes com sofrimento psíquico grave “precisam de condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos” (TENÓRIO, 2002, p.39).

A aprovação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, foi de fundamental importância ao longo do processo de reestruturação da assistência à clientela com sofrimento psíquico grave e

por vezes, socialmente vulnerável, por ausência de apoio familiar, dificuldades nas relações com vizinhos, ausência de condições subjetivas para manter-se no trabalho etc. É relevante notar que a criação dos CAPS antecede a Lei, mas é esta que regulamenta a sua função, permitindo a sua expansão pelo país. Seu projeto de lei n.º 3657/89, conhecido como a lei da Reforma Psiquiátrica, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, tramitou por dez anos antes de ser finalmente aprovada, mas infelizmente com modificações importantes que interferem em seu objetivo inicial de desmonte da lógica manicomial por ser ambígua, segundo Tenório (2002), quanto ao papel e à regulamentação da internação. Em suas palavras:

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p.36).

Os CAPS apresentam as seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, de acordo com porte/complexidade e abrangência populacional do território no qual estão inseridos. O CAPS III tem como peculiaridade o fato de funcionar vinte e quatro horas por dia, inclusive feriado e finais de semana, e também oferece leito para acolhimento noturno. Estes serviços caracterizam-se de acordo com a clientela atendida: crianças e adolescentes (CAPSi); adultos com transtornos mentais graves e persistentes (CAPS); e usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD).

O paciente acompanhado no CAPS poderá beneficiar-se de atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visita domiciliar, atividades comunitárias e atendimento à sua família. Diante de tantas possibilidades de oferta de acompanhamento, percebemos que a clínica no campo da saúde mental não se confunde com a hegemonia médica característica do modelo manicomial, mas institui o trabalho a partir de uma equipe multidisciplinar, reunindo vários campos de saber.

Partindo da crítica à padronização e homogeneização dos procedimentos que caracterizam o velho modelo manicomial e excludente, no qual o tratamento dos chamados *doentes mentais*, sob o inquestionável domínio do saber médico resumia-se a compensar o paciente, a reforma introduziu novos dispositivos de tratamento, que reconfiguram o quadro da assistência no País (RINALDI, 2015, p.316).

É por sua marca de originalidade que Elia e Santos (2005) chamam atenção para a inadequação do termo “substituto”, utilizado de forma recorrente na saúde mental na designação dos CAPS. Os autores ressaltam que os CAPS, por inaugurarem uma clínica

radicalmente nova em oposição ao modelo manicomial, não substituem os hospícios, pois isso implicaria em alguma “conservação” desse no novo modelo de cuidado, quando o que ocorre ou deveria ocorrer é uma ruptura, concebendo a atenção psicossocial como “categoria que designa algo de absolutamente inédito, inventivo, transformador e irreduzível a qualquer outra intervenção que a tenha precedido no mundo [...]” (ELIA, 2013).

Torna-se necessário assinalar, em meio à discussão do cuidado ofertado, que a Reforma Psiquiátrica não se resume a um rompimento com o modelo assistencial, marcado pela história asilar, mas se caracteriza também como uma série de mudanças sociais, culturais, políticas e clínicas, como define Amarante (1998). Tais mudanças visam à conquista de um novo lugar na sociedade para o “louco”, a partir de uma transformação social que implica necessariamente em uma desconstrução de certos valores, ideias e preconceitos arraigados na sociedade. Neste sentido, o CAPS foi inventivo em sua reformulação da assistência, ao inaugurar uma lógica de atenção que encarna uma política de apoio e sustentação da loucura no laço social, mantendo-se contrária e reativa a toda e qualquer forma de segregação e exclusão, consolidando o CAPS como ponto de apoio para mudanças discursivas em relação à loucura. É por isso que não é possível reduzir a Reforma a termos puramente sanitários sem incorrer em um grave risco de desmontá-la ao retirar toda sua potência.

A lógica de atenção psicossocial, sustentada pelo CAPS, é resultado de uma desconstrução e profunda mudança em relação ao modelo asilar, tendo como consequência *transformações ideologicopolíticas, éticas e assistenciais*. São algumas das características do paradigma de atenção psicossocial: o cuidado em serviços de base comunitária; concepção da doença como resultado de vários fatores (biológico, cultural, social, histórico etc.); participação de diversos atores na construção do projeto terapêutico singular e no cuidado ofertado: profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc.), assim como profissionais de nível médio, familiares, vizinhos e usuário. O paradigma da atenção psicossocial esforça-se no sentido de promover a reinserção social, a construção de cidadania, autonomia do usuário e elaboração de outra forma de conceber a loucura, desconstruindo preconceitos.

O CAPS ocupa um lugar estratégico na Reforma Psiquiátrica, por deslocar o cuidado do paciente com sofrimento psíquico grave para uma rede extra-hospitalar, desmontando aos poucos a lógica hospitalocêntrica de atenção. Fazem parte desta rede todos os recursos imagináveis de uma cidade e que compõe o acompanhamento do caso, sendo o caso que decidirá os elementos integrantes de seu cuidado: justiça, educação, esporte, clubes de lazer, centros de convivência etc. “É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade e

não apenas da saúde que pode garantir resolutividade, promoção de autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (SILVA, 2010).

No entanto, sabemos que não basta a construção de um espaço físico denominado CAPS, para que opere enquanto tal. É preciso que a equipe promova o trabalho a partir da lógica da atenção psicossocial, para legitimar o nome que encontramos em sua porta de entrada. O que infelizmente nem sempre acontece.

Os CAPS vêm se deparando com sérias dificuldades na sustentação dos ideais da reforma psiquiátrica. Em função da distância entre o projeto da reforma e o que de fato tem sido possível no dia a dia do trabalho realizado pelas equipes, os CAPS vêm recebendo toda sorte de críticas tanto por parte daqueles que ali trabalham quanto por integrantes dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica, assim como por aqueles que defendem sua importância e legitimidade. Tais críticas apontam para: uma ambulatorização do serviço, manicomialização (CAPSCÔMIO), dificuldade de atendimento à crise, funcionamento de portas fechadas para o acolhimento de novas demandas, dificuldades na realização do trabalho no território etc. O que evidencia uma dificuldade por parte do CAPS na sustentação de conceitos que fundamentam e orientam esta nova clínica: produção de autonomia, desinstitucionalização, rede e território.

A partir das críticas citadas é possível afirmar que os CAPS se encontram em risco, em risco quanto ao mandado que lhes deu lugar: transformação da assistência oferecida ao “louco”, levando autores reconhecidos, como Elia (2013), a chamar atenção para a existência de um processo de “desmontagem da atenção psicossocial, retrocessos e destruição mesma”, criando a sensação de que esta “está morrendo antes mesmo de florescer”. Não raro, as equipes de CAPS vivenciam situações de extrema precariedade, como: número reduzido de profissionais por falta de renovação dos contratos (a maioria dos profissionais é terceirizada), falta de material para realização de oficinas, falta de alimentação para os usuários indicados a participar das refeições no serviço, ausência de equipe de limpeza, entre outros desafios com sérias implicações no acompanhamento daquele que busca atendimento.

Não é a toa que muitos serviços operam de fato, como apontado em uma das críticas citadas, de portas fechadas para o acolhimento de novos usuários. Às vezes a equipe não encontra outra alternativa, a não ser fechar as portas até a resolução da crise na qual o próprio serviço se encontra.

Claro que cada CAPS é um, não sendo possível generalizar tais dificuldades a todos. Mesmo aqueles que as vivenciam têm uma experiência singular da maneira como estes desafios se colocam e se apresentam no cotidiano do serviço. Sem esquecer da singularidade

de cada dispositivo, é possível afirmar que muitos CAPS vêm enfrentando, cada um à sua maneira, sérios impasses na construção e manutenção de uma nova realidade de tratamento e acompanhamento. O que colabora para a preocupação de uma possível repetição de velhas práticas travestidas por novas roupagens, que aparecem sob o significante CAPSCÔMIO.

Com fim de evitar mal-entendidos, é necessário dizer que apesar de concordarmos com algumas críticas, com isso não defendemos de forma alguma uma desconstrução dos dispositivos CAPS, como por exemplo, alguns opositores defendem. Encontramos profissionais, inclusive familiares (que por não terem ainda compreendido o novo modelo de atenção, tecem uma crítica à dificuldade em conseguir internação), com discurso que apela para um retorno do antigo tratamento ofertado, em vista dos impasses atualmente vividos.

Não compartilhamos desta posição, pois pensamos que as dificuldades experimentadas não destituem os CAPS de sua importância. Pelo contrário, sabemos do papel fundamental que teve, e continua tendo, no desmantelamento dos hospitais psiquiátricos, superando desta forma o tratamento asilar e toda a violência implicada na vida daqueles que tinham a internação e sua conseqüente exclusão da vida social como resposta para o seu sofrimento. Neste sentido, não estamos de acordo com aqueles que afirmam, diante dos apertos e dificuldades, que o CAPS é um modelo datado e hoje ultrapassado.

Ao nos depararmos com tais críticas, não devemos nem podemos desconsiderar que a construção de uma nova lógica de tratamento impõe necessariamente desafios por demandar uma invenção e criação por parte daqueles que pretendem romper com a velha hegemonia do saber médico, característico do tratamento manicomial, para ofertar um cuidado multidisciplinar que tem entre os seus objetivos: o resgate dos direitos de cidadania dos usuários e a reabilitação psicossocial, levando sempre em consideração a singularidade de cada sujeito. O campo da saúde mental está marcado por uma constante construção que exige uma reflexão e elaboração permanente por parte daqueles que fazem parte desse projeto inventivo (RINALDI, 2015, p.316).

O CAPS, diante de seu dever desafiador de *transformação* da assistência em saúde mental e por ocupar um lugar estratégico neste desafio, pode constituir-se como espaço de formação. Pensamos que sua potência está condicionada ao fato de conseguir ou não operar enquanto espaço de formação, pois, como produzir alguma transformação sem formação? Uma formação que se dá na própria experiência de trabalho, ao questionar, problematizar e elaborar as situações complexas e desafiantes vividas pelas equipes de saúde mental no acompanhamento de usuários com “transtorno mental”, tornando a própria prática, a partir do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional, o percurso de formação.

Os CAPS, a nosso ver, só se constituem como espaços de formação através do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional, que oferece um lugar de discussão, reflexão e elaboração, permitindo que a equipe esteja sempre atenta e advertida em relação à sua prática. Por isso a supervisão pode servir de barreira à atualização de velhas práticas, ao esforçar-se na criação de modalidades inovadoras de assistência. Portanto, consideramos que a supervisão, ao possibilitar constante reflexão sobre o processo de trabalho clinicoinstitucional, consolida o CAPS enquanto um recurso subversivo em relação à lógica manicomial. Neste sentido, tomamos a supervisão clinicoinstitucional como objeto de estudo de nossa pesquisa.

## 2.2 Supervisão clinicoinstitucional: recurso de transformação da assistência em saúde mental

O processo de transformação da atenção ofertada àqueles com sofrimento psíquico grave e persistente foi acompanhado por uma série de leis e portarias que tinham como objetivo ordenar, assim como garantir, a consolidação de uma nova lógica de atenção a essa clientela. Ao nos determos, por exemplo, na lei federal 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e **redireciona** o modelo de atenção em saúde mental”, percebemos o desafio que está colocado para as equipes de cuidado: implementar uma nova direção de trabalho clínico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A palavra grifada tem importância por enunciar as dificuldades, embaraços e impasses que comparecerão nesse redirecionamento da clínica, tendo efeitos em diversos âmbitos: na clínica, política, construções teóricas e, claro, nos profissionais. A partir da direção estabelecida pela lei, ou seja, de “**redirecionamento da assistência**”, todos devem repensar seu modo de intervenção na clínica: quando e como indicar determinada oficina para o usuário, como introduzir a medicação em seu tratamento, de que forma incluir a família e vizinhos (território) no seu acompanhamento, quando realizar visita domiciliar etc. (FIGUEIREDO, 2010. Grifo nosso).

A complexidade colocada ao longo deste processo de transformação da atenção denota que a política de saúde mental, apesar de toda sua importância e relevância, é por si só insuficiente para sustentar no dia a dia da clínica as novas diretrizes traçadas. É necessário e, mais do que isso, condição para essa mudança da lógica de atenção, um espaço de reflexão,

elaboração e construção desse novo projeto junto aos profissionais, o que se pretende ao longo dos encontros de supervisão clinicoinstitucional. Aliás, é esta a proposta no momento de sua implementação nos CAPS: consolidar a política de atenção em saúde mental, tendo em vista os valores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SILVA, 2010).

Na direção de implementação da política e das diretrizes formuladas pela reforma no cotidiano das equipes, fazem-se necessárias a construção e a elaboração de uma direção de trabalho ao longo dos encontros de supervisão, que levem sempre em consideração o caso clínico, para que a política não assuma o lugar de um saber fazer prescrito, ignorando as singularidades de cada sujeito.

[...] a mudança da lógica de trabalho, proposta pela política de saúde, não é tarefa fácil de ser implementada pelas equipes nos CAPS, pois não ocorre automaticamente, como determinam as diretrizes, e recebe críticas, quando assumida como um fazer prescrito. Acredita-se que ela deve ser trabalhada junto às equipes, no espaço proposto da supervisão, como um processo de formação permanente que opere novos sentidos e que permita a reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho (SILVA et al, 2012).

Em 2005, foi elaborada a Portaria GM n.º1174, que destina incentivo financeiro “emergencial e temporário” para o Programa de Qualificação dos CAPS. A supervisão clinicoinstitucional é designada nesta portaria como uma das ações que compõem o Programa de Qualificação do CAPS. Tal termo é interessante, pois porta uma enunciação que desvela as dificuldades e desafios experimentados pelas equipes dos CAPS, pois se não houvesse descompasso entre o que é esperado deste dispositivo e o que ele de fato tem conseguido oferecer não haveria necessidade de “qualificar” o trabalho realizado. É justamente o desencontro entre o que é previsto como dever do CAPS: transformação da assistência e o que tem sido possível no cotidiano das equipes, que torna necessário um programa que tem como objetivo qualificar o trabalho realizado, aproximando-o das propostas da reforma.

Delgado (2013) atenta para a importância deste programa, ao mostrar que a partir dele, mais de duzentos supervisores clinicoinstitucionais foram absorvidos por meio de editais pouco espaçados cronologicamente (2005, 2007, 2008, 2010), com o objetivo de “sustentar na prática diária dos serviços a direção da política (Política Nacional de Saúde Mental), sob os princípios da clínica no território e da autonomia de usuários e familiares” (p.23).

Nesta portaria indica-se a necessidade de se ter no CAPS o trabalho de supervisão clinicoinstitucional, tendo em vista, entre outras justificativas, seu dever na **reformulação** da assistência: “considerando que **os CAPS**, por ter papel estratégico na reforma do modelo assistencial, **devem constituir-se como espaços de formação.**” Esta concepção do CAPS

como espaço de formação é fundamental para o entendimento de um dos papéis da supervisão junto às equipes: ela deve fazê-las operar segundo os princípios da reforma, na medida em que são as discussões, as reflexões e a revisão do trabalho que permitem uma mudança na lógica de atenção. A formação é fundamental neste processo, pois reformula-a-ação das equipes, aproximando sua prática dos princípios da reforma. A portaria citada vale-se também de outras considerações que confirmam a pertinência da supervisão como a III Conferência Nacional de Saúde Mental, “que deliberou pela criação de programas estratégicos, interdisciplinares e permanentes que promovam a qualificação da rede de atenção psicossocial” e a avaliação nacional dos CAPS de 2005, que detectou a falta de acompanhamento e supervisão clinicoinstitucional, de forma frequente na maioria dos CAPS situados no Brasil.

Tal portaria define a supervisão como:

Trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais do CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que **trabalhará junto à equipe do serviço** durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes **para a qualidade da atenção realizada** (PORTARIA n°1174, 2005. Grifo nosso).

Aqui, mais uma vez, a descrição da função da supervisão junto aos CAPS é articulada a um termo que se aproxima de qualificação: o supervisor “trabalhará junto à equipe do serviço para a qualidade da atenção realizada”. Há uma expectativa em torno desta prática de supervisão: melhorar, aperfeiçoar e qualificar as ações e intervenções das equipes de saúde mental, construindo uma direção de trabalho clínico que leve em consideração as diretrizes estabelecidas para o CAPS.

A supervisão constitui-se como recurso relativamente recente na área da saúde mental, datando da segunda metade da década de 90. Seu surgimento se dá a partir da consolidação dos serviços ditos comunitários, quando estes se tornaram referência no acompanhamento de pacientes com sofrimento psíquico grave no território (DELGADO, 2013, p.22). Cabe notar que as cidades de Belo Horizonte e Rio de Janeiro foram pioneiras na adoção da prática de supervisão clinicoinstitucional, fundamentada teoricamente pela psicanálise. Logo, a supervisão não se consolida de uma só vez, mas aos poucos vai se tornando um recurso comum aos novos serviços. Levantamento feito em 2012 detectou que somente 19% dos CAPS dos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro dispõem de supervisão semanal ou quinzenal, revelando “as dificuldades não apenas de consolidação desta

importante metodologia de acompanhamento da clínica no território, mas igualmente para a própria fragilidade da rede de atenção psicossocial” (p.26).

A partir de Leal (2008), sabemos que o Programa de Saúde Mental do Rio de Janeiro foi um dos primeiros a atribuir uma importância à função da supervisão na construção e consolidação de um modelo de atenção territorial.

É relevante destacar que, embora estejamos pesquisando o exercício desta função por um psicanalista, ela pode ser exercida por qualquer profissional, por não ser um cargo de exclusividade de nenhuma categoria específica, segundo a Coordenação Nacional de Saúde Mental, pois as características da tarefa da supervisão: construção do projeto terapêutico, articulando os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia, a integração da equipe de cuidado, e a articulação entre clínica e instituição, constituem o trabalho do supervisor clinicoinstitucional de forma compatível com formações teóricas diversas (BRASIL, 2007). A ocupação desta função por psicanalistas demonstra que a psicanálise não tem mais ficado restrita ao consultório particular, ao encontrar um lugar de importância nos espaços públicos, como a saúde pública. É importante notar que o analista, ao ocupar a função de supervisor clinicoinstitucional, não se situa diante da equipe como especialista, o que veremos ao longo deste capítulo. Zenoni (2000, p.25), ao falar do lugar do analista na equipe, nos auxilia a situar a função do supervisor orientado pela psicanálise: “Inscrever-se nessa prática feita por muitos pode ser para o analista **uma ocasião mais eficaz de transmissão da operação freudiana na clínica** do que se ele passar seu tempo reivindicando sua especialidade” (Grifo nosso).

A supervisão, segundo a Coordenação Nacional de Saúde Mental é uma função conciliável com formações distintas, “desde que o supervisor esteja aberto a exercer sua competência clínica no cenário peculiar da rede pública de saúde mental” (BRASIL, 2007). No entanto, há autores que discordam desta posição, sustentando que não existe, até o momento, outro campo de saber, a não ser a psicanálise, que esteja em condições de orientar essa prática clínica:

[...] entendemos que o campo de saber, que serve de sustentação teorico-clínica da supervisão é **obviamente** o psicanalítico. Não existe outro campo que proponha uma concepção de supervisão suficientemente potente para ocupar este lugar na rede e na política. Não se trata aqui de propor que a supervisão seja só de psicanálise, mas demonstrar que em sua operacionalidade, a supervisão clinicoinstitucional requer a articulação de um saber, uma prática e um campo (BARLETA e ELIA, 2010, p.1. Grifo nosso).

A Coordenação Nacional de Saúde Mental (2007) destaca que é importante para aquele que tem interesse em exercer a supervisão se apropriar de sua história e contexto.

Nesta direção, indica para aqueles que têm interesse em se candidatar ao cargo, mas que não estão familiarizados com a história da política nacional de saúde mental, com os problemas e desafios dos novos serviços e com o contexto do SUS, a leitura de alguns documentos básicos da política que permitem a aproximação com esta realidade: 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 e WHO-AIMS Report Brazil 2007. Assim como a necessidade de aproximação com a produção teórica recente em torno do trabalho dos CAPS, da rede de atenção psicossocial e do próprio ofício de supervisão.

A supervisão, por ter o dever de contribuir para a reformula-a-ção da assistência, assim como a consolidação da política de atenção em saúde mental, é reconhecida como ferramenta de “educação permanente” ou “formação permanente”, devendo ter seus efeitos nos operadores do campo da saúde mental. Mas para entender tal dimensão da supervisão clinicoinstitucional é preciso não perder de vista os desafios implicados no funcionamento do CAPS e seu mandado de *transformação* da assistência em saúde mental. A supervisão deve, a partir disso, constituir-se como um espaço de discussão entre todos os integrantes da equipe, com finalidade de elaborar novas maneiras de se pensar e ofertar o cuidado, promovendo, desta forma, uma formação que se dá na própria prática clínica, ao construir uma direção clínica comum entre os vários profissionais responsáveis pelo acompanhamento de pacientes graves.

Rinaldi e Bursztyn (2008) situam, a partir de Zenoni (2000), que é na posição de “aprendizes da clínica” que os profissionais, atravessados por diversos campos de saber e formações distintas, são convocados a contribuir na construção de um trabalho clínico partilhado entre várias orientações. Para isso, é fundamental a equipe poder deixar de lado os saberes prévios com os quais opera, para dar lugar a uma construção de saber que se dá no caso a caso. A supervisão, a partir desta perspectiva, pode “despertar na equipe o interesse pela palavra do sujeito na condução de um trabalho clínico”.

Diante de tudo que temos a aprender, o saber constituído, os títulos, os diplomas, tudo isso vai ser fortemente relativizado nessa posição de pesquisa, de estudo, de questionamento. [...]. Estar entre trabalhadores, em uma posição não hierárquica em relação ao saber, repercute-se em uma divisão de uma mesma responsabilidade. A libido da equipe investe-se em colocar *hipóteses* em comum e discuti-las quanto à estratégia a adotar, em relação à análise do que teve algum efeito antes, em vez de investir em questões de prerrogativas (ZENONI, 2000, p.19).

Além do mais, esta posição de “alunos da clínica” ou de “aprendizado em relação à clínica” cria uma situação favorável e adequada de acolhimento da psicose, pois, quando os profissionais se colocam desta forma, na relação com os usuários, não correm o risco de se situarem como o grande Outro, com as possíveis consequências que advêm disso: estabelecimento de uma transferência erotomaníaca ou persecutória. Os técnicos, ao se apresentarem furados, em posição de não saber, dão lugar para que o sujeito se posicione como aquele que sabe sobre suas questões e caminhos a serem percorridos para o seu tratamento.

O trabalho na instituição por ter como característica o fato de se dar entre vários também cria um cenário favorável para o acolhimento da psicose, na medida em que opera uma “diluição” do sujeito suposto saber. A clínica, neste sentido, às vezes demanda uma “estrutura coletiva de resposta”, que não é possível de ser dada por um só. Nesta direção, é de extrema importância no trabalho com a psicose o técnico poder se precaver de ocupar o lugar de Outro (ZENONI, 2000).

É a psicose que nos ensina sobre a estrutura e nos ensina sobre as soluções que ela mesma encontra para fazer face a uma falta central do próprio simbólico. É na escola da psicose que nós nos colocamos para aprender como praticar. Colocar-nos numa posição de aprendizagem em relação à clínica, posição de aprendizagem na qual nos coloca a psicose, [...], porque ela leva a uma desierarquização do saber prévio (ZENONI, 2000).

A formação permanente que se pretende com a oferta de supervisão clinicoinstitucional, que é condição para a reformulação da assistência, é direcionada principalmente àqueles que são responsáveis, por meio do seu trabalho, por viabilizar e colocar em prática uma mudança na concepção do cuidado dado ao “louco”, assim como sua representação junto à sociedade. No entanto, a formação não se restringe aos profissionais, pois estes se tornam multiplicadores de um novo saber construído em torno do “doente mental”, contribuindo para a mudança de posição da sociedade frente à loucura, quando passa a se deparar com o “louco” nos espaços onde comumente este não era visto: bancos, restaurantes, shopping, cinema etc. As equipes dos CAPS acabam por operar mudanças sociais, ao acompanhar os seus usuários no território, transformando, a partir desse acompanhamento na cidade, o olhar comumente dirigido ao chamado “doente mental”.

[...] que a cidade aceite a presença da loucura como uma presença positiva. Este é um problema dos profissionais, dos enfermeiros, das instituições. [...] devem fazer muito na sociedade, devem criar as possibilidades para que o paciente possa entrar na cidade, organizar festas, concertos, teatros, passeios, mostras de arte, todas

aqueles ocasiões nas quais o cidadãos possam se encontrar positivamente com a loucura, possam mudar o juízo sobre a loucura, passando do medo à surpresa (VIGANÓ, 2007, p.20).

A formação permanente, nesse sentido, tem efeitos que transbordam a equipe técnica do CAPS, por operar efeitos em vários âmbitos da sociedade: cultura, valores, preconceitos e estigmas, permitindo, a partir dessa desconstrução, uma mudança de posição da sociedade frente à “loucura”. Esta é uma das possíveis respostas para as questões colocadas por Amarante (2015), no que se refere à formação dos trabalhadores em saúde mental: “Quem estamos pretendendo formar? Para quê estamos pretendendo formar? Para quem estamos formando? Qual o objetivo de nossa formação? O que pretendemos mudar ou introduzir, a partir de nossa formação?”

O deslocamento do cuidado dos pacientes psiquiátricos para fora do hospital em direção a uma rede “substitutiva” de cuidados foi e continua sendo acompanhado de uma *transformação* dos modos tradicionais de se pensar a assistência à loucura, a partir de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de nível médio e superior: psicólogo, psiquiatra, oficinairo, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional etc. Mas a equipe não se resume a estes, pois participam do cuidado também: funcionários da cozinha, limpeza, porteiro e segurança, que são fundamentais no acompanhamento dos usuários e situações que aparecem dentro do serviço. Pensamos que para haver tal transformação da atenção é fundamental como a palavra (*transformação*) já nos indica um investimento na formação dos profissionais como uma das consequências da prática de supervisão, sendo justamente por seu efeito de formação que ela apresenta uma potência de “qualificar” a atenção prestada.

Por formação não estamos nos referindo a um investimento em um percurso acadêmico ou de ensino, mas uma formação que se dá na própria experiência de trabalho no CAPS, a partir do dispositivo de supervisão, ao tomar as vivências experimentadas como motivo de reflexão, problematização, questionamento e elaboração. A construção a partir das discussões de uma direção de trabalho clínico partilhado entre os vários integrantes da equipe, ponderações que levem sempre em consideração as manifestações do sujeito em acompanhamento. A prática da supervisão clinicoinstitucional, neste sentido, pode promover um espaço de formação contínua ao ser tomada como “um instrumento de reinvenção do saber que não está dado ou acabado” (FERREIRA e GOYATÁ, 2010).

[...] tais experiências coletivas possibilitam uma continuidade da “formação” profissional. Com isso, não se faz aqui uma apologia da falta de experiência, mas se almeja destacar um tipo de experiência que aponta para o que nela mesma pode

admirável, de insegurança, de inexperiência, de não ter certeza absoluta de como se deve proceder, de diferença, ou seja, que desloque o profissional dos lugares comuns gerados pelos hábitos cultivados de anos e o ponha a criar novas formas de intervenção, novas formas de relação e novas formas de cuidado (COUTINHO; MEDEIROS; TRINDADE, 2012).

Os profissionais do CAPS são os verdadeiros recursos de implementação dessa nova lógica de “cuidado”. A atenção ofertada se dá a partir e através das relações estabelecidas tanto entre os profissionais que precisam pensar em conjunto as intervenções e ações feitas no caso a caso, como também pelos laços com os familiares e usuários. O que caracteriza a clínica como uma prática que se dá entre várias. Além de o trabalho ser condicionado pelas relações, também é marcado por adversidades presentes no cenário da saúde pública (SILVA et al., 2012).

Atualmente, podemos citar como um dos fatores responsáveis por essa “adversidade” a parcial privatização dos CAPS em sua gestão, pela intervenção das organizações sociais de saúde (OSs), marcando os serviços de saúde por uma lógica de terceirização, o que acaba por colocar os profissionais em situação de grande instabilidade empregatícia, uma vez que os contratos são frágeis e voláteis. Desta atitude, advêm várias consequências graves no cuidado ofertado: rotatividade que prejudica os trabalhadores e usuários, interrupção das atividades, dificuldade em garantir os projetos terapêuticos. E o que é mais grave: o Estado passa a ser um prestador de serviços ao invés de um garantidor de direitos como afirmam alguns autores.

Assim, o processo de trabalho na atenção psicossocial tem como uma de suas características ser sustentado por relações pessoais diretas de trabalhadores entre si, e com a população em geral, e mobilizar fortes implicações pessoais dos mesmos. Além disto, é preciso enfrentar problemas como um ambiente marcado pela falta de investimento, a precarização e a perda de direitos básicos do trabalho, o multiemprego, a deterioração da infraestrutura e a forte exigência de produtividade quantitativa que pode produzir sofrimento nos trabalhadores da saúde, neste contexto (SILVA et al, 2012).

Estudos realizados demonstram que as equipes dos CAPS têm uma percepção positiva de seu trabalho, mas se encontram “desgastadas” com as dificuldades da gestão pública e da complexidade do trabalho clínico que realizam. A supervisão é situada, segundo o edital do ofício de supervisão, como tendo papel e tarefa de compreender esta dinâmica, com o objetivo de transmiti-la para a equipe de maneira a ajudá-la a avançar na construção contínua do trabalho em equipe, que é caracterizado por “vitalidade e conflito”, e marcado por “fenômenos grupais”.

Segundo Elia (2008), a função do supervisor deve contribuir para o trabalho em equipe, na medida em que este “medeia as relações dentro de uma equipe, e portanto as remedeia”:

O supervisor é aquele que pode relançar para o plano da mediação os conflitos de relacionamento que toda equipe tem. Um agrupamento de seres humanos, por mais pactuados que estejam entre si, sempre acaba por produzir conflitos importantes entre seus indivíduos constitutivos, conflitos que são próprios do funcionamento grupal, e que não dependem da qualidade individual de cada membro do grupo. Por melhores e mais bem intencionadas que sejam as pessoas, é mais forte do que elas, é do funcionamento grupal que haja conflitos. [...] tendo em vista o funcionamento dos grupos, que muitas vezes transforma os conflitos em obstáculos intransponíveis, [...], o supervisor tem aqui uma função fundamental, que é o de reenviar as questões conflituosas para o plano da mediação simbólica (ELIA, 2008, p.48).

O fato de o trabalho se dar nas relações entre os profissionais, usuários e familiares certamente traz componentes de complexidade na oferta da atenção, que não podem ser desconsiderados. Outro fator é a subjetividade de quem é responsável por conduzir o cuidado, que poderá aparecer ao longo do acompanhamento realizado. Não é a toa que certos casos despertam mais interesse e outros menos, ou porque são mais suportáveis e outros insuportáveis. Freud chama de transferência àquilo que é atualizado e vivenciado na relação entre analista e paciente, que culmina em toda sorte de afetos: ódio, amor, irritação, raiva etc. Aquele que acompanha, ou seja, a equipe, precisa ter cuidado para não deixar operar na relação com o paciente questões suas que podem dificultar o andamento do trabalho.

Cabe lembrar a orientação de Freud ([1912] 2010, p.159) aos psicanalistas, que igualmente pode servir de direção de trabalho clínico para as equipes de saúde mental: “O médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado”. Desta forma, aponta que é o sujeito que endereçou uma demanda de “tratamento” que precisa ter lugar de destaque no acompanhamento clínico, para que possa emergir e ser escutado em sua radical singularidade. A supervisão clinicoinstitucional deve operar no caminho de dar lugar às falas, inquietações e dificuldades daquele que buscou tratamento, escutando-o em sua diferença.

Recusamo-nos decididamente a transformar em propriedade nossa o paciente que se entrega a nossas mãos em busca de auxílio, a conformar seu destino, impor-lhe nossos ideais e, com a soberba de um Criador, modelá-lo à nossa imagem, nisso encontrando prazer. [...]. Pode ajudar pessoas com as quais não possuía qualquer vínculo de raça, educação, posição social ou visão de mundo, sem incomodá-las em sua individualidade (FREUD, [1919] 2010, p.288).

Lacan ([1958]1998c) aponta que a resistência é sempre do analista, pois este tropeça, atrapalhando-se na condução do tratamento toda vez que sua subjetividade entra em cena. É por tal razão que a subjetividade daquele que acompanha precisa, em alguma medida, ser levada em consideração nos encontros de supervisão clinicoinstitucional, para marcar uma diferença entre aquilo que é seu e o que é do usuário, dando, conseqüentemente, lugar de prevalência ou destaque ao usuário do serviço. São as falas e questões deste que precisam realmente aparecer, mas para isso por vezes é necessário à equipe ser acolhida em sua angústia e afetações para que possa, em um segundo momento, abstrair-se daquilo que lhe é causado no encontro com o usuário.

Esse acolhimento das dificuldades apresentadas pela equipe, que nem sempre são relacionadas ao cuidado com o usuário, está previsto pela Coordenação Nacional de Saúde Mental como uma das tarefas do supervisor clinicoinstitucional: “espera-se que o supervisor inicie sua 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” (BRASIL, 2007).

A supervisão, ao ter a preocupação e objetivar fazer emergir o sujeito que endereçou uma demanda de tratamento em sua radical singularidade, aponta para a distinção entre o saber construído a respeito do sujeito e o sujeito propriamente. É pelo fato de o supervisor, orientado pela psicanálise, estar advertido desta diferença que ele insiste para que as falas do usuário apareçam na reunião de equipe, deixando, quando possível, em segundo plano a subjetividade do técnico no manejo de uma discussão clínica. Cabe lembrar que o sujeito não coincide com o caso (FIGUEIREDO, 2010).

A construção de saber, elaborada em torno de um caso clínico, é sempre particular e atravessada por aquele que a elabora. Em função disso, a supervisão deve oferecer espaço para deslocamentos discursivos e retificações subjetivas, permitindo que a equipe se dê conta de que muitas vezes, quando fala do outro, fala dela mesma. Por esta razão, a supervisão é situada por alguns autores como supervisão das construções do analista. Neste caso, pode-se dizer o mesmo sobre as “construções” da equipe. Justamente, é a possibilidade de se escutar no trabalho empreendido que porta efeitos de formação, pois aí pode incidir a mudança de posição da equipe, permitindo o usuário aparecer com suas próprias questões, para além das neuroses da equipe.

[...] supervisão como produzindo “efeitos de formação”, efeitos sobre a subjetividade daquele que procura supervisão, efeitos de vacilação, efeitos de transformação. E, como dizem Miller et. al.(2003, p.65), **“para o supervisionando,**

**isso tem efeito de formação, pois desloca sua posição”** (BARLETA, 2013. Grifo nosso).

A supervisão, orientada pela psicanálise, tem como fundamento a escuta do sujeito em acompanhamento, como direção de trabalho.

Há equipes em que o saber, ainda que proveniente de diferentes formações disciplinares, apresenta-se de forma consistente, fechado a interpelações, cristalizando os discursos. Exemplo disso são reuniões clínicas de discussão de casos, conduzidas de tal forma que os sujeitos e seu sofrimento são tomados como objetos (casos) sobre os quais se debruçam saberes, cultos ou não, em que se fala muito sobre eles, mas pouco ou nenhum espaço é aberto para **escutar o que eles falam, ou seja, para lhes dar voz** (RINALDI, 2015, p316. Grifo nosso).

O que torna a escuta um recurso precioso ao supervisor, como foi detectado em pesquisa feita por Silva em 2010, pois, somente um supervisor com uma escuta afinada terá condições de dar lugar àquilo que de fato interessa naquele “blá blá blá” da reunião de equipe: o sujeito em acompanhamento, com seus próprios enunciados, construções delirantes, sintomas, movimentos etc.

Essa questão é abordada pelos autores Elia, Costa e Pinto (2005), quando falam acerca do desafio que é para a equipe ofertar uma escuta a seus pacientes, porque o sujeito que de fato deve estar em questão por vezes fica silenciado e encoberto por aquele que conduz o tratamento. A clínica orientada pela psicanálise constrange tal interferência, uma vez que busca dar espaço para o sujeito decidir o destino que dará a seu desejo, à vida e a suas questões. Sempre o responsabilizando por sua decisão. É disso que se trata, quando Freud adverte que “o doente não deve ser educado para se assemelhar a nós, mas para liberar e consumir sua própria natureza” (FREUD [1919] 2010, p.289).

Em consonância com essa advertência, Zenoni (2000) coloca a importância de a instituição ser afeita à psicose em seu modo de trabalhar, precisando para isso atender a algumas condições: “A primeira condição deste acolhimento institucional da psicose é o esvaziamento de saber, que deriva do fato de colocar a clínica em posição de mestre. E a segunda condição ligada a esta consiste num certo **esvaziamento do querer ou do poder**” (Grifo nosso). E pergunta em seguida: “Da mesma forma que ao nível do saber nós operamos o esvaziamento, como operar o esvaziamento ao nível do querer”? (p.22)

Acreditamos que o esvaziamento do querer da equipe implica necessariamente em convocá-la a dar lugar ao sujeito. A supervisão clinicoinstitucional deve caminhar na direção de dar voz ao sujeito em acompanhamento pela equipe, sustentando que o que interessa é a sua fala e o que é indicado nela como caminhos para o seu tratamento. Cabe à equipe, como

orientado por Lacan aos analistas que tomam para si o cuidado de pacientes psicóticos, secretariá-los, situando-se como “secretários do alienado”, ao acompanhá-los em seu movimento.

Uma das maiores dificuldades dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental é escutar o sujeito. Muitas vezes eles são atropelados pela via humanista, que é naturalizada por muitos profissionais que ficam presos a um certo ideal de um bem a ser alcançado pelo paciente. Acentua-se uma preocupação com o campo social, ensurdecendo uma outra **escuta que nos parece fundamental: a da posição desse sujeito. Entender a importância dessa dimensão, de tomar essa escuta do sujeito como direção de todo o trabalho**, marca uma diferença fundamental entre a psicanálise e os outros saberes, uma vez que nem mesmo a dimensão burocrática pode prescindir da clínica, seja ela qual for (ELIA, COSTA e PINTO, 2005, p.133. Grifo nosso).

Diante disso, lembramo-nos de um caso clínico trabalhado em reunião de supervisão clinicoinstitucional. Na ocasião, estávamos inseridos no CAPS como residentes de saúde mental e, diante das férias de nosso preceptor, ficamos responsáveis, a seu pedido, pelo acompanhamento de um de seus pacientes. Rodrigo era um menino que na época contava com uns 26 anos de idade. Mas não aparentava de forma alguma ter sua idade cronológica, pois se vestia como criança, carregava pertences próprios a uma criança, como: chupeta, mamadeira, boneca, mochilinha, entre outras coisas, e afinava a voz de maneira que parecia uma criancinha falando. Esta sua posição subjetiva era motivo de piadas e brincadeiras de “mau gosto” no território onde morava. No entanto, dentro do próprio CAPS, Rodrigo não recebia um tratamento diferente, pois a equipe ficava profundamente irritada e intolerante com o modo infantil de ele se colocar na vida e, por não apostar em um diagnóstico de psicose, reduzia esse seu comportamento a um pedido de atenção. Era comum a equipe fazer um esforço para convencê-lo a deixar de lado “essas besteiras”, quando não era possível fazer isso por meio de palavras, por vezes, tirava seus pertences infantis. Nas discussões de caso, ficava muito em evidência o “querer” do lado da equipe, que aparecia de diversas maneiras ao longo do acompanhamento de Rodrigo, principalmente, em sua intenção de “querer” convencê-lo a se colocar de acordo com sua idade cronológica de um adulto. Era necessário, senão condição para o seu tratamento, Rodrigo poder ser acolhido em sua radical diferença e singularidade, mas para isso era preciso operar na equipe um “esvaziamento do querer”. O que era muito difícil de ser abordado em reunião de supervisão, já que a equipe ficava em postura defensiva e resistente, quando o seu incômodo, diante de Rodrigo, era questionado.

A partir disso lembramo-nos de um trecho do livro: *O divã de Procusto* no qual Maude Mannoni (1991) narra uma lenda grega chamada Procusto para mostrar o objetivo da

psicanálise e que pode servir de orientação na direção de trabalho clínico no CAPS: não se trata da equipe tentar encaixar ou ajustar o usuário às suas expectativas e anseios, pelo contrário, deve poder dar lugar para que ele se coloque no mundo a partir de sua posição singular. Mas, para isso é necessário que a equipe possa colocar-se enquanto parceira do psicótico suportando sua diferença. Nas palavras de Mannoni (1991):

Todos conhecem Procusto. De acordo com a lenda grega, era um saltador de estrada que oferecia sua hospitalidade aos viajantes perdidos. Deitava-os numa cama de ferro e, se eles fossem mais compridos do que a cama, cortava-lhes o que a excedia. Se fossem mais curtos, alongava-os à força. Era, por assim dizer, um *normalizador*. Fazemos dele o patrono daqueles que elaboram testes e submetem os outros a eles, ou dos que confiam em alguma forma de reeducação; **O objetivo da psicanálise é, no, entanto, diferente: consiste em fazer com que os analisados se tornem, não consentâneos com a norma, e sim consigo mesmos** (MANNONI, 1991, p.81. Grifo nosso).

Se pensarmos que muitos profissionais não contam com um percurso de formação teórico nem com experiência de análise ou terapia (recursos que podem promover condições de o técnico estar minimamente advertido da forma como se situa na vida, relações, trabalho etc.) fica evidente a importância do dispositivo de supervisão, que buscará ofertar uma transmissão, ao tomar a própria experiência e prática no campo da saúde mental como percurso de formação, inclusive para aqueles que contam com formações acadêmicas distintas. Por isso não é exigida dos trabalhadores uma formação anterior específica para sua inserção na saúde mental, pois a própria experiência e a troca entre os profissionais podem promover modos de pensar e conduzir a clínica, ao construir um saber-fazer que advém dos encontros de supervisão que tomam como fio condutor o trabalho do sujeito que buscou tratamento, a partir de suas manifestações.

Práticas e conceitos que pareciam sustentar o trabalho em saúde mental, a partir da formação acadêmica e de experiência no cotidiano laboral, exigem ser revistas antes de se tornarem estratégia terapêutica. Assim **o trabalho nos CAPS pode ser um espaço de formação profissional que se constrói na prática** e que se qualificará, caso os impasses presentes sejam revisados e superados (SILVA et al, 2012. Grifo nosso).

Tendo em vista a construção de um saber-fazer a partir da experiência e da prática clínica como um dos objetivos do trabalho de supervisão, é importante que as falas dos profissionais que comparecem carregadas de dúvidas, incômodos, aflições e angústia sejam trabalhadas. Essas afetações revelam que algo do sujeito que está no lugar de “acompanhar” e “cuidar” comparece e muitas vezes é ele quem necessita de trabalho para que a clínica se dê,

pois esta deve sempre se referir ao sujeito que endereçou uma demanda de cuidado diante de seu sofrimento.

No entanto, não é raro o profissional ser capturado de tal forma na relação com o usuário que acaba trazendo à tona suas próprias problemáticas internas, deflagrando resistências, pois, como apontado por Lacan, se a subjetividade do analista entrar em cena atrapalhará a condução do tratamento, o que serve também para as equipes de saúde mental. Por isso é que o enlaçamento entre o sujeito que está no lugar de acompanhar/cuidar e o sujeito que endereçou uma demanda de cuidado precisa ser objeto de certa *atenção* na supervisão para dar lugar à clínica. E, para isso, é condição promover um espaço de fala e circulação do discurso entre os profissionais, para que se possa avançar no trabalho realizado: “Trata-se na supervisão de um Espaço cuja função essencial é possibilitar a palavra – que nem sempre é fácil, pois a supervisão incide nos pontos onde o trabalho não anda ou nos pontos de dificuldade técnicas ou mesmo subjetivas, de cada um” (FERREIRA e GOYATÁ, 2010).

É importante que o profissional possa se despir de suas próprias questões, que aparecem ao longo dos encontros com o “paciente”, para que algo deste possa emergir sem tanta interferência sua. Se o saber-fazer advém do encontro com o usuário, pois são seus movimentos e falas que apontam para a direção de trabalho a ser empreendida pela equipe, haverá um obstáculo nesta direção clínica toda vez que o profissional ficar muito afetado com as questões que aparecem no encontro com o “paciente.” Em consonância com isso: “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” (BARLETA, 2013).

Apesar de a observação da autora referir-se à supervisão no campo da psicanálise, ela pode ser estendida à prática de supervisão clinicoinstitucional, na medida em que esta dá lugar a que as questões e dificuldades apresentadas pela equipe sejam trabalhadas para que o sujeito que buscou tratamento possa ficar em evidência. Pois se a equipe permanece absorvida e tomada por suas afetações deflagradas ao longo do acompanhamento clínico do usuário, este não poderá advir em sua singularidade. Esta reflexão contribui para uma elucidação do significativo formação, frequentemente associado ao de supervisão, ao revelar que a formação não se reduz a um acúmulo de conhecimento ou assimilação intelectual, mas à possibilidade de um novo posicionamento frente ao “paciente” ao se abstrair daquilo que lhe é despertado nesse encontro, dando conseqüentemente lugar para que este possa emergir em sua radical diferença. Além disso, tal abstração é necessária para que a equipe possa desenvolver estratégias para o acompanhamento de seus usuários (AMARANTE, 2015, p.66).

Nesse sentido, a formação não se reduz a um “processo educacional e pedagógico”.

[...] quando falamos em formação, não estamos nos referindo, portanto a simples treinamento, adestramento, capacitação, otimização de recursos humanos, ou mesmo em simples processo de transferência de conhecimentos. Mas, sim, estamos falando em emancipação, criação de potências, de projetos, de perspectiva crítica, e, por que não, como o próprio Paulo Freire nos dizia, de “recusa inflexível ao sonho e à utopia” (AMARANTE, 2015, p.66).

Na mesma direção, Silva et al. (2012) abordam a função da formação permanente como uma política e prática que têm como consequência uma **mudança de posição dos trabalhadores**, pois estes não ficam mais no lugar daqueles que recebem saberes e conteúdos prontos, passivamente, como se não tivessem nada a contribuir e dizer a respeito daquilo que lhes é ensinado. Saem de um lugar de objeto, ou seja, daquela posição em que somente recebem conteúdos e conhecimentos para a de protagonistas na elaboração e formulação de saber. A sua experiência passa a ser valorizada como meio de produção de saber. Desta forma, o supervisor não fica na situação de impor à equipe o seu entendimento acerca de como o trabalho deva ser realizado, mas estará em posição de construir, junto com a equipe, uma direção para o trabalho, a partir das indicações feitas pelo próprio “paciente”, reafirmando a participação daquela neste processo, ao tomar para si as diretrizes estabelecidas pelo “paciente” para seu tratamento.

A partir do referencial teórico da psicanálise, é possível fazer uma distinção entre o aprendizado de ordem cognitiva e as condições de transmissão da psicanálise. Isso evidencia que a formação não se confunde com aprendizagem ou acúmulo de conhecimento, justamente o contrário: implica em saber-não saber, uma vez que quem sabe (sem saber) alguma coisa a respeito daquilo que foi dirigido como questão para a equipe é o próprio sujeito. Por este motivo é que a supervisão privilegia seus enunciados, ao apostar que alguma enunciação poderá advir. “A aprendizagem não equivale à formação; aquela precede a esta; a formação verdadeira inicia-se sempre depois e consiste em saber ““ignorar o que se sabe”” (BARLETA, 2013)”.

Quando Freud ([1912] 1996) adverte que os psicanalistas devem tomar cada caso como se fosse o primeiro, aponta que o saber prévio ensurdece. Não se trata de a equipe encaixar o paciente naquilo que sabe e aprendeu, mas de aprender com ele, construindo no caso a caso um saber. Por isso é importante que a equipe possa se manter em uma posição de não saber, pois esta posição pode promover uma abertura ao novo e despertar curiosidade, situando a equipe como “aprendiz da clínica”.

A contribuição do discurso analítico encontra-se na possibilidade de convocar a equipe a uma posição de aprender em relação à clínica, a partir de um esvaziamento dos saberes prévios que possibilite perceber as indicações que o próprio paciente dá para o seu tratamento. [...]. Ao contrário de uma postura moral que tem em seu horizonte um ideal de cura como ideal de bem, e que parte de modelos prévios sobre o que é melhor para o paciente, a ética da psicanálise dirige-se ao sujeito na sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho [...] para a sustentação [...] de seu lugar no mundo (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

Duvidovich e Goldenberg (2007) estão alinhados com esta concepção de supervisão enquanto uma prática de formação que transcende a educação. Fazem uma distinção entre formação e treino, ao demarcar que uma não condiz com a outra. A supervisão, a partir disso, não serve ao propósito de treinar o profissional para sua prática, ou seja, de moldá-lo a partir de determinado modelo. Muito pelo contrário, deve oferecer espaço para sua criatividade. Nesse sentido, o supervisor clinicoinstitucional não está interessado em treinar a equipe para trabalhar segundo os preceitos da reforma, moldando-o aos seus referenciais, mas oferecer um espaço de discussão e elaboração dos impasses que aparecem no decorrer de uma construção clínica que tem a reforma como orientação.

Não concebo supervisão como lugar de transmissão de conhecimento nem de ensino de uma forma de trabalhar, mas como oportunidade favorável para desenvolver um instrumento dentro de uma visão formativa e não de treino. À semelhança da análise, a supervisão promove expansão e integração da personalidade do supervisionado, criando brechas para que possam emergir sua subjetividade e criatividade (DUVIDOVICH e GOLDENBERG, 2007, 23).

Cabe ressaltar, a partir desta constatação, que é insuficiente somente o ensino das diretrizes da reforma psiquiátrica para que a equipe opere a partir dela. O entendimento cognitivo e racional da equipe de que, por exemplo, não deve trabalhar a partir da tutela de seus usuários, mas a partir de uma produção de autonomia não garante que ela sustente o trabalho baseado nesta diretriz. Ao mesmo tempo problematizamos: “se a equipe não tem conhecimento da reforma, da política de saúde mental e das diretrizes estabelecidas, será que tem como operar com base nela”? (SILVA, 2010). Tal questão desvela a complexidade intrínseca à formação, pois ao mesmo tempo em que não deve se reduzir à construção de conhecimentos é necessário contribuir para sua elaboração. No entanto, não deve se limitar a isso.

Há uma convergência entre os autores citados, que apesar de não serem todos psicanalistas, destacam que o fundamental da formação não é a aprendizagem, já que formação não coincide com acúmulo de conhecimento e assimilação intelectual, mas algo que é de outra ordem: a possibilidade de poder se desprender de saberes prévios adquiridos e

construídos para poder se posicionar de um lugar de não saber ou de “aprendizes da clínica”, o que é também fundamental: abstrair-se daquilo que lhe é despertado no encontro com os usuários, dando, conseqüentemente, lugar de prevalência ao sujeito em sua radical diferença. A supervisão clinicoinstitucional deve visar a emergência e valorização da fala do sujeito em acompanhamento, viabilizando a clínica do sujeito.

A mudança almejada de reformulação da assistência não se dá unicamente através de políticas públicas que visam consolidar as diretrizes da reforma nem com a abertura de novos serviços. Apesar de ambas as intervenções serem fundamentais neste processo, é preciso outro recurso: a supervisão clinicoinstitucional. A importância dos três elementos no redirecionamento da assistência leva a pensar em um tripé de sustentação desta mudança: políticas públicas, abertura de novos serviços e a supervisão.

É condição para tal reformulação um trabalho contínuo e constante com os profissionais, para que se possa efetivamente avançar na construção de uma nova maneira de se fazer e pensar a clínica. O que torna a supervisão clinicoinstitucional indispensável nesta transformação, pois é a partir da discussão, reflexão e elaboração que uma formação se dá, a partir e através das questões, impasses e embaraços trazidos pela equipe para o encontro de supervisão que, aos poucos, vai dando lugar a um saber-fazer inédito, subvertendo os modos tradicionais de se fazer clínica. Não há, portanto transformação da assistência ou cuidado ofertado sem o recurso à supervisão, pois esta porta a marca de uma subversão a partir de sua transmissão: uma formação que se dá na própria experiência.

### **2.3 Supervisão: clínica e instituição**

A supervisão nos CAPS tem como peculiaridade destinar-se a discutir não só as questões relativas à clínica como também à instituição, de forma concomitante, situando a clínica no âmbito das questões institucionais, ao contribuir para uma articulação entre ambas. A Coordenação Nacional de Saúde Mental esclarece a articulação pretendida: “A supervisão deve ser “clinicoinstitucional” no sentido de que a discussão dos casos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública” (BRASIL, 2007). Essa configuração da supervisão clinicoinstitucional a diferencia radicalmente da supervisão que ocorre no consultório privado, que se destina a discutir exclusivamente a clínica.

Essa articulação necessária entre a clínica e a instituição ao longo do trabalho de supervisão no CAPS revela a dependência de uma em relação à outra. A instituição tem duas funções, segundo Zenoni (2000): uma função social (que se refere ao abrigo, acolhimento e suporte para situações críticas) e uma função terapêutica. Isso denota que a instituição, em sua função social de abrigar, acolher e de oferta de suporte para situações delicadas, pode apresentar efeitos clínicos e terapêuticos para os usuários, ao apresentar uma resposta institucional à clínica. A partir disso, o autor adverte que às vezes a clínica demanda exclusivamente uma resposta social ou institucional:

A instituição constitui uma resposta praticável em alguns estados da clínica, a única resposta praticável na ausência da qual as pessoas que sofrem, ou as pessoas que lhes são próximas, ficam expostas a um insuportável, que pode ter consequências dramáticas. Em alguns estados da clínica não se trata de ir ao consultório do analista, trata-se de ser protegido. [...]. Lembrar a motivação clínica da existência da instituição tem a vantagem de evitar desconhecer sua função social insubstituível (ZENONI, 2000, p.16).

Delgado (2013) ressalta que no início da implementação da supervisão clinicoinstitucional havia uma transposição do modelo de supervisão do consultório privado para o espaço público, sem levar em consideração as peculiaridades de cada prática que acabava por desconsiderar a radicalidade da novidade desta clínica em construção, que tinha como diferencial o fato de se desenrolar no espaço público de saúde (SUS), assim como seu imbricamento com o território. No entanto, no dispositivo de supervisão esta diferença não se fazia sentir: “Rede pública, mas supervisão de modelo privado” (DELGADO, 2013, p. 21).

O autor destaca que o crescimento da rede de saúde mental e seu “enraizamento” no território criaram a necessidade de repensar a prática de supervisão e sua função neste espaço peculiar, o CAPS. Assinala que este dispositivo já estava presente em 1987, no aparecimento do primeiro CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. No entanto, nesta experiência: “o modelo de supervisão clínica de casos [...] inspirava-se na prática terapêutica realizada no ambiente de serviços privados” (DELGADO, 2013,p.21). Chama a atenção para a necessidade de repensá-la a partir de sua inserção na saúde pública ao apontar para sua marca distintiva, que diz respeito ao território, em contraposição à supervisão do “modelo tradicional”, que se desenrola fora do território. Nas suas palavras:

Sendo uma prática que visa a contribuir para a implantação de um novo modelo de clínica, no ambiente da política pública (o SUS e outras políticas setoriais, articuladas pela busca ativa da intersetorialidade), e no setting também público e histórico do território, a SCI só pode ser compreendida, formulada e praticada neste contexto concreto. Se desprezar seu contexto e sua história, a SCI será uma prática

fora do lugar e refluirá para o modelo mestre-discípulo da clínica sem território (DELGADO, 2013, p. 23).

Talvez seja essa uma das razões pela qual a pesquisa feita por Silva (2010), em entrevistas com supervisores, detectou uma importância de que aquele que irá supervisionar na rede pública tenha experiência nesta área, por contribuir para o seu conhecimento da história da política nacional de saúde mental, seu modo de funcionamento, assim como a linguagem própria daqueles que trabalham no SUS. Identifica a ausência desta trajetória como um “fator dificultador”.

A “experiência cotidiana na saúde coletiva” [...] foi mencionada como importante para os supervisores, no sentido de ter o conhecimento das demandas apresentadas no SUS para além dos consultórios particulares. [...] identifica-se a relevância dada pelos supervisores ao conhecimento da realidade do SUS e a experiência do trabalho em equipe para a prática deste ofício (SILVA et al., 2012).

Adverte que o conhecimento acadêmico adquirido ao longo da carreira profissional não é suficiente, uma vez que muito se aprende a partir daquilo que a experiência transmite. Acrescentaríamos que há uma transmissão que se dá na própria experiência de trabalho, não sendo possível ser apreendida por uma assimilação intelectual de conteúdos ensinados, portanto a experiência no campo da saúde mental e na saúde pública é fundamental, senão condição na “preparação” daqueles que querem se tornar supervisores. Não negamos, a partir disso, a importância do conhecimento, apenas ressaltamos que a construção de um saber-fazer advém da experiência e não só de acúmulo de conhecimento. Aliás, por vezes o conhecimento adquirido pode mais atrapalhar a escuta do supervisor do que ajudar. Atrapalha quanto mais este estiver dedicado a tudo que aprendeu, ensurdecendo-se a fatos novos que não coincidem com aquilo que sabe.

Em acordo com este ponto de vista, Leal (2008) fala de sua formação enquanto supervisora como processo e produto dos encontros com os profissionais:

[...] a formação de um supervisor é um processo. Nele deve ser igualmente valorizado o aprendizado que se dá na própria experiência de supervisão [...]. Ainda nesse processo de formação dos supervisores quero ressaltar que o encontro com os profissionais, com as suas afirmações, dúvidas e questões, têm função formadora para o supervisor. Se temos o desafio, enquanto supervisores, de fazê-los ver que nessa clínica o saber advém também e especialmente do encontro com o paciente, não há como não destacar que o nosso encontro - dos supervisores - com os profissionais/equipe - é igualmente determinante em nossa formação (LEAL, 2008, p.26).

O supervisor, atento à particularidade do contexto em que se realiza o processo de supervisão, fará uma articulação entre clínica e instituição, pois, como referido anteriormente, à supervisão é clinicoinstitucional. Diferente do atendimento do consultório particular, a clínica no campo da saúde mental é atravessada por questões institucionais, como, por exemplo, a organização do serviço, que deve ter espaço nas discussões clínicas por afetá-la direta ou indiretamente. Quando, por exemplo, o serviço é organizado institucionalmente de maneira a privilegiar atendimentos individuais gera efeitos na clínica que produz. Já que tal direção institucional pode colaborar para uma clínica ambulatorial, ao invés de uma clínica marcada pelo território, portanto a escolha “institucional” é antes de tudo uma escolha “clínica”.

Diante disso, lembramo-nos de uma discussão importante realizada ao longo de alguns encontros de supervisão, que acabou por deflagrar a organização do processo de trabalho clinicoinstitucional. As médicas da equipe queixavam-se com frequência de estarem “sobrecarregadas” diante da quantidade de usuários referenciados a elas. Uma delas falou um pouco de sua impressão de onde o “problema” se localizava ao apontar para o fato de o serviço estar diariamente recebendo novas demandas, novos usuários. Em contraposição, o serviço, ou seja, a equipe não pensava em uma “porta de saída” para os chamados “casos leves” ou para os usuários que estavam estabilizados, não precisando mais necessariamente estar em tratamento no CAPS, podendo contar com outros dispositivos da rede de saúde, como os ambulatorios e estratégia de saúde da família. A questão aos poucos foi se colocando nos seguintes termos: há porta de saída para os usuários acompanhados no CAPS? Como construí-la ao longo do cotidiano de trabalho?

Essas questões tiveram efeitos importantes para a equipe, porque a levaram a pensar não só na construção de uma porta de saída, mas também nos usuários que estavam sendo acolhidos pelo serviço a partir do grupo de recepção que nesse CAPS se configurava como a porta de entrada. Assim, pensar a porta de saída incluía pensar a porta de entrada. Fazia-se necessário refletir acerca da maneira como os usuários estavam se inserindo no serviço.

Os técnicos responsáveis pela recepção de novos usuários passaram a se questionar mais detidamente em relação aos casos que de fato tinham indicação para acompanhamento no CAPS, colocando-se questões do tipo: O que é um paciente indicado para tratamento neste dispositivo? Porque esse dispositivo é o mais apropriado para o acompanhamento desse caso? O que o CAPS pode oferecer para esse paciente que outros serviços não têm condições de oferecer? Estas perguntas foram aos poucos norteando os técnicos responsáveis pela condução do grupo de recepção.

Diante disso, muitos pacientes que chegavam não tinham suas demandas de tratamento atendidas necessariamente naquele dispositivo. O que tornou essencial no desmonte dessas demandas a construção de laços mais estreitos com outros serviços da rede para o encaminhamento responsável daqueles que não tinham indicação para tratamento no CAPS. A problemática relativa à ausência de porta de saída serviu como empuxo à rede, pois se fazia emergente um maior compartilhamento do cuidado dos casos encaminhados.

A elaboração desta questão em supervisão clinicoinstitucional foi de extrema importância para a equipe rever e repensar o modo como vinha organizando o processo de trabalho clinicoinstitucional. Ficou definido que os casos que chegavam à recepção seriam discutidos em supervisão para um compartilhamento da decisão relativa ao seu espaço de tratamento, ampliando a responsabilidade pela porta de entrada. Foi possível, a partir da elaboração das questões trazidas, uma construção de trabalho que foi elucidando ao longo dos encontros de supervisão a função e o lugar do CAPS para aqueles que o procuram.

É preciso notar que o significativo institucional não se resume à instituição ou estabelecimento físico no qual acontecem os encontros de supervisão, referindo-se ao campo da saúde mental como um todo. Logo, são parte integrante do campo institucional os mais variados dispositivos e instâncias que compõem o cuidado ofertado. Ao supervisor cabe situar a clínica: não só a escuta do paciente, mas também o serviço, a rede, a política pública, a gestão (BRASIL, 2007).

A supervisão clinicoinstitucional pode contribuir para esta articulação entre clínica e instituição ao levar em consideração os diversos elementos que compõem o cuidado na clínica da atenção psicossocial: discussão de caso, rede, equipe, serviço, território etc.

Leal (2008, p.18) elucida com referência ao trabalho de supervisão a dificuldade na articulação entre clínica e instituição, ao apontar para a maneira ocidental de pensar, que reflete sempre um binarismo: “indivíduo x sociedade, natureza x cultura, individual x coletivo, clínica x social.” O que denota a prevalência de um sobre o outro ou a exclusão de um em função do outro. No lugar de uma articulação, há sempre construção de oposições.

Neste modo de pensar, a clínica também entra em certo jogo de forças com a instituição, culminando geralmente para a sobreposição de uma à outra. Situa por isso a supervisão como ferramenta de problematização dessas binaridades. Demonstra que aquilo que à primeira vista é apreendido como oposição (clínica x instituição) implica necessariamente em relação: “supor uma relação de imanência entre a clínica e a instituição, ou seja, as características da instituição, o seu modo de operar, a forma como se organiza aí o processo de trabalho, definem a clínica, o modo de operar o cuidado, e vice-versa” (LEAL,

2008, p.18). Por exemplo, um CAPS organizado de maneira que os usuários precisam pedir autorização a cada vez que forem sair do serviço produz, às vezes, sem saber, um acompanhamento atravessado por uma tutela.

No que se refere à articulação entre clínica e instituição, é preciso ter cuidado para não subsumir uma à outra, mantendo certa tensão entre elas para que cada uma não perca sua singularidade. O que é diferente de uma manutenção de oposição entre ambas, porque uma implica necessariamente na outra. A clínica é perversa em relação à ordem institucional, pois não se enquadra em suas regras e burocracias. Pelo contrário, contribui para mostrar sua insuficiência frente à complexidade de situações que se apresentam no serviço (FERREIRA e GOYATÁ, 2010).

Sabemos que a clínica se distingue com certa radicalidade da ordem institucional. Há algo na clínica que resiste, que escapa à ordem prescrita pela instituição. Não raro, é isto que escapa que não se apazigua, que não se domestica, que não tem governo, que a instituição lê como seu próprio furo, um furo de seu saber e tenta colmatar, quando não, tamponar com medidas administrativas (FERREIRA e GOYATÁ, 2010).

A clínica do CAPS AD, por exemplo, deixa em evidência a impossibilidade de submeter a clínica às regras institucionais. É comum alguns desses dispositivos ordenarem, a partir de discussões realizadas em supervisão, a clínica, segundo a seguinte regra: o usuário não pode fazer uso de substância psicoativa dentro do serviço. Ou seja, aquilo que a princípio aparece como o sintoma do sujeito: “dependência química” não tem lugar ali onde busca tratá-la. A instituição é, por essa razão, aparentemente avessa à sua questão sintomática. No entanto, tal organização institucional é constantemente furada pela clínica, pois os usuários, com frequência, transgridem a norma ao fazer uso de substâncias psicoativas dentro do serviço. Com este apontamento, não pretendemos de forma alguma destituir a importância dessa regra, pois ela tem valor no sentido de marcar um limite na relação do usuário com a “droga”. Pretendemos apenas ressaltar a tensão existente entre clínica e instituição: ambas muitas vezes não caminham a par e passo.

Diante das transgressões recorrentes a partir de usuários em relação às normas institucionais é comum encontrar profissionais profundamente angustiados por não saber muito bem como lidar com a questão. Em supervisão clinicoinstitucional de um CAPS AD, por onde passamos durante a residência em saúde mental, o não saber o que fazer diante de atuações e transgressões de seus usuários dentro do serviço se colocava constantemente em reunião geral. A equipe certamente tinha razão em se encontrar tão mobilizada, pois as

situações que apareciam no cotidiano do serviço não eram nada simples: janela quebrada por usuário com um soco, técnico agredido por usuário, roubo de bicicleta de técnico, guardada dentro do serviço, roubo de celular de técnico, confusões entre usuários, e outras situações difíceis.

Como se pode perceber pela narração das experiências vividas, no dia a dia do serviço, muitas vezes os técnicos da equipe ficavam em posição de objetos dessas transgressões e agressões. O que não era nada fácil. Difícil não reagir e, por vezes, o técnico mesmo ciente da importância de não se deixar tomar pela situação era surpreendido por uma reação sua, respondendo à altura àquilo que lhe acontecia.

A ausência de limites de usuários não era sem efeitos na equipe. Não havia como sair ileso, no sentido de desafetado, de situações-limite em que éramos colocados. Tudo o que parece completamente descabido e inadequado para o “bom” funcionamento da instituição estava presente diariamente no acompanhamento clínico de nossos usuários. A questão que se colocava em supervisão era: o que fazer com isso? Duas medidas foram quase que exaustivamente discutidas em supervisão.

Primeiro pensou-se na necessidade de se ter cada dia da semana um profissional, ocupando uma função nomeada pela própria equipe de “pivô”. Este seria responsável por ocupar de maneira intensiva os espaços coletivos do CAPS, como, por exemplo, a convivência, lugar em que geralmente ocorriam os “incidentes”. Essa ideia ocorreu a partir da constatação de que, quando alguma coisa de grave acontecia, geralmente a equipe só tinha condições de recolher as consequências do ocorrido, pois raramente havia um profissional presente no momento anterior ao acontecimento, para mediar ou tentar evitar a ocorrência. A equipe só aparecia, quando a cena estava montada. A partir dessa constatação, percebemos que seria importante se ter sempre alguém presente, para que pudéssemos mediar e manejar as situações antes que elas se agravassem.

Esta direção construída de maneira compartilhada nas elaborações realizadas em supervisão, no entanto, encontrava muita dificuldade de ser colocada em prática pelos profissionais. Todos reconheciam a importância de se ter um profissional pivô a cada dia, mas todos resistiam em se oferecer a ocupar tal lugar. Realmente não era fácil para ninguém se colocar como pivô, sabendo que estaria justamente presente nos momentos e circunstâncias mais difíceis de lidar. Diante disso, todos justificavam sua ausência desta função a partir da necessidade de cumprimento de outras tarefas. A resistência era nítida. Talvez fosse o caso de se trabalhar melhor tal resistência para que tal direção pudesse ser realmente colocada em ato.

Outra alternativa constantemente discutida como meio de se lidar com as transgressões e atuações era a sugestão de alguns técnicos em fazer placas nas quais se teria a enumeração de regras para serem penduradas nas paredes do serviço. Por exemplo: Não é permitido o uso de substâncias psicoativas ou não é permitido adentrar com objetos cortantes etc. Muitos defendiam esta explicitação das normas de condutas inaceitáveis dentro do CAPS. Foi no decorrer dos encontros de supervisão que essa sugestão se tornou objeto de reflexão e questionamento.

Será que os usuários entravam no serviço com objeto cortante, porque não sabiam que não era permitido? Será que faziam uso de substância psicoativa, porque não sabiam que não era autorizado? Será que roubavam, porque não sabiam que isso não era permitido? A partir dessas questões a equipe aos poucos foi percebendo que não se tratava de os usuários saberem melhor o que está dentro da regra e o que está fora. Pois isso eles sabiam. A solução, portanto, não era elencar regras e pendurá-las no serviço. As regras estavam internalizadas.

Foi interessante notar que tal sugestão da equipe só não ganhou força, porque aquele que ocupava o lugar de supervisor pôde fazer emergir aquilo que estava fora do esperado. Já que grande parte da equipe tinha a expectativa de que reforçar as regras seria solução para a aparente falta de regras de nossos usuários durante sua permanência no serviço. A maneira como a supervisora conduziu a discussão propiciou que algo aparecesse para além da regra. Inclusive a angústia da equipe frente às situações inesperadas, que a colocavam em um lugar de limite de reposta.

Com isso nos lembramos do pensamento de Abreu (2008, p.75): “Se a psicanálise traz algo de novo na clínica das psicoses e na atuação nos dispositivos sociais é exatamente por conter um discurso diferente da norma, da regra, da moral”. E mais a frente, o autor afirma, a partir de Alkmin (2008),

O uso da transferência e o processo inventivo exigem muitas vezes a subversão da instituição em suas regras pré-estabelecidas. Uma instituição deve ser lugar de exceção. No sentido de buscar se constituir numa instituição diferente para cada sujeito. A instituição deve caber ao paciente e não este caber na instituição (ABREU, 2008, p.78).

Não cabe, portanto, enfatizar as regras, demandando ao usuário que se comporte de maneira coerente com as expectativas morais dos técnicos que, sem se dar conta, pedem uma conduta que esteja à altura de seu modelo de conduta social.

Foi somente ao se dar conta que o reforço das normas seria insuficiente que a equipe pôde novamente retomar a importância de sua presença nos espaços coletivos e de

convivência, para poder dar outro destino às situações-limite que apareciam no dia a dia do serviço. Aos poucos fomos percebendo que os usuários não se adequariam à instituição, mas que nós teríamos que estar mais disponíveis para recolher clinicamente dentro da instituição aquilo que se apresentava em seu dia a dia. Para isso, precisaríamos suportar a tensão entre a clínica e a instituição.

A partir disso pensamos que a presença do supervisor é fundamental para sair do que está previsto pela ordem institucional, ao dar lugar à tensão que, por vezes, se faz sentir entre clínica e instituição. Em sua condução e manejo das questões e problemáticas apresentadas pela instituição, terá a clínica como fundamento de toda e qualquer decisão ou intervenção institucional. É possível, portanto, a partir da supervisão, constranger a regra institucional ao relativizá-la no caso a caso, saindo, desta forma, da “burocracia vigente”. As decisões comumente chamadas de burocráticas passam necessariamente a ser escutadas a partir de um lugar que é da clínica.

A relativização das regras institucionais, por vezes, é condição para a manutenção do sujeito no tratamento. Já que, quando a instituição é extremamente intolerante com aquilo que lhe escapa, acaba por mandar embora aquele que a procurou em busca de cuidado e atenção. Assim, a supervisão torna-se fundamental para fazer da clínica o norte e não a organização, mesmo que funcional (FERREIRA e GOYATÁ, 2010).

Ao escutar, a partir dos fundamentos da psicanálise, o supervisor terá a escuta do sujeito como direção de trabalho. É ele, o sujeito, que irá traçar os caminhos do acompanhamento realizado pela equipe, demonstrando que a direção institucional e burocrática não deve nem pode se desarticular da clínica. No para todos da ordem institucional cabe ao supervisor enfatizar o um a um. Em consonância com isso, Rinaldi e Bursztyn (2008) abordam a posição do analista na instituição, mas podemos aproximá-la à função do supervisor clinicoinstitucional:

É somente ao furar aquilo que está previsto pela instituição que o analista pode elaborar a sua clínica a partir do caso a caso. Assim os psicanalistas visam introduzir o dispositivo analítico com uma ética própria para **dar lugar a uma clínica que pense no sujeito antes de qualquer norma institucional** (RINALDI; BURSZTYN, 2008. Grifo nosso).

A supervisão no CAPS tem, portanto, como especificidade, ser clínica e institucional, abrigando por esta razão a tarefa de fazer emergir a clínica no âmbito das questões institucionais. Mas para além disso, tem como especificidade o fato de ocorrer em equipe. Os encontros de supervisão, como dito no item anterior, tem a intenção de reunir todos aqueles

que compõem o cuidado: psicólogo, enfermeiro, oficinairo, médico, profissionais da limpeza, profissionais da copa, porteiro etc. No entanto, ainda é um desafio para alguns CAPS conseguir transmitir à equipe o papel fundamental que todos têm na clínica dos usuários acompanhados. Em nossa experiência, percebemos uma dificuldade em incluir nos encontros de supervisão profissionais contratados aparentemente para uma função distante da clínica (porteiro, segurança, copa, limpeza).

Isso se torna uma questão, na medida em que qualquer profissional pode, independente de seu cargo, recolher material clínico. Justamente na reunião de supervisão é que há o espaço para se colocar as observações de todos os integrantes da equipe, sem exceção, pois todos têm algo a dizer. Mas para isso é necessário se autorizar a falar.

Isto se torna um problema: com quem falar? Existem certamente reuniões, deveriam existir, nas quais se fala dessas observações. É necessário estar pronto, na equipe, para reconhecer a autoridade clínica de quem acolheu um elemento de novidade. Neste sentido a equipe não é hierárquica, pode-se acolher um elemento clínico importante mesmo o último da hierarquia. Por exemplo, na minha comunidade tem uma pessoa que é cozinheira [...] e como as pessoas vão muito à cozinha, muitas particularidades clínicas são colhidas pela cozinheira. A cozinheira participa da reunião e é muito mais importante que o psiquiatra. [...]. O paciente sentado na frente da psicóloga no consultório não diz nada, não revela seu segredo. [...]. Muitas vezes é um estagiário que o acompanhou ao mercado, então a autoridade clínica naquele momento é o estagiário, num outro momento é o cozinheiro. [...] **O que me ocorre é que se faça existir a possibilidade de emergir uma autoridade clínica, que pode ser qualquer um** (VIGANÒ, 2007, p.16. Grifo nosso).

Cabe ressaltar que apesar de a supervisão ocorrer entre vários profissionais, ou seja, ter uma organização coletiva, os efeitos das discussões e elaborações se dá no um a um, não tendo jamais a mesma repercussão em todos. É importante que cada um possa ter condições de construir o seu lugar singular naquele espaço que, a princípio, é voltado para todos. Isso é importante para que cada um possa se responsabilizar por aquilo que diz. O que dificilmente ocorre, quando há uma indiferenciação entre os presentes na supervisão, colaborando para uma ausência de retorno daquilo que é dito. O supervisor deve se ocupar em dar consequência ao ato de falar.

Mesmo que a supervisão tenha na instituição um caráter coletivo, ela se conta por um. É no um a um que se tece a possibilidade de que um clínico se invente, com seu estilo, com sua marca. Este é um elemento estratégico, porque representa a tentativa de sair da indiferenciação que encontramos nas instituições. **No Para-todos ao supervisor cabe introduzir o Um a Um** (FERREIRA, GOYATÁ, 2010. Grifo nosso).

A supervisão, além de poder contribuir para uma invenção de estilo de cada profissional, também colabora para que estes possam se perceber enquanto pares, ou seja, equipe. Diante da pluralidade de diferentes campos de saber que permeiam a clínica na saúde mental, torna-se fundamental um espaço para que os profissionais possam discutir os diferentes olhares em relação àquele que demanda atenção, criando, um meio de articulação entre os diferentes saberes. Não é incomum que os técnicos, diante de suas diferenças de formação, pensamento, posicionamento, condução clínica dos casos e outras, encontrem dificuldades na construção de parcerias para o trabalho. Muitas vezes tais distinções contribuem para um afastamento, ao invés de uma aproximação e oportunidade para troca. O espaço de supervisão pode contribuir para que as diferenças não se tornem motivo de desavenças, rivalidades, antipatia etc.

Diante disso, lembramo-nos de Viganò (2007), quando afirma que as reuniões por ele chamadas de sessão clínica (construção do caso) devem discutir os doentes, mas para isso acreditamos, assim como ele, que quando a equipe está tomada ou afetada por problemáticas próprias, internas, não há lugar para aquele que interessa: o sujeito em acompanhamento.

[...] se a equipe [...] é conflituosa, se o médico é contra o enfermeiro, se a enfermeira tem ciúmes de outra enfermeira, se a enfermeira pensa só na escala de trabalho, na escala de férias, que lugar se pode dar ao psicótico? Não tem discurso, não tem vínculo social. Não estou dizendo que as enfermeiras devam se dar bem entre elas, não estou indicando o amor universal, isto não é possível. [...]. A gente não pode obrigar ninguém a gostar de todo mundo.[...]. O problema é um vínculo social, um vínculo simbólico na equipe, fundamentalmente de ter uma palavra que circula. Por exemplo, as reuniões não são para fazer escala, mas reuniões para compreender, por exemplo, os doentes (VIGANÒ, 2007, p. 8-9).

A equipe se funda como tal a partir do dispositivo de supervisão que une os integrantes, antes segregados diante de suas diferenças por uma causa comum, ou seja, a clínica. Por isso, todos sem exceção devem participar das reuniões “realizando, em ato, “o laço” e mais especialmente a construção viva da rede de cuidados” (FERREIRA, GOYATÁ, 2010). Não é à toa que o desafio de fazer operar a equipe é situado como o maior objetivo da supervisão, dando lugar à colocação dos conflitos, tensões, rivalidades, oposições etc., que nem sempre são abarcados diretamente, mas que aparecem nas entrelinhas do discurso daquele que toma a palavra (SILVA, 2010, p.57).

A partir disso, percebemos que os fenômenos de grupo estão presentes entre os profissionais, unindo aqueles que apresentam algo em comum e separando aqueles que apresentam diferenças entre si. Freud nomeia tal fenômeno de “narcisismo das pequenas diferenças”, ou seja, há um enlaçamento produzido a partir de identificações (algo em comum

enlaça as pessoas integrantes do grupo) e uma hostilidade é dirigida àqueles que apresentam uma diferença em relação ao grupo. Este ódio dirigido a algo externo permite um fortalecimento do laço daqueles que participam do grupo, reafirmando suas semelhanças, contribuindo, desta forma, para uma coesão interna e uma proteção contra a atuação deste afeto entre os pares.

Os profissionais podem, por exemplo, reunir-se a partir de suas “especialidades” segregando aqueles que não têm a mesma “especialidade” que a sua. As dificuldades que comparecem no cotidiano da prática podem ser importantes no sentido de levar os profissionais a sentirem sua especialidade como insuficiente, marcando a “precariedade, a insuficiência e a parcialidade como características primordiais de cada “especialidade”, de cada técnico” (BARLETA, 2013), o que pode incliná-los a compartilhar o real da clínica na supervisão. Ou seja, aquilo que de alguma forma ultrapassa seu campo de saber, castrando-o ao deixar enigmas, dúvidas, incompreensões, perguntas etc. Justamente a promoção de uma *desespecialização* ou *desespecialidade* que é esperada do trabalho de supervisão, isto é, que cada um possa direcionar a sua clínica a partir das reflexões e pactuações de direção de trabalho, que tomam o caso e não o saber prévio como diretriz.

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 fazer 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 (SILVA et al, 2012).

A ética da psicanálise é apontada por Elia, Costa e Pinto (2005) como capaz de desconstruir os especialismos, uma vez que o saber não se encontra do lado da equipe, mas do lado do sujeito. É este, e somente ele, quem poderá apontar os caminhos a serem trilhados na condução de seu tratamento. É por isso que Lacan situa o analista como secretário do alienado, o que pode ser estendido a todos os envolvidos no acompanhamento da psicose. Secretariar o psicótico nada mais é do que lhe dar voz, para ser escutado em seu delírio, em seu sofrimento, em suas questões. Desta forma, toda e qualquer especialidade é desconstruída, pois nenhuma é capaz de dizer de antemão o que se desenrola no mundo interno daquele que demanda tratamento.

A partir disso, há um esvaziamento do campo de saber de cada técnico, que dá lugar a uma escuta aberta àquilo que não está previsto. Este esvaziamento não deve ser tomado como

incompetência ou impotência, mas como causa de desejo que implica em movimento de trabalho. Rinaldi (2015) situa a referência a este vazio (ausência de saber prévio) como algo positivo para o trabalho em equipe, pois coloca todos os profissionais em uma posição humilde em relação à clínica. Todos, independente de seu percurso de formação e títulos conquistados, devem situar-se a partir da posição de aprendizes da clínica, já que o saber não está do lado do profissional, mas do lado do sujeito. Tal concepção clínica fundamentada pela teoria psicanalítica constitui-se como uma das contribuições de uma supervisão orientada pela psicanálise.

Em função, da ausência de saber prévio, podemos afirmar que o trabalho em equipe não é multidisciplinar, pois não visa somar todas as “especialidades” com o objetivo de obter uma compreensão total ou integral do caso clínico. Mas tornar alguma construção possível, sempre lembrando que essa construção é determinada pelo caso e jamais por um conhecimento anterior que antecede o acompanhamento clínico. Portanto, é na condição de “aprendizes da clínica” que os profissionais são convocados a participar da elaboração de uma direção clínica de trabalho construída em supervisão clinicoinstitucional. Isso destitui suas supostas especialidades do lugar de verdades absolutas.

Ainda que as tensões imaginárias dos “especialismos” compareçam na dinâmica do serviço, é na posição de aprendizes da clínica que os profissionais de diversas formações são convocados a contribuir na direção de um trabalho clínico partilhado entre várias orientações (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

### **3 O DISPOSITIVO DE SUPERVISÃO CLINICOINSTITUCIONAL: UM CAMINHO PARA BEM-DIZER A CLÍNICA**

#### **3.1 Construção de um espaço de fala**

Podemos supor certa aproximação entre o espaço de supervisão institucional e a forma como Lacan concebe o espaço de análise: uma possibilidade de bem-dizer o sintoma. Se a análise propõe um lugar para que o sujeito em sofrimento possa, a partir da transferência, endereçar seu sintoma ao analista, a supervisão também oferta um espaço de escuta que pode promover na equipe, a partir desta oferta, uma demanda que alguém, no caso, o supervisor, a escute em suas dificuldades e impasses da clínica, construindo um espaço de bem-dizer a clínica. Esta é a função do supervisor, sustentar um espaço de discussão clínica, ao colocá-la em evidência no emaranhado de questões que comparecem na fala da equipe.

A importância dada à palavra evidencia que esta é condição para a tarefa de supervisão, já que não há o que pôr em trabalho sem a produção de cadeia associativa, ou seja, este dispositivo implica, na maioria das vezes, em um ofício com as palavras ditas. No entanto, não é tarefa fácil fazer a palavra operar e circular, visto que nem todos se autorizam a dizer de sua prática, por inúmeros motivos: timidez, insegurança, medo, concentração da suposição de saber em alguns etc. Os medos em falar são sempre diversos, mas falar em supervisão tem uma especificidade, na medida em que se trata de partilhar aquilo que não vai bem. Para isso, é preciso certa renúncia de narcisismo, para dar a ver as dificuldades, limites e tropeços.

Supomos que muitas vezes o desconforto em falar esteja sustentado por uma dificuldade em se deparar, assim como reconhecer o seu não saber frente ao real (não sentido) que a clínica impõe. Isso está para todos os integrantes da equipe, pois a clínica sempre impõe o inusitado, o inesperado, o imprevisível, isto é, o real. Portanto o técnico sempre será surpreendido, se estiver verdadeiramente aberto ao novo, por aquilo que comparece no acompanhamento dos usuários. E é isso que lhe escapa e lhe causa enigma, que é difícil de dar a ver em supervisão: seu não saber, ou seja, sua castração.

A seguir, citamos experiências que revelam a maneira manifesta como a dificuldade em partilhar o trabalho em supervisão muitas vezes se expressa. No entanto, acreditamos que ela encobre o que de fato está em questão. Uma das dificuldades recorrentes entre as equipes é

a existência de uma divisão entre aqueles que se *acham* possuidores de saber e aqueles que se *acham* desprovidos de saber. Geralmente, autoriza-se mais a falar e a se expor em supervisão aquele que se acha detentor de algum saber, sendo mais difícil tomar a palavra aquele que se considera em falta quanto a um determinado campo de saber. Recordamos com isso a fala de uma técnica em supervisão: “Eu não tenho diploma de faculdade, não sou psicóloga, mas [...]”. Ao tomar a palavra, praticamente se destitui antes de dizer o que pretende, demonstrando sua suposição de que quem tem diploma é quem tem alguma coisa relevante/importante a contribuir para a discussão. A partir disso, questionamos: será mesmo?

É tarefa do supervisor a construção de determinadas condições para que a palavra circule de maneira a não ficar concentrada somente em alguns. Para isso é preciso que aquele que ocupa o lugar de supervisor aposte que todos têm algo a dizer em relação ao processo de trabalho. Aliás, ter o que dizer em relação ao trabalho é uma pré-condição para a supervisão, na medida em que ela produz a demanda da equipe por supervisão.

A supervisão é justamente o espaço onde *se pode* operar uma inversão desse imaginário, a partir do qual há uma valorização do saber acadêmico, na medida em que a palavra circula entre todos. O supervisor, ao supor que todos têm algo a dizer sobre o que está em discussão durante a reunião, *deshierarquiza* o campo imaginário de saberes “prontos e constituídos”, aponta assim que o que interessa é de outra ordem. Afinal, a supervisão não está em relação com o conhecimento de cada um, mas está em relação com a clínica. E a clínica impõe, necessariamente, um deslocamento da posição do técnico em relação ao saber, ou seja, a clínica impõe um lugar de não saber. Isso é o que precisa ser sustentado e que é tão difícil.

O que evidencia que o saber que interessa é aquele construído na relação com o usuário, portanto ele não é de exclusividade de nenhuma categoria, uma vez que se dá no próprio processo de acompanhamento e experiência clínica. A partir disso, o médico, por exemplo, tão valorizado por seus conhecimentos e crente nestes, pode se surpreender diante de determinado saber referente a seu paciente, exposto pelo oficinheiro ou musicoterapeuta.

O espaço de supervisão era oferecido para toda equipe, entendendo por equipe todas as pessoas que trabalhavam com os pacientes, desde a diretora até o porteiro. Apesar das “boas intenções”, somente alguns dos atendentes e do pessoal administrativo ousava participar. E enfatizo “ousava” porque era muito difícil vencer as barreiras que o imaginário social colocava, no sentido de territórios fortemente demarcados entre *os que sabiam* e *os que não sabiam*. [...]. Era constante escutar dos atendentes frases, tais como: “e o que é que eu vou falar ali, se eu não “estudei”, ou de parte das secretárias: “meu trabalho é administrativo, de paciente não entendo”“. Cabe um

esclarecimento: os atendentes [...] se ocupavam do contato constante com os pacientes, já que estavam no dia a dia [...] (MARAZINA).<sup>13</sup>

No recorte citado, percebemos que mesmo aqueles que se ocupavam diretamente com os pacientes tinham dificuldade em ter a *ousadia* de falar, pois se situavam na relação com o saber como aqueles que nada sabem, por não terem estudado ou feito faculdade. A experiência de supervisão pode ser de suma importância por demonstrar que não é esse saber que importa, colaborando para que todos se autorizem a dizer algo do seu trabalho. No entanto, sabemos que isso depende da posição do supervisor e a maneira como ocupa esta função, pois há supervisores que se colocam no lugar de mestres, e acabam por favorecer a inibição da equipe em falar.

É interessante notar que falar é para todos, sem exceção, sempre da ordem de uma ousadia, pois nunca se sabe antecipadamente o que se vai falar ao abrir a boca. Pode-se até tentar controlar aquilo que se fala, mas há sempre uma distância significativa entre o que se pretende dizer e aquilo que se diz de fato.

As autoras Alberti e Palambini (2012) trazem exemplo que toca na importância da equipe poder dizer de seus receios e inseguranças em falar, para que a partir disso possa, quem sabe, se posicionar de outra maneira. O que demonstra a importância da equipe se pensar em relação ao processo de trabalho para que possa avançar.

[...] auxiliares, assistentes e profissionais de nível médio podem também apresentar uma inibição de falar o que sabem a partir da experiência que trazem, diante da valorização de um saber acadêmico em detrimento do saber da prática. Dialectizar tal valorização se mostrou, então, fundamental, pois certamente o saber da experiência pode contribuir tanto – às vezes mais – quanto o saber universitário. Poderem falar abertamente sobre isso nas supervisões revelou um furo na posição de mestria que, [...] a equipe, de maneira geral, atribuía ao psiquiatra e aos demais membros de nível superior e, concomitantemente, revelou um furo no saber da equipe como um todo, o que imediatamente mobilizou cada um da equipe a transmitir um saber tanto sobre a clínica na saúde mental quanto sobre sua política e história (ALBERTI; PALAMBINI, 2012, p.726).

De fato, muitas vezes é necessário um trabalho com a equipe para que ela se autorize a falar. É isso que lhe permite expor seu trabalho, coletivizando aquilo que, às vezes, se passa no acompanhamento particular com o usuário. Lembramo-nos de uma equipe com grande inibição em falar nos encontros de supervisão clinicoinstitucional. Tentou-se fazer face ao silêncio, em certa ocasião, dizendo: “podem falar,” como se a questão fosse conceder a palavra. Em resposta a este encorajamento, um colega marcou que ele era insuficiente, pois

<sup>13</sup> Psicanálise e clínica institucional. Disponível em <[http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/149\\_03.pdf](http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/149_03.pdf)> Acesso em: 10 maio 2016.

não bastava dizer: “falem” para que as pessoas passassem a falar. Havia uma necessidade de se pensar o que levava a equipe a ficar tão constrangida, dando lugar a uma elaboração desta inibição/constrangimento, com o objetivo de que a equipe lograsse ultrapassar, ao invés de ficar continuamente nesta posição *calada*. Ficou claro na discussão desta dificuldade que muitos consideravam a ideia de se expressar verbalmente uma *cilada*, pois, dependendo do que se dissesse poderia ser mandado embora, ser mal-interpretado pelos colegas, não saber se expressar corretamente, entre outros receios.

É especificidade da supervisão a oferta de um espaço de fala que promove uma abertura para se dizer aquilo que não se dizia antes, dando visibilidade àquilo que era invisível. Mas, para isso, torna-se necessário que a equipe ouse falar para que algum registro do trabalho realizado possa se produzir (FIGUEIREDO, 2005).

### 3.2 Lugar êxtimo: dentro e fora a um só tempo

O supervisor clinicoinstitucional contratado é um profissional externo ao quadro técnico da equipe, isto quer dizer que ele não está no cotidiano do serviço. Comparece, salvo exceções, unicamente no dia de supervisão clinicoinstitucional, que ocorre de maneira geral semanalmente.

Em uma oficina<sup>14</sup> voltada para supervisores, com objetivo de elaborar a sua função na saúde mental, foi discutido se a função de supervisor poderia ser exercida por alguém que compõe o quadro técnico da equipe. Chegou-se à conclusão de que o supervisor precisa ter condições de estar fora se estiver dentro, ou seja, é necessário que possa contribuir para o estranhamento daquilo que é familiar para quem está próximo das questões suscitadas ao longo do cotidiano de trabalho. Este estranhamento, segundo aqueles que participaram da oficina, não seria privilégio só daquele que não está “contaminado” pelo cotidiano do serviço por ser alguém de fora, havendo supervisores que se colocam tão próximos, como “integrante” da equipe e conseqüentemente dentro, que sua função não opera (FERREIRA e GOYATÁ, 2010). Discordamos, no entanto, quanto à possibilidade de o supervisor ser um

---

<sup>14</sup> Experiência relatada pelas autoras Ferreira e Goyatá no artigo: *A supervisão e o supervisor clinicoinstitucional dos riscos e das possibilidades*. Trata-se da Oficina de supervisão realizada na escola de Saúde Pública de Minas Gerais-ESB, parte do Seminário “Saúde Mental: Desafios da Formação”, realizado em 27, 28 e 29 maio 2009.

membro integrante da equipe, pois mesmo um profissional bem qualificado não pode estar dentro e operar como alguém de fora.

A qualidade de “extimidade”<sup>15</sup>, termo cunhado por Lacan, é imprescindível para a supervisão poder operar, sendo por isso sua maior qualidade. Assim, há uma impossibilidade de se estar fora uma vez dentro e vice versa. A partir disso, destacamos a extimidade como condição para a sustentação da função de supervisão.

A supervisão é “êxtima” – no sentido de Lacan – íntima e exterior a um só tempo. Um supervisor não pode ser um técnico da equipe, por mais qualificado que seja, pois a qualidade de exterior/íntimo (êxtimo), mais importante que qualquer saber ou experiência, se perderá (BARLETA, 2013).

Essa posição é de fundamental importância, pois assim o supervisor não estará imerso na dinâmica de trabalho da equipe. O que pode ajudá-lo a não se deixar enlaçar por aquilo que lhe é íntimo, corriqueiro e repetitivo. Esse distanciamento, essencial àquele que supervisiona, também é alcançado, em alguma medida, pelos profissionais ao se questionarem em relação ao seu processo de trabalho. A partir das reflexões e elaborações realizadas em supervisão distanciam-se daquilo que lhe é corriqueiro e íntimo, contribuindo para a construção de um novo olhar que pode ser produtor de novas estratégias clínicas.

Tivemos oportunidade, durante a residência em saúde mental, de trabalhar em um CAPS que ficou por um período sem a contratação de um supervisor clinicoinstitucional. Na circunstância, a direção e a coordenação técnica assumiram o papel de coordenar as discussões realizadas em reunião geral. Quase como uma tentativa de ocupar, na ausência do supervisor, o seu lugar ao tentar manejar as diversas situações complicadas que compareciam no cotidiano de trabalho. Tarefa que se mostrou aos poucos impossível, pois para ocupar tal lugar é preciso ter a qualidade de êxtimo. Estar dentro e fora a um só tempo.

A transmissão, por parte da direção, da importância da manutenção de um espaço de discussão clinicoinstitucional, mesmo na ausência de um supervisor, se dava de maneira autoritária. Era preciso a participação de todos. Não havia lugar de questionamento para essa direção de trabalho que estava estabelecida e imposta àqueles que ali trabalhavam. A equipe respondia reativamente ao autoritarismo da direção, ao chegar constantemente atrasada para a

---

<sup>15</sup> “Extimidade” é neologismo criado por Lacan, *Seminário 7: a ética da psicanálise*, para falar do conceito freudiano de *Das Ding* (a Coisa), objeto perdido desde sempre e para sempre, que movimenta o sujeito na busca de reencontrá-lo. Por tratar-se de um momento mítico, o sujeito vai em busca de encontrar aquilo que jamais será reencontrado; “extimidade” aparece também no *Seminário 16: de um Outro ao outro* e apesar de não aparecer novamente na transcrição de seus seminários, o conceito articulado ao termo percorre toda sua obra. Indica algo do sujeito que lhe é mais íntimo, particular, mas que está fora, no exterior, portanto é aquilo que é íntimo e estranho a um só tempo, tem por isso relação com a Coisa (*Das Ding*).

reunião, dando a impressão de estar desinvestida e desimplicada deste lugar de discussão. O que por sua vez era rebatido com mais exigências e cobranças que se colocavam sempre de maneira muito dura.

Havia um mal-estar entre os membros da equipe para que houvesse ocupação desse espaço de fala sem a presença de um supervisor. O que levava a pensar: o que era possível falar, de fato, em meio àquela hierarquia tão enrijecida? A existência de lados se fazia sentir: de um lado a direção; de outro, a equipe. Em certa ocasião, ouvimos de uma supervisora clinicoinstitucional que um serviço que tem como objetivo “se opor à psicose” não pode se fragmentar. Tal fragmentação era notável nessa equipe. Em meio a essa divisão era possível notar que a equipe não encontrava condições para se expor ao falar.

Era evidente a necessidade de alguém de fora, o supervisor, para mediar as tensões e conflitos recorrentes entre direção e equipe. Pensamos que nesse caso o supervisor deveria ocupar o lugar de terceiro nessa relação tão difícil e estremecida. Não se tratando, claro, do supervisor tomar partido, mas de criar condições para que houvesse algum deslocamento desse mal-estar, tornando possível o trabalho em equipe e o espaço de discussão em um encontro produtivo.

Havia uma forte inibição por parte da equipe em problematizar suas questões sem a mediação de alguém de fora do serviço, como o supervisor. A equipe apresentava muita dificuldade em avançar em seus impasses, sendo comum a discussão se resumir a questões burocráticas, deixando a clínica em segundo plano ou até fora de discussão. Não havia, portanto uma construção de direção clinicoinstitucional para os casos atendidos. Muitas vezes também as dificuldades apontadas eram pessoais, o que contribuía para mais mal-estar e grande tensão entre os profissionais. Estas evidências conduzem a pensar a supervisão como essencial e a importância de se ter um profissional de fora da equipe para conduzir as questões apresentadas.

Em acordo com tal ponto de vista, os supervisores entrevistados por Silva (2010) compartilham da opinião de que o supervisor não teria um lugar definido e seria característica de sua função e lugar poder “transitar entre o dentro e/ou o fora, mas sem ser da equipe (p.55).” Citamos a seguir fala de uma entrevista feita pelo autor, que é eloquente quanto a esse lugar êxtimo, levando-nos a concluir que certo distanciamento é imprescindível no tratamento das problemáticas apresentadas.

[...] o supervisor tem que estar “na borda”. Ele não pode nem estar muito dentro, nem muito fora. Tem que estar dentro o suficiente para estar atento, para poder se deixar mergulhar, transpassar por toda aquela angústia, aquele enredamento todo

que é o cotidiano do CAPS, mas, ao mesmo tempo, tem que estar fora suficientemente para não se confundir com isso [...] (SILVA, 2010, p.55).

A palavra tratamento, usada no parágrafo anterior à citação, enuncia uma das consequências da supervisão, pois há nesse dispositivo uma função de tratamento que vem por acréscimo. Isso procede, na medida em que, ao dar lugar à circulação da palavra há um tratamento das queixas, questões e desconfortos apresentados durante os encontros de supervisão. “[...] algum tratamento é dado ao caso, ao sujeito em questão, aos pontos de impasse clinicoinstitucionais, ao saber que se tem ou não se tem, enfim, acolhendo na escuta aquele que fala e aquele de quem se fala [...]” (FERREIRA e GOYATÁ, 2010).

Figueiredo (2005) nos fala do termo laciano êxtimo como definição do lugar do inconsciente, por ser o que há de mais externo e íntimo ao sujeito. O que, para a equipe, é muito familiar e determina condutas e intervenções repetidas, para o supervisor pode causar estranheza justamente por não lhe ser familiar. O elemento de estranheza pode ser vivido pelo supervisor como *nonsense* diante do que a equipe relata, por exemplo, de determinada situação, o que pode ter desdobramentos interessantes na clínica por acarretar questionamentos, levando os profissionais a não naturalizarem suas condutas, intervenções e procedimentos.

O supervisor, ao oferecer condições para que a equipe possa construir algum saber referente às questões que são colocadas em supervisão, abre espaço para tornar o que era familiar estranho e o estranho, familiar. É necessário notar, no entanto, que nem sempre quem introduz o estranhamento é o supervisor. Às vezes, outro profissional integrante da equipe pode contribuir para sua introdução na discussão, quando traz outro olhar para aquilo que está sendo trabalhado, separando-se ou destacando-se do discurso compartilhado entre os técnicos.

Apesar disso, podemos afirmar que geralmente é o supervisor quem está em melhores condições de ocupar tal lugar de estranhamento. É importante ressaltar que o supervisor não pode deixar de ter tato na hora de interrogar certo modo de funcionamento ou posicionamento da equipe, pois às vezes isto pode se configurar como ameaçador, tendo como consequência um comportamento defensivo e reativo por parte da equipe, levantando resistências.

Os integrantes das equipes, por mais que tenham sentidos muito cristalizados com os quais trabalham, há sempre algum ponto em que a certeza e convicção de sentido vacilam em sua cadeia associativa, cabendo ao supervisor estar atento a isto. Esta equivocação de sentido produtora de deslocamentos discursivos, embora seja fundamental para o avanço no trabalho, muitas vezes produz, na equipe, medo, receio, embaraço, resistência.

Esta dificuldade na desconstrução de sentido é apontada por Silva (2010), a partir de Matumoto et al. (2005, p.56): “o medo dos profissionais de serem confrontados nas suas certezas, de perderem aquilo que já é conhecido, da censura e da não aceitação, de se deslocar do território conhecido para outro novo que pode desestruturar, mas que pode abrir brechas para a recriação [...]”.

A partir disso, lembramo-nos de experiência vivida de supervisão em que no momento no qual uma profissional foi interrogada quanto a sua forma de trabalhar com determinada usuária, rapidamente se posicionou defensivamente e convocou a supervisora a fazer aquilo que não estava conseguindo devido a sua dificuldade na relação com a paciente. Assim não pôde escutar o que tinha sido marcado de sua fala por ter ficado ofendida e assim “respondeu à altura”: “vai você então lá fazer”. A supervisora, diante de tal convocação, respondeu que esse não era seu papel, apontando para a possibilidade de se discutir aquilo que estava difícil na condução do caso.

### 3.3 Transferência de trabalho

Ao ir aos encontros de supervisão clinicoinstitucional, a equipe espera uma transmissão por meio de suas demandas e endereçamentos, mesmo que não o saiba. No entanto, o supervisor não pode nem deve atender à demanda de saber ou de saber-fazer feita pela equipe. É preciso que convoque a equipe na construção deste saber, mas só consegue realizar este propósito na medida em que não responde inteiramente a tal demanda. Neste sentido, é necessário que o supervisor suporte uma posição de abstinência.

A transferência, conceito precioso à psicanálise, é condição *sine qua non* para a realização do trabalho de supervisão clinicoinstitucional. Ou seja, é necessário que a equipe suponha um saber no supervisor, pois sem tal suposição não há uma inclinação ou um movimento por parte da equipe para fazer endereçamentos à sua figura. Pensamos que, no exemplo, quando a técnica convoca a supervisora a fazer aquilo que para ela estava difícil, há um indício de que há transferência estabelecida, caso contrário, não pediria para a supervisora pôr em ato um saber-fazer que lhe escapava.

A supervisão pode ser considerada um espaço privilegiado de transmissão do modo como a psicanálise opera sob o saber. O saber não está do lado do supervisor, mas do lado daquele que toma a palavra. E é isso que faz com que o supervisor não fique no lugar de

mestre, no qual se trata de um sujeito que sabe e não de um sujeito suposto saber. Por isso, não cabe ao supervisor ficar respondendo perguntas e impasses que lhe são endereçados, mas antes, ocupar um lugar vazio que dê chance à própria equipe construir um saber a partir da clínica, assim como se deparar com aquilo que sabe sem saber.

O supervisor não é importante, porque teria coisas a ensinar à equipe, coisas que, portanto, ele saberia e a equipe não saberia. O que é importante no supervisor não é seu saber, não é algo que ele teria a dar, entendendo-se esse algo a ter como uma coisa objetivável, concreta, positivamente definida, como um saber. Na verdade, o supervisor não sabe nada a respeito do que acontece na clínica cotidiana de um serviço de saúde mental, uma vez que não é ele que está lá, no front clínico, e só quem está lá é que “sabe” – o quê? Sabe dos efeitos reais de estar lá, e isso já é alguma coisa em termos de saber [...]. Portanto, se alguém sabe, entre equipe técnica e supervisor, é a equipe técnica (ELIA, 2008, p.43).

Mas inicialmente é a crença de que o supervisor sabe alguma coisa que lhe escapa que leva a equipe a falar, endereçando suas questões àquele que ocupa tal função. É também através desta suposição que a equipe autoriza o supervisor a intervir, revelando que sem transferência não há trabalho, pois é a partir desta que se estabelece um acordo de produção de trabalho. Ou seja, é a transferência que coloca o trabalho em movimento, fazendo, por vezes, face à estagnação.

Aqui podemos fazer, em alguma medida, uma aproximação entre a função do supervisor e a função do “mais um”. Esta é uma função ocupada em uma forma particular de organização do processo de trabalho, construída por Lacan, com a fundação de sua Escola: o cartel<sup>16</sup>. O “mais um” tem como função colocar o grupo em movimento, em direção à realização de seus objetivos. “É um artefato para que os trabalhos possam se realizar” (FORBES, 1992). É importante ressaltar que mesmo que a figura do “mais um” represente imaginariamente para o grupo a figura de um líder que, apesar de ser convocado a responder como tal, não é desse lugar que deve responder. Não deve concentrar em si o saber, mas deve fazê-lo circular para que todos possam se apropriar de sua construção. Não há um mestre. Afinal, se responder como aquele que sabe, anulará qualquer possibilidade de implicação dos outros integrantes na elaboração de saber relativo ao tema de interesse do grupo.

A figura do mais-um pode ser aproximada à função do supervisor, por este, assim como aquele ter como função colocar o grupo em movimento em direção à realização do

<sup>16</sup> O cartel reúne um pequeno número de pessoas, geralmente uma média de quatro, para produção de um saber relativo a algum tema de interesse específico. Desde o início do trabalho, é incluído o tempo de concluir, pois é dissolvido assim que o trabalho é realizado. É esperado que ao final, cada um produza um trabalho escrito com o objetivo de testemunhar aquilo que se desenvolveu ao longo dos encontros conjuntamente, portanto, implica em sustentar a transferência de trabalho (QUINET, 2009).

trabalho. Nesta direção, Figueiredo (2008) afirma que o supervisor é garantidor do trabalho e articula esta sua potência à transferência de trabalho:

Sua função é singular na equipe para garantir o trabalho mais do que portar o saber. E isso implica em sustentar e, mesmo, afirmar as ações de cada um, a cada caso, desde que haja uma direção construída conjuntamente. Consequentemente, implica em sustentar a transferência de trabalho [...] (FIGUEIREDO, 2008, p.68).

Isso nos remete a uma afirmação de Freud ([1915] 2010, p.213), relativa ao analista, mas que pode servir, se guardadas as diferenças e particularidades de cada função, ao supervisor: “O analista não precisa se impor, mas pode se apresentar como *indispensável para a obtenção de certos resultados*” ([1915] 2010b, p.213).

É a partir do estabelecimento da transferência ao longo da supervisão que se abre a possibilidade de equivocação de sentido, de construção de direção de trabalho clinicoinstitucional, de pactuações entre a equipe, revisão do processo de trabalho, sendo o que poderá contribuir para a obtenção de certos resultados, tornando o supervisor indispensável. Neste sentido, a garantia que o supervisor pode e tenta salvaguardar é que haja condições favoráveis para que o trabalho possa ser posto em questão e em constante movimento, pois somente assim a equipe logrará avançar em suas dificuldades.

É necessário atentar mais uma vez para a transferência, pois é através dela que o supervisor poderá se fazer *indispensável* para a equipe. Não sendo necessário impor sua presença, por ela se fazer condição para a realização e andamento do trabalho. Ou melhor, na medida em que puder manejar adequadamente aquilo que comparece na relação transferencial, pois nem sempre é fácil suportar ser depositário de diversos afetos, principalmente a raiva, rivalidade, disputa de atenção. É, portanto a maneira como o supervisor irá manejar a transferência em sua relação com a equipe que definirá se ela servirá para a manutenção e avanço do trabalho.

Situamos, portanto, de acordo com Freud ([1912] 2010b), a transferência como mola propulsora do trabalho. É necessário apontar diante da importância da transferência as dificuldades que esta coloca para a condução do trabalho, pois ela não se revela unicamente como produtora de avanços importantes, mas também como a mais poderosa fonte de resistência que se manifesta através de uma paralização, suspensão e desvio do trabalho.

Freud ([1915] 2010) afirma que tudo o que atrapalha a continuação de uma análise pode ser uma expressão da resistência, o que também pode ser aplicado à supervisão, no sentido de que muitas vezes o que a paralisa é efeito de resistência. Aí está o desafio: ao

mesmo tempo em que não há produção de trabalho sem transferência, não há transferência sem resistência: não há uma sem a outra. Isso traz desafios para o seu manejo, pois se não houver uma condução apropriada, há o risco da transferência enquanto resistência, suspender, paralisar ou até impedir a continuidade do trabalho de supervisão. Nesses momentos de resistência as dificuldades não são poucas. Segundo Freud ([1912] 2010b, p.145): “Quando a capacidade de transferência se torna essencialmente negativa, [...] acaba a possibilidade de influência”.

Não é incomum haver supervisores destituídos de sua posição por encontrar uma forte resistência ao trabalho por parte da equipe. É interessante notar que nem sempre a resistência está do lado da equipe, encontrando-se por vezes no próprio supervisor, pois é claro que este também tem seus pontos cegos produtores de dificuldades.

Embora seja possível traçarmos pontos em comum entre a descrição da transferência feita por Freud no campo do tratamento das neuroses e a transferência que nos interessa no campo da supervisão, é preciso destacar que não se trata da mesma coisa. Há uma especificidade na transferência que ocorre entre os pares de trabalho, que é sinalizada no modo de nomeá-la: “transferência de trabalho”. Esta expressão é utilizada por Lacan no âmbito do funcionamento do cartel.

Figueiredo (2005) esclarece que esta transferência de trabalho, apesar de ter sua especificidade, não está inteiramente desarticulada do conceito de transferência tão cara ao tratamento analítico. Afirma sua importância por ela ser condição do estabelecimento de um vínculo de produção entre os pares de trabalho.

A transferência de trabalho é concebida a partir do próprio conceito de transferência, central no tratamento psicanalítico, mas dessa vez como um instrumento do trabalho entre pares. Seria a condição do estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é consequente. A transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é determinada na concepção da clínica pautada no sujeito (FIGUEIREDO, 2005 apud SILVA, 2010, p.69).

Recordamos, a partir disso, uma experiência de supervisão em hospital psiquiátrico, que pode servir de ilustração da importância, aqui defendida, da transferência de trabalho para que a supervisão possa ter alguma função para a equipe, no sentido de alguma influência sobre o seu trabalho, tornando-o objeto de reflexão e problematização. Isso revela que não basta a contratação de um supervisor clinicoinstitucional para que haja trabalho de supervisão. Sua potência é determinada e condicionada pela transferência, sendo por isso que não está

garantida de antemão pela contratação de um profissional para exercer tal função. É necessário mais do que isso.

Muitos profissionais afirmam que o modo de admissão dos supervisores nos serviços da rede de saúde mental não colabora para a potencialidade deste dispositivo. Com isso, apontam para a importância de a equipe poder participar da nomeação e escolha de seu supervisor, que é geralmente contratado por aprovação em seleção, o que não permite que a própria equipe o eleja. Não concordamos com tal ponto de vista, pois pensamos que os supervisores são escolhidos pela equipe, a cada encontro, na medida em que esta afirma ou não a potencialidade do espaço de discussão, endereçando suas questões ao supervisor contratado.

De acordo com essa perspectiva, Elia (2008) afirma:

[...] o supervisor tem que ser alguém que a equipe tenha escolhido, entendendo-se por esse termo não exatamente o método de indicação do supervisor (seu nome foi escolhido pela equipe, ou por votação individual, ou por entrevistas com vários candidatos a supervisor), mas o ato de consentimento de cada um a que aquele determinado indivíduo seja o supervisor, tenha sido ele indicado e contratado do modo como for. Se há esse consentimento, então há escolha, em um sentido responsável e muito mais verdadeiro do que o sentido de uma escolha por voto ou por indicação, que em nada implica consentimento, abertura, transmissão e disposição a se deixar afetar. [...] alguém a quem dou meu consentimento subjetivo é alguém em quem eu deposito confiança, não cega ou submissa, mas uma confiança ativa, isto é, que inclui meu ato de confiar [...] (ELIA, 2008, p.47).

É relevante dizer, antes de entrarmos em nosso fragmento de experiência clínica, que a supervisão clinicoinstitucional não é mais um recurso presente somente nos Centros de Atenção Psicossocial, lugar onde surgiu. Está presente em diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial, inclusive em alguns hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, como, por exemplo: o Hospital Jurandyr Manfredini e os hospitais de longa permanência, situados na Colônia Juliano Moreira, assim como no Hospital Phillippe Pinel, situado na zona sul da cidade. Os hospitais psiquiátricos, apesar de seu longo histórico manicomial, também estão submetidos à direção da Reforma Psiquiátrica e, portanto, têm o dever de fazer operar em seu cotidiano as diretrizes estabelecidas pela reforma. Entre elas, é necessário atender a desinstitucionalização de seus pacientes, uma vez que se espera, segundo a Política Pública, que todos os hospitais psiquiátricos sejam fechados.

É com esse objetivo em vista que se pensa que os hospitais psiquiátricos não podem ou não devem ficar sem supervisão clinicoinstitucional, por ela ser uma ferramenta estratégica na consolidação da política de saúde mental. Além disso, os hospitais enfrentam grandes desafios em ter uma assistência atravessada pela reforma, pois sua estrutura e lógica de

funcionamento, comumente, vão na contramão de um cuidado singularizado, de produção de autonomia, de produção de laços afetivos, de construção de vínculo no território etc. Com isso, fica premente a necessidade de um espaço de discussão e problematização do cotidiano hospitalar. Um espaço onde é possível pôr em suspenso aquilo que é feito de maneira rotineira dentro do hospital, para poder pensar em outras estratégias de intervenção clinicoinstitucional. O desafio de fazer o desmonte e desconstrução do lugar do hospital no cuidado é tão desafiante que chega a ser impossível pensar em fazer tamanho trabalho sem o dispositivo de supervisão.

Tendo dito isso, passamos a nosso exemplo, em que a supervisão chegou ao seu fim a partir de uma constatação, que avaliamos como equivocada, feita pela supervisora, de que não havia se estabelecido entre ela e a equipe uma transferência. Com fim de problematizarmos tal situação, interrogamos: o que essa afirmação quer dizer? Fazemos essa pergunta baseados em uma observação feita por Freud, de que a transferência não é privilégio da relação entre analista e analisando por estar presente em todas as relações. Ela é, nesse sentido, estrutural por sempre se fazer presente.

Freud (1912) inclusive aborda a presença da transferência nas relações entre paciente e médico, no âmbito das instituições, demonstrando que ela não é privilégio da clínica particular, aquela se desenrola no consultório do analista. E chama atenção para os desafios colocados por ela ao longo do tratamento:

A irrupção da transferência negativa é até mesmo frequente nas instituições. Tão logo o doente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição sem ter mudado ou tendo piorado. A transferência erótica não age tão inibidoramente em instituições, pois ali, como na vida, é atenuada, em vez de revelada. Manifesta-se bem nitidamente como resistência à cura, porém, não ao tirar o doente da instituição- pelo contrário o retém lá-, mas ao mantê-lo afastado da vida. (FREUD [1912] 2010b, p.144).

A supervisora, ao afirmar para a equipe “que não havia se estabelecido transferência”, pergunta se esta entendia o que queria dizer com a palavra: transferência. Após certo silêncio, a equipe se arrisca. Uma técnica explica que transferência referia-se ao remanejamento de certos pacientes para outros setores do hospital, ou seja, explica o sentido da palavra questionada relacionando-a com *deslocamento*. Enquanto outro profissional remete transferência à relação que se dá entre analista e analisante durante uma análise, referindo-se a atualização de questões subjetivas. Sua explicação estava de acordo com a descrição da transferência experimentada em uma análise. Segundo Freud ([1912] 2010b, p.140): “É então, segundo nossa experiência, que surge a transferência. Quando algo do material do complexo

(do conteúdo do complexo) se presta para ser transferido para a pessoa do médico, ocorre essa transferência”.

Diante de tal resposta, a supervisora pontua que não está lá enquanto analista da equipe, marcando, assim, uma diferença entre a sua posição e a posição ocupada pelo analista em sua clínica. Não está lá para realizar um trabalho de transferência, mas de sustentar uma transferência de trabalho. Faz um esforço para deixar claro para a equipe que, na supervisão, não se trata daquilo que Lacan (2003a) designou como a vivência da experiência psicanalítica enquanto tal, isto é, aquela que se experimenta entre um psicanalista e seu psicanalisante em um trabalho de análise. Ou seja, a “psicanálise em intensão”<sup>17</sup>.

Uma das marcas da diferença entre a “psicanálise em intensão” e a “psicanálise em extensão”, no dispositivo de supervisão, está no fato de que o supervisor orientado pela psicanálise, não está lá para analisar aqueles que compõem a equipe, demandando: “fale-me mais sobre isso,” pedido comum àquele que se encontra em análise. Tampouco tem a intensão de tornar os encontros de supervisão num espaço psicoterapêutico. Definitivamente, não é disso que se trata.

Existem, portanto diferenças importantes entre a “psicanálise em intensão” e a “psicanálise em extensão”. Cabe ao supervisor fazer operar tais distinções em seu modo de condução e manejo das questões apresentadas em reunião geral. No entanto, apesar dessas diferenças não podemos negligenciar que ambas incidem na supervisão clinicoinstitucional, na medida em que as duas operam seus efeitos na equipe, conforme apontado por Barleta e Elia (2010). Os autores destacam que há efeitos analíticos que operam na supervisão através, por exemplo, de uma mudança de posição do técnico da equipe no decorrer das elaborações realizadas em supervisão, havendo também transmissão de um modo peculiar de condução clinicoinstitucional, construído no dispositivo de supervisão, a partir do aporte teórico da psicanálise.

A supervisão [...] é um dispositivo híbrido quanto a esta 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 implementada em um serviço, que presentifica o discurso psicanalítico nas redes de saúde mental) (BARLETA e ELIA, 2010, p.2).

<sup>17</sup> LACAN ([1964-1971] 2003a, p.351) utiliza os termos “psicanálise em intensão” e “psicanálise em extensão” na *Proposição de 9 de Outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. Faz uma distinção entre ambas: “psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela”.

Tendo dito isso, retomamos nosso exemplo, onde todo mal-entendido em torno do sentido de tal significante “transferência” nos reporta ao mal-entendido que de fato pensamos como responsável pelo fim da supervisão clinicoinstitucional, neste caso. Havia um mal-entendido no sentido de uma discordância entre a direção de trabalho *sugerido* pela supervisora, cabendo ressaltar que tal direção era apoiada não só por ela, mas também pela gestão do hospital e a direção que a equipe pretendia tomar diante de determinada questão colocada em supervisão. Havia, portanto uma questão conflituosa entre supervisão/ gestão e equipe. Para que tal discordância de posições fique mais clara, traremos um pouco do que estava em jogo em cada uma delas.

Cabe ressaltar uma diferença importante entre sugestão e prescrição. O supervisor não deve prescrever para a equipe o que esta deve fazer na direção do tratamento de seus pacientes, mas oferecer condições para que a mesma possa avançar no trabalho que já faz. Geralmente, quando o supervisor cai no engodo de prescrever, acaba por despertar na equipe forte resistência ao trabalho. A partir disso, podemos afirmar que o supervisor não está lá para dirigir a equipe, mas para dirigir a supervisão. Faz isso ao introduzir questionamentos, vacilação das certezas, circulação da palavra, problematização das questões apresentadas etc.

O poder do supervisor não é o de saber-fazer (*savoir-faire*), nem o de dirigir a conduta, mas de dirigir o espaço/tempo da supervisão de modo a que ela não se desvirtue deste curso. Se ele dirige alguma coisa, é esse dispositivo, e não o serviço [...], e muito menos a conduta técnica de cada membro da equipe. [...]. O desejo do supervisor não poderia ser formulado como um desejo de aplicar uma técnica, a da supervisão, mas a de fazer operar o dispositivo da supervisão (ELIA, 2008, p.46 e 49)

Esse hospital tinha como característica ser um serviço de longa permanência, ou seja, a maioria dos pacientes internados tinha passado quase suas vidas inteiras ali. Em determinada ocasião, recebemos uma média de dez pacientes de transinstitucionalização<sup>18</sup>: mulheres jovens com “perfil” muito diferente das outras mulheres que já estavam lá: senhoras de 60 a 90 anos. Inicialmente as mulheres recém-chegadas foram recebidas em diferentes seções do hospital, ficando separadas. Mas, diante de diversas situações de difícil manejo de interação entre elas e as senhoras que, por vezes, culminou em agressão, a equipe em

---

<sup>18</sup> É importante notar que essas pacientes haviam sido transferidas de um hospital particular conveniado com o setor público. Sua transferência se deu em decorrência de uma ação do Ministério Público, que ordenou o fechamento dessa clínica particular, devido a péssimas condições na qual se encontrava. Atualmente a gestão de Saúde Mental tem colaborado ativamente para o fechamento de clínicas particulares com convênio com o setor público, encaminhando os pacientes sem vínculo familiar para hospitais públicos, desmontando desta forma a lógica perversa do “comércio da loucura”.

concordância com a direção do hospital achou melhor colocá-las novamente juntas em uma seção: a sétima seção.

Essa seção passou a representar dentro do hospital um lugar de exclusão e segregação daquelas pacientes jovens. Espaço comumente comparado a um manicômio dentro do manicômio, tamanho o seu empuxo à segregação. A circulação dessas pacientes ficou cada vez mais restrita ao andar de cima, lugar onde era situada sua enfermaria, pois, quando encontradas em outros espaços dentro do próprio hospital, era pedido (quase que automaticamente) que retornassem à sua seção. Tal movimento da equipe ia contra um dos fundamentos da clínica perpassada pela reforma, que busca justamente alcançar maior circulação dos usuários da saúde mental na cidade, tornando a cidade sua. O que trouxe à tona uma questão-problema: se elas não podiam circular e se movimentar livremente dentro do hospital, imagina fora de seus muros? Consideramos tal questão introduzida em supervisão de extrema importância para uma possível desconstrução de uma lógica de trabalho manicomial.

Mas não só sua circulação ficou restrita como também se construiu, em torno dessas pacientes, um discurso de periculosidade (que talvez justificasse a insuportabilidade da equipe diante de sua presença) e risco que embasava uma necessidade por parte da equipe de vigiá-las, o que tinha como consequência a disseminação de certo medo em relação a elas. Somente a equipe da sétima seção se autorizava a intervir e manejar situações deflagradas na lida com essas pacientes. Por exemplo, uma paciente sempre que via um carro com motorista, dentro do hospital, saía correndo depressa em sua direção, não medindo esforços para fazer valer sua vontade de entrar no veículo. O que, posteriormente, foi lido pela equipe como um desejo de ir embora. Mas não era tarefa fácil lidar com a imposição da paciente de entrar no carro. Rapidamente a equipe da sétima era acionada para resolver tal situação, porque as equipes de outros setores ficavam muito assustadas diante da reação da referida paciente, quando contrariada em sua expectativa de saída.

Problematizava-se em supervisão a repetição e a reprodução da clínica de onde vieram dentro do hospital onde agora estavam. Que desmonte e desconstrução daquela clínica havia operado, se elas não tinham encontrado condições de se integrar com as outras pacientes e com o lugar em que estavam atualmente internadas? Havia, portanto uma direção de trabalho sustentada pela supervisora e pela gestão do hospital de fechamento da sétima seção com a “transferência” das pacientes para outras seções, como tentativa de pôr fim a esse manicômio dentro do manicômio. Esta direção se baseava na ideia de que para se pensar a desinstitucionalização dessas pacientes era necessário, antes de tudo, pensar em sua desinstitucionalização dentro do hospital.

A equipe<sup>19</sup>, no entanto, resistia firmemente a esta posição, e se justificava dizendo do risco a que as senhoras ficavam submetidas com a entrada destas mulheres jovens em suas seções. No discurso sustentado pela equipe, havia, nas entrelinhas, outros fatores que estavam em questão nessa resistência de desconstrução da sétima: medo e insegurança dos técnicos que ainda não tinham trabalhado com as jovens, dificuldade dos técnicos em se dispor a rever o seu processo de trabalho, necessidade de uma nova construção de direção de trabalho clinicoinstitucional, reposicionamento da equipe no contato com elas etc. O que nos faz pensar que a proteção da equipe em relação às senhoras, na verdade, dizia respeito a uma proteção de si mesma, pois, com o deslocamento das pacientes, a equipe também teria que se deslocar de sua posição, ou seja, teria que ocupar outro lugar na relação com essas pacientes. Um lugar certamente menos marcado pelo medo, receio e insegurança. Era aí que incidia a dificuldade, a mudança não era só das pacientes. Era necessária uma mudança na equipe.

Eram essas questões que cabia à supervisora trabalhar, no sentido de dar espaço de fala e escuta para que isso pudesse aparecer e ser, conseqüentemente, desdobrado, e quem sabe até deslocado. Pensamos que poderia ser evitado o mal-estar com a equipe ao deixar a gestão, no sentido de deixar a direção e coordenação técnica determinarem o fechamento da sétima seção, limitando-se, assim, a trabalhar com a equipe os efeitos e afetos despertados diante de sua mudança de seção, apontados acima. A supervisora, ao determinar o que deveria ser feito pela equipe, saiu de sua função, ocupando, sem se dar conta, uma posição que não lhe competia, isto é de gestora. Pensamos que tal direção de trabalho, que começou se apresentando discursivamente como sugestão, tornou-se problemática, quando passou a ser uma prescrição e, o que é pior, da própria supervisora.

Foi a partir disso que se iniciou o verdadeiro mal-entendido entre a equipe e a supervisora, o que a levou a se retirar desse lugar, atribuindo sua saída à ausência de transferência. No entanto, pensamos que essa não era a questão. Já que a transferência estava presente, mas sob forma de resistência. Em análise, o analisando resiste à análise. Na transferência de trabalho, a resistência incide como resistência ao trabalho. A equipe resistia ao trabalho, na medida em que não se dispunha a repensar e a rever seu processo de trabalho. Com isso, não queremos dizer que teria que aceitar necessariamente a “sugestão” feita pela supervisora, mas que precisava se incluir na discussão, trazendo outros elementos, para além

---

<sup>19</sup> Cabe esclarecer que apesar de o hospital ser dividido em várias seções, a supervisão clinicoinstitucional era um espaço de discussão do qual todos os técnicos do hospital participavam. Portanto, quando dizemos equipe, nos referimos a todos aqueles presentes no encontro promovido pela supervisão.

da segurança das senhoras, que justificasse a permanência das pacientes em um setor apartado dentro do hospital.

Sem se dar conta, a supervisora, ao enunciar sua saída, traz uma enunciação em sua fala que revela o ponto de impasse entre ela e a equipe: não havia conseguido estabelecer com os profissionais uma direção de trabalho compartilhada que a levasse a *transferir* os pacientes de uma seção à outra. Foi essa transferência que não se deu. É interessante notar que, quando uma técnica explicou transferência, falando de deslocamento de uma seção a outra, não estava inteiramente enganada quanto ao que estava em questão na relação transferencial.

Em outra ocasião, um profissional comete um ato falho que acaba por apontar novamente a questão em jogo entre supervisor e equipe. O técnico, ao invés de dizer, sétima seção, diz: sétima *questão*. De fato, era isso que estava em questão.

### 3.4 Discussão de caso em supervisão

Retomaremos a seguir a supervisão clinicoinstitucional no CAPS, tema propriamente de nossa pesquisa. Discutiremos um caso clínico acompanhado em um Centro de Atenção Psicossocial, pelo qual passamos durante a residência em saúde mental, para refletirmos os pontos favoráveis à construção do acompanhamento e os pontos desfavoráveis a essa construção no trabalho de discussão clínica realizado em supervisão clinicoinstitucional. Antes disso, cabe ressaltarmos que a discussão de caso jamais se reduz à discussão do caso, pois a discussão pautada em um caso clínico traz à tona diversas situações que servem de analisadores do trabalho realizado pela equipe, assim como o papel que o CAPS exerce em seu território.

É importante ressaltar que a supervisão não se propõe a uma construção definitiva. Não tem por objetivo encontrar uma direção única e constante para as problemáticas experimentadas no dia a dia dos serviços de saúde mental. Sua proposta é uma reflexão contínua que dê lugar a uma construção provisória, sempre pronta a se rever e a se repensar a cada caso e a cada situação.

Uma construção, longe de ser um trabalho definitivo e estanque, é sempre uma construção provisória, pois está sujeita aos limites do material que já emergiu ou foi revelado na análise. Nesse sentido, novos elementos, que aparecem, clarificam dados anteriores, explicitando-os em seu sentido e inter-relação, a partir dos elementos que surgem na fala do sujeito. A provisoriidade da construção faz um

furo no saber dogmático e definitivo, que determina uma conduta terapêutica estereotipada e repetitiva, própria do automatismo dos Serviços de Saúde Mental. De acordo com tal conduta, uma vez estabelecido um diagnóstico, não há necessidade de escutar os movimentos do sujeito (ALKMIM, 2008).

#### 3.4.1 Breve relato histórico do caso e seu acompanhamento pelo CAPS antes do início das discussões realizadas em supervisão clinicoinstitucional:

Iniciaremos a discussão do caso trazendo primeiramente elementos de sua história para em seguida trazer as formulações do caso realizadas em supervisão clinicoinstitucional. P. é um paciente jovem. Chegou ao CAPS através de encaminhamento de um hospital psiquiátrico, no qual ficou internado por cerca de um mês após passar dias no Aeroporto Internacional, esperando uma cantora que seria sua namorada. É relevante sinalizar que em seu encaminhamento havia um pedido de investigação de doença clínica chamada lúpus eritematoso<sup>20</sup>, suspeita de ser a causa de seu quadro psiquiátrico.

P. morou em um orfanato até os dezoito anos e aos vinte e nove anos de idade abriu um surto psicótico, portanto onze anos depois de sair desta instituição. Apresenta alucinações visuais de atores famosos como, por exemplo, Bruce Willis e Denzel Washington, que comumente aparecem de maneira ameaçadora. São essas alucinações que contribuem para a permanência de uma suspeita de doença clínica por parte de sua médica no CAPS, pois segundo a mesma, é muito raro encontrar pacientes psicóticos com alucinação visual. Afirma de maneira insistente, que é muito mais comum a apresentação de alucinação auditiva. A partir desta premissa, o encaminhou, logo no início de sua inserção no CAPS, para avaliação com reumatologista com o objetivo de realizar exames e avaliação.

Um irmão de criação, em encontro agendado com a médica do CAPS, contou um pouco da história de vida de P. Relatou que em certo período de sua vida teve a oportunidade de morar sozinho, no entanto, escolheu ir para um internato estudar. Ou seja, escolheu novamente se abrigar em uma instituição. Depois disso, morou com um irmão de criação e quando este resolveu seguir sua vida, P. parece ter se sentido muito só. Esse momento coincidiu com o desencadeamento de sua crise, segundo relato de outro irmão de criação com quem cresceu junto desde os dois anos de idade.

---

<sup>20</sup> Doença autoimune conhecida mais amplamente apenas sob o nome de lúpus. Atinge de maneira prevalente pele, articulações, rins, cérebro e outros órgãos. As doenças autoimunes se caracterizam pelo ataque, por engano, do sistema imunológico a tecidos saudáveis.

Aqui nos lembramos de Viganò (2007), quando este afirma, a partir de Freud, a importância que a estrutura do manicômio pode ter para o psicótico. Podemos fazer um paralelo, nesse caso, entre os muros do manicômio e os muros das instituições pelas quais nosso paciente passou: orfanato, internato e até a casa de seu irmão. Sua história de vida sinaliza que a instituição ocupou um lugar de importância em sua vida. E o desafio que se coloca para a equipe do CAPS, a partir desta constatação, é oferecer condições para que ele possa contar com outros recursos. Para que não fique na dependência de uma instituição total que lhe sirva de suporte na vida.

Freud fazia notar que nos psicóticos, havia uma transferência particular sobre a estrutura do hospital, que eles amavam os muros do hospital. Nós vimos que quando eles eram levados para fora, sofriam muito. O muro do manicômio tinha uma importância muito grande para eles e com isto *devemos aprender como substituir o muro do manicômio*, aprender para que servia o muro do manicômio ao doente. Servia para manter longe o temor e o perigo da morte. Para o psicótico a vida social é perigosa, é persecutória e o muro o defende disto. Se nós tiramos o muro, o risco é que reste a perseguição (VIGANÒ, 2007, p.2).

Em outra conversa com seu irmão, este diz que o que falta a P. é companhia. Esta sua afirmação nos remete a sua primeira internação: foi levado para um hospital psiquiátrico após passar dias no aeroporto, esperando uma suposta namorada/ companheira. O que nos desperta questões: Como é o enlaçamento de P. com o mundo e pessoas que o cercam? Tem dificuldade de construir laços? E os laços que tem são frágeis, esgarçados? Pelo que foi colhido de sua história, P. apresenta uma dificuldade importante em construir vínculos pessoais. É importante atentar que as perguntas feitas, acima, podem servir na elaboração de uma hipótese diagnóstica.

Segundo Roberto, um dos financiadores do orfanato, considerado por P. um tio, desde jovem P. apresentava dificuldades em trabalhar. Em certa ocasião, conseguiu para ele um trabalho em um escritório, mas P. não conseguiu mantê-lo, uma vez que não tinha iniciativa para realizar as atividades. Era considerado pelos colegas de trabalho como preguiçoso. Contou que P., em outra ocasião, trabalhou por algumas semanas no MC Donald's. E, em outro momento, seu irmão de criação o chamou para trabalhar como seu ajudante em biscates, mas também não deu certo. A descrição da relação de P. com o trabalho nos dá a impressão de tentativas mal sucedidas e revelam sua dificuldade em sustentar determinado projeto de vida, dando a impressão de certa errância.

Em seus atendimentos no CAPS, P. endereça alguns pedidos à equipe: laudo para o INSS, passe livre para o ônibus, emprego, entre outras demandas. O que aponta que seu irmão

não estava enganado, ao afirmar que P. precisa de companhia. É notório que necessita de um outro com quem possa contar para a organização de sua vida cotidiana.

Tendo falado um pouco de sua história e da maneira como vinha sendo acompanhado no serviço, é importante destacar que o usuário estava sendo assistido, até o momento, unicamente por sua médica de referência. Tal constatação gera certo embaraço, uma vez que, sabemos que os casos inseridos no CAPS são graves e apresentam uma complexidade que torna necessário um compartilhamento do cuidado. Mas isso nem sempre acontece. Mostraremos, mais à frente, como a supervisão clinicoinstitucional foi de fundamental importância para que outros técnicos se incluíssem no trabalho.

Como residente, eu me inseri inicialmente de maneira espontânea na condução do caso. Conheci P. na convivência do CAPS, mas estive com ele nesse espaço poucas vezes, porque logo depois foi internado. É importante dizer que P. passou um período, antes desta internação, sem tomar a medicação psiquiátrica, pois a considerava desnecessária.

Nas poucas vezes que estivemos juntos, P. se apresentou de maneira silenciosa. Não era muito de conversar, respondendo pontualmente ao que lhe era perguntado. Talvez tenha sido justamente o seu silêncio que a princípio me intrigou, não era muito chegado a falar, mas em compensação seu olhar parecia demasiadamente expressivo. Às vezes, P. me olhava de longe, quase encarando. Seu olhar certamente não era qualquer.

Após nossos poucos encontros, notei sua ausência no serviço e a partir disso passei a pedir notícias suas para alguns técnicos. Reparei que a maioria não o conhecia nem pelo nome. Isso certamente revela um problema grave que não é peculiar ou exceção neste serviço específico. Não é incomum nos CAPS os usuários mais quietos e menos demandantes passarem despercebidos pela equipe, geralmente assoberbada com a quantidade de demandas e tarefas presentes em seu cotidiano.

Apesar da dificuldade em ter notícias de P., insisti em perguntar. Certo dia, um técnico informou que ele havia sido internado, pois chegou ao CAPS com discurso desorganizado e se sentindo muito perseguido. Devido à gravidade do estado no qual se encontrava, a equipe (médico e psicólogo) que o acolheu decidiu recorrer à internação. Mais uma vez a instituição total se fez necessária em sua vida.

Aqui, cabe notar que senti estranhamento diante da dificuldade da equipe em me dar notícias de P. Isso é curioso, principalmente, por ser um CAPS que contava com a supervisão clinicoinstitucional para partilhar tomadas de decisões e informações. Mas a notícia de sua internação não foi comunicada em supervisão. O que, claro, teve desdobramentos em seu acompanhamento: não recebeu nenhuma visita da equipe do CAPS durante sua internação.

Foi por volta da data desta internação que o oficinairo do CAPS, a pedido da médica de P., entrou no caso como técnico de referência. Antes disso, só estava sendo acompanhado, como foi dito, pela médica, o que pode explicar, em parte, a falta de conhecimento que a equipe tinha de P. A princípio, a entrada do oficinairo no caso foi feita de uma preocupação em relação à dificuldade de P. em conseguir um trabalho. Sua médica pensou que o oficinairo poderia levá-lo para fazer alguns biscates. Na época estava pintando sua casa, aproveitou para chamar P. para trabalhar e assim ganhar algum dinheiro.

Quando obteve alta, P. ficou apenas **treze dias** em casa e logo depois foi reinternado. Segundo relato de seu irmão de criação, P. foi *sozinho* à emergência psiquiátrica, indicando novamente que a solidão lhe era insuportável. Podemos perguntar se foi isso que o motivou a buscar uma nova internação? Qual é a função que a internação/instituição tem para P.? Essas perguntas ainda não estavam sendo elaboradas pela equipe, pois o caso ainda não tinha sido discutido em supervisão.

Zenoni (2000) nos auxilia na construção de uma resposta possível para essas questões:

[...] antes de existir para eventualmente tratar do sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, colocá-lo ao abrigo, colocá-lo à distância, assisti-lo. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados da psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de deapauveramento físico [...] (ZENONI, 2000, p.14).

E, continua:

A instituição constitui a resposta praticável em alguns estados da clínica, a única resposta praticável na ausência da qual as pessoas que sofrem, ou as pessoas que lhe são próximas, ficam expostas a um insuportável, que pode ter consequências dramáticas. Em alguns estados da clínica não se trata de ir ao consultório do analista, trata-se de ser protegido (ZENONI, 2000, p.16).

Com isso, o autor nos sinaliza que é necessário estarmos atentos à motivação clínica da existência da instituição a cada caso. Fato curioso é que o CAPS é também uma instituição, no entanto, será que não operava enquanto tal para P.?

### 3.4.2 Aparecimento do caso em supervisão clinicoinstitucional e os desdobramentos em seu acompanhamento:

Devido a toda dificuldade e complexidade apresentada pelo quadro e pelo acompanhamento do paciente, sua médica, finalmente, levou o caso para discussão em supervisão clinicoinstitucional. Não é incomum os casos aparecerem em reunião de supervisão, somente quando os profissionais de referência se deparam com seus limites de resposta frente às situações imprevistas. Portanto nem todos os casos inseridos no CAPS são discutidos e trabalhados em supervisão, o que, na verdade, pensamos que seria necessário. Pois, como construir uma direção de trabalho clínico sem se escutar em suas intervenções junto ao caso? A supervisão, por ser um espaço de fala, permite a construção de narrativas em relação ao acompanhamento clínico, que pode colaborar para que o técnico de referência se situe melhor, no sentido de estar advertido em relação àquilo que vem traçando como direção de trabalho.

Após relatar, em supervisão, o percurso do acompanhamento de P. no CAPS, sua médica afirma achar importante a entrada de um terceiro técnico como referência do caso. Fala de sua preocupação e a necessidade de um acompanhamento mais próximo, de maneira que a vinculação de P. ao serviço não ficasse mais somente restrita a ela e ao oficineiro. Em sua fala, ao descrever o acompanhamento, fica em evidência que P. não estava enlaçado com o serviço CAPS, mas apenas com a sua figura.

A partir dessa constatação foi sendo possível, a partir das reuniões de supervisão, delinear uma direção de trabalho compartilhado. A constatação da fragilidade de seus laços sociais fez a equipe entender que o CAPS, como um todo, precisava se ofertar enquanto espaço de referência e apoio, pois só assim a internação e o hospital psiquiátrico perderiam sentido na vida de P. Era urgente, portanto, nos tornarmos parceiros, pois aí se localizava a possibilidade de tratamento.

A psicose, segundo Zenoni (2000), muitas vezes necessita uma estrutura coletiva de resposta. A supervisão clinicoinstitucional pode servir a isso, na medida em que os encontros entre os profissionais permitem uma troca e discussão, a partir das quais é possível traçar um modo em comum de responder e intervir diante de certas situações. A resposta coletiva no caso de P. foi pactuada em supervisão: era preciso que a equipe como um todo se posicionasse como parceira de P, colocando assim o CAPS como espaço de acolhimento de suas dificuldades e angústias.

[...] a clínica, às vezes, exige uma estrutura coletiva de resposta. É a clínica que exige respostas que não podem ser dadas por um só. [...]. Uma certa maneira de responder e endereçar-se ao sujeito, uma certa maneira de intervir ou não, um cálculo da posição que é preciso ocupar, são exigidos em todos os momentos da permanência do sujeito na instituição [...]. A questão é saber se nós podemos orientar uma prática que não seja de um só e que não se limita a certos momentos de um dia. O acolhimento institucional não está limitado no tempo e nem a uma só pessoa. [...]. É a natureza mesma da clínica, acolhida na instituição, que exige uma resposta comum, uma resposta da qual cada um pode ser o vetor (ZENONI, 2000, p.17 e 18).

Durante a discussão do caso, sua médica também destaca que P. precisa de um apoio intensivo na organização de sua vida, e como podia contar pouco com seus irmãos de criação e o tio, sugere que o CAPS poderia/deveria se ocupar disso. Assim daria sustentação para que P. pudesse se manter fora de uma estrutura hospitalar. Quem sabe o CAPS, colocando-se mais companheiro e parceiro de P., poderia contribuir para que o hospital psiquiátrico perdesse seu sentido?

Depois de sua colocação, perguntou-se quem teria disponibilidade para acompanhá-lo e, diante disso, me ofereci, pois já estava de alguma forma inserida no caso. Indício disso foi minha preocupação em querer saber mais sobre P., a partir dos encontros que tive com ele.

Com isso definido, discutimos em supervisão a estratégia de acompanhamento de P. Pensamos conjuntamente que seria importante irmos até o hospital onde estava internado para acompanharmos sua internação de maneira próxima e cuidadosa, marcando uma diferença em nossa posição, já que em sua internação anterior não recebeu nenhuma visita. Foi visto que o rompimento ou suspensão do acompanhamento do caso no momento de sua internação, ou seja, no momento em que se encontrava mais grave e portanto, necessitando mais de suas referências, é extremamente iatrogênico. Diante disso, acordamos em supervisão que seríamos parceiros/próximos tanto dele quanto de suas novas referências de cuidado no hospital. Com isso, lembramo-nos de Viganò (2007, quando fala da importância de os técnicos de saúde mental darem algo de si mesmos em seu trabalho. Isso é disponibilidade: oferecer-se para estar junto, acompanhar, e para isso é preciso dar algo de si.

Havia a intenção de construirmos, durante nossas visitas, uma aproximação de P. com o CAPS, de maneira que, quando P. tivesse alta, estaria referenciado à equipe, podendo se remeter a ela e ao serviço nos momentos de impasse e dificuldade. Essa direção se delineou também como tentativa de desconstruir junto com P. a emergência psiquiátrica como único lugar de apoio nos momentos de angústia. Este é um dever de todo e qualquer CAPS: ter impacto na mudança do modelo de assistência. Mas para alcançar tal meta é, antes de tudo, necessário estar presente. Ser companheiro.

Essa primeira discussão do caso em supervisão clinicoinstitucional foi de extrema importância para que a equipe pudesse conhecer quem era P. Com isso o caso não ficou mais restrito apenas às referências designadas para o seu acompanhamento. Era interessante, inclusive, a curiosidade da equipe em querer saber quem era ele entre os outros usuários. Esse interesse foi despertado e mantido em reunião de supervisão clinicoinstitucional, pois antes disso a maioria dos técnicos não sabia de sua história e sequer seu nome lhe era familiar. As discussões tornaram possível que P. aparecesse/ acessasse a equipe. Sua presença silenciosa passou a ser objeto de muita falação e discussão.

Em consonância com a discussão de caso, fomos fazer uma visita a P. logo no início de sua internação. P. falou de suas alucinações. Disse que vê Anthony Hopkins, uma ruiva com um machado na mão e atores de uma novela. Contou que conhece a ruiva do lugar onde mora e que teria ficado interessado por ela, mas nunca tomou a iniciativa de abordá-la. Relatou, com um sorriso, que Anthony Hopkins fez sinal de que colocará “sua cabeça a cheque”.

Pouco depois de visitá-lo, fizemos contato por telefone com a residente de psiquiatria do hospital onde P. estava internado. Ela descreveu o quadro de P. como instável, a partir da observação de que ele “ora melhora e ora piora”. Informamos que P. chegou ao CAPS há dois anos, a partir de encaminhamento de um hospital psiquiátrico com pedido de investigação de doença clínica, mas que até o momento não havíamos conseguido apurar esta suspeita. Perguntamos se seria possível realizar essa investigação no período de sua internação. Fizemos tal pergunta baseados em um apontamento de sua médica de referência do CAPS, durante reunião de supervisão, em relação à sua dificuldade em conseguir realizar tal investigação. Diante de nosso pedido, a residente médica do hospital questionou por que suspeitávamos desta doença clínica e não de outra, uma vez que outras doenças também podem culminar em um quadro psicótico. Encontramos dificuldade de responder suas perguntas já que não temos formação médica. Ao final da conversa, afirma que P. não parece ter um quadro clínico associado e, além disso, não encontra nele nenhuma sintomatologia de lúpus.

Ao longo de algum tempo, mantivemos as visitas, sustentando assim a direção de trabalho pactuada em supervisão. P. contou que ainda tem “visões”, mas disse estar mais seguro, “sem medo”. Ao ser perguntado de suas visões, afirma ver um homem com um machado na mão e a figura de Anthony Hopkins. Falou que saiu de licença e que ficou bem em casa. Contou com o apoio de seu irmão de criação na administração de sua medicação. Em casa, viu o Anthony Hopkins sentado em uma cadeira perto de uma mesa. Sentiu-se em um

“*reality show*”, chegou a suspeitar que houvesse câmeras escondidas. No final da visita, disse estar esperançoso de que as coisas vão melhorar e fez referência à necessidade de trabalhar.

Após essa visita, ficamos preocupados ao constatar que P. havia recebido licença sem sermos avisados. O CAPS não teve, por isso, a oportunidade de se oferecer como ponto de apoio e de tratamento no momento tão significativo e delicado, de retorno para casa. O que para P. é de enorme importância, por ter laços sociais frágeis e já ter demonstrado que não fica bem, quando não pode contar com alguém como referência.

Em novo contato com sua médica de referência do hospital, fomos informados de que sua alta depende de algumas questões sociais. Preocupa-se com o fato de P. ter pouco recurso financeiro e por ficar muito solitário durante suas licenças. Apoiados em nossa discussão de caso realizado em supervisão, falamos para a médica da importância de as licenças serem feitas junto com o CAPS, pois estávamos tentando nos oferecer como lugar de referência para P. Retomamos a questão do lúpus, explicando o motivo pelo qual o CAPS considerava importante esta investigação. Informamos que em sua primeira internação foram realizados alguns exames que apresentaram alterações que poderiam ser indicativas de lúpus. Ela retrucou, dessa vez, enfaticamente que P. não tem nenhuma sintomatologia de lúpus e que independente disso ele é esquizofrênico. Fundamentou sua posição, dizendo que P., quando jovem, já apresentava uma personalidade pré-mórbida. Sempre foi muito reservado e isolado. Não tinha amigos e não teve nenhum relacionamento amoroso ao longo da vida. Apontou, portanto, para a fragilidade de seus laços sociais, sendo isso o que destacou como dificuldade para sua alta hospitalar.

Nossa conversa com a médica foi muito difícil, por isso achamos melhor levá-la para a supervisão clinicoinstitucional. Relatamos a posição da médica diante da suspeita de lúpus e suas consequências. Devido à sua ausência de reconhecimento da possibilidade de haver uma doença clínica atrelada ao quadro psiquiátrico, não seria possível fazermos a investigação do lúpus durante a internação, como tínhamos pensado. Foi sugerido que talvez essa médica escutasse melhor outra pessoa com formação médica. Combinamos, portanto que a médica referência de P. no CAPS ligaria para conversar com ela. O resultado não foi o esperado. *Ela repetiu tudo que já havia dito: “ele é esquizofrênico”*.

Esta discordância em relação à suspeita de haver uma doença clínica foi, ao longo do acompanhamento de P., um ponto de tensão e impasse na relação entre a médica de referência do hospital e a equipe do CAPS. No que se refere a essa investigação em nada avançamos.

O que nos leva a pensar que faltou discussão em supervisão em relação a uma hipótese diagnóstica. Havia uma preocupação muito grande por parte da equipe do CAPS no que se

refere a essa suposta doença, o que sustentava o movimento em tentar uma avaliação com reumatologista. Mas o que é interessante de se notar é que tal suspeita circulava entre a equipe quase como certeza antecipada. O lúpus parecia mais que uma suspeita, beirava uma convicção. Diante de tal convicção, faziam-se inferências sobre o paciente, definindo condutas e procedimentos que deveriam ser tomados.

Este saber *a priori* tinha pouca fundamentação discursiva. Resumia-se, na maioria das vezes, na ideia sustentada por sua médica de que é raro encontrar pacientes psicóticos com alucinação visual. Apesar disso a equipe mantinha sua desconfiança pautada nesse saber médico. O movimento de *tentar* avaliação com reumatologista se manteve ao longo de todo seu acompanhamento. Podemos supor que justamente pela certeza *a priori*, não havia uma necessidade de se realizar de fato os exames. A supervisão, infelizmente, não contribuiu para que a equipe deslocasse tal questão e também não colaborou no sentido de colocar a equipe em trabalho para que desse consequência à sua suspeita, realizando finalmente os exames.

Cerqueira (2008) situa o papel da supervisão como um espaço potencial de desconstrução das máximas e verdades construídas pela equipe durante seu trabalho no campo da saúde mental:

Sem dúvida, uma outra tarefa daquele que é chamado a supervisionar um serviço é identificar [...] onde é suspensa a faculdade de pensar, de refletir sob a forma de se organizar o trabalho e sua ação. É necessário enfrentar todo e qualquer movimento apressado produtor de verdades imobilizantes na clínica. Identificar os conjuntos de fórmulas feitas, que dão lugar à utilização de estereótipos, com vistas a sua desconstrução, é um trabalho que deve ser incorporado ao dia a dia das equipes. Exemplos: o paciente é estável porque é crônico; a crise é sinônimo de piora clínica; a rede não existe, porque os serviços não recebem o encaminhamento; paciente com contrato semanal é responsabilidade da rede ambulatorial; [...] entre outras máximas atuais da atenção psicossocial! (CERQUEIRA, 2008, p.34)

Teria sido importante, no espaço de supervisão, construir conjuntamente uma hipótese diagnóstica de estrutura clínica a partir dos dados da história de P., assim como por sua circulação no CAPS e no serviço hospitalar. Isso poderia, inclusive, contribuir para um melhor posicionamento da equipe em sua insistência, ou não, na ideia de uma doença clínica. A certeza da equipe de uma doença a deixou cega para a trajetória de vida de P., que dava indícios de ter uma estrutura psicótica, como afirmava de maneira veemente sua médica do hospital: “ele é psicótico”! Isso, no entanto, não levou a equipe a se indagar em relação à formulação de uma hipótese diagnóstica. Ao contrário, só a levou a pensar em outras maneiras de fazer a investigação.

É importante destacar que pensamos que teria sido importante a equipe realizar os exames necessários para confirmar ou então descartar sua hipótese de doença. O que achamos problemático é o congelamento/paralização da equipe frente a tal suspeita.

Já no que se refere a nosso pedido junto à sua referência médica do hospital, de sermos avisados com antecedência em relação aos dias de licença, fomos atendidos. O que nos permitiu tentar uma aproximação com P., quando ele estava fora do hospital. Ligávamos para o seu irmão para chamá-lo para ir ao CAPS com P. No entanto, algumas licenças combinadas não ocorreram, pois quem se responsabilizou por buscá-lo não compareceu. E algumas vezes, P. não comparecia ao CAPS em período de licença, conforme o combinado.

A vulnerabilidade de P. no momento de suas licenças ainda era muito presente apesar de todo nosso esforço em nos oferecermos enquanto ponto de apoio e suporte. Isso ficava muito evidente, principalmente nos finais de semana e momentos nos quais o CAPS estava fechado. Essa vulnerabilidade levou P., em determinada licença, a retornar ao hospital antes do tempo previsto, por ter se sentido muito sozinho. O que nos remeteu, mais uma vez, à questão da companhia. Justificou seu retorno ao hospital, dizendo que não tinha com quem conversar. Diante disso, percebemos que teríamos que fazer um trabalho maior com sua família, para entender melhor que relação é essa que eles tinham estabelecido com P. e avaliar até que ponto seria possível implicá-los, de fato, em seu tratamento.

A partir da discussão de alguns aspectos da construção do acompanhamento do caso em supervisão clinicoinstitucional, percebemos que esta foi produtora de mudanças importantes na assistência prestada pela equipe. Foi a partir das discussões, em reunião de supervisão, que a equipe pôde se articular, no sentido de pensar em conjunto o cuidado que antes era realizado unicamente pela médica do CAPS. Foi no espaço de fala promovido pela supervisão que o caso passou a aparecer e a despertar interesse na equipe. Com isso, tornou-se possível a entrada de outros técnicos no caso. A supervisão, no entanto, não colaborou para a construção de uma hipótese diagnóstica, o que pensamos que teria sido fundamental no acompanhamento de P. Isso aponta que a supervisão, apesar de ter sido essencial para um melhor acompanhamento do caso, infelizmente deixou a desejar ao privilegiar a discussão de outros elementos.

## CONCLUSÃO

Tomamos como ponto de partida de pesquisa a nossa experiência de residência multiprofissional, no campo da saúde mental, ao longo da qual verificamos a existência de uma distância importante entre aquilo que está estabelecido como direção de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mudança no modelo de assistência à clientela com sofrimento psíquico grave, e a realidade encontrada em tais serviços. Foi justamente esse descompasso e/ou desencontro que nos conduziu à pesquisa do dispositivo de supervisão clinicoinstitucional, orientado teórica e clinicamente pela psicanálise, com o objetivo de verificar o seu lugar nessa história. Constatamos que seu dever não é anular ou pôr fim às discrepâncias encontradas entre o projeto de reforma e o dia a dia dos “novos serviços”, mas de problematização e dialetização de impasses e contradições. Situamos assim a supervisão clinicoinstitucional como recurso potente e indispensável na trajetória, ainda em percurso, de transformação da assistência em saúde mental.

Com o objetivo de pesquisar e discutir o dispositivo de supervisão clinicoinstitucional na clínica do CAPS, abordamos inicialmente a supervisão no campo da psicanálise. Percorremos um breve histórico, verificando as contribuições de Freud e Lacan a respeito do tema. Elegemos o aporte teórico e clínico da psicanálise, por considerá-lo rico em condições de oferecer escuta às dificuldades, problemas e impasses vivenciados pelas equipes de saúde mental, colaborando para a construção de uma direção de trabalho clinicoinstitucional no caso a caso. Para além disso, o supervisor orientado pela psicanálise nos parece ter uma escuta diferenciada de outros profissionais que ocupam esse lugar, por sua formação e a própria experiência de análise, assim como por sua aposta no inconsciente.

No trajeto desta pesquisa, após termos discutido as formulações teóricas e clínicas da psicanálise relativas à supervisão, retomamos a reforma psiquiátrica brasileira para o entendimento do mandato do CAPS, assim como para a compreensão da finalidade da prática de supervisão junto a este. A partir daí, articulamos o dispositivo de supervisão com o processo da reforma. Vimos que a construção de uma rede substitutiva de cuidados, como consequência da luta de desconstrução e desmonte da lógica de assistência hospitalocêntrica, foi, e continua sendo, acompanhada de transformação e subversão dos modos tradicionais de se pensar a assistência à loucura.

Destacamos que a supervisão exerce papel fundamental e estratégico no processo de reelaboração, ao oferecer um espaço de discussão e problematização das dificuldades e

impasses que aparecem no decorrer de uma construção clínica que tem a reforma como orientação do processo de trabalho. Constatamos que a tarefa do CAPS –implementar uma nova direção de trabalho *clinicoinstitucional* – não é nada simples, muito pelo contrário, implica em grande desafio que abarca complexidades, assim como percalços importantes.

Cabe lembrar a especificidade da prática da supervisão no campo da saúde mental: ela é clínico e institucional, pois, como ressaltamos, as discussões de caso devem sempre levar em consideração o contexto institucional. Ou seja, o serviço, a política pública, a gestão, a rede. A supervisão no CAPS tem, por isso, o dever de fazer emergir a clínica no âmbito das questões institucionais. Isso a diferencia radicalmente da prática de supervisão que ocorre no consultório privado, onde a discussão se limita à clínica. E, para além disso, tem como especificidade o fato de ocorrer entre todos os profissionais que compõem a equipe: psicólogo, enfermeiro, segurança, técnico administrativo, musicoterapeuta, oficinairo etc. Neste sentido, a supervisão torna possível que a clínica seja ampliada, ainda que sob responsabilidades diferenciadas sobre o caso.

Situamos os técnicos do CAPS como dos mais significativos dentre os agentes para implementação da nova lógica de cuidado que dá lugar a uma reinvenção do lugar da loucura na sociedade. Por isso, a supervisão clinicoinstitucional deve acolhê-los em suas dificuldades, impasses e angústias frente ao desafio de construção de uma forma nova de pensar e fazer clínica, elaborando um saber-fazer que advém da própria prática diária nos “novos serviços”. Constatamos que a complexidade colocada ao longo deste processo denota que a política de saúde mental, apesar de toda sua importância e relevância, é por si só insuficiente para sustentar, no dia a dia da clínica, as novas diretrizes traçadas. Vimos que é condição para essa mudança um espaço de reflexão, elaboração e construção desse novo projeto junto aos profissionais.

A partir disso, destacamos a importância de três elementos no redirecionamento da assistência, e que nos levou a pensar em um tripé de sustentação desta mudança: políticas públicas, abertura de novos serviços e supervisão. Ressaltamos que os “novos serviços”, ou seja, os CAPS, por ocuparem um lugar estratégico nesta tarefa, podem e devem se constituir como espaço de formação. No entanto, o CAPS só se constitui como lugar de formação, isto é, como lugar de aprendizado em relação à clínica, na medida em que conta com o dispositivo de supervisão onde as discussões, reflexões e a revisão do trabalho podem permitir a mudança no modo de pensar e ofertar o cuidado. A partir disso, situamos a formação como um dos papéis da supervisão.

Esclarecemos que a formação que nos interessa é a que se dá na própria experiência de trabalho, portanto não se reduz nem coincide com um processo intelectual de aprendizagem ou de assimilação de conhecimentos. Inclusive, alertamos que os conhecimentos adquiridos podem atrapalhar quanto mais o sujeito estiver dedicado a tudo que aprendeu, ensurdecendo-se ao que comparece em seu cotidiano de trabalho como novidade e surpresa. Com isso, não negamos a importância do conhecimento, apenas ressaltamos que muito se aprende a partir daquilo que a experiência transmite.

A supervisão pode promover uma desespecialização, portanto. No sentido, de que cada técnico possa dirigir a sua clínica, perpassado pelas reflexões e pactuações de direção de trabalho que tomam o caso, e não estimar o saber prévio como diretriz. Assim, toda e qualquer especialidade é desconstruída, pois nenhuma é capaz de dizer de antemão o que se desenrola no mundo interno daquele que demanda cuidado. A supervisão convida, portanto os técnicos a suspender suas certezas para fazer o trabalho a partir do saber do usuário.

Vimos, a partir do arcabouço teórico da psicanálise, a importância do desprendimento dos profissionais dos saberes prévios, abraçando a posição do não saber ou de “aprendizes da clínica<sup>21</sup>”, deste modo, determinando o lugar para uma construção de saber que se dá a cada caso. Com isso é possível operar um esvaziamento do campo de saber de cada profissional, permitir uma escuta aberta àquilo que não está previsto e calculado, abrindo espaço para que apareçam o inédito e o inesperado. Todos, sem exceção, devem situar-se como aprendizes da clínica, já que o saber não está do lado do técnico, mas do lado do sujeito em acompanhamento. Esta orientação clínica, embasada na teoria psicanalítica, é uma das contribuições de uma supervisão sustentada pela psicanálise.

Também ressaltamos, a partir do campo teórico e clínico da psicanálise, que é fundamental que a equipe se abstraia daquilo que lhe é despertado no encontro com os usuários, para assim ceder lugar de prevalência ao sujeito acompanhado pela equipe em sua radical diferença. No entanto, não é raro o profissional ser capturado de tal forma na relação com o usuário, que acaba trazendo à tona as problemáticas internas. É por isso que o enlaçamento entre o sujeito que está no lugar de acompanhar/cuidar e o sujeito que endereçou uma demanda de cuidado precisa ser objeto de certa *atenção* na supervisão, para que a clínica possa emergir.

---

<sup>21</sup> Expressão utilizada por Alfredo Zenoni em seu livro *Psicanálise e instituição: A segunda clínica de Lacan*, publicado em 2000. A partir dela, o autor adverte para a importância de a instituição ser afeita à psicose em seu modo de trabalhar, precisando, para isso, atender algumas condições. Entre elas, a necessidade de um esvaziamento de saberes prévios para colocar a clínica em posição de mestre. Com isso, aponta que o saber-fazer advém do encontro com o usuário, pois são seus movimentos e falas que apontam para a direção de trabalho a ser empreendida pela equipe.

A supervisão deve visar à emergência e valorização da fala do sujeito em acompanhamento, viabilizando a clínica deste. É a fala dele, seus movimentos e gestos que devem ser tomados como caminhos para o seu tratamento. Também é pela transferência de trabalho que os técnicos podem se colocar em posição de “alunos da clínica,” desierarquizando o saber, fazendo-o circular entre todos os técnicos da equipe, o que acabará por descentralizar o saber da figura do supervisor.

Ao longo de nossa pesquisa, constatamos a escassez de produção teórica e de trabalhos acerca do tema da supervisão clinicoinstitucional no campo da saúde mental. Ficamos satisfeitos por termos desenvolvido este estudo, chamando assim atenção para esse dispositivo estratégico na consolidação da transformação da assistência. Pretendemos instigar mais estudiosos e pesquisadores a se debruçarem sobre o tema, para colaborar para a ratificação de sua relevância e necessidade de presença nos “novos serviços”. Acreditamos ser de extrema contribuição ao avanço da reforma que nos aprofundemos em examinar seus dispositivos de sustentação: CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Supervisão Clinicoinstitucional, Estratégia de Saúde da Família e outros. Afinal, o estudo aprofundado acerca dos pilares da reforma contribui para que possamos continuar na luta por uma assistência cada vez mais digna.

## REFERÊNCIAS

ABREU, D.N. Estudos e pesquisas em psicologia. UERJ, RJ, ANO 8, N.1, p.74-82, 1º SEMESTRE DE 2008. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n1/v8n1a08.pdf>> Acesso em: 10 abr.2016.

ALBERTI, S.; PALOMBINI, A. de L. Supervisão em CAPS: uma abordagem psicanalítica. *Psicologia: ciência e profissão*, 2012, 32930, 716-729. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a15>>. Acesso em: 10 jun.2014.

ALEXANDER, F. A estruturação do ensino no instituto psicanalítico de Berlim: A formação Teórica. *Rev. Associação Psicanalítica de Porto Alegre – Onde fala o analista*. Porto Alegre, Appoa, n. 29, 2005.

ALKMIM, W.D de. *Construir o caso clínico, a instituição enquanto exceção*. *CliniCAPS* [online]. 2008, vol.2, n.4, p. x-x. ISSN 1983-6007.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2015.

ASCHER, J.; MASSON, M. Tratamentos supervisionados. Introeção de uma técnica ou movimentação de uma criatividade? In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992.

BARLETA, C.B.. A supervisão clinicoinstitucional [versão impressa ISSN 1519-8456-00026]. Associação Psicanalítica de Curitiba, *Revista*, 2013, v.26. Disponível em: <<https://www.jurua.com.br/bv/conteudo.asp?id=23114#anterior>> Acesso em: 15 jan. 2016.

\_\_\_\_\_.; ELIA, L. *A supervisão clinicoinstitucional*. ASSOCIAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE PESQUISA EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL. IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Nacional de Psicopatologia Fundamental. *O amor e seus transtornos*. Curitiba, 2010.

BRASIL. Ministério de Saúde. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Portal da Saúde - [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)- saudemental, 2007.

COURNUT, J. Da solidão à troca na supervisão. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992.

COUTINHO, A.; MEDEIROS, E.; TRINDADE, T. Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clinicoinstitucional. *Mnemosine*, vol.8, nº2, 2012. p. 24-50.

DELGADO, P.G. Supervisão clinicoinstitucional: conceito e história. In: FILHO, A.N. (org.). *Supervisão em saúde mental*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013, p.18-27.

DIDIER-WEILL, A. Sobre o controle e o autorizar-se. Psicanálise. In: JORGE, M.A.C. (org.). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p.255-63.

DUVIDOVICH, E.; GOLDENBERG, R. (orgs.). *A supervisão na clínica psicanalítica*. São Paulo: Via Lettera, 2007.

ELIA, L.; SANTOS, K.W. Bem dizer uma experiência. In: ALTOÉ, S.; LIMA, M.M. (orgs.) *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

\_\_\_\_\_. *Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva*. II COLÓQUIO INTERNACIONAL NUPSI/USP e XI COLÓQUIO de PSICOPATOLOGIA e SAÚDE PÚBLICA – *Invenções democráticas: construções da felicidade*, realizado no Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, de 19 a 22 de setembro de 2013, na Mesa 5 do Colóquio de título homônimo ao do presente trabalho, por Luciano Elia. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/65942-centro-de-atencao-psicossocial-como-dispositivo-de-atencao-a-crise-em-defesa-de-uma-certa-infelicidade-inventiva>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. O que aprendi. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (orgs.). 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental*. Ano1. n.1. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_; COSTA; PINTO. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: ALTOÉ, S.; LIMA, M.M. (orgs.) *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

FIGUEIREDO, A.C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental, em Guerra, A.M.C. & Moreira, J.O. (orgs.) *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*, Curitiba: CRV, 2010.

\_\_\_\_\_. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial [versão impressa ISSN 1679-4427]. *Mental*, v.3, n.5. Barbacena. nov. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272005000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272005000200004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (orgs.). 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental*. Ano1. n.1. Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, T.A.; GOYATÁ, F.J.R.A. Supervisão e o supervisor clinicoinstitucional: dos riscos presentes e das possibilidades. *CliniCAPS*; 2010(12). Disponível em: <[http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_12\\_art\\_02.html](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_12_art_02.html)> Acesso em: 15 jun. 2014.

FONTENELE, L.B. Caminhos e descaminhos da supervisão em psicanálise. In: JORGE, M.A.C. (org.). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p.263-76.

FORBES, J. A Escola de Lacan: a formação do psicanalista e a transmissão da psicanálise, Campinas: Papirus, 1992, p.9-19.

FREUD, S. (1893-1895) *Estudos sobre a histeria. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.2.

\_\_\_\_\_. (1909). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, v.10,1969.p.13-133.

\_\_\_\_\_. (1912). *Recomendações aos médicos que exercem psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1912). *Dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras. 2010.

\_\_\_\_\_. (1915). *Observações sobre o amor de transferência*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. (1919). *Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1919]. *Caminhos da terapia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1937]. *Análise terminável e interminável*. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.23.

FREUD, S. (1926). *A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial*. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.20. p. 175-241.

GAGEIRO, A.M. A prática da supervisão: uma breve história. *Correio da Appoa*, 142, 12, Porto Alegre, 2005. p. 7-11.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 8.ed. Rio de Janeiro: Perspectiva, 2013.

HORNEY, K. A estruturação do ensino no instituto psicanalítico de Berlim: Da Organização. *Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre-Onde fala um analista*. Appoa, n. 29, Porto Alegre, 2005.

JORGE, M.A.C. Supervisão: Aprender a aprender. Lacan e a supervisão psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. (org.) *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p.285-289.

\_\_\_\_\_.; COSTA,T. Entre supervisão e controle: a psicanálise no SPA da universidade. In: ALTOÉ, S.; LIMA, M.M. (orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

JORGE, M.A.C. NADIÁ, P.F. *Lacan: o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

KESSLER, C.H. *A supervisão na clínica-escola: o ato no limite do discurso*. 141f.2009. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2009.

LACAN, J.(1964-1971). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.

\_\_\_\_\_. (1946) Formulações sobre a causalidade psíquica. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

\_\_\_\_\_. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In; \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b.

\_\_\_\_\_. (1964-1971). Ato de fundação. In; \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

\_\_\_\_\_. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In; \_\_\_\_\_ *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c.

LEAL, M.E. A formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do RIO de Janeiro. In: ALBUQUERQUE, P., LIBÉRIO, M. (orgs.). 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental*. Ano1, n.1. Rio de Janeiro, 2008.

MANNONI, M.O divã de Procusto. In: MCDUGALL, J. (coord.). *O divã de Procusto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MIJOLA, A. Algumas ilustrações da situação de “supervisão” em psicanálise. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992.

PINTO, R. *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.

PONTE, C.F. da. *Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. 205f. 1999. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

QUINET, A. *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Cap. A escola de Lacan, da formação à destituição “suficiente”: A supervisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p.124-129.

RADÓ, S. A estruturação do ensino no instituto psicanalítico de Berlim: a formação prática. *Rev. Associação Psicanalítica de Porto Alegre-Onde fala o analista*. Porto Alegre: Appoa, n.29, 2005.

RINALDI, D.L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.2. fev. 2015.

RINALDI, D.L.; BURSZTYN, D.C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arq. Bras. Psicol.*, v.60, n.2, 2008. Disponível em: <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/243/182>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

\_\_\_\_\_; LIMA, M.C.N. de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, v.4 n.6. Barbacena, jun. 2006 (versão impressa ISN 1679-4427).

SAFOUAN, M. Respostas a algumas questões relativas à supervisão. In: JORGE, M.A. C. (org.) *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p.277-284.

SILVA, G.M. *O processo de trabalho do supervisor clinicoinstitucional nos centros de atenção psicossocial (CAPS) na percepção dos supervisores*. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria/RS. Santa Maria, 2010. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/ppgp/images/documentos/texto%205.pdf>>

\_\_\_\_\_ et al. O processo de trabalho na supervisão clinicoinstitucional nos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.15, n.2, p.309-322, jun. 2012.

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

SCHNEIDER, V. *Conceitos fundamentais para uma práxis da supervisão: o trabalho de supervisão em psicanálise num hospital geral*. 115f. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2013. SMIRNOFF, V. Análise e supervisão: um problema de codificação. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992.

\_\_\_\_\_. A supervisão como situação a dois. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciência e saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, 2002. p.25-59.

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

VEGH, I. A análise de controle. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre - Onde fala o analista*. Appoa, n.29, Porto Alegre, 2005.

VIGANÒ, C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. *CliniCAPS* [online]. 2007, vol.1, n.3, pp. x-x. ISSN 1983-6007.

ZALTZMAN, N. Demanda de supervisão e resistência à análise. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992.

ZENONI, A. *Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan*. Belo Horizonte: “Abrecampos”, Ano1, n.0, Junho/ 2000.