

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Camila Araujo de Andrade

SUPERVISÃO COLETIVA:
uma clínica da clínica

Niterói
2014

Camila Araujo de Andrade

SUPERVISÃO COLETIVA:
uma clínica da clínica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Claudia Osório

Niterói

2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

A553 Andrade, Camila Araujo de.
SUPERVISÃO COLETIVA: uma clínica da clínica / Camila
Araujo de Andrade. – 2014.
84 f.

Orientadora: Claudia Osório da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia,
2014.

Bibliografia: f. 82-84.

1. Clínica. 2. Afeto. 3. Supervisão. 4. Transdisciplinaridade. I. Silva,
Claudia Osório da. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 158

Camila Araujo de Andrade

**SUPERVISÃO COLETIVA:
uma clínica da clínica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Banca examinadora:

Claudia Osório (Orientadora) – UFF

Eduardo Passos – UFF

Maria Elizabeth Barros de Barros– UFES

Niterói, 03 de setembro de 2014

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a minha maior parceira nesta jornada que foi o mestrado, Claudia Osório. Mais que orientadora você embarcou comigo nessa “ousadia”. Obrigada por sua generosidade em me receber, me apresentar à clínica da atividade, mas sempre me deixando muito à vontade. Obrigada por me deixar ver a clínica que há no trabalho.

Agradeço também a todas as “minhas rodas” que de alguma forma estão presentes neste trabalho:

Ao GIRA, que participou da geração e da concepção do projeto. E que agora, mesmo eu já não sendo mais integrante do grupo, esteve presente neste texto, através dos diários de campo. Sem o incentivo e ajuda de vocês, talvez hoje essa dissertação não existisse.

Ao BoaCia, meus companheiros queridos por todo esse caminho, ser acompanhante com vocês e ter a companhia de vocês é muito bom. Obrigada pelas conversas, pelos textos estudados juntos, pelas ideias e pela parceria sempre.

Ao NUTRAS que me recebeu de braços abertos, tirando-me da sensação de cair de paraquedas num mundo que não conhecia e me fazendo sentir em casa no meio da clínica do trabalho. Nesses dois anos aprendi muito com vocês.

Ao Limiar, meu grupo de formação por excelência. Muitas das páginas deste texto nasceram de nossas discussões.

À RODA que foi minha primeira roda de supervisão, quem me encantou pelo trabalho coletivo e co-gestivo. Experimentar “rodar” aí é que me fez querer pensar o que que afinal se passa com a gente.

À minha turma na Pós. Poder estar com vocês ainda que as vezes por pouco tempo, em encontros rápidos foi um prazer. Ter a oportunidade de apresentar e discutir meu trabalho foi muito importante e conhecer os trabalhos de vocês foi uma honra. Sempre me encantaram a beleza e a potência de seus textos.

Também agradeço aos professores do programa pelas aulas, discussões, encontros e etc. Agradeço especialmente a Márcia Moraes e Eduardo Passos. Márcia, sua leitura logo naquele momento inicial e suas dicas e sugestões foram muito importantes. Edu, como dizia a Claudia meu “co-orientador não oficial”, você sempre esteve disponível para dúvidas, indicações de leitura e etc., muito obrigada.

Obrigada aos amigos:

Às minhas amigas que moram comigo, que tiveram que ouvir um milhão de vezes sobre um tema que não fazia sentido nenhum para vocês. Aguentaram os estresses, não me deixaram desistir. Muitíssimo obrigada.

Aos outros amigos, que leram em vários momentos o texto, que opinaram, que me incentivaram, que compartilharam o desespero de não conseguir escrever, e que também dividiram a alegria de “desempacar”. Obrigada também por ouvirem por vezes minha tagarelice sobre a dissertação, por ouvirem sem reclamar o “não posso, tenho que escrever”.

Agradeço a todo o momento a minha família. Obrigada por apoiar meus projetos, por me incentivar a ir sempre mais longe, a acreditar mesmo quando eu não acredito. Amo vocês!

Não quis citar nomes para não deixar alguém de fora. Todos que estiveram comigo desde o momento em que decidi tentar o mestrado até aqui, muito obrigado, esta dissertação não existiria sem a presença de vocês em minha vida, seja de que maneira for.

“Que o teu afeto me afetou, é fato” (A fé solúvel, O Teatro Mágico).

Muito obrigada por isso!

*“Como se fora brincadeira de roda
Jogo do trabalho na dança das mãos
O suor dos corpos na canção da vida
O suor da vida no calor de irmãos...”
(Redescobrir, Elis Regina)*

RESUMO

Este trabalho se propõe a discutir a supervisão coletiva do trabalho clínico. Utilizando uma abordagem transdisciplinar da clínica, e se apoiando em referenciais teóricos da clínica da atividade e da análise institucional, afirma a supervisão coletiva como dispositivo que promove o aumento do poder de agir dos clínicos. A fim de sustentar essa ideia, propõe pensar a clínica como um ofício transdisciplinar que comporta um gesto clínico, gesto esse que a caracteriza: a sintonia do afeto. É porque esse gesto pode ser compartilhado que a supervisão coletiva pode agir como instrumento para transformação do clínico. Esse compartilhamento se dá nas relações dialógicas, entre os participantes da supervisão assim como com interlocutores indiretos. Textos de diários de campo são tomados como fio intenso do trabalho, em que é possível perceber a construção de uma rede dialógica (diálogos do clínico com a supervisão, com ele mesmo e com outros interlocutores) e que tornam possível acompanhar as transformações que vão se dando por ser parte de coletivos de supervisão.

Palavras-chave: clínica; clínica da atividade; sintonia do afeto; supervisão coletiva; transdisciplinaridade.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the collective supervision of clinical work. Using a transdisciplinary approach of the clinic, and relying on theoretical frameworks of clinic of activity and institutional analysis, asserts the collective supervision as a device that promotes the empowerment of clinicians to act. To support this idea, this work proposes the clinic as a transdisciplinary craft that carries a clinical gesture, this gesture characterizes it: the tuning of affection. It's because this gesture can be shared that collective supervision can act as a tool for the clinicians transformation. This sharing occurs in the dialogical relations, between the participants of supervision as well as it's indirect interlocutors. Texts of field diarys are taken as a intensive wire of work, where you can see the construction of a dialogic network (dialogues of the clinician with clinical supervision, with herself and with other parties) and that is what makes it possible to follow the changes that will happen, being part of the collective supervision.

Keywords: clinic; clinic of activity; tuning of affection; collective supervision; transdisciplinarity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Como pesquisar a supervisão coletiva?	17
O diário de campo.....	19
2 CLÍNICA – A PSICOLOGIA E OUTRAS VISÕES DA CLÍNICA	24
2.1 De onde partimos: revisão das publicações sobre o tema ‘supervisão’ na psicologia.....	25
2.2 A psicologia e sua relação com a clínica	30
2.3 A clínica a partir de uma composição ética	36
2.4 Uma clínica da atividade clínica.....	40
3 A CLÍNICA COMO TRANS-OFÍCIO	45
3.1 Para além de um especialismo – por um trans-ofício	46
3.1.1 Os gêneros da atividade – a dimensão transpessoal do ofício	49
3.2 A transdisciplinaridade.....	53
4 O GESTO CLÍNICO.....	56
4.1 A sintonia como gesto clínico.....	58
4.2 Partilha de experiências e construção coletiva do gesto clínico	64
5 DIÁLOGOS.....	67
5.1 Encontrando Espinosa - o mundo como campo de forças.....	69
5.2 O poder de ser afetado e o poder de agir	72
5.3 Poder de agir e transversalidade	75
6 CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

Esse texto não tem título, pois seu início se dá no fim, e porque o começo dessa história era apenas isto: uma aposta. Frente a um descontentamento, da necessidade de algo novo, de mais, era o desconhecido, o diferente, o “fora dos padrões”, uma tentativa.

Estar durante quatro horas, ou mais, numa sala com mais um monte de gente (que na maior parte você mal conhece) todas as quintas de tarde podia parecer muito estranho, e fazendo o que? Boa pergunta... Porque não era simplesmente ouvir e falar de casos, não era só contar o que acontecia nos atendimentos; quando a roda rodava muito mais do que isso sempre foi compartilhado.

Um ano e meio depois o fim se parece em muitas coisas com o início; o desconhecido, a diferença, o “fora dos padrões” continuam a existir. Só que agora mais do que entender, sente-se que é justamente nisso que se aposta. A tentativa é de nos aproximarmos sempre desse desconhecido, de não nos deixarmos endurecer nos padrões, para poder produzir constantemente esse diferir, que traz o novo como possibilidade.

{...}

Quem sai, pode sentir-se feliz, pois leva consigo o que construiu durante esse tempo, pode parecer pouco ainda, mas já é tanto comparado a quando se chegou! E leva-se muito mais do que isso, porque não se estava aprendendo apenas uma técnica, não se travava apenas de aprender um método, talvez também se aprenda isso, mas aprendemos muito mais, pois se trata o tempo todo de falar da vida, de afirmá-la, de acompanhar por que caminhos ela se traça, o que ela produz, e sustentá-la.

{...}

Bem, como disse no começo essa história não tinha título, pois ainda não se sabia como ia ser. Agora, no fim, muitos nomes são possíveis, e aprendi que é isso o que importa. Muitas vezes ouvi que não importam as entradas, desde que as saídas sejam múltiplas¹. Pois é bom saber e poder dizer que estar na roda produziu muito, inclusive que posso agora girar pelo mundo.

Retornando ao fim, também é bom saber que este final não precisa ser um adeus. É sempre possível um espaço de encontro, estar com a roda em sua abertura, em seu limiar. Bom também é saber que levo comigo companheiros de trabalho, alguns com os quais já estou junto, outros que serão sempre bem vindos quando quiserem, e claro, que as amizades não precisam estar restritas a nenhum espaço. Enfim, paradoxalmente, é porque algo pode acabar que mais vida pode se produzir.

A todos só tenho mais uma coisa a dizer: Até logo! (Diário de Campo, 23/02/11).

O texto acima é uma carta de despedida endereçada a um grupo de supervisão. Nele se conta um pouco do que foi para nós, enquanto participantes desse grupo, o processo de

¹ Essa é uma referência ao texto de introdução do livro Mil Platôs sobre o Rizoma (para mais cf. Deleuze, G.; Guattari, F. Mil Platôs- Capitalismo e Esquizofrenia. Vol 1, Rio de Janeiro, Ed. 34, 1995).

supervisão; há no texto um diálogo com este grupo e uma reflexão sobre o que foi essa trajetória.

Nossa pesquisa tem como tema a supervisão coletiva de clínicos. Seu objetivo é pensar a supervisão coletiva como dispositivo que aumente a autonomia dos clínicos, seu poder de agir. Assim como no texto que abre esse trabalho, pretendemos criar um diálogo com interlocutores diversos sobre a supervisão coletiva. Partimos de uma supervisão no estágio de graduação (que é o contexto da carta acima) para, seguindo nosso próprio percurso na clínica, chegarmos à supervisão de clínicos já graduados, ou dizendo de outra maneira, trabalhadores da clínica.

Durante a graduação, a escolha por um estágio em atendimento clínico, entre outros oferecidos, trouxe consigo muitas questões. Perguntávamo-nos como seria atender: O que deveríamos ou não fazer? Quanto tempo devia durar um atendimento? O que podia ou não ser dito para o paciente? Essas são só algumas das interrogações... Perguntas que pareciam ter um destino certo para serem respondidas: a supervisão.

Com o tempo, as perguntas foram se modificando, assim como a função da supervisão para nós. A [trabalhadora da] clínica que desejávamos nos tornar ia se formando e com isso também o lugar que a supervisão ocupava foi mudando. No entanto, esse tornar-se clínico é um processo que nunca encontra um fim, é processo permanente. Portanto, a supervisão – encarada por nós como parte desse processo de formação – também se torna permanente.

A inserção em diferentes modos de fazer clínica, seja por estarmos inseridos em lugares de estágio diferentes, ou pelas abordagens teóricas diversas, entre outras coisas, trouxe consigo a oportunidade de nos fazer experimentar modos de supervisão variados, que foram nos fazendo perceber não só a importância desse dispositivo (NASCIMENTO; COIMBRA, 2008) para a nossa prática como também com que tipo de supervisão nos interessava estarmos afiliados.

A clínica pode se tornar uma prática solitária uma vez que, se nos atemos a um modelo clássico (para atendimentos em consultório), sua base está num profissional atendendo um paciente, sem muito espaço para troca entre colegas de ofício. Há certo entendimento de que a partir de um momento o clínico passa a ser capaz de exercer seu ofício sem necessitar da procura pela ajuda de outro – isso passa a acontecer apenas em momentos pontuais, com casos mais difíceis –, ele “se forma”. No entanto, se entendermos que a matéria-prima da clínica é a vida – um processo de constante (trans)formação –, concluiremos que o processo de formação profissional do clínico também não pode se concluir. Ao invés de solitários numa

prática, precisamos estar continuamente pensando e repensando nosso trabalho, o que estamos fazendo com/por aqueles que nos buscam.

A importância da supervisão coletiva está justamente em seu potencial de nos arrancar dessa prática solitária, não apenas porque nos coloca junto com outras pessoas, mas porque dá a possibilidade de nos diferenciarmos de nós mesmos, das práticas que já tínhamos naturalizado e na qual estávamos um tanto endurecidos. A supervisão coletiva é um dispositivo que serve para aumentar o poder de agir do clínico, ao fazê-lo pensar sua atividade².

Ao nos referirmos a dispositivos estamos de acordo com Barros (2007), para quem o dispositivo possui um caráter ativo:

O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. (BARROS, 2007, p. 309)

Em seu texto “O que é um dispositivo?”, Deleuze (1990), diz que o dispositivo é composto por quatro espécies de linhas: as de visibilidade, as de enunciação, as de força e as de subjetivação.

As linhas de visibilidade e enunciação são aquelas que fazem “ver e falar” (DELEUZE, 1990). Ele permite tornar dizíveis coisas que, por estarem muito endurecidas, não podiam ser tratadas e assim detectar as rupturas, que podem servir de abertura para construção de novos mundos, já que o dispositivo traz consigo outros modos de ver e dizer as coisas. Ele contém em si também linhas de força, que dizem respeito à dimensão do poder-saber. Segundo Deleuze (1990), as linhas de força se produzem em todas as relações e estão por todos os pontos do dispositivo. São linhas invisíveis e indizíveis, que estão mescladas com as outras linhas, sendo, portanto, indistinguíveis delas. Os dispositivos também são atravessados por linhas de subjetivação, linhas que criam modos de existir:

Uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade num dispositivo: ela está para se fazer, na medida em que o dispositivo o deixe ou o faça

² Partimos do entendimento de que o conceito de atividade está para além do de tarefa, ainda que passe por este. A atividade é “movimento de apropriação de um meio de vida pelo sujeito, livre jogo – ou amputação – deste movimento.” (CLOT, 2010, p.6). O poder de agir, resumidamente, está relacionado com a relação entre o sentido e a eficiência da atividade, à capacidade de recriação da atividade. (para mais cf. CLOT, 2010). Esse conceito será retomado mais a frente no texto.

possível. É uma linha de fuga. Escapa às linhas anteriores... (DELEUZE, 1990, p. 3).

Os dispositivos alcançam sua maior potência ao possibilitarem que, em graus diversos, desterritorializações nos modos de subjetivação vigentes ocorram, criações e recriações possam acontecer. Apesar de não ser nossa pretensão eleger um modelo de supervisão coletiva a ser instaurado, consideramos necessário dizer a que tipo de supervisão fazemos referência aqui, uma vez que falamos da supervisão a partir de nossa própria vivência em grupos de supervisão coletiva.

Neste caso ensejamos tecer algumas considerações sobre a supervisão partindo de uma prática específica que traz como particularidade o uso de um dispositivo que nomeamos como “roda”. A roda acontece em grupo e cada um de seus integrantes partilha coletivamente os seus casos de modo que, no lugar de uma “super-visão” a qual apenas um supervisor seria o portador, constrói-se uma visão partilhada acerca dos casos que se torna, então, uma prática, imediatamente, coletiva.

Em seu trabalho Campos (2000) propõe repensar como o trabalho se organiza e o seu significado. Para ele o trabalho não assegura apenas o sustento material, mas também está “implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações” (p.14). Ao criticar os modos de análise e gestão do trabalho, ele defende a ideia de que a gestão é uma “tarefa coletiva – sistemas de Co-Gestão” (idem). E para que se possa exercer a co-gestão é preciso que se produza ao mesmo tempo que essa co-gestão, espaços coletivos que cumpram três funções básicas, entre elas “uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos [...] Os Espaços Coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de Sujeitos (idem).

A roda, portanto, como esse “espaço democrático, um modo para operacionalizar a co-gestão” (CAMPOS, 2000, p. 14). Entendemos, assim, o Método da Roda como um método de análise e co-gestão de coletivos (p.15).

Carta aos companheiros de viagem

Queridos,

Escrevo para dar notícias, ou melhor, para dizer como foi importante a última supervisão (seja do GIRA, seja a do Boa Cia) e também porque sinto-me contagiada por uma potência, que dentre outras coisas me fez querer muito compartilhar com vocês o que estou sentindo: alegria. Mas deixa eu me explicar melhor:

Acabo de chegar do AT³. E ainda pelo caminho, andando pela praia, como há uma semana, novamente me pego pensando minha prática, tentando dar sentido para o que estou fazendo nesse at, enfim... Só que hoje há uma diferença, não me sinto entorpecida. Meu corpo sente junto comigo, sinto arrepios nas pernas, minha respiração regular, e um sorriso que não quer sair do meu rosto... Estou alegre, uma alegria sem motivo aparente, mas que pra mim nasce de uma leveza que venho experimentando desde sábado.

{...}

E a supervisão que pôde acontecer, não apenas falar de como estava indo o caso, mas estar junto. Poder falar de minha dificuldade com o AT, da nossa dificuldade de se encontrar, e deixar aparecer como é lidar com a abertura, com a intensidade... Chorar e rir juntas, um pouco mais de leveza, sem esquecer a força, pensando num método para lidar com a intensidade... A supervisão foi leve e forte...

{...}

Sábado e terça falamos da necessidade de “proteção”, de “anteparos” para lidar com a abertura, no encontro com as intensidades. Talvez tenha me esquecido que os afetos produzidos nesse encontro também podem ser bons, também podem aumentar minha potência. Hoje estou me lembrando disso, ou melhor, sentido.

Queridos, escrevo como disse, para dar notícias, para dizer que acho importantíssimos esses nossos espaços de supervisão (mas isso vocês já sabem, né?), e porque quero fazer durar essa sensação... (Diário de Campo, 14/04/11).

O disparador para esta pesquisa foi pensar qual a função da supervisão coletiva na formação do clínico, sendo essa formação permanente. Temos como norteadora a aposta de que a supervisão coletiva é um dispositivo privilegiado para desenvolver o poder de agir do clínico, uma vez que ela pode fazer com que, por meio do diálogo, aqueles que fazem parte da supervisão passem a pensar não apenas sobre os diferentes modos de fazer clínica, mas a refletir sobre seu modo próprio de ser clínico. A supervisão se estabelece como uma atividade sobre outra atividade, que é a de clinicar, instaurando a possibilidade de desenvolver ambas as atividades. Pensando esse desenvolvimento como o aumento do grau de autonomia do clínico, ou aumentando seu poder de agir.

Fazemos um parêntese para dizer que ao nos referirmos a diálogos estamos usando a abordagem dialógica de Bakhtin, para quem o diálogo é sempre relação/ação do homem consigo ou com os outros. Clot (2010) considera a organização de diálogos a mola da abordagem metodológica da clínica da atividade. A partir dessa dimensão dialógica é que podemos acessar os gêneros⁴ da atividade que, como Clot os descreve, são

³ AT é abreviação para Acompanhamento terapêutico. Em alguns momentos do texto também pode aparecer at (em minúsculas) para designar acompanhantes terapêuticos.

⁴ Todos esses conceitos serão discutidos mais a frente no texto.

a parte subtendida da atividade, o que os trabalhadores de determinado meio conhecem e observam [...]; o que lhes é comum, reunindo-os sob condições reais de vida; o que sabem que devem fazer, graças a uma comunidade de avaliações pressupostas, sem que seja necessário reespecificar a tarefa a cada vez que ela se apresenta (CLOT, 2010, p.121,122).

Também pelos diálogos na atividade os gêneros sofrem transformações. O estilo é essa transformação do gênero no momento da ação, ele é na verdade um processo, processo de estilização.

Cabe dizer que acreditamos que a afirmação da supervisão coletiva como prática se insere numa tentativa de escapar de um movimento individualizante das práticas que pensam a subjetividade. Denominamos supervisão coletiva não apenas a simples reunião de pessoas, mas a criação de um espaço onde seja possível falar da experiência, ou seja, dos encontros - no sentido proposto por Espinosa (DELEUZE, 2002) - com os pacientes, do que cada atendimento suscita e etc.; e ao se falar da experiência poder fazer com que ela se transforme, se desenvolva. “Agir e, sobretudo, ampliar seu poder de ação, é conseguir servir-se de sua experiência para fazer outras experiências” (CLOT, 2010, p.86).

Nosso objetivo é refletir sobre como na supervisão coletiva, criam-se meios para essa apropriação da atividade, como a partir dos diálogos entre os clínicos, um gênero se torna visível, pode ser discutido a fim de se fortalecer, sendo esse fortalecimento sua abertura à transformação, aos processos de estilização e ali se criando um dispositivo que aumenta o poder de agir dos clínicos envolvidos.

Queremos afirmar, a partir da ideia da clínica como um trans-ofício, a supervisão coletiva como uma clínica da atividade no trabalho clínico. Tomamos a clínica como composta por uma multiplicidade de elementos, mas que possui um gesto que a caracteriza, a sintonia do afeto. A capacidade de sintonizar afetivamente é o que constitui o clínico e que faz a clínica acontecer.

A supervisão coletiva, como uma “clínica ao quadrado”, também só pode acontecer por um duplo movimento que se instaura: a sintonia do afeto, o próprio gesto clínico, que ao acontecer na própria supervisão, garante não só a experiência clínica como também a possibilidade de que o gesto clínico se transmita. Transmissão essa que se dá não por uma mera imitação de um gesto aprendido, mas por um compartilhamento da experiência, um contágio. Assim na supervisão o clínico pode experimentando a sintonia do afeto, se apropriar dela, no sentido de tornar possível para ele se apropriar desse gesto, transformando-o e o usando para além daquela situação.

Quando fui me despedir da Di tentei achar uma palavra que definisse nosso encontro (errei na hr de escrever, mas gostei de como ficou rsrs), não achei... Mas fiquei pensando e acho que tivemos hj mais uma amostra de porque fazemos bem nosso trabalho. Fizemos a dobra, nos acompanhamos, acolhemos e por isso podemos fazer com os nossos pacientes. Mt bom estar com vcs hj, BoaCia! (Diário de campo, 2013).

Os textos em itálico que compõem esta escrita são pedaços de diários de campo (LOURAU, 1993; BARROS; PASSOS, 2009; entre outros). Esses diários foram produzidos por nós enquanto participantes de três grupos de supervisão (a Roda, o GIRA e o BoaCia). Foram escritos em períodos de tempo variados, tendo como disparadores para sua produção a nossa relação com esses grupos. Esses textos são considerados nesta pesquisa como material de campo e por isso são utilizados para a reflexão que estamos propondo.

Assim como esses textos falam de como a supervisão operou transformações em nós, seja em relação à direção do caso que era supervisionado e/ou na nossa prática enquanto clínicos, seja em outros aspectos de nossa vida não relacionados diretamente com nosso ofício, acreditamos que a escrita de textos – tanto a dos diários de campo quanto a desta pesquisa – possa ser usada como ferramenta para acessar o que a supervisão coletiva produz em outros clínicos.

A partir daí nos propomos a pesquisar de que maneira a supervisão coletiva faz com que os próprios clínicos construam um diálogo entre suas diferentes práticas, podendo criar e recriar essas práticas. Assim como a supervisão é importante ao se estabelecer como espaço de constante análise da prática clínica, possibilitando o fortalecimento do poder de agir de cada participante, escrever sobre a supervisão cria condições para por em destaque os desenvolvimentos e impedimentos dessa prática, a partir da ideia de que através do diálogo o sujeito pode se confrontar com sua própria atividade e a atividade do outro, e neste movimento transformá-la, transformando-se.

O que conta é que o sujeito ou os sujeitos, 'observados' em seu trabalho pelo pesquisador, venham a se tornar, finalmente, os observadores da própria atividade. Porque é por essa transformação, e somente no decorrer dessa transformação, que a experiência vivida pode vir a ser um meio de viver outras experiências. (CLOT, 2010, p.247)

A fim de seguirmos em nossa aposta da supervisão como dispositivo para desenvolver o poder de agir do clínico, fazemos uma aliança entre a clínica da atividade e uma abordagem transdisciplinar da clínica, assim como nos utilizamos de alguns conceitos da análise institucional. Entendemos ser essa aliança possível por concordamos com o que nos diz Maia (2006):

Clínica da Transversalidade e Clínica da Atividade sem se referirem uma à outra, partindo de práticas e teorias diferenciadas, parecem, ao menos como articulamos suas ferramentas para produzir as nossas, encontrar-se no desvio, na aposta de resistir aos modelos identitários que paralisam a vida, formatando-a em padrões inalcançáveis e mutiladores da criatividade humana.

Clínicas que, ao se colocarem no limiar de passagem, parecem fazer eco com aquilo que entendemos, no Anti-Édipo de Deleuze e Guattari (1972), como a busca não do equilíbrio de uma norma, mas a aposta no desvio, na criação de mundos que facilitem o fluxo do desejo, que devolva à vida e ao trabalho, atividade desta vida, a potência de ampliarem seu raio de ação e, longe de individualizarem o homem, dialogando com a estranheza, priorizam a atividade conjunta, na qual coletivo e singular não são opostos dicotômicos, mas um interjogo de possibilidades sempre abertas (MAIA, 2006, p.44).

É também por nos encontrarmos atravessados por esses modos de pensar, que não nos preocupamos nesta pesquisa em fazermos uma separação completa e bem definida desses referenciais. Ainda que em alguns momentos, por um esforço didático, tentemos separar o que diz respeito à clínica da atividade ou a uma abordagem transdisciplinar da clínica, apostamos mais na potência desses conceitos de se atravessarem e se modificarem uns aos outros.

Como pesquisar a supervisão coletiva?

O trem e a Roda

Hoje andei de trem pela primeira vez! Foi uma experiência muito interessante, um pouco como quando se é criança, sabe? Há uma intensidade diferente até mesmo nos pequenos acontecimentos. Não é só um outro meio de transporte, até a nossa percepção é convocada de outra maneira, os sons são diferentes, a velocidade, a paisagem. Gente, e a movimentação dentro do trem? Vende-se de tudo, desde bala até dvd do pastor alguma coisa, o ex-diabo loiro (rsrsrs)!!! Adorei andar de trem!

[...]

O que eu fui fazer em Campo Grande? Supervisão. Encontrar minha roda de supervisão, o GIRA. Engraçado, pois roda combina muito bem com todo esse papo, né? Pois é, a roda me pôs em movimento. Me fez começar a conhecer o Rio, a experimentar outras formas de me locomover. Nesse percurso experimentei várias linhas que cruzam por esse território, as do ônibus, do trem, do metrô; tive

que fazer conexões entre esses transportes diferentes, traçando um percurso, uma trajetória para chegar onde pretendia...

Não fiz isso sozinha, uma amiga me acompanhou. Compartilhamos o nosso desconhecimento do caminho, de como era andar de trem no Rio e de metrô em qualquer lugar. E chegando a nosso destino também pudemos ouvir como tinha sido o percurso que as outras pessoas traçaram para estarem ali.

Durante a supervisão fizemos o mesmo. Compartilhamos nossos afetos, nossas dúvidas, nossos planos, nosso delicioso lanche. Percorremos as linhas de vários territórios, traçando um mapa, que vai se fazendo a partir da nossa experimentação, da nossa vivência e que compõe um território comum, que ao mesmo tempo em que estamos vivendo, estamos construindo.

Hoje fiz uma viagem. Uma viagem não apenas geográfica, mas uma viagem afetiva, intensiva. E foi incrível!!! (Diário de campo, 07/11/10).

Uma questão que se coloca para esta pesquisa é como investigar os problemas colocados mais acima no texto? Como pensar um gênero clínico e os processos de estilização? De que maneira se aproximar da supervisão clínica, uma vez que entendemos que qualquer pesquisa já é uma intervenção? Já que acreditamos não ser possível pesquisar sobre a supervisão coletiva como se estivesse de fora observando o nosso objeto de estudo. Entendemos que pesquisar a supervisão coletiva e a formação do clínico se faz na/em supervisão coletiva e que o importante é que os próprios participantes da pesquisa possam se observar e construir algo a partir dessa observação. Segundo Clot (2010, p.147) “a pesquisa [em clínica da atividade]⁵ incide sobre o desenvolvimento da atividade e não apenas sobre seu funcionamento”.

Não pretendíamos fazer uma pesquisa sobre a supervisão coletiva nos colocando como observadores neutros do que aconteceria numa supervisão. Partimos do entendimento que a pesquisa afeta e é afetada pelo seu “objeto” e gostaríamos de uma pesquisa que se desse em supervisão.

Cabe aqui falar de nossa implicação com essa pesquisa. O interesse de pesquisar a supervisão coletiva se produz a partir de nossas vivências enquanto participantes de grupos de supervisão. Experimentar o que se produz na supervisão, seus efeitos clínicos, tanto para o

⁵ Parênteses nosso.

clínico dela participante, quanto para os clinicandos⁶, foi o que despertou o interesse de pensar de modo mais cuidadoso a supervisão coletiva.

E foi partindo desse nosso lugar enquanto participante de supervisões coletivas que elegemos como ferramenta para acessar o que a supervisão pode produzir os nossos diários de campo, escritos a partir desta relação com supervisões diversas.

Pretendemos resgatar aqui textos produzidos pela pesquisadora (enquanto clínica participante de grupos de supervisão) como diários de campo, a partir dos encontros na/com a supervisão e usa-los como instrumentos para essa pesquisa. Esses textos não apenas mostram os diálogos que se estabeleceram entre a pesquisadora com seus pares participantes das supervisões, mas também os diálogos da clínica com sua prática e com o próprio dispositivo da supervisão.

Ensejamos ao resgatar esses diários de campo produzir um desdobramento desses diálogos. E a partir do encontro deles com os referenciais teóricos que compõem o escopo de nosso trabalho ampliar essa relação dialógica; pensando sobre a atividade de supervisão coletiva, desenvolvê-la; o que nos levaria a contribuir para o fortalecimento do gênero da atividade clínica, a ampliação do poder de agir do clínico (CLOT, 2010).

O diário de campo

Como dito, elegemos o diário de campo como ferramenta para acessar o que se passou conosco enquanto participantes de supervisões. Consideramos que o diário permite esse acesso a partir do momento em que sua escrita está conectada diretamente com o que se passou em supervisão.

A escrita dos diários apresentados aqui ocorreu antes da ideia de seu uso na própria pesquisa, sendo assim, as situações descritas, o modo como as questões são apresentadas não estavam direcionados para uma produção acadêmica e sim eram considerados parte do processo de supervisão. Entendemos que esses diários funcionavam como restituição.

Ao discutir o conceito de restituição, Lourau (1993) faz referência à redação da pesquisa. Ele defende uma inseparabilidade entre a redação da pesquisa e a pesquisa:

⁶ Optamos por utilizar “clínico”, deixando claro que não fazemos referência aqui à clínica como restrita a prática de consultório, mas entendemos o clínico como aquele que se coloca em posição de escutar e acolher alguém que apresenta uma demanda psíquica, um sofrimento, onde quer que esteja vivenciando seu ofício. Também optamos por utilizar “clinicando” para aqueles que procuram o clínico, sublinhando com o sufixo “ndo” a ideia de que este se encontra em um processo terapêutico, no qual não é passivo.

Um pesquisador da universidade ou do CNPq que nada redigisse, não seria reconhecido como pesquisador; a redação é, em suma, o critério absoluto de legitimação da pesquisa e do pesquisador. Essa legitimação inscreve o escrever como parte essencial da institucionalização do pesquisador e da pesquisa. A redação não é, obviamente, apenas um detalhe técnico e marginal (LOURAU, 1993, p. 67).

Essa redação desempenha, como restituição escrita, um papel em dois planos: o de ser essa restituição do que foi a pesquisa, de todo o processo, inclusive o que é comumente deixado de lado pela pesquisa e o de ser uma restituição do próprio “pensar/redigir”. Ele também chama a atenção para o fato de que escrevemos para/por um determinado público, nossa escrita é dirigida- o que se conecta com a ideia que trazemos de que estamos sempre numa relação dialógica. Ele também sublinha o fato de que comumente esse compromisso com a academia faz com que a escrita passe por um constrangimento.

Lourau aponta como possibilidade de questionar essa lógica, a existência dos diários de pesquisa⁷. Ele os chama de “fora-texto”, por se encontrarem de fora dessa cena oficial da escrita (LOURAU, 1993, p.71)

O que há de importante nos diários de pesquisa é que eles mostram a vivência do pesquisador no campo, como a pesquisa de fato foi feita, destruindo toda a ideia de neutralidade pretendida pela academia. No diário o pesquisador traz à cena como seu dispositivo foi construído, seus segredos, e

atingir o dispositivo é "macular o sagrado". [...] O dispositivo é o que permite funcionar a prática. Podemos chegar à teoria, mas não ao dispositivo, pois nele se exprimem, veladamente, as relações de poder existentes no ato de pesquisar (LOURAU, 1993, p.73,74).

O diário de pesquisa constitui um rico material que pode ser usado para pensar a própria pesquisa, ele dá acesso às questões subjetivas do pesquisador que muitas vezes não aparecem no resultado final da pesquisa. O diário pode produzir análises através de materiais que antes seriam desprezados.

O uso do diário, assim como de outros dispositivos, pode ajudar a produzir um pesquisador “IMPLICADO (cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises)” (LOURAU, 1993, p. 85).

Cabe ressaltar que o diário de campo não é neutro, sua construção se faz, tanto política quanto afetivamente, a partir da experiência, do vivido.

⁷ Usamos “diário de pesquisa” ou/e “diário de campo” nos referindo à mesma coisa, a produção dessa escrita “fora-texto”.

Costa (2007) fala do uso do diário como possibilitador de um movimento que deixa de pensar a teoria constituída separadamente da prática, tornando evidente a implicação do pesquisador. Lourau aponta o caráter “desmistificador” do diário de campo, uma vez que ele lança luz para o fazer da pesquisa no seu dia a dia:

O diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o “como fazer” das normas, mas o “como foi feito” da prática). Tal conhecimento possibilita compreender melhor as condições de produção da vida intelectual e evita a construção daquilo que chamarei “lado mágico” ou “ilusório” da pesquisa (fantasias, em torno da CIENTIFICIDADE, geradas pela “asséptica” leitura dos “resultados finais”). (LOURAU, 1993, p. 77)

O diário permite reconstruir as trajetórias percorridas e analisar as nossas implicações, não só a do outro.

Por tudo já colocado, entendemos que o diário de campo não serve apenas como instrumento para o pesquisador, mas pode ser usado por todo aquele que deseje criar para si um dispositivo que o auxilie a pensar sua implicação no que quer que esteja engajado.

No nosso caso, os diários de campo aqui apresentados se referem à experiência de estar em grupos de supervisão, não é o diário de uma pesquisadora, mas o diário de uma clínica participante de supervisões.

Nesses diários são usados não apenas relatos sistemáticos do que aconteceu durante nossa participação em supervisões, mas um espaço para que os afetos, o que transbordava enquanto participantes da supervisão fosse (re)colhido; as situações vividas em supervisão ou que de alguma maneira se relacionam com ela foram os disparadores para sua escrita.

Os textos têm como destinatários os grupos de supervisão. Assim como sua criação parte de situações vividas como parte de coletivos, eles se produzem como um diálogo com esses coletivos. Ao afirmar que esses textos são um diálogo com esses grupos temos como base o pensamento de que podemos pensar o diálogo acontecendo numa relação com três planos: o diálogo consigo, o diálogo com o interlocutor direto e o diálogo com interlocutores virtuais. Nesse momento entendemos que é a partir de diálogos com os interlocutores virtuais (os grupos de supervisão) é que a escrita desses textos foi disparada.

Os grupos a quem nos dirigimos são três: o grupo de supervisão do qual fizemos parte no estágio supervisionado durante a graduação no curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, que é chamado de Roda; o GIRA (Grupo Itinerante Rizomático Afetivo), do qual participamos da criação e fizemos parte logo após nos formarmos e o BoaCia, grupo de supervisão e equipe de acompanhamento terapêutico, do qual somos ainda hoje

integrantes. Esses três grupos apresentam a mesma proposta de supervisão coletiva, no entanto, cada um deles apresenta diferenças em seu funcionamento.

Destacamos como especificidade da Roda ser um grupo que faz parte do estágio supervisionado de graduação, sendo assim, embora a proposta seja a co-gestão, trabalhar o grau de transversalidade do grupo, há a figura do supervisor, que guarda sua importância, principalmente para fins legais.

Tanto o BoaCia quanto o GIRA, são grupos de psicólogos já formados. São grupos auto-gestivos, em que não há a figura do supervisor, sendo entendido que a função de supervisão circula entre seus componentes. A especificidade do GIRA está em ter como participantes psicólogos que trabalham nas mais diversas áreas, seja fazendo atendimentos em consultório, trabalhando em serviços de saúde mental, entre outras práticas. Já o BoaCia, por ser também uma equipe de acompanhamento terapêutico (AT), tem como foco a supervisão dos casos atendidos pela equipe nos ATs (casos que são considerados da equipe, não apenas do profissional que está diretamente no acompanhamento), embora não esteja barrada a possibilidade de que casos que não sejam específicos da equipe possam ser supervisionados ocasionalmente.

Retomando o uso desses diários na pesquisa, ressaltamos mais uma vez que sua escrita se deu como parte do próprio processo das supervisões, e servia como dispositivo de análise de implicações e restituição a esses grupos. Os textos aqui presentes foram selecionados por estarem conectados ao que propomos, por dialogarem com esta pesquisa. Ainda que tenham sido escritos em sua maioria antes da própria pesquisa, esses diários são consideramos por nós como o “fio intensivo” desta. Eles não têm a função de representar o que ora dizemos, e sim de conectar afetivamente nossa pesquisa, eles carregam o “vivo” de se estar em supervisão.

Posto isto, no capítulo 1 apresentamos de onde partimos em nossa pesquisa. Nosso disparador inicial foi pensar a supervisão coletiva de psicólogos, uma vez que esta é nossa formação e estamos implicados com a psicologia. Pretendendo dialogar com o que tem sido produzido em psicologia fizemos uma revisão bibliográfica sobre como o tema da “supervisão” aparece nos trabalhos de psicologia. No entanto, utilizamos esse tópico apenas como um passo num caminho cujo objetivo é pensarmos a clínica em sua dimensão ética e política, para a partir daí podermos pensar a supervisão coletiva como uma clínica da clínica.

É o que pretendemos fazer no segundo capítulo ao propormos a clínica como um ofício transdisciplinar, ou, como chamamos, um trans-ofício. A fim de fazermos isso começamos por uma discussão sobre diferenças entre profissão e ofício, mostrando como o

ofício de clínico se constrói num entrelaçamento de saberes técnicos/teóricos com saberes mais “artesaniais”. Onde o prescrito está o tempo todo em relação com o não prescrito. Pensamos a composição deste ofício, com seus componentes pessoais, interpessoais, impessoais e transpessoais, dando destaque a sua dimensão transpessoal: o gênero. Falamos do gênero clínico, parte desse ofício, que é uma memória comum a todos do ofício, mas é também o que se abre para a transformação. É apostando num gênero clínico, cujo modo de composição se faz num grau de abertura para a criação muito elevado, que pensaremos nele como um gênero transdisciplinar.

No terceiro capítulo, continuando com a ideia da clínica como trans-ofício, buscamos pensar um gesto do clínico, a partir das discussões trazidas pela clínica da atividade a respeito do gesto de ofício. Como interlocutor nessa questão, trazemos Daniel Stern (1992) e o seu trabalho sobre o desenvolvimento do bebê. Nosso objetivo neste capítulo é pensar a sintonia do afeto como o gesto clínico, o que permite que a clínica aconteça, e também apontamos a supervisão coletiva como espaço onde este gesto pode ser transmitido.

No quarto capítulo tratamos da questão dialógica. Através da leitura que fazemos do dialogismo em Bakhtin, e convidando Espinosa para participar da discussão – através da leitura feita por Deleuze – sustentamos a ideia de que a supervisão é esse espaço onde o poder de agir do clínico pode ser aumentado. O desenvolvimento do poder de agir é possibilitado quando, ao conseguir a manutenção do grau de transversalidade do coletivo, o que ocorre pela sustentação das diferenças que o coletivo comporta, a supervisão coletiva pode se colocar como grupo sujeito e usar a experiência da supervisão para viver outras experiências, nesse caso a experiência da clínica com os clinicandos.

Por fim, em nossas considerações finais, retomamos o nosso objetivo inicial de pesquisa, mas mais do que apresentar conclusões definitivas sobre o nosso tema, pretendemos apontar algumas questões que foram se construindo a partir da própria escrita desta dissertação.

2 CLÍNICA – A PSICOLOGIA E OUTRAS VISÕES DA CLÍNICA

Texto de restituição para o curso de extensão

{...}

Você se forma e aí surge a pergunta: “e agora?”, todo um mundo se mostra a sua frente e a sensação é que não sabemos praticamente nada. O que podemos fazer é procurar ferramentas que possam nos ajudar a exercer nossa prática, que nos possibilitem trabalhar. No entanto, não é qualquer ferramenta que nos serve, até porque temos parâmetros que balizam nossa prática, temos bases em que nos apoiamos, em que acreditamos e de que não abrimos mão. Estamos procurando sempre por algo que pareça se afinar com todas essas coisas, que sentimos que pode somar. Só que não é possível saber como será o caminho antes de se começar a caminhar...

No início tudo pareceu tão simples! Há os que reconhecem que não estão entrosados com esse discurso, mas estão interessados em experimentar, há os que dizem já usar essas ferramentas em outros espaços, outras práticas... Enfim, há uma multiplicidade que parece ter se conectado de maneira muito boa. Todos tão abertos e tão dispostos a discutir, problematizar, desconstruir, analisar e por aí vai...

Só que nada se faz apenas de teoria e nada se faz apenas no plano do visível, das formas. É preciso que se vá para a prática, para a experiência; e não há como não atentar para os afetos, para o que nos atravessa. E essas coisas começaram a aparecer. Era preciso falar do que estávamos sentindo, que sensações o curso produzia em nós. Era preciso estar nos grupos para poder experimentar essa prática. E aí tudo se tornou mais intenso...

Com a prática vem a supervisão, cada grupo começa a falar de seus encontros, e o próprio encontro deste grupo já é outro. Os estilos começam a aparecer, as diferentes maneiras de trabalhar. E questões começam a se colocar.

O que é importante se falar na supervisão? Tem que ter um tempo determinado pra falar? Todo mundo sempre tem que falar? O que se espera da supervisão? Será que ter um estilo impossibilita de se trabalhar com quem tem um estilo diferente? É inconveniente quem dá visibilidade aos incômodos, quem quer pôr em análise as implicações? É chato querer falar do que se sente, dar visibilidade aos afetos?

{...}

Encerramos essa experiência com a elaboração de que é necessário um tempo para que um corpo intenso se produza, seja ele um corpo grupo, um corpo psicólogo, ou um corpo indivíduo, potente na sua capacidade de construção e desconstrução de escolhas. Para isso, acreditamos que a

análise das implicações desses corpos, enquanto análise dos afetos que os atravessam se faz fundamental, não só nessa prática que experimentamos, bem como na prática da vida.

{...} (Diário de campo, dezembro de 2010).

Afirmamos que a clínica não está restrita a uma especialidade, a uma profissão. Diferentes ocupações compõem o ofício clínico. No entanto, nós enquanto pesquisadores, possuímos uma profissão, a de psicólogo, que nos atravessa e que tem influência no modo como pensamos essa pesquisa inicialmente. E, embora nosso objetivo seja pensar uma clínica ampliada, não restrita a especialismos, consideramos importante para dar início as nossas discussões, pensar como a psicologia tem se interessado pelo tema da supervisão coletiva, e a partir daí avançar com um pensamento acerca da clínica que ultrapassa o pertencimento a uma única profissão, se tornando o que chamamos de um *trans-ofício*.

2.1 De onde partimos: revisão das publicações sobre o tema ‘supervisão’ na psicologia

Como dito, elegemos como ponto de partida para esta pesquisa pensar como os temas da clínica e da supervisão têm sido tratados pelo olhar da psicologia. Para isso fizemos uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi fazer um levantamento sobre o estado da arte em relação ao tema da supervisão clínica coletiva de psicólogos na continuidade de sua prática, assim como uma revisão de conceitos teóricos considerados de importância para se pensar a supervisão.

Para a pesquisa bibliográfica foram consultadas as bases de dados eletrônicas do Scielo e da Capes, no período compreendido entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013. Os descritores utilizados nas buscas foram os de “psicologia” e “supervisão”, em todos os índices (assunto, título e etc.). Estes descritores foram selecionados após a utilização de outros descritores em uma pesquisa prévia. Essa escolha teve como objetivo não tornar a pesquisa ampla em demasia, abarcando trabalhos que se encontrassem totalmente fora do escopo da pesquisa, assim como não restringisse demasiadamente o universo de artigos encontrados.

Esta revisão é uma apresentação dos tipos de trabalhos encontrados, a partir de sua divisão em categorias. Ressaltamos que essas categorias foram criadas por nós com base nos temas dos textos explicitados em seus resumos. Partindo dessa leitura dos resumos, alguns

artigos chamaram nossa atenção pela sua proposta e por esse motivo foram lidos na sua íntegra.

Inicialmente cento e sessenta e seis trabalhos, divididos entre artigos, dissertações e teses corresponderam à pesquisa por tais descritores. Dentre estes trabalhos, cinquenta e sete foram considerados como não tendo nenhum tipo de relação com o tema proposto, sendo descartados no decorrer da revisão. Os outros cento e nove foram divididos em categorias gerais, a fim de facilitar a discussão. Os artigos foram divididos entre aqueles que:

- Pensam supervisão do psicólogo no decorrer de sua prática profissional (como psicoterapeuta);
- Citam a supervisão da atuação do psicólogo em práticas diversas (o trabalho em ongs, com casos de pessoas com deficiência, no hospital), com ênfase nessas situações e não discutindo a supervisão;
- Abordam a função do psicólogo como supervisor de outros profissionais e/ou em outras áreas;
- Discutem a supervisão de equipes que atuam em estabelecimentos públicos de saúde (ou do SUS: como a saúde mental, a atenção básica, ou nas políticas sociais);
- Pensam a supervisão a partir de um referencial psicanalítico;
- Discutem a supervisão de estudantes da graduação em psicologia ou citam o estágio supervisionado em vários contextos;

No quadro abaixo apresentamos cada categoria e o número de artigos encontrados em cada uma delas.

Categoria	Base de Dados		Total
	SciELO	Capes	
Pensam supervisão do psicólogo no decorrer de sua prática	1	3	4
Citam a supervisão da atuação do psicólogo em práticas diversas (o trabalho em ongs, com casos de pessoas com deficiência, no hospital)	2	15	17
Abordam a função do psicólogo como supervisor de outros profissionais e/ou em outras áreas	1	10	11
Discutem a supervisão de equipes que atuam em estabelecimentos públicos de saúde (ou do SUS: como a saúde mental, a atenção básica, ou nas políticas sociais)	4	3	7
Pensam a supervisão a partir de um referencial psicanalítico	2	5	7
Discutem a supervisão de estudantes da graduação em psicologia ou citam o estágio supervisionado em vários contextos	12	51	63
Total	22	87	109

Há trabalhos que poderiam ser incluídos em mais de uma categoria, no entanto optamos por classificá-los em apenas uma dessas categorias, aquela que consideramos como a principal a partir de seu resumo.

Como é possível notar, há um grande número de trabalhos que tem como foco a supervisão durante a graduação, inserida no contexto do estágio supervisionado. Como o interesse desta pesquisa está na supervisão do profissional já graduado, deixaremos de lado esse conjunto de textos.

Passemos então ao material que tratava da supervisão a profissionais.

Apenas três artigos tratavam da supervisão do psicólogo em sua prática de atendimento clínico. Esse pequeno número de trabalhos sobre supervisão de um modo geral, e mais especificamente sobre a supervisão enquanto prática contínua na atividade do psicólogo demonstra a necessidade de se dar mais atenção ao tema da supervisão de psicólogos. Pretendemos também com este trabalho contribuir para esta discussão.

Consideramos que os artigos encontrados nesta revisão, a partir de como se deu a execução da busca (como o uso de tais descritores e/ou o foco na supervisão de psicólogos já formados), não contemplam os aportes teóricos por nós pretendidos, já que utilizamos em nossa pesquisa o referencial teórico da clínica da atividade (CLOT, 2010) e de autores que estão propondo uma abordagem transdisciplinar da Clínica (RAUTER, 1993; entre outros), utilizando assim, conceitos não apenas do campo da psicologia como também referenciais da filosofia, entre outros.

Porém, há outros pesquisadores que estão se propondo a pensar o tema da supervisão de uma maneira que nos é cara, ainda que em campos outros da psicologia. Por entendermos que esses trabalhos podem contribuir para nosso propósito, nos utilizamos deles para tornar mais claro de que maneira enxergamos a supervisão. Usamos aqui o artigo de Coimbra (1989) e a dissertação de Albuquerque (2010) que, como já dito, referem-se a supervisão em contextos diferentes, mas que nos ajudam a pensar esse tema.

Coimbra (1989) em seu artigo “A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica” discute a função das supervisões nos estágios e pontua a importância de não tomar a supervisão como uma técnica neutra. “A supervisão vista como técnica de acompanhamento e orientação a futuros profissionais em suas tarefas práticas, inevitavelmente cai nas perigosas artimanhas da neutralidade, do tecnicismo, do não saber e do instituído” (p.26).

Segundo ela, há vários enquadres que podem ser seguidos e aponta dois mais comuns: um mais autoritário, em que o supervisor ocupa a posição de saber e onde cabe ao estagiário o

não-saber, ficando no lugar de reprodutor do que diz/faz seu supervisor; e um enquadre que ela chama de "liberal" (COIMBRA, 1989, p, 27) onde o supervisor se coloca como igual a seus estagiários.

Coimbra destaca que tanto esses quanto outros enquadres da supervisão deixam de lado três importantes dimensões desse trabalho: a política, a social e a institucional. "Sem elas a supervisão é percebida como um processo natural, neutro e puramente técnico" (COIMBRA, 1989, p. 27). Utilizando o aporte teórico da análise institucional, entende que a supervisão é dimensionada histórica, política e socialmente. Na dimensão política vemos que os enquadres não são neutros, eles servem a objetivos, criam/perpetuam instituídos; na dimensão social a implicação da supervisão pode ser vista. "Estamos com o nosso trabalho sustentando e reforçando o que nos cerca, ou pretendemos transformá-lo, colocá-lo em crise e fortalecer novos encontros e agenciamentos?" (idem).

Na dimensão institucional a própria supervisão é uma das instituições. Ressaltamos que tomamos instituição aqui como um conceito que não quer dizer o mesmo que estabelecimento. O sentido é o proposto pela análise institucional, onde instituição é entendida "não como o lugar onde o jurídico se manifesta, mas onde as relações de produção estão instituídas de maneira aparentemente necessária, natural e eterna" (COIMBRA, 1989, p. 27), funcionamento este presente na formação do psicólogo.

A própria supervisão é atravessada e determinada por outras instituições, por isso é importante detectar quais são estas instituições, colocando em discussão não apenas estas, mas o grupo e a própria instituição supervisão.

Em seu artigo, Coimbra (1989) propõe o que denomina de uma "supervisão institucional", que entendemos ser uma supervisão aliada aos processos instituintes, à criação, à transformação.

Propomos intervir nos grupos instituídos para que se transformem em outros, onde as implicações institucionais sejam desveladas, onde uma outra fala seja produzida, onde as categorias marginais, subterrâneas e reprimidas estejam presentes e possam se expressar (COIMBRA, 1989, p. 27, 28).

A autora acrescenta que "há que, no processo de supervisão, tentar a fragmentação dos centros de poder e saber, fortalecendo a circulação e a expansão dos fluxos presentes" (COIMBRA, 1989, p.28). Não é uma negação do poder, mas a intenção é que este seja transversal, ao invés de estar em lugares marcados (como o do supervisor sendo aquele que possui o saber, e do supervisionando que está ali apenas para receber conhecimento), haja

movimento nesses centros e o poder possa se expandindo, circular. "Com tudo isso, entendemos que o grupo de supervisão possa se tornar uma força instituinte e não simplesmente a reprodução do instituído" (COIMBRA, 1989, p. 28).

Já Albuquerque (2010) em seu trabalho discute as atividades dos trabalhadores de saúde mental, utilizando a supervisão de um serviço como campo de pesquisa. Tratava-se da supervisão clínico-institucional de um dispositivo da rede de saúde mental. A supervisão clínico-institucional nesses dispositivos é sustentada pela lei da reforma psiquiátrica, Lei 10.216. O sentido do "clínico-institucional" consiste em que a supervisão dos casos clínicos dos dispositivos deve "sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública" (ALBUQUERQUE, 2010, p. 57).

Para Albuquerque a supervisão é um trabalho clínico, mas onde a própria equipe pode se colocar em análise. O que ela chama de clínica da clínica (ALBUQUERQUE, 2010).

Para dizer da função da supervisão ela a compara com a função das Comunidades Ampliadas de Pesquisa, citando Bothechia e Athayde (2007):

colocar para circular as informações e percepções acerca da sua própria atividade. Afirmando a posição de que o ser humano, no encontro e no diálogo com o outro (e consigo), constitui a si e ao mundo, será também nesse mesmo movimento que poderá encontrar formas de transformação da realidade. (BOTHECHIA; ATHAYDE apud ALBUQUERQUE, 2010, p.62).

Desse modo, a supervisão abre espaço para que a equipe possa criar e recriar formas de trabalho. Para dar força a esse pensamento Albuquerque faz uso do conceito de zona de desenvolvimento potencial⁸, proposto por Clot (1995), que pode ser definido como a existência de um espaço potencial a ser explorado na atividade, onde o trabalhador por meio do diálogo (voluntário ou não com o outro) pode transformar essa atividade.

Para Albuquerque é de cara importância essa ideia, sustentada pela clínica da atividade, de que a atividade é sempre dirigida e que falar ou ser observado provoca um diálogo consigo e com o outro. Dessa perspectiva, a supervisão passa a ter esse caráter de análise do trabalho, análise essa coletiva:

O aparente simples fato de falar de suas atividades leva o profissional a ter de refletir sobre o que falar, o que não falar, para quem falar, enfim, nas horas em que seguem as supervisões cada profissional está emergido em seus pensamentos sobre suas

⁸ Esse conceito é, na verdade, um desdobramento do conceito de zona de desenvolvimento proximal, de Vygotski.

atividades, e isso em si é tido pela Clínica da Atividade como uma atividade em si, atividade sobre a atividade (ALBUQUERQUE, 2010, p.65).

Um ponto interessante trazido por Albuquerque é o questionamento a respeito do sentido da supervisão como “supervisionamento” (ALBUQUERQUE, 2010, p.67). Ela dá ênfase à supervisão como atividade sobre outras atividades, ou seja, é ali na supervisão que se pensam todas as atividades do serviço. Supervisão como espaço onde a equipe é protagonista, assume a fala para, podendo compartilhar suas experiências, pensar sobre o trabalho, poder transforma-lo, criar novas possibilidades de ação.

Tirando-se de cena o prefixo “super” no que esse possa ter de uma posição acima, visão privilegiada, mas colocando a supervisão no plano do sobre. Sobre no exato sentido de acerca de. O super virou sobre, deixando principalmente de ser um lugar ocupado por um indivíduo que vem de fora “ensinar” como se faz, para se tornar um espaço para o surgimento do gênero, onde esse possa ser descoberto e problematizado. Reafirma-se a aposta nos espaços coletivos de produção de conhecimento (ALBUQUERQUE, 2010, p.66).

Albuquerque também chama a atenção para o fato de que só a existência estabelecida, digamos oficialmente, desse espaço de supervisão não garante que um campo de discussão coletiva de fato exista (idem, p.67). Por isso esse trabalho constante de análise da própria atividade é importante.

Como já dito, acreditamos ser necessário dizer de onde partimos, quais as ressonâncias da profissão de psicólogo para nós enquanto pesquisadoras e clínicas. Nessa mesma esteira de pensamento, separar a psicologia clínica como campo de pesquisa é, portanto, um esforço didático, uma vez que não temos a intenção de afirmar especialismos. No entanto, pensamos se fazer necessário contextualizar na própria história da psicologia sua relação com a clínica.

2.2 A psicologia e sua relação com a clínica

Para isso, novamente vamos utilizar como referenciais para nosso texto trabalhos que discutem importantes questões para a psicologia. Questões que envolvem a relação da psicologia com outras disciplinas, com os lugares sociais e políticos que vem ocupando, com a saúde pública, enfim, as relações de poder da psicologia. Apontamos a importância de se pensar o lugar em que a psicologia vem se colocando, as relações de poder que vem fazendo, ou seja, estamos cientes da existência dessas discussões. No entanto, apesar de concordarmos

com a sua importância, entendemos que este trabalho não comporta em seu escopo se aprofundar nas mesmas.

Ao discutir algumas características do que denomina como cultura profissional do psicólogo no Brasil Dimenstein (2000) diz que há um tipo de subjetividade dominante no campo psi⁹ - a do 'sujeito psicológico' – que é ele mesmo engendrado pelo próprio campo psi. Ela aponta para a formação do psicólogo, suas alianças, filiações. Sublinha a ligação com um ideário dominante, das classes médias, do modelo capitalista, individualizante. Segundo ela,

de forma sucinta, pode-se dizer que a Psicologia cresceu comprometida com o capital e o consumo, servindo principalmente de suporte científico das ideologias dominantes e de auxílio na perpetuação do status quo ao longo do seu percurso de legitimação social (DIMENSTEIN, 2000, p.101)

e mais a frente afirma que “a Psicologia seria então mais um recurso disciplinar” (idem, p.103).

Também refletindo sobre as atividades profissionais do psicólogo, Figueiredo (1993) chama a atenção para a multiplicidade de saberes e práticas que estão presentes e reconhecidas na/pela psicologia, o que nomeia como 'a multiplicidade oficial da psicologia' (FIGUEIREDO, 1993, p.89). Ele aponta duas dimensões dessa multiplicidade: a primeira diz respeito às áreas de atuação do psicólogo (que crescem a cada dia); a segunda, diz respeito às correntes teóricas e metodológicas da psicologia. Ele ressalta que

não há entre as diversas correntes consenso acerca de questões básicas; suas compreensões prévias, seus pressupostos do que sejam os objetos da psicologia, do que seja o 'psicológico' e de como produzir sobre ele um conhecimento válido são muito diversos; de fato, não há entre nós muito acordo acerca do que poderiam ser os 'critérios de cientificidade' com base nos quais deveríamos avaliar nossos conhecimentos e nem mesmo se esta é realmente uma questão decisiva da validação de nossas crenças e justificação de nossas práticas. (FIGUEIREDO, 1993, p.90)

Há também outras multiplicidades que não são tão facilmente reconhecidas, captadas. Sendo assim, ele levanta a questão sobre se estamos tratando de uma psicologia com muitas versões ou de múltiplas psicologias. Não é possível mais pensar numa “identidade profissional do psicólogo” (FIGUEIREDO, 1993, p.89), já que não há limites claros e nem uma permanência temporal que garantam a produção de tal identidade.

⁹ Ao utilizar 'campo psi' nos referimos não apenas a psicologia, mas a um conjunto de saber e de práticas originadas a partir daí, onde o que está em destaque é a subjetividade humana.

Podemos ver essa multiplicidade que cerca a psicologia no documento encaminhado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para o Ministério do Trabalho para colaborar com o Catálogo Brasileiro de Ocupações. De acordo com o documento o psicólogo clínico atua

Na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas¹⁰.

Esta é uma definição bastante ampla e generalizada, mas que em certa medida reflete a constituição do que é a clínica, uma multiplicidade que torna difícil a categorização e a determinação de uma identidade que resuma o que é um clínico, mesmo quando esta descrição está referida a profissão do psicólogo.

Dutra (2004) fala mais especificamente da psicologia clínica enquanto um campo de produção de saberes assim como da prática do psicólogo. Em seu artigo aponta para um processo de mudanças que estaria acontecendo com a psicologia clínica, resultado de inúmeros fatores, dentre eles a sua consolidação enquanto área que se espalha por diferentes domínios, assim como a emergência de novas tendências que se põem ao lado do que consideramos como uma prática "clássica". Lo Bianco et al.(1994) citam alguns critérios que são comumente usados para definir o que se denomina modelo clínico tradicional:

Atividades de psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal;
 Atividade exercida em consultórios particulares, restrita a uma clientela proveniente de segmentos sociais mais abastados;
 Atividade exercida de forma autônoma, como profissional liberal, não inserida no contexto dos serviços de saúde;
 Trabalho que se apoia em um enfoque intra-individual, com ênfase nos aspectos psicológicos e psicopatológicos e centrado num indivíduo abstrato e a-histórico;
 Hegemonia do modelo médico, aqui traduzido como aceitação da autoridade do profissional na relação como o paciente, não se questionando o saber e a prática a partir de reações do paciente. (LO BIANCO et al., 1994, p.19).

No artigo “A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais as interfaces?”, Barros (2005) discute as relações da Psicologia com o SUS, partindo de uma crítica a essa referida separação. Segundo a autora há um paradigma instituído onde ciência e política são tidas como dois campos separados e que por esse motivo as práticas psi ao tratarem do sujeito não

¹⁰ CFP (1993). Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil. Documento encaminhado ao Ministério do Trabalho para reformulação do Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO).

devem se envolver em questões políticas. Ela acentua que essa posição é já uma certa política, que separa a macropolítica da produção de subjetividade.

Em seu artigo “Reinventado as práticas psi”, Nascimento et al. (2006) se propõem a problematizar o lugar legitimado do psicólogo. O artigo aponta a construção da psicologia, assim como de outros saberes a partir de buscas por uma verdade imutável e universal. Com esse objetivo a Psicologia se alicerça em dois saberes (clínico e de observação), que dão a ela um lugar buscando (e produzindo) binarismos, utilizando-se (em alguns momentos) de uma suposta possibilidade de neutralidade. No entanto, a partir disso produz-se uma posição política, que tem como pretensão não se envolver politicamente.

A formação em psicologia vem se dando segundo esse modelo na maioria das vezes, sem que haja interrogação acerca desses pressupostos. O que os autores apontam, é que psicologia e política se atravessam, são domínios que se cruzam. Nascimento et al. (2006) nos dizem que “é necessário tomarmos a prática psi como uma prática implicada, que atua na potência política da vida” (p.15). Sendo assim, é preciso pensar as implicações dessa prática, esse paradigma necessita ter dispositivos que o coloquem em questão, para tanto “as experiências de estágio, as práticas de extensão, as supervisões e os debates presentes em sala de aula podem ser espaços privilegiados para a experimentação e a construção de uma psicologia que não se separa da política, nem da vida” (idem).

O artigo segue contrapondo certa psicologia que se coloca na posição de que tem a capacidade de resolver todas as questões colocadas a ela, de maneira neutra, a uma psicologia que entende que sua prática interfere e produz mundos, portanto precisa constantemente repensar essa prática, suas implicações.

O paradigma da implicação permite mostrar as diferentes forças presentes no campo de atuação, fazendo, em muitos momentos, emergir acontecimentos e propiciando análises. De acordo com Lourau (1993), a análise de implicações traz para o campo da intervenção sentimentos, percepções, ações e acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, tidos como erros que impediriam uma prática de ser bem-sucedida. Colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtores de verdades – consideradas absolutas, universais e eternas – seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam é romper com a lógica racionalista presente no pensamento ocidental, a qual evoca a neutralidade do profissional. Ao seguir tal pensamento, não seria possível a existência do psicólogo apolítico, pois toda e qualquer prática por ele perpetrada é sempre implicada, produz efeitos, é sempre política (NASCIMENTO et al., 2006, p. 17).

Uma importante questão abordada por Dimenstein (2000) é a da inserção dos psicólogos no campo da saúde pública. De acordo com ela os profissionais vivem vários impasses ao se encontrarem neste campo. Em seu entender esses impasses são

decorrentes da sua cultura profissional, onde subjazem as ideias e os valores da ideologia individualista, bem como um modelo específico de subjetividade: o sujeito psicológico. O modelo clínico de atuação privada hegemônico entre os psicólogos – a psicoterapia individual de base psicanalítica - é geralmente transposto para o setor público, tanto para postos, centros e ambulatórios de saúde, independentemente dos objetivos dos mesmos e da população neles atendidas, tendo algumas consequências importantes (DIMENSTEIN, 2000, p.107).

Apesar disso, Dutra (2004) cita uma pesquisa realizada pelo CFP para pontuar que a saída da psicologia clínica do modelo tradicional se deve em grande parte a essa inserção na saúde pública, em atuações em hospitais gerais ou psiquiátricos, em ambulatórios, escolas, organizações e etc., onde se dão "*ações de saúde*" (DUTRA, 2004, p.383).

Em contraponto ao modelo tradicional uma nova concepção de psicologia clínica se constitui afirmando que "o ato clínico deve ser contextualizado e refletido, onde quer que este se realize ou onde quer que a clientela esteja" (idem).

Não se pode negar que, em sua maioria, as teorias psicoterápicas por sua concepção de subjetividade constituída através do outro, consideram a dimensão social¹¹, no entanto a ênfase se centralizava nos processos internos, subjetivos.

É possível citar algumas dessas perspectivas, as quais, segundo González-Rey (2001), ainda que contemplem este social, fragmentam e supervalorizam um espaço social específico, tal como os vínculos, referindo-se à psicanálise; a família, na terapia sistêmica, ou supervalorizam o outro individual, nas abordagens humanistas (DUTRA, 2004, p. 383).

Dimenstein (2000) faz uma reflexão sobre elementos da “cultura profissional do psicólogo no Brasil” e os efeitos dessa cultura nas práticas em instituições de saúde pública e aponta para o fato de que as práticas de supervisão, grupos de estudo, entre outros têm funcionado apenas como uma busca por aperfeiçoamento individual. Ela também faz uma crítica ao fato da formação ser entendida como não acabada, que, segundo ela, diz respeito a práticas que apontam

¹¹ Tratamos o social aqui de uma maneira mais generalizada, entendendo que há várias concepções do que é o social.

para uma forma particular de relação que o psicólogo mantém com o conhecimento - enquanto auto-revelado e produto singular de sua pessoa - que termina concretizando-se “numa barreira profunda à troca de saberes e a práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis”, tal como é entendido por Vasconcelos (1997, p. 29). Penso que a dificuldade encontrada pelos psicólogos em participar das equipes multiprofissionais e dos programas públicos de saúde, deve-se em parte à crença na superioridade do seu conhecimento - capaz de tudo explicar -, à confiança no “cada um por si” e na pequena disponibilidade para refazer suas ações com base num conhecimento compartilhado com diferentes profissionais e usuários dos serviços públicos, conhecimento que é sempre provisório. (DIMENSTEIN, 2000, p.105, 106)

Em nosso entender, o pensamento de que a formação não se conclui precisa ter como sentido a possibilidade da procura por espaços onde a prática do psicólogo será discutida e pensada, forçando-o de alguma maneira a sair desse esquema individualizante. Ainda que nesses espaços ele se encontre apenas com outros colegas de ofício, ali novos modos de pensar/fazer psicologia poderão se construir, não apenas para aquele que fala, mas naquele coletivo que se formou.

Em consonância com o que diz Dimenstein (2000), Figueiredo (1993) afirma sobre o saber de ofício do psicólogo que suas “teorias estão impregnadas pela experiência pessoal e as estão impregnando numa mescla indissociável; este saber de ofício é radicalmente pessoal, em grande medida intransferível e dificilmente comunicável” (p.91).

Apoiando-nos na clínica da atividade entendemos que todo saber de ofício comporta em sua constituição um gênero da atividade que é construído coletivamente. Tanto para sua criação como para sua manutenção o gênero necessita do coletivo, e para isso necessita ser transmissível (CLOT, 2010). Os aspectos singulares, que entendemos como um estilo, na verdade são processos de estilização de um gênero. Ao se encontrar com as singularidades na atividade, o gênero se transforma, sofre estilizações. Mas sem um bom conhecimento do gênero não é possível fazer estilizações ou, se o gênero não se permite ser transformado por essas estilizações, ele enfraquece. Nessa perspectiva é imprescindível a possibilidade de transmissão e de diálogo. Ensejamos pensar a supervisão coletiva como território de processos de diferenciação que são sustentados pela capacidade dialógica do coletivo¹².

Nascimento et al. (2006) também alertam acerca do privilégio que é dado a uma formação que forneça métodos e técnicas capazes de dar conta de demandas surgidas no mundo contemporâneo assim como uma tentativa de lidar com a quantidade de informações e

¹² Utilizamos aqui o conceito de dialogismo a partir do diz Bakhtin. Segundo Clot (2010) “o diálogo e a ordem dialógica é que oferecem o cenário em que os sujeitos encontram a si mesmos e os outros, assim como se defrontam com suas histórias, contextos ambientais e circunstâncias” (p.133).

tecnologias produzidas atualmente. Ressalta-se a necessidade de uma formação contínua que é produto da lógica capitalista de consumo, onde técnicas, teorias, sintomas são produzidos e precisam ser consumidos continuamente.

Ao propormos a supervisão coletiva como parte da formação permanente do clínico (e não apenas do psicólogo), estamos nos referindo à outra lógica. Propomos uma formação pensada como suporte a essa prática que é política, uma formação que não se conclui porque a análise de implicação que o clínico precisa fazer de sua prática também é um processo constante.

Pensar a reinvenção das práticas psi diante desse quadro implica uma constante resistência a essa lógica que tenta mostrar uma única forma de fazer psicologia, tecnicista e compartimentada. É preciso sair do fazer sobre-implicado que a lógica produtiva procura impor ao promover um sobretrabalho e ativismo da prática que terminam por impossibilitar as análises sobre nossos fazeres e implicações. Propomos adotar um constante estranhamento dos paradigmas e realidades que se apresentam como prontos, autorizando-nos a inventar, no cotidiano, estratégias que não obedeçam às fórmulas prescritas mas que, pelo contrário, possibilitem o exercício de autonomia em nossas análises e gestões do dia a dia (NASCIMENTO et al., 2006, pg. 19).

Outra concepção de clínica implica a desconstrução desses modelos, e a construção de um novo olhar sobre o que se entende por subjetividade. Essa mudança de olhar aponta não só para uma mudança no campo epistemológico da psicologia, mas para uma nova postura ética e política da/na abordagem do que é a clínica. Segundo Dutra (2004), "não importa em que lugar ou espaço o ato clínico aconteça, seja no âmbito privado ou público, numa relação diádica, grupal ou coletiva" (p. 384), o que conduz a clínica é uma ética e não referenciais endurecidos.

2.3 A clínica a partir de uma composição ética

Pensar a clínica na sua composição com a ética requer ultrapassar uma visão, tornada dominante, que reduz a perspectiva ética referindo-a única e exclusivamente ao plano dos direitos e deveres de cidadania e, do mesmo modo, pelo respeito às leis que regulamentam esses direitos e deveres (ROLNIK, 1992).

Considerando as pontuações de Suely Rolnik (1992), essa forma de compreensão da ética encontra-se atrelada a uma maneira específica de entender o que nomeamos de "o outro". Nesta direção a ética estaria ligada ao plano do visível, ao plano das formas, ao que a

consciência pode apreender. Em seu texto “À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia”, a autora afirma que:

numa primeira aproximação, mais óbvia, o outro é tudo aquilo (humano ou não, unitário ou múltiplo) exterior a um eu. Isso é o que se apreende no plano do visível, captável pela percepção: há nesse plano uma relação entre um eu e um ou vários outros (não só humanos, repito), unidades separáveis e independentes. (ROLNIK 1992, p. 3).

No entanto, há também o plano do invisível, o plano dos fluxos, das forças. Nesse plano, as composições e as decomposições vão se fazendo, há um processo constante de diferenciação, que ao alcançar certo limiar, pede a criação de novas formas, a fim de dar corpo para que essas mudanças se tornem visíveis. Quando damos passagem a essas forças, quando respondemos a essa diferenciação, nos tornamos outros. É uma dimensão diferente de outro com que estamos lidando. É a alteridade em nós.

Se levarmos em consideração essa dimensão invisível da alteridade, torna-se impossível pensar a subjetividade sem o outro, já que o outro nos arranca permanentemente de nós mesmos. A dimensão invisível da alteridade é o que extrapola nossa identidade - essa unidade provisória onde nos reconhecemos [...] (ROLNIK, 1992, p. 4).

Ao atentarmos para a dimensão do invisível, para a alteridade em nós, também deslocamos o sentido de ética. A ética não estaria mais ligada ao plano das formas, a uma subjetividade entendida como individualidade, e ao outro como exterior a esse eu.

Assumir uma postura ética requer que nos interessemos pelo plano do invisível. Ao nos voltarmos para os afectos, para as sensações, acessamos esse plano onde se dá a produção dos modos de subjetivação, onde os movimentos acontecem. A aposta é, então, na criação de sentido, na possibilidade de abertura, na construção de novos modos de existir tendo como critério ético a potência de vida.

Não se quer com isso uma recusa das formas, pois as formas são necessárias, é preciso o mínimo de organização. O que se questiona é o predomínio destas formas. Há uma lógica, tornada dominante, em que ou não se admite a existência do plano das forças ou só se admite esse plano enquanto perigoso, pois nele também há possibilidade de destruição, de morte. A consciência ao tentar lidar com o plano das forças recolhe apenas os efeitos desta produção, já que as causas são inacessíveis a ela. Dessa forma ela acaba tomando os efeitos pelas causas e os interpreta através da moral (que são os códigos que ela reconhece):

O homem da moral que nos habita é o vetor de nossa subjetividade que transita no visível: é ele que conhece os códigos, isto é, o conjunto de valores e regras de ação vigentes na sociedade em que estamos vivendo; ele guia nossas escolhas, tomando como referência tais códigos - daí porque chamá-lo de moral". É o homem da consciência: o operador de nosso funcionamento no mundo vigente, e enquanto tal é essencial para nossa sobrevivência" (ROLNIK, 1992, p. 7).

Não se trata, portanto, de descartar a dimensão moral e sim de pensar uma co-ativação da dimensão moral e da dimensão ética. É poder sustentar a abertura para a passagem das forças, para as diferenças que vão se fazendo nos territórios, mas também atentar para o fato de que é preciso construir territórios criando um corpo para que as diferenças possam se estabelecer em um modo de existir.

Na clínica, acompanhamos o traçado das formas nos territórios constituídos, mas estamos, além disso, atentos para o que está se transformando e se diferenciando. Tratar-se-ia, então, de apreender e incitar o exercício da alteridade no percurso tecido na vida daquele que nos procura pedindo ajuda, mas, igualmente, no trajeto do clínico, criando uma relação analítica portadora de uma outra cumplicidade. Cumplicidade, agora, coletiva da produção da alteridade em nós.

Não há uma negação da importância dos referenciais teóricos, eles são importantes ferramentas para o trabalho, porém eles não devem engessar o clínico, impedindo-o de enxergar as singularidades, ou mesmo tentando fazê-las caber em seu saber. De acordo com Dutra (2004),

a prática clínica tem lugar sempre que o sofrimento do sujeito cria uma demanda, mas não necessariamente quando se instala uma patologia. Com esse raciocínio é possível, agora, considerar que o que caracteriza a prática clínica não pode reduzir-se nem ao lugar, consultório; nem ao número de sujeitos ou a sua classe econômica; nem à técnica utilizada ou à patologia diagnosticada. O diferencial da escuta clínica encontra-se na qualidade da escuta e acolhida que se oferece a alguém que apresenta uma demanda psíquica, um sofrimento, para um outro que se propõe a compreender esta demanda. Representa uma determinada postura diante do outro, entendendo-o como sujeito que pensa, sente, fala e constrói sentidos que se expressam, se criam e se modificam nessa relação de subjetividades, num determinado mundo e num certo momento das suas histórias. (DUTRA, 2004, p.384)

Nessa perspectiva podemos entender a clínica como acolhimento. E acolher é "considerar as subjetividades como constituindo-se num mundo em que as dimensões históricas, sociais e culturais exercem o seu papel no processo de subjetivação" (idem, p.385) e ainda,

significa pensar o mundo vivido e a realidade, nossa e a do outro que acolhemos,

não só com a visão da provisoriedade da existência, mas também com o olhar da diversidade, da pluralidade e complexidade que constituem a natureza humana, porém sem perder de vista a singularidade que caracteriza a condição humana" (idem, p.386).

Se entendermos que a clínica se faz nesse tensionamento de não saber anteriormente o que será produzido, há uma aposta que é feita a cada encontro de que aquele será um bom encontro, de que novas possibilidades de vida podem ser construídas. No entanto, o que o clínico pode fazer é apontar as linhas de ruptura, os pontos onde os territórios estão se desfazendo, mas cabe ao clinicando escolher dar passagem ou não às linhas, investir na criação de novos territórios. A cada encontro faz-se uma aposta. Com isso, o clínico experimenta muitas vezes certa angústia ao partilhar junto ao clinicando suas impossibilidades de dar abertura a novos sentidos, reproduzindo modos de viver que já estão endurecidos, respondendo com seu sintoma.

Nessa perspectiva, entendemos que, além de uma atitude de acolhimento, expressa no inclinar-se em direção ao doente (*klino*), a clínica porta também esta dimensão de desvio criativo (*clinamen*), que faz do ato clínico uma relação intercessora, colocando-se no lugar de passagem, abrindo-se para o diferir que se produz neste encontro de corpos que, em interferência mútua, criam mundos possíveis, construídos na abertura do afetar e do se deixar ser afetado por esta experiência. (BARROS; LOUZADA; VASCONCELLOS, 2008, p.17).

O conceito de *clinamen* é usado aqui a partir do sentido que tem na filosofia grega para designar “o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas” (PASSOS; BARROS, 2001, sem número de página). A clínica se faz afirmando esse desvio.

Esse tensionamento pode se constituir como força para enfrentar os problemas colocados pela diferença, e sustentar o que emerge de novo, criando condições para que novos modos de subjetivação se produzam e que outras possibilidades de vida sejam inventadas. Pensada assim, a clínica não terá como objetivo nos dizer o que somos e as causas disso, mas ela terá por vocação “promover a escuta daquilo de que estamos em vias de diferir - ou seja, a sustentação de devires-outro” (ROLNIK, 1995, p. 3). A clínica tem como função facilitar a relação entre os modos de subjetivação constituídos e os novos territórios, os mundos produzidos pelas diferenças.

Entendemos que esse pensamento está em consonância com Figueiredo quando este propõe que pensemos o psicólogo¹³ como 'profissional do encontro' (FIGUEIREDO, 1993, p.93), pondo em cena a dimensão da alteridade:

Quando proponho caracterizar o psicólogo, em qualquer contexto em que trabalhe, como 'profissional do encontro' estou apenas assinalando o fato de que o lidar com o outro (indivíduo, grupo ou instituição) na sua alteridade faz parte da nossa atividade cotidiana. Mesmo que cheguemos a este encontro com a relativa e muito precária segurança de nossas teorias e técnicas, o que sempre importa é a nossa disponibilidade para a alteridade nas suas dimensões de algo desconhecido, desafiante e diferente; algo que no outro nos obriga a um trabalho afetivo e intelectual; algo que no outro nos pro-pulsiona e nos alcança; algo que do outro se impõe a nós e nos contesta, fazendo-nos efetivamente outros que nós mesmos. (FIGUEIREDO, 1993, p.93)

Ele ressalta que nessa dimensão não se coloca apenas a alteridade do outro, mas esse encontro faz com que o clínico se depare com a alteridade nele mesmo, esse encontro com o outro é o motor para processos de diferenciação; completa dizendo que "é no contato com as alteridades do outro e com nossas próprias alteridades que transcorre e se efetua toda a nossa experiência; é daí que se pode originar nossa eficácia¹⁴" (FIGUEIREDO, 1993, p.93,94).

No entanto, o que implica, para o clínico sustentar tais tensionamentos e embates quando ele, também, é alvo desses processos de constituição das políticas de subjetivação vigentes? Que alianças ou dispositivos podem contribuir para apoiar uma prática clínica que se apresenta como transdisciplinar? Tomando por base a nossa experiência podemos afirmar que encontramos no dispositivo-supervisão uma aliança fundamental para fazer valer na prática clínica os conceitos-ferramentas que vão se construindo a partir de um plano teórico potente que norteia e, ao mesmo tempo, aposta nos riscos que todo processo analítico comporta. Em cena a supervisão coletiva como possibilidade de uma clínica da clínica.

2.4 Uma clínica da atividade clínica

A necessidade de pensar a clínica com uma abordagem política vem sendo discutida por diversos autores, entendendo que qualquer intervenção é política, "por mais insignificante que pareça, [...], uma vez que sempre provoca efeitos no coletivo e repercute no projeto como um todo" (NASCIMENTO et al., 2006, p. 15, 16).

¹³ Embora ele esteja se referindo ao psicólogo, entendemos que este termo não se refere apenas aos psicólogos, mas ao clínico.

¹⁴ Mais a frente veremos como a eficácia da ação está ligada ao poder de agir para a clínica da atividade.

Dutra (2004) diz que uma nova concepção de clínica implica a construção de um olhar onde o sujeito seja pensado como aquele que se constitui no mundo, em relação com este mundo, mundo este que também está se construindo nesse processo¹⁵. Nessa concepção não se comporta mais uma separação entre a clínica e a política, ela exige da clínica um posicionamento ético e político.

Sustentar uma prática clínica que se afirme enquanto política é de grande importância se entendemos que nessa prática estamos lidando com processos de produção de modos de subjetivação¹⁶, com produção de realidades, pois estaremos numa posição de questionamento constante dessas formas tidas como concluídas. Para Barros (2005) a função da clínica é promover a “devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção que é plano do coletivo” (BARROS, 2005, p. 23). Pensar dessa maneira nos torna comprometidos politicamente.

Como ressalta Clot (2010) a clínica da atividade se encontra entre as clínicas do trabalho e, sendo assim, seu objetivo é pensar o trabalho e o trabalhador, melhor colocando, a atividade.

Atividade que é entendida como "movimento de apropriação de um meio de vida pelo sujeito, livre jogo - ou amputação - desse movimento. Em outras palavras, antes de mais nada, desenvolvimento, ou subdesenvolvimento real das relações com as coisas pela mediação do outro" (CLOT, 2010, p. 6, 7).

Ao ser questionado sobre o emprego da palavra “clínica” em uma entrevista Clot (2006) diz que essa ideia se baseia no fato de que a psicologia do trabalho parte da realidade do trabalho (campo) e volta para o campo e que não é possível que se faça isso sem que haja transformação da situação de trabalho. Ele diz: “A concepção que tenho da ‘clínica’ é buscar a transformação. [...] A clínica não é apenas para conhecer, mas é um dispositivo de ação e do conhecimento para a ação, para a transformação” (ENTREVISTA, 2006, p. 102).

Mais tarde, ao falar dos motivos que o levaram a escolher falar de clínica do trabalho ao invés de psicologia clínica do trabalho, ele liga novamente o sentido da clínica à ação (CLOT, 2010), apontando dois objetivos para isso: o primeiro é “atribuir um privilégio à ação - a clínica - a fim de transformá-la na mola propulsora de uma psicologia *tout court*,

¹⁵ Ao se referir à atividade Clot (2010, p. 23) fala que “o sujeito constrói aí seus instrumentos, além de se reconstruir não por viver simplesmente em seu mundo, mas por produzir um mundo para viver” e ainda que “ao produzir seu meio para viver com, ou contra, os outros, ao dirigir-se a eles ou dar-lhes as costas, mas sempre em comparação com eles e em contato com o real, é que o sujeito se constrói”.

¹⁶ Já não cabe falar de uma forma acabada. O sujeito é essa forma, resultante de processos que não se concluem.

remontando aquém das oposições fixadas entre o social, o cognitivo e o afetivo que negligenciam justamente a atividade real" (CLOT, 2010, p.12); o segundo é aproximar a subjetividade do trabalho de maneira diferente do que até o momento se fez, através da renovação do conceito de atividade (idem).

A atividade, segundo Clot (2010), "vincula ou desvincula o individual e o social, [...], os sujeitos entre si e esses sujeitos com os objetos que os mobilizam (p. 11)". Ele considera a atividade a menor unidade do intercâmbio social. Coloca como sendo o sentido de uma clínica da atividade o confronto com esses processos sociais a fim de que possam diferir dos "círculos viciosos que, atualmente, ainda são demasiadamente presentes" (idem). Nesse trabalho ele coloca a questão do social e o interesse da clínica da atividade da seguinte forma:

Mas o 'social' não é apenas a opressão ou a subordinação. O 'social' não é somente o que se encontra no exterior dos indivíduos ou, até mesmo, entre eles. É óbvio que ele está presente aí, mas sem ser, de modo algum, sedentário; além disso, o 'social' pode ser descoberto, também, no próprio indivíduo que tem de se haver com ele (*'faire avec lui'*) em todos os sentidos do termo [...] Uma clínica da atividade vai interessar-se, em primeiro lugar, pela organização desses deslocamentos na ação individual e coletiva realizada em situação de trabalho, além dessas realizações, para outras realizações. Em poucas palavras, pela história e pelo desenvolvimento da sociedade em cada sujeito. Com e contra a sociedade, para além dela, *na e pela atividade* (CLOT, 2010, p.13).

Outro ponto importante para o uso de clínica também destacado na mesma entrevista (2006) é a inclusão da dimensão da subjetividade. Clot diz que não é possível falar de atividade sem falar de subjetividade, para ele atividade e subjetividade são inseparáveis.

Por isso que uso o termo "clínico": clínico do ponto de vista de meu engajamento, do lado da experiência vivida, do sentido do trabalho e do não sentido do trabalho; "clínico" do ponto de vista da restauração da capacidade diminuída [...] a 'clínica' é a ação para restituir o poder do sujeito sobre a situação (ENTREVISTA, 2006, p. 102).

É interessante destacar que ao falar da questão da subjetividade (ENTREVISTA, 2006), ele não torna a clínica da atividade uma clínica individualizante, ele frisa que "na clínica do trabalho a questão do coletivo é o problema central" (p.102), e em outro texto (CLOT, 2010) acrescenta que

as construções subjetivas nunca são nada além de re-criações, às vezes irreconhecíveis, dos conflitos que atravessam e circulam na atividade coletiva e individual. Sua origem se encontra, aliás, não propriamente no 'social' como tal, mas no que permanece inacabado nele e, portanto, deve ser produzido. [...] a possibilidade de fazer de outro modo o que já foi feito com os outros [...] A

transformação coletiva do trabalho real dos sujeitos me dá a impressão de ser *o que há de mais produtivo para as construções subjetivas* (CLOT, 2010, p. 24).

Resumindo, podemos entender que para a clínica da atividade o sentido do conceito de clínica está ligado à intervenção, ao trabalho de campo, à ação.

Pensando a supervisão podemos dizer que para a clínica da atividade, conforme colocado por Clot, o seu trabalho clínico não tem como objetivo intervir diretamente naquele que busca atendimento, e sim na atividade do próprio clínico. Mas não podemos negar que, ainda que não seja o foco, o clinicando também sentirá os efeitos da intervenção, afinal, um dos objetivos da supervisão é cuidar da relação clínico-clinicando, assegurando que esta não adoça.

Apesar de haver uma tensão entre os conceitos de clínica apresentados, acreditamos que eles não são antagônicos e mais, apostamos que para sustentar o conceito de clínica como exposto anteriormente é fundamental a possibilidade de que uma clínica do trabalho do clínico aconteça. Como nos dizem Barros, Louzada e Vasconcellos:

A direção que indicamos para uma Psicologia construída na interlocução com a Clínica da Atividade é, assim, a de cartografar os processos de trabalho; construir novos sentidos que possam se constituir como linhas que fogem do modelo hegemônico proposto para os profissionais Psi, seu mandato social, criando outras direções e, nessa construção, efetuar um cartografia com os trabalhadores acerca do trabalhar (BARROS; LOUZADA; VASCONCELLOS, 2008, p.17)

Para que o trabalhador da clínica possa em sua prática dar condições daquele que o procura de se aliar aos processos de subjetivação, devolvendo a ele a autonomia, é preciso que esse clínico tenha, ele mesmo, como desenvolver o seu poder de agir.

Grande parte do que acontece na clínica não está prescrito, não pode ser previsto, comportando, portanto, uma grande parcela de criação. A supervisão coletiva não tem como função ensinar o que se fazer em cada situação, mas no *a posteriori*, ela pode se constituir num dispositivo para pensar o acontecimento, o encontro clínico e daí construir um conhecimento sobre ele.

Desse modo, podemos pensar a supervisão coletiva como uma experiência que vai se utilizar de experiências – a do encontro entre clínico e clinicando – para possibilitar outras experiências – o que vai se produzir no coletivo da supervisão. Nesse viés da clínica da atividade, a supervisão coletiva se torna uma clínica da atividade do trabalho clínico.

Fizemos todo esse caminho: passando pela relação da psicologia com a clínica e a supervisão, a fim de afirmamos uma clínica não centrada num especialismo e sim uma clínica

que é ampliada, por se constituir a partir de uma outra lógica, comportando em si uma gama de componentes, e também nos dedicamos a esse exercício de pensar uma clínica para clínica. Tudo isso se faz a partir do entendimento de que o ofício clínico é um trans-ofício, uma vez que atravessa e é atravessado por diferentes profissões e ocupações, e que também o gênero clínico é um gênero transdisciplinar. No próximo capítulo trataremos dessas proposições, levantando a questão sobre o que caracteriza esse ofício e o que faz com que possamos olhar e reconhecer a existência de um ofício clínico.

3 A CLÍNICA COMO TRANS-OFÍCIO

Perder-se

Estou começando a achar que a minha inspiração é ter que andar pelo Rio de Janeiro. Sempre que vou para algum lugar por lá, sinto vontade de escrever. Ou talvez sejam os encontros do GIRA, já que são eles o motivo dessa minha locomoção... Mas vamos começar a história do começo.

Hoje tivemos um encontro de supervisão em Guadalupe, e eu não sei andar no Rio, mas já havia ido uma vez antes a Guadalupe. Então, quando uma amiga (que não sabe andar pelo Rio) do grupo pergunta quem vai sair de Niterói, digo que como já havia feito o trajeto iria me perder um pouco menos. É aí que outra amiga responde a esses emails com a seguinte frase "perder-se também é caminho", da Clarice Lispector. Bem, no fim das contas a gente não chegou a se perder, apenas não fomos devidamente avisadas do que deveríamos fazer, mas conseguimos nos sair muito bem. No entanto, a frase ficou ecoando em minha cabeça durante toda a supervisão... Mas qual o motivo disso?

Acho que tem a ver com as coisas ditas na supervisão. Sentir-se só, precisar ser acolhido, afirmar escolhas, poder deixar que vejam nossa fragilidade, receber cuidado, cuidar... Tantas sensações, tantos afetos, tantas situações que são dos pacientes, mas que se misturam com nossas vidas, que nos pegam, nos embolam e parecem nos tirar do rumo, e que rumo é esse mesmo? Para onde pretendíamos ir ao escolher ser psicólogos, ao querer cuidar de outros (que nos chegam em situações tão doloridas, situações que nos tocam de tantas maneiras)? Que caminho é esse em que planejamos trabalhar de certo jeito, mas que vai nos fazendo encontrar sempre com o inesperado, nos desafiando, alargando nossos limites?

"Perder-se também é caminho"... É fazer do novo material de trabalho, é usar o que tenta nos paralisar como alavanca para o impulso; é fazer do que a princípio parece confusão, caminho errado, fim da linha, como nova estrada, atalho, trilha...É conhecer um lugar onde não se iria se apenas o que estivesse no cronograma, dentro do estritamente planejado fosse seguido.

Como nos "perdemos" hoje? Fazendo o caminho correto: estávamos no caminho certo, mas achamos que estava errado, então tivemos que voltar um pedaço, para descobrir que o que pensávamos ser o certo não era e que o estávamos fazendo antes é que era. Confuso? Na hora foi só um pouquinho. Conseguimos fazer o caminho, chegamos onde queríamos, aprendemos algo mais sobre o metrô... Lá, na supervisão, também por momentos a sensação é de que tínhamos nos perdido, nos casos, nas escolhas da profissão, na vida... Mas juntos construímos caminhos... (Diário de campo, 09/04/11).

Como já dissemos, queremos pensar a clínica como um trans-ofício. E, embora a clínica da atividade não se detenha numa diferenciação, nos interessa pensar que o ofício não é sinônimo de profissão.

Utilizaremos a referência da sociologia das profissões para diferenciar o que chamamos de ofício do que se entende por profissão e, levando adiante o que o pensamento

da clínica da atividade, pretendemos pensar a clínica como um ofício que se constitui como uma multiplicidade, uma vez que é composto por uma variedade de elementos, um ofício transdisciplinar, ou como chamamos, um trans-ofício.

3.1 Para além de um especialismo – por um trans-ofício

Há na sociologia das profissões diferentes correntes de pensamento que definem e pensam de maneira diversa o que é profissão, no entanto há pontos característicos que podem ser usados como invariantes nessas definições.

Podemos dizer que o que define uma profissão, para essas teorias, é “o domínio de uma *expertise* e a demarcação de fronteiras no mercado de trabalho que possibilitem certo monopólio no desenvolvimento de atividades que tenham como base essa *expertise*” (NASCIMENTO, 2007, p. 108). A profissão se liga, então, a construção de um especialismo.

São também características que definem uma profissão sua vinculação a um conhecimento técnico-científico; possuir uma autorização (o diploma) para ser exercida, uma regulamentação (código de ética), instâncias de proteção e vigilância (conselhos, associações) e uma exigência de estruturação (credenciamentos, cursos de ensino superior).

Um conceito interessante para pensar a questão das profissões é o de profissionalismo. O profissionalismo seria “um processo social desenvolvido por certas ocupações” (NASCIMENTO, 2007, p. 106), que vai dando legitimidade a estas e o poder de exercer o monopólio de práticas ocupacionais.

O profissionalismo cria não só *experts*, mas também leigos que vão depender do conhecimento destes *experts* (p.107).

Para Freidson (1996), os elementos principais do profissionalismo são: a) a produção de saber abstrato, com monopólio sobre uma área especializada do conhecimento; b) a autonomia profissional para realizar diagnósticos; c) o controle do mercado através do credenciamento; d) obtenção das credenciais no ensino superior (NASCIMENTO, 2007, p.109).

Ele se relaciona com a criação de mecanismos que possibilitem o monopólio de uma prática profissional.

Nesse processo a profissão passa a ter uma exigência de credenciais e é o ensino superior o principal meio de consegui-las, ao menos no Brasil. Ela está ligada a um conhecimento específico.

Há também um caráter normativo das profissões. Elas, “a partir da *expertise* e do monopólio sobre esta”, são autorizadas a dizer como a “sociedade *deve ser*” (p.111). Por isso uma análise das profissões deve vincular a questão do profissionalismo a outros processos sociais, assim como a participação do Estado na legitimação e manutenção do profissionalismo.

Mas o que diferencia uma profissão de um ofício?

Podemos dizer que as profissões estão ligadas às “artes liberais”, a um trabalho intelectual, enquanto os ofícios estão ligados às “artes mecânicas” ou a trabalho manual.

O ofício estaria calcado num saber prático. Haveria um “mistério” nos métodos de trabalho, que seria passado no próprio fazer da atividade. O ofício “se aprende dentro do mercado de trabalho” (NASCIMENTO, 2007, p. 110), enquanto a profissão se aprende em “instituições de ensino” (idem).

Resumindo, a diferença entre ofício e profissão, para a sociologia das profissões, residiria no fato de que o ofício se baseia principalmente em conhecimentos práticos. A experiência e o treinamento prático extensivo são as bases de como se compõem os ofícios. Já a profissão tem uma especialização que é fundamentada teoricamente (NASCIMENTO, 2007, p. 109).

Essa definição de ofício ainda é uma definição inicial, não aprofundada, no entanto entendemos que ela já nos apoia no exercício de pensar a clínica. Um dos pontos que nos chama a atenção é em relação a desvincular o ofício de um especialismo. Para nossa discussão é muito importante desvincular a clínica da ideia de uma especialidade de algumas profissões.

Então, quando nos propomos a pensar a clínica como um ofício, estamos apostando que é possível fazer ruir a ideia de que a clínica está restrita a uma única profissão, de que o clínico precisa de um diploma específico, um curso superior exclusivo.

Pensamos aqui o ofício clínico como um trans-ofício. Um ofício que se compõe por uma multiplicidade de atravessamentos, comportando em si diferentes profissões e ocupações. Retomamos o que foi dito anteriormente sobre o ofício ter como base um conhecimento que se dá no fazer, “artesanal”, mas destacamos que o ofício clínico não pode abrir mão de uma formação que abarque um pensamento mais cuidadoso, ou seja, um trabalho teórico sobre esse fazer.

Voltando à clínica da atividade podemos dizer que as raízes do ofício se encontram nos “saberes da ação frente aos acontecimentos” (CLOT, 2010, p. 282). Fazendo referência à psicopatologia do trabalho, ao citar Dejours, Clot (2010) diz que é possível pensar um sentido

de ofício como sinônimo de um coletivo de pertencimento. “O coletivo garante a socialização e a identificação a uma comunidade de ofício. Por último a profissionalização estabiliza as regras” (p. 282). De acordo com esse pensamento, o ofício vive a partir dos profissionais, mas os supera.

Essa superação se dá porque, apesar de ser necessário para que haja ofício fazer parte de uma “comunidade profissional” (CLOT, 2010, p. 286), esta comunidade precisa ser capaz de se conservar, ela não pode funcionar apenas em uma única situação, mas ela precisa possuir uma história, uma memória coletiva, que é o gênero. O gênero inscreve o ofício em uma “história técnica, cognitiva e, até mesmo, corporal” (idem, p. 287).

O ofício é, para cada um, na atividade, um instrumento técnico e psicológico. Ele é relativo ao objeto do trabalho, a si mesmo e aos outros (CLOT, 2010, p. 287). E é por isso que, segundo Clot (2010), o ofício possui “várias vidas simultâneas” (p. 290), sendo no seu movimento que ele mostra o que é. O ofício é “*ao mesmo tempo, pessoal, interpessoal, impessoal e transpessoal*” (idem).

Podemos dizer que as tarefas prescritas formam o impessoal, o que há de mais instituído. O pessoal e o interpessoal são a parte instituinte do ofício, o “vivo” (CLOT, 2010, p. 290). Por meio da motricidade dos diálogos (consigo e com os outros) sobre o real do trabalho o ofício vai se transformando. É na atividade que, para realizar a tarefa, o ofício acaba sendo repensado coletivamente. O transpessoal é a memória profissional, a história, ou seja, o gênero, que atravessa a “todos e a cada um” (idem).

A atividade pessoal e interpessoal institui o impessoal e o transpessoal.

O ofício absorve os conteúdos técnicos, cognitivos e afetivos, tirados de todo o contexto profissional em que ele se faz atualmente, alimenta-se deles e põe-se a designar, ao mesmo tempo, algo maior e menor do que está contido na sua definição geral considerada fora de qualquer contexto: mais porque o círculo de suas possibilidades se amplia em função do poder de agir efetivo em cada situação singular. [...] Se o ofício fornece o equipamento à atividade, em compensação, esta o modifica (CLOT, 2010, p. 293-294).

Voltando à nossa diferenciação entre ofício e profissão, podemos dizer que as profissões se inserem no impessoal do ofício. Elas comportam o prescrito. Quando pensamos um trans-ofício composto por diversas profissões e ocupações, precisamos reconhecer que há necessidade da existência de certas regras, que estão associadas ao que vimos como a regulamentação das profissões. Podemos também, retomando o que dissemos anteriormente sobre os gêneros, pensar a profissão como um gênero de técnicas, como “um gênero que

instala as condições iniciais da atividade em curso, prévia a ação. Pré-atividade. Resumo protopsicológico disponível para a atividade em curso” (CLOT, 2010, p.124). E não só isso, também podemos incluir nessa dimensão a necessidade de se construir reflexões teóricas que também vão balizar o trabalho desse ofício.

Mas como dito antes, o ofício não é só composto do prescrito, por ele passam também outras dimensões.

Pensamos a clínica como um trans-ofício, que se alimenta de uma via feita pelas profissões que o compõem, mas que carrega consigo um gênero clínico que é também ele transdisciplinar, que consiste em uma memória coletiva, uma história que constrói a partir das dimensões pessoal e interpessoal, ao passo que estas são as dimensões do movimento, da ação, onde é possível retomar a tarefa e repensa-la, modificando o próprio gênero – a dimensão transpessoal do ofício.

3.1.1 Os gêneros da atividade – a dimensão transpessoal do ofício

Quando nos referimos a um gênero clínico, estamos pensando um gênero de atividade, um gênero trans-ofício, que comportará não apenas a história de um gênero profissional, mas será um gênero composto por múltiplos atravessamentos, por gêneros tanto discursivos quanto técnicos que compõem determinado meio social.

Faz-se necessário, portanto, conceitualizarmos o que estamos chamando de gênero de atividade. A clínica da atividade, com base no que propõe Bakhtin, utiliza os conceitos de gênero e estilo para falar da atividade.

Bakhtin ao pensar a linguagem aponta para a importância do diálogo, colocando o enunciado como a unidade de base da troca verbal. Ele vincula a palavra a um gênero discursivo. Os gêneros seriam um estoque desses enunciados previsíveis. De acordo com ele, “cada campo de utilização da língua elabora seus *tipos relativamente estáveis* de enunciados” (BAKHTIN, 2011, p. 262): o gênero.

Os gêneros fixam o regime social de funcionamento de uma língua num determinado meio. Segundo Clot (2010) os gêneros são os “falares sociais em uso em uma determinada situação” (p. 121). Eles definem a participação em um grupo e como agir neles.

As características dos gêneros seriam: sua relativa estabilidade, sua capacidade de organizar a fala e, apesar de serem praticamente dados, carregam consigo sempre a

necessidade de sua recriação. Ou seja, apesar de não criarmos os gêneros, estamos constantemente os recriando.

Ao transpor o conceito de gênero para pensar a atividade, Clot pensa o gênero como um arcabouço de saber que torna possível não ser preciso re-especificar a tarefa toda vez que ela se apresenta (CLOT, 2010, p. 121,122).

Além dos gêneros discursivos, há, portanto, os gêneros de técnicas. Estes seriam um arcabouço de técnicas em uso num meio profissional, e funcionariam fazendo “a ponte entre a operacionalidade formal e prescrita dos equipamentos materiais e as maneiras de agir e pensar de determinado meio” (CLOT, 2010, p.123).

Conjuntamente, os gêneros discursivos e os gêneros de técnicas, formam os gêneros de atividades. Os gêneros de atividades

são os antecedentes ou os pressupostos sociais da atividade em curso, uma memória transpessoal e coletiva que confere seu conteúdo à atividade pessoal em situação [...] Essas maneiras de considerar as coisas e as pessoas em determinado meio de trabalho formam um repertório dos atos convencionados ou deslocados que haviam sido adotados pela história desse meio. Tal história fixa os previsíveis do gênero que permitem suportar – em todos os sentidos do termo – os imprevisíveis do real (CLOT, 2010, p. 123).

A renúncia ao gênero é o início de uma desordem na ação, pois ele desempenha uma função psicológica, ao definir as atividades de maneira independente das características subjetivas dos indivíduos em particular, a partir de seu aspecto transpessoal. “Ele ajusta, não as relações intersubjetivas, mas as relações interprofissionais, ao fixar o espírito dos lugares como instrumento de ação” (Clot, 2010, p. 125).

O gênero não é só organização, é também instrumento e é constantemente submetido à prova do real. Ele é recurso a renovar e método a ajustar. Ele trata das regras de conduta, dos modos de agir e pensar.

Mas não se pode esquecer que ele é uma construção coletiva. O coletivo faz os recortes que são precisos e, entendendo que "o meio profissional nunca é somente um meio social, mas sempre, de alguma forma, um meio histórico" (CLOT, 2010, p.87), o gênero se constrói a partir dessa história coletiva.

A ideia de coletivo é muito cara a esta pesquisa, entendemos que é no coletivo que o gênero clínico pode se constituir e que é a partir do funcionamento do coletivo é que se tornam possíveis os processos de estilização. Tomamos o coletivo não apenas como a reunião de um grupo de pessoas, e sim dizendo respeito “a este plano de produção, composto de

elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação” (BARROS, 2005, p. 23). No coletivo não se trata de “propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É aí que entendemos que se dá a experiência da clínica: experimentação no plano Coletivo, experimentação pública” (idem). É a possibilidade de encontro com a alteridade, de fortalecer os processos de diferenciação.

Dizemos, portanto, que o coletivo é esse meio¹⁷ aonde os gêneros da atividade se constituem. E é pela existência dos gêneros que os estilos podem emergir.

Como no texto do diário de campo no início do capítulo, onde a sensação de se perder, pela insuficiência do saber, se faz presente, mas é o que impulsiona, poder contar com a experiência anterior de já ter ido à Guadalupe e ter uma amiga ao lado nos fez mais seguros para nos lançarmos na experiência e, por fim, acabarmos fazendo um caminho “nosso”. Por ser sempre insuficiente, o gênero coloca para o trabalhador a necessidade de correr o risco de perder-se, experimentar, enfrentar dúvidas, fazer escolhas mais ou menos arriscadas. O gêneros são abertos, estão sempre imersos na diversidade.

Acentuamos esse caráter transversal dos gêneros. O gênero “saudável” é aquele que está sempre aberto para a transformação. Por isso os gêneros estão sempre em relação com a multiplicidade, eles estão sempre em relação com outros gêneros, com os múltiplos estilos.

Os processos de estilização se dão porque o gênero não se fecha, ele não se conclui numa forma imutável. Ele é sempre inacabado, possuindo uma estabilidade temporária, precisando ser plástico a fim de dar recursos para a mobilidade, para que seja normativo.

O gênero se encontra, na maior parte do tempo, implícito, subentendido. Só se tornando visível quando confrontado e é a partir desse confronto que o gênero pode ser pensado e se renovar. Novamente aqui se mostra a importância do coletivo, já que é nele que esse confronto pode acontecer.

A renovação do gênero é o que aumenta a possibilidade de ação do trabalhador, por isso entendemos que a supervisão coletiva pode se estabelecer como esse espaço em que o gênero ganha visibilidade, abrindo-se para a transformação; transformação essa que dará ao clínico outros meios de construir sua prática.

Ainda que todos os gêneros comportem essa abertura para o diverso, consideramos que ela varia para cada gênero de atividade e em cada momento nos próprios gêneros. O que

¹⁷ Utilizaremos no texto as palavras “meio” e “território” no mesmo sentido. Ambas fazem referência ao um plano coletivo, plano de produção desejante, da criação.

defendemos é que o gênero clínico, por ser parte de um ofício que é ele mesmo transdisciplinar, não pode abrir mão dessa relação com o plano da alteridade. O gênero clínico é também, inevitavelmente, um gênero transdisciplinar, seu grau de abertura ao diferir precisa ser sempre potencializado.

É nesse movimento de contar a experiência para que ela se transforme, que o gênero é transformado, uma vez que não é apenas o caso que está sendo contado que muda, mas o próprio clínico é afetado pelas mudanças, assim como todos que estão partilhando esta experiência. No coletivo da supervisão vão se construindo outros modos de fazer e pensar a clínica, até mesmo pelo confronto com aquilo que já se tem como dado no fazer clínico, mas que precisa ser transformado a partir do encontro com outras necessidades. Esses processos de criação e recriação do gênero clínico na supervisão dão-se no mesmo momento em que acontecem os processos de estilização. O estilo está ligado à criação e pode ser entendido como um “modo singular” de fazer funcionar o processo de renovação do gênero. Pelo domínio do gênero é possível fazer modificações nele, essas modificações acontecem de determinadas maneiras, que não se resumem a uma mesma coisa, mas guardam algo de uma repetição.

Como o estilo não está preso a algo individual, sendo também da ordem do coletivo, em supervisão coletiva os processos de estilização podem ocorrer. Na supervisão os gêneros (assumindo que há ali encontros de diferentes gêneros) se chocam e podem se modificar uns aos outros e nesse processo estilos de atuar na clínica podem ir se criando, ao mesmo tempo em que (re)criam o gênero da atividade clínica, sustentando seu grau de abertura para a multiplicidade, para a transformação.

Falamos que na supervisão coletiva há encontro de diferentes gêneros, pois entendemos que na atividade não é só o gênero do ofício (que já ele mesmo transdisciplinar) que se apresenta, mas cada um que dela participa carrega consigo outros gêneros que compõem a sua história singular (um gênero do lugar de onde vive, de onde estudou, do seu grupo de amigos, um gênero familiar, etc.) e esses gêneros – que contribuem na formação de um estilo singular – também vão produzir um processo de estilização daquele próprio coletivo.

Tanto o fortalecimento do gênero quanto a estilização são os processos que aumentam o poder de agir do trabalhador, dão a ele autonomia. Esses processos podem acontecer quando é possível para o trabalhador pensar, no sentido de se apropriar de, sua atividade.

Como dito anteriormente, os gêneros são abertos, estão em diálogo com a diversidade em diferentes graus. Para nós, o gênero clínico só pode se constituir dessa maneira, por ser parte de um ofício que é ele mesmo constituído por atravessamentos múltiplos e diversos. Apostamos na clínica como um ofício e um gênero transdisciplinares.

Entendemos que ao afirmamos isso faz-se necessário apresentarmos o conceito de transdisciplinaridade com o qual trabalhamos.

3.2 A transdisciplinaridade

Propomo-nos aqui a pensar uma abordagem transdisciplinar da clínica, deixando claro que não estamos apresentando uma nova técnica, mas um conjunto de acepções de natureza teórico-conceitual que convoca a um exercício da clínica naquilo que ela tem de potência de criar e recriar. Para tanto, tal abordagem opera um primeiro deslocamento ao fazer ruir a ideia de identidade/unidade através do entendimento de que sujeito e objeto se produzem por efeito das práticas e não são realidades psíquicas previamente dadas. Nesta direção, ao romperem-se tais dicotomias, constroem-se planos onde sujeito/objeto podem advir concomitantemente.

Partindo desse enfoque transdisciplinar, entendemos que não apenas o objeto é construído, mas também o sujeito e o sistema teórico ou conceitual ao qual ele se identifica. Essa tríade, formada na relação sujeito, objeto e os aportes teóricos conceituais daí derivados, é, igualmente, efeito de um plano de constituição composto por materiais heteróclitos, de diferentes gêneros em que:

Há componentes teóricos e tecnológicos, mas também estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos que se atravessam nesse plano, impulsionando seu mecanismo de produção de realidade, seja ela objetiva ou subjetiva. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 76)

Portanto, não é possível pensar o processo de produção do conhecimento do outro como um desvelamento da verdade. Conhecer é estar em um engajamento que produz a realidade conhecida e que ao mesmo tempo nos constitui.

A transdisciplinaridade não se configura, também, como uma espécie de relativismo, por isso escolhas conceituais são afirmadas e posições críticas são definidas. Nesta direção, os conceitos são operadores de realidade, são ferramentas que se constroem num regime de forças. Eles estão relacionados a circunstâncias e não a essências, não são abstratos e nem preexistem. Portanto, é possível percorrer as linhas de constituição de um conceito, já que:

um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar [...] o conceito é um intercessor quando é capaz de produzir tal tipo de efeito. (PASSOS; BARROS, 2000, p.77)

Vale ressaltar que a noção de intercessor não é um conceito abstrato e só pode ser apreendido no interior de uma operação, que é de encontro, contágio, cruzamento que desestabiliza e faz diferir. O que nos convoca a apontar que os intercessores em seu movimento devem ser pensados na relação:

Vale aqui uma diferença radical das noções de interseção e intercessão. No primeiro caso, a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio[...] No segundo, que é o caso da transdisciplinaridade, a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre outro [...] Na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77)

Essa ideia de interferência e de um processo contínuo de diferenciação coloca em questão a noção de disciplina, mas não com o objetivo de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de problematizar os limites de cada uma delas a fim de questionar os pontos em que se encontram congeladas e universalizadas:

A clínica transdisciplinar se formaria como um sistema aberto onde o analista não apenas criaria intercessores, elementos de passagem de um território a outro, mas onde ele próprio seria um intercessor. Produzindo agenciamentos, misturando vozes, as enunciações, agora sem sujeito, nasceriam da polifonia dos regimes de signos que se atravessam (PASSOS; BARROS, 2000, p. 78).

Esse sistema em aberto nos permite pensar que um processo analítico não é propriedade de um analista. Nesta direção é célebre a afirmativa dos analistas institucionais de que quem opera a análise são, igualmente, os analisadores (LOURAU, 1993, p.35). Isto porque no *setting* analítico uma multiplicidade de agenciamentos pode ser criada, seja a partir de uma fala, de uma experimentação corporal, de um gesto, de uma música, de um texto. O que implica em uma abertura ao que pode ser considerado “não clínico”, sendo o clínico aquele que se coloca em uma posição de criar agenciamentos entre ele, esses elementos e o clinicando. Há múltiplos componentes nesse encontro.

É por essa razão que afirmamos que a clínica não está restrita a uma especialidade, a uma profissão, assim como diferentes ocupações atravessam o ofício clínico.

Quando fazemos esse exercício de pensar uma clínica para clínica a partir do entendimento de que ofício clínico não está restrito a uma profissão, e que o gênero que o compõe também comporta essa abertura para a diversidade, torna-se uma questão pensar como é possível reconhecer que há um ofício clínico.

Tomamos a discussão levantada pela clínica da atividade a respeito do gesto de ofício (ou como também aparece, o gesto do gênero da atividade), e usando a contribuição do trabalho do psiquiatra e pesquisador Daniel Stern (1992), no próximo capítulo pretendemos pensar o que faz possível afirmar a existência desse trans-ofício clínico e o que garante a sua continuidade, através do compartilhamento desse gesto clínico, que estamos considerando como sendo a sintonia do afeto.

4 O GESTO CLÍNICO

Quando bolinhas tornam-se agulhas

Ele jogava sozinho. No meio da mesa de pingue-pongue havia uma placa de madeira. Como é ambidestro, o ritmo do jogo torna-se muito rápido, bate com uma mão e rebate com a outra... Mas já não é mais o jogo com a placa de madeira, agora tem um jogador do outro lado. Não é mais o jogador solitário e ambidestro, mas há o outro jogador, que não sabe jogar com uma raquete em cada uma das mãos.

Não é propriamente um jogo de pingue-pongue, trata-se mais de um vai e vem da bolinha, que cruza o ar. Não tem regras, não há competição, busca por pontos ou vencedores. A bola vai e vem, ganha um ritmo, uma velocidade, que não é nem acelerada e nem lenta demais. Também se produz um som, que acompanha esse ritmo. Mas a bola também não precisa voar pelo ar, ela pode correr pela mesa ao encontro das raquetes, aí o ritmo se faz outro, o som também muda, mas o que não muda é o vai e vem que liga um jogador ao outro, no encontro das raquetes com a bola.

Esse movimento pode parecer totalmente sem propósito, afinal não se tem um objetivo estabelecido. Se o que está em jogo não é ganhar, então o que é? De que se trata ficar ali, por horas buscando acertar aquela bolinha? Ele diz “bom, muito bom, você está acertando mais”, mas o que estou acertando? Quando é que acerto? Não há uma resposta para essa pergunta, pelo menos não uma que eu consiga entender, mas tenho a sensação de que não é importante entender.

É nesse vai e vem, enquanto a bola rola na mesa ou no ar que vamos começando a falar, que posso puxar um assunto, ouvir o que ele tem a dizer. Falamos de trabalho, de não gostar de prédios, da beleza do dia, de muitas coisas...

Nesse vai e vem começo a me sentir meio costureira, tecendo com as linhas produzidas pelo traçado da bolinha uma rede, rede que é vínculo, que é contato. Sinto-me também criando um mapa, esses mesmos traços criados pelo movimento das bolinhas e da mistura que esse movimento faz com as nossas vozes vão dando contorno a um cenário, a paisagem de uma vida.

As linhas que a bolinha traça não são visíveis, mas elas saltam com as sensações, que ali, no encontro com aquela casa, com aquelas pessoas, são muitas. Essas linhas também não têm um trajeto definido, às vezes, de repente, fazem curvas inesperadas, vão em direções que não pretendíamos quando batemos nela com a raquete. Erram o alvo, mas fazem aparecer falas, dicas, o contato entre os que jogam.

Do que se trata, afinal esse jogo? Seria mesmo um jogo? Talvez se trate de uma estratégia. Uma maneira de ver que há um outro, de estar com ele, de compartilhar com ele, de poder ouvi-lo ou apenas durar com ele no silêncio das vozes (ainda que haja o som do próprio encontro, que é a bolinha encontrando a raquete, ou a mesa). É um estar junto, criando uma parceria, uma relação. É um modo de não precisar mais fazer todas as coisas sozinho só porque parece que ali cada um teria que dar conta de si. É perceber a presença do outro e fazer-se presente perante o outro.

No vai e vem da bolinha, no traçado dela pela mesa, o que se traça é uma estratégia de vida. Um modo de criar possibilidades para que essa vida se sustente, para que essa vida seja viva. (DIÁRIO DE CAMPO, 10/10/10).

O gênero, enquanto “diapásão profissional comum” (Clot, 2010, p. 161), a história de um meio de trabalho, comporta uma série de palavras, subtendidos e gestos. Os gestos caracterizam determinado gênero.

Clot (2010) coloca o gesto como um espaço de conflito entre gênero e estilo (p.160). Isso porque o gesto, em sua parte genérica, seria constituído pela memória de um coletivo, sendo aprendido pela entrada nesse coletivo. Ele sublinha que a simples imitação do gesto não garante que ele aconteça. Para que o gesto se torne efetivo, ele precisa fazer sentido para quem o executa, é aqui que entra a porção estilística do gesto. É necessária uma apropriação do gesto por parte do trabalhador, afim de que ele se torne seu. E esse movimento entre o que é genérico e o que é singular pode ser conflitante, mas são esses conflitos que mantêm o gesto do ofício vivo.

Essas questões se tornam muito pertinentes quando pensamos o gesto clínico. Afinal, há um gesto que possa caracterizar o gênero clínico? E como pensar a transmissão desse gesto?

Em grande parte dos ofícios e gêneros profissionais o gesto que os caracteriza trata-se de algo visível, diretamente observável, no entanto quando consideramos o gênero clínico essa visibilidade já não é tão clara. O que levanta a questão: o que estamos chamando de gesto clínico?

Temos afirmado a ideia de que a clínica é um trans-ofício, não é propriedade de uma profissão. Há um gênero clínico que atravessa e é atravessado por diferentes profissões e ocupações que vai compondo um ofício transdisciplinar. Um trans-ofício que é composto e compõe um gênero clínico, ele mesmo também transdisciplinar. Essa ideia parte de certo entendimento da clínica que se relaciona diretamente com o que estamos considerando como sendo o gesto clínico.

No texto “Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo”, Passos e Barros (2001) descrevem a clínica como uma experiência de desvio. Segundo eles, o sentido da clínica

não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (clinamen), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de

geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do clinamen, portanto, que a clínica se faz. (PASSOS; BARROS, 2001, p. 2).

Para que a clínica possa se fazer enquanto clinamen é necessário que o gesto clínico aconteça, e esse gesto passa pelo sentido de acolhimento da clínica, pela possibilidade do clínico de se “inclinara” àquele que o procura. Ao falarmos de clínica, falamos numa relação, tudo o que se passa na clínica se faz a partir da relação clínico-clinicando. A clínica acontece quando o clínico pode “sintonizar” com os afetos do clinicando e vice-versa. Pensando assim, o gesto clínico de acolher está ligado ao que chamaremos com Stern (1992) de “sintonia do afeto”.

4.1 A sintonia como gesto clínico

Muitos comportamentos poderiam ser considerados como o gesto clínico: a escuta flutuante, a interpretação e assim por diante, mas em nossa busca por estes gestos nos damos conta de que eles já são a forma visível de um processo. O que concluímos é que o gesto clínico é o próprio processo e que os comportamentos diversos são a parte final deste processo.

Nessas buscas nos encontramos com Stern (1992) que discute em seu livro o mundo interpessoal do bebê. Como ele diz, “uma hipótese funcional sobre a experiência subjetiva dos bebês de sua própria vida social” (STERN, 1992, p. 2). Ele vai apontando o desenvolvimento do bebê e como esse desenvolvimento está ligado à capacidade do bebê de relacionar-se intersubjetivamente.

Ao se questionar por onde “começar a inventar a experiência subjetiva dos bebês de sua própria vida social” (STERN, 1992, p. 3), Stern toma como ponto central a existência de um senso de si¹⁸. Podemos dizer que o senso de si é a o que experimentamos como um

corpo único, distinto, integrado; há o agente das ações, o experienciador dos sentimentos, o realizador das intencões, o arquiteto dos planos, o transpositor da experiência da linguagem, o comunicador e compartilhador do conhecimento pessoal. [...] Nós processamos instintivamente nossas experiências de uma forma tal que elas parecem pertencer a um tipo de organização subjetiva única, que comumente chamamos de senso de si. (STERN, 1992, p. 3)

¹⁸ Utilizamos aqui a expressão “senso de si” ao invés da expressão “senso de eu”, que é como consta na tradução do livro que utilizamos (STERN, 1992), por consideramos – a partir de estudos sobre o tema, assim como nossa relação com outros referenciais teóricos - que a ideia de senso de si condiz com o que nos propomos a pensar.

Importante ressaltar que para ele “o senso de si não é uma teoria cognitiva. Ele é uma integração experiencial” (STERN, 1992, p. 63)

Stern marca a existência desses sentidos de si antes da aquisição da linguagem. Para ele, a entrada da linguagem e de uma autorreflexão revelam a existência desses sentidos de si pré-verbais, assim como os transformam em novas experiências (STERN, 1992). Ou seja, o senso de si que percebemos como unidade vai se formando a partir de sentidos de si que começam a se formar desde o nascimento, que tem uma continuidade e se transformam ao longo da vida. Os sentidos de si que mais interessam ao autor são aqueles ligados ao relacionar-se intersubjetivo. São esses os sentidos de si descritos por Stern (1992): um senso de si emergente, que se refere ao processo e ao produto de uma organização que será sentida como ponto de referência para a formação desse “si”; o senso de um si nuclear, é essa primeira organização que servirá como ponto de referência para o restante da formação do senso de si, ele se refere ao corpo: sua coerência, ações, e etc.; o senso de um si subjetivo, onde o bebê não apenas pode se diferenciar fisicamente do outro, mas também subjetivamente, assim como se relacionar intersubjetivamente com esse outro; e o senso de um si verbal, onde a linguagem emerge, o que provoca transformações nos sentidos de si e de outro, trazendo ao mesmo tempo maior possibilidade de compartilhamento do mundo e um corte com os outros domínios do senso de si.

A linguagem, então, provoca uma divisão na experiência do eu. Ela também leva o relacionar-se para o nível impessoal, abstrato da linguagem e para longe do nível pessoa, imediato, intrínseco aos outros domínios do relacionar-se” (STERN, 1992, p. 145, 146).

Os sentidos de si não são fases sucessivas do desenvolvimento, depois de formados eles permanecem funcionando e ativos por toda a vida, “todos continuam a crescer e a coexistir” (STERN, 1992, p. 8). Ele os descreve como domínios de si que se criam e se estabelecem.

Retomemos o senso de si nuclear, onde o bebê apresenta um senso integrado de si próprio, assim como das outras pessoas, tendo-as como “interatuantes distintos e separados” (STERN, 1992, p. 61). Desde cedo o bebê possui um senso de si nuclear e de outro nuclear que lhe permite uma diferenciação dele e do outro¹⁹. Dessa forma, o estar com o outro constitui atos ativos de integração, o que Stern (1992) chama de “senso de si *com*²⁰ outro” (p.

¹⁹ Esse outro não precisa estar presente fisicamente, eles podem ser interlocutores ausentes.

²⁰ Grifo nosso.

89). Na relação com o outro o bebê vai regulando sua própria experiência, é o que ele nomeia como outro auto regulador.

Essa experiência do “estar com” não é apenas objetiva, ela é também subjetiva. Não só comportamentos são mudados, como também afetos. E, num certo ponto, o bebê adquire a percepção de que as “experiências subjetivas internas” (idem) também podem ser compartilhadas. É a formação de um senso de si subjetivo. Com a formação desse senso há a descoberta da possibilidade de uma experiência subjetiva mútua.

Esse relacionar-se intersubjetivo está ligado à capacidade de compartilhar os afetos, a uma interafetividade. Entendendo por interafetividade a possibilidade de um outro saber que sentimos algo semelhante ao que ele sente, ou poder “entrar” na experiência subjetiva do outro e ele poder saber que isso acontece, sem que palavras sejam usadas.

Stern se preocupa em sublinhar que a imitação de comportamentos não é suficiente para que um estado de sentimento seja reconhecido pelo outro.

Para que haja uma troca intersubjetiva em relação ao afeto, apenas uma exata imitação então não funciona. Primeiro, o progenitor deve ser capaz de ler o estado de sentimento do bebê a partir de seu comportamento manifesto. Segundo, o progenitor deve realizar algum comportamento que não seja uma imitação exata, mas que não obstante corresponda, de alguma forma, ao comportamento manifesto do bebê. Terceiro, o bebê deve ser capaz de ler essa resposta parental correspondente como tendo a ver com a sua experiência de sentimento original e não apenas como uma imitação de seu comportamento. É apenas na presença dessas três condições que os estados de sentimento dentro de uma pessoa podem ser reconhecíveis para outrem e que ambos podem sentir, sem usar a linguagem, que a transação ocorreu (STERN, 1992, p. 124).

Segundo Stern para que isso aconteça é preciso que uma nova categoria de comportamento passe a acontecer. Ele denomina essa nova categoria de comportamento como *sintonia do afeto* (STERN, 1992).

Para ele, a sintonia não é um comportamento “puro”, ela se dá ao mesmo tempo em que outros comportamentos. “A sintonia do afeto está com frequência tão enraizada em outros comportamentos que exemplos relativamente puros são difíceis de encontrar” (idem, p. 125), por isso ele apresenta exemplos. Um desses exemplos é o seguinte:

Uma menina de dez meses consegue finalmente pegar uma peça de um quebra-cabeça. Ela olha para a mãe, levanta a cabeça para o ar e, com um forte impulso dos braços, ergue-se parcialmente do chão num ímpeto de exuberância. A mãe diz: “SIM, isso, garota.” O “SIM” é entoado com muita ênfase. Possui uma elevação explosiva que ecoa o ímpeto do gesto e postura da menina (STERN, 1992, p. 125).

Esse enraizamento das sintonias, para Stern, é tão comum que, a menos que se esteja procurando por elas, as sintonias passarão despercebidas, no entanto, são essas sintonias enraizadas que transmitem a impressão da qualidade do relacionamento (Stern, 1992, p. 126).

Podemos definir a sintonia do afeto como “o desempenho de comportamentos que expressam a qualidade do sentimento de um estado afetivo compartilhado, sem imitar a exata expressão comportamental do estado interno” (STERN, 1992, p. 126). A sintonia tem as seguintes características:

- Elas possuem alguma forma de equiparação com o comportamento que foi manifesto. Não há uma reprodução deste, mas dão a impressão de que algum tipo de imitação ocorreu.
- Essa equiparação, em grande parte, se dá de uma maneira “modal-cruzada”. A modalidade da expressão usada para equiparar o comportamento realizado é diferente do canal utilizado para realizar o comportamento inicial. No exemplo citado o aspectos do movimento realizado pela menina são equiparados por aspectos da voz da mãe.
- O que está sendo igualado é algum comportamento que reflete o estado de sentimento da pessoa e não o seu comportamento por si só.

O foco das sintonias são os afetos, a qualidade dos sentimentos que estão sendo compartilhados. “A sintonia é a maneira predominante para comungar ou indicar o compartilhar de estados internos” (STERN, 1992, p. 127). Outro ponto importante a citar é que a sintonia ocorre de fora da consciência e automaticamente. Ela remodela a experiência em uma outra forma de expressão.

Procurando por evidências da existência da sintonia, Stern (1992) diz num primeiro momento que a demonstração de sua existência é à primeira vista uma impressão clínica, ou uma intuição. Ele busca identificar aspectos no comportamento das pessoas que pudessem ser igualados sem serem imitados e, com colaboradores, conclui que há três aspectos gerais de um comportamento que poderiam ser a base de uma sintonia: intensidade, *timing* (tempo), e forma (Stern, 1992).

Essas três dimensões foram então divididas em seis tipos de equiparação mais específicos:

1. *Intensidade absoluta*. O nível de intensidade do comportamento da mãe é o mesmo que o do bebê, independentemente do modo ou forma de comportamento. [...]
2. *Contorno de intensidade*. As mudanças de intensidade no tempo são igualadas. [...]

3. *Batida temporal*. Uma pulsação regular, no tempo, é igualada. [...]

4. *Ritmo*. Um padrão de pulsações de ênfase desigual é igualado.

5. *Duração*. O período de tempo do comportamento é igualado. Se os comportamentos da mãe e do bebê duram mais ou menos o mesmo tempo, ocorreu uma equiparação da duração. Contudo, não se considera que uma equiparação da duração, por si só, constitua em critério suficiente pra uma sintonia, pois muitas cadeias de resposta bebê/mãe não-sintonizadas apresentam equiparação da duração.

6. *Forma*. Algum aspecto espacial de um comportamento, que pode ser abstraído e remodelado em um ato diferente é igualado. [...] Forma não significa a mesma aparência externa; isto seria imitação. (STERN, 1992, p. 130).

Como parte de sua pesquisa sobre as sintonias, Stern observou mães e bebês brincando e usou esses aspectos descritos acima para examinar a natureza das sintonias do afeto.

Dentre os resultados obtidos, interessa-nos o que ele chamou de “más sintonias” (STERN, 1992, p. 132). Ele as divide em dois tipos: as *más sintonias propositais* ou *sintonização*. Que ocorrem quando a mãe tem como propósito alterar o nível de atividade do bebê. Ela “intencionalmente” alterou a intensidade, timing ou forma comportamental do bebê, ainda que não o suficiente para quebrar a sintonia. O outro tipo de má sintonia é o que ele chama de *más sintonias verdadeiras* ou *não propositais*. Quando a mãe, por não identificar a qualidade e/ou quantidade do estado de sentimento do bebê, não foi capaz de sintonizar com ela. O que também pode acontecer por que a mãe não encontrou nela o mesmo estado interno (STERN, 1992).

Nessas experiências outro ponto importante a ser destacado é que pode-se concluir que o processo da sintonia ocorre sem ser percebido. Como consequência das sintonizações e das más sintonias, determinou-se que o comportamento dos bebês era influenciado, havendo alteração ou interrupção dos mesmos. Já nas “sintonias de comunhão”, depois de a sintonia ter ocorrido a atividade dos bebês continua sem se interromper, o que para Stern demonstra que a sintonia se “introduz” e suas consequências são psíquicas (STERN, 1992, p. 133).

Ele explica que as sintonias funcionam porque é possível que diferentes expressões comportamentais, que ocorrem de maneiras diferentes e em diferentes modalidades sensoriais, sejam intercambiáveis. Esses intercâmbios ocorrem por causa das propriedades amodais.

A percepção amodal é uma capacidade dos bebês de tomarem

a informação recebida em uma modalidade sensorial e de alguma maneira traduzi-la para uma outra modalidade sensorial [...] A informação provavelmente não é experienciada como pertencendo a qualquer modo sensorial particular. Mais provavelmente, ela transcende o modo ou canal e existe em alguma forma desconhecida supramodal [...]

Os bebês parecem experienciar um mundo de unidade perceptual, em que eles podem perceber qualidades amodais em qualquer modalidade de qualquer forma de comportamento expressivo humano, representar essas qualidades abstratamente e

então transporta-las para outras modalidades (STERN, 1992, p. 45).

As propriedades amodais são essas qualidades/propriedades que estão presentes em todas ou na maioria das modalidades de percepção. Dentre essas propriedades amodais estão a intensidade, forma e tempo (timing), que foram determinadas como critérios para que uma sintonia aconteça. Isso é importante para pensar que a sintonia é um processo ininterrupto, ela não precisa que um afeto específico aconteça para que ela se dê. Ela pode funcionar com qualquer tipo de comportamento.

No entanto, as sintonias também possuem limitações. Como dito mais acima, se a pessoa que faz a sintonia não tiver nela mesmo, por razões diversas, o mesmo estado interno, ela não será capaz de sintonizar com certo afeto. Além disso, Stern lança uma importante questão, ao perguntar se é possível uma pessoa sintonizar com uma raiva que é dirigida a ela. De acordo com ele, ainda que seja possível experienciar a qualidade e o nível de intensidade do sentimento que está ocorrendo no outro e lhe é direcionado, não se pode dizer que se está “compartilhando” esse sentimento, uma vez que isso desperta na própria pessoa sentimentos com os quais precisa lidar.

Por fim, podemos pensar que a sintonia é uma “uma remodelação, uma recolocação de um estado subjetivo”. O comportamento manifesto é uma das muitas manifestações possíveis de um referente, que é o estado subjetivo. Essas manifestações podem ser substituídas até certo grau e continuarem permitindo que o seu referente seja reconhecido. Ressaltamos que tudo isso se dá por modos não-verbais.

Embora Stern (1992) esteja se referindo ao que se passa com bebês, consideramos que tudo o que ele diz a respeito da sintonia pode ser pensado em relação aos adultos. Isso a partir do que ele mesmo diz a cerca dos sentidos de si: eles não são fases do desenvolvimento, que vão sendo superadas ao longo do tempo, mas sim, permanecem existindo durante toda a vida. Ou seja, o senso de si subjetivo continua a existir, e junto com ele a capacidade de estar com o outro, e de sintonizar.

Retomando o que havíamos dito antes, o gesto clínico seria composto por essa capacidade de “se inclinar” para o outro, que estamos entendendo por essa potência de fazer a sintonia do afeto. Tudo o que Stern descreve como acontecendo na relação de sintonia entre cuidador e bebê, pode ser aplicada nessa relação.

No entanto, como nos dizem Passos e Barros, a clínica não se resume apenas a esse inclinar-se, ela comporta também a dimensão do clinamen. Por isso entendemos que a

sintonia não só conecta o clínico ao afeto do outro, mas ao pôr clínico e clinicando em relação, ela torna o clínico um “outro auto-regulador” do clinicando.

Como dito, o outro auto-regulador permite que o bebê, e em nosso caso, o clinicando, possa ir regulando sua própria experiência. Não é o clínico que faz as transformações e nem o clinicando sozinho. Na relação, quando o clínico pode sintonizar com o que o clinicando sente, abre a possibilidade para ele acessar o seu próprio sentir e transformar sua experiência. Essa transformação é o que entendemos como a dimensão do desvio, da diferenciação.

4.2 Partilha de experiências e construção coletiva do gesto clínico

Ao discutir a questão do gesto profissional Clot (2010) lança algumas perguntas, dentre elas algumas são acerca de possibilidade de transmissão do gesto, e havendo essa transmissão, como torna-la manifesta.

Ainda que Stern (1992) esteja falando de um comportamento de sintonia, o que se sintoniza é o afeto. E acreditamos que a sintonia precisa se dar tanto na relação com o clinicando, quanto na supervisão. Podemos pensar que também na supervisão os outros clínicos funcionam como outros auto-reguladores daquele que está sendo supervisionado. Ele poderá reelaborar o seus afetos e comportamentos por estar com outros.

Há um ponto em que tanto Clot (2010) quanto Stern (1992), ainda que falem de assuntos distintos, nos ajudam a pensar: ambos apontam que esse gesto não é da ordem de uma imitação. Dessa maneira, o clínico não vai imitar o que o clinicando faz, assim como também não vai imitar o que vê outros clínicos fazerem em supervisão.

Seguindo com Clot (2010), este ressalta que a transmissão do gesto não deve ser tomada como uma interiorização de um gesto por parte de um imitador. Mesmo sendo “tomado de empréstimo” de um outro o gesto precisa se tornar apropriado para quem o faz, isso significando que ele precisa fazer sentido para quem o executa, na própria ação que se exerce. Sendo assim, podemos assumir que a transmissão do gesto não é a passagem de uma técnica, e se apropriar desses gestos não é apenas repeti-los. O gesto transmitido se transforma. Gostamos de pensar que o que ocorre é uma partilha do gesto, um contágio.

Ponto importante a se considerar é que nada disso pode se dar de forma solitária. “Na maior parte das vezes, ao se misturar às diferentes maneiras de fazer o mesmo gesto em determinado meio profissional, é que, pelo jogo de contrastes e comparações entre pessoas, o gesto se decanta” (Clot, 2010, p. 160).

A construção e transmissão do gesto se fazem coletivamente. Ao mesmo tempo em que ele se transmite, não apenas através do meio presente, mas também dos interlocutores indiretos, ele também passa pelos processos de estilização, onde um clínico se apropriará do gesto, tornando-o seu.

A supervisão coletiva, ao criar um plano comum onde clínicos podem partilhar suas experiências, abre a possibilidade de que esse gesto circule. A supervisão não tem como objetivo ensinar o que o clínico deve fazer, portanto não se trata de uma imitação do que o outro fez, nem uma receita do que o outro deverá fazer. Retomando Clot (2010), ele diz que

De fato, a experiência coletiva não se transmite; mas ela resiste e perdura sob a forma de uma evolução ininterrupta. Ela pode também perder-se. Mas seja como for, ninguém recebe, como partilha, uma experiência pronta a ser usada; de preferência, cada um toma lugar na corrente das atividades e dos gestos. Mais exatamente, o gesto pessoal constrói-se apenas dentro e contra essa corrente, apropriando-se dos *enigmas* do gênero. Mas esse último, longe de ser um sistema abstrato de normas, sempre igual a si mesmo, está submerso na ação compartilhada e dilacerado pelas contradições vivas do meio de trabalho para reaparecer enfim, eventualmente, suturado de variantes e sobrecarregado de matizes, com uma estabilidade invariavelmente provisória. (Clot, 2010, pp. 163, 164).

No volume 5 do *Mil Platôs*, Deleuze e Guattari (1997) apontam uma discussão no capítulo sobre o Liso e o Estriado a respeito da tradução. Eles dizem que a passagem do liso para o estriado se dá numa operação de tradução, que não é entendida como apenas a passagem de um código para outro. Mas a tradução, mesmo comportando essa dimensão de sobre-codificação, de metrificação, é também meio de propagação, de renovação.

Fazendo uma junção do que nos dizem esses autores com o que vínhamos pensando acerca da sintonia, podemos dizer que a sintonia seria essa operação de tradução, onde o plano afetivo, um plano comum, que se cria entre o clínico e o clinicando é acessado e pode ser transformado em uma forma.

Podemos pensar em vários “gesto” que acontecem na clínica, mas entendemos que os comportamentos diretamente observáveis só podem ser tomados como gestos clínicos se são a forma visível de uma sintonia afetiva. Isso é possível porque, como dito, isso que se traduz, que é sintonizado pelo clínico, tem propriedades amodais, não possui uma forma dada e, pode se expressar de maneiras diversas, no comportamento de sintonia.

O importante, portanto, é que se acesse esse plano afetivo, criado porque há um meio coletivo, onde clínicos e clinicandos, ou companheiros de supervisão, se conectem. Pois é acessando esse meio que pode haver qualquer experiência de transformação. Essa transformação pode ser pensada como a criação de uma zona de desenvolvimento proximal,

onde o afeto é compartilhado, mas por ser amodal, vai ser vivido e transmitido por cada um de maneira singular (o que se liga com o que já falamos sobre estilo). Quando o clínico, no caso da supervisão, entra em contato com esses outros modos singulares/estilos de outros, se abre para ele um leque de possibilidades de como ele próprio pode vir a viver tal afeto, operando uma transformação nele.

É dessa transformação, dessa passagem do que ainda não tem forma, ou que só pode ser sentido/feito de determinada maneira, para uma forma constituída ou para outros modos de fazer, que nos ajuda a pensar o sentido de clinamen da clínica, que é o de produzir desvio, a possibilidade daquilo que ainda não é vivido como o que pode vir a ser. E a supervisão coletiva, em sua dimensão de clínica da clínica, provoca esse efeito nos seus participantes.

Entendemos que esse é um processo dialógico, ou seja, a supervisão coletiva pode se dar como produtora de ampliação da potência porque é um dispositivo dialógico. Falaremos agora de nossa concepção de diálogo.

5 DIÁLOGOS

Escrever

Por que é preciso tornar público? Por que é preciso tornar novamente coletivo?

Essas questões ficam ressoando durante e ainda depois do Limiar. E elas trazem a sensação de que para pensar nisso é preciso pensar na experiência de escrever. É preciso pensar o que leva alguém a ter que escrever. Penso no meu processo de escrita. Não é só sentar e escrever. Quando escrevo? Quando algo transborda. Mas o que transborda? Uma intensidade, um afeto, que se torna grande e não cabe mais só em mim. No entanto, esse afeto, essa intensidade não é desde o início meu. Ele é um fora que me habita. É um caso que “pega”, uma situação que ocorre, é a vida no seu processo, que me atravessa, me afeta, pega, me cria. E me criando vai formando esse “dentro”, onde recebe mais vida, mais afeto e assim por diante. Só que chega um momento que todo esse movimento, toda essa intensidade parece não caber mais. Paradoxalmente essa intensidade começa a parecer que é muita abertura, e dá a sensação de que se está sozinho diante disso tudo. É preciso falar, pôr em palavras para que algum outro as receba. Esse outro não precisa ser identificado, especificado. Pôr em palavras é endereçar, para que não se esvazie, mas para que também não se estoure. É não ficar sozinho com essa intensidade tão grande. É sentir que alguém também pode sentir o mesmo.

Junto com isso ainda aparece a questão da possibilidade de ao ler Pessoa colar com o Eu vazio ou com o Eu-plano-multidão. E a última supervisão do Gira, em que falei do at fica retornando na memória. Mas por quê? As sensações que retornam dessa supervisão são a necessidade de ter alguém que sentisse o mesmo que eu, e a outra que era anterior a essa, a de estar entorpecida. Parece para mim que essas duas sensações se aproximam dessas questões acima colocadas.

Diante de tamanha intensidade, uma saída possível é se entorpecer, para não ter que sentir esse tanto. E aí é quando vem a pergunta: “o que você está sentindo?”, para qual a única resposta só parece poder ser nada, um vazio. E nesse caso, não dá mesmo para falar, nem escrever, nem pensar. Porque o que move tudo isso está bloqueado, que é o sentir.

Outra saída possível é topar sentir as intensidades, é encarar se colocar frente a uma abertura sem-fim. Mas aí não dá pra encarar isso sozinho, sabe? Por isso essa sensação de que é preciso ter alguém que entenda o que estou sentindo, que sinta junto comigo. Falar em supervisão, procurar terapia, escrever... Pra dizer dessa intensidade, passá-la, transmiti-la de alguma forma, fazer esse contágio, pra não se estar só. Para não parar o movimento dessas forças em si mesmo, tomando tudo pra si, dar passagem, ser canal... Devolver pro coletivo o tanto que ele nos deu...

[continua... ou não...] (Diário de campo, 10/05/11).

Como já dito, adotamos neste trabalho a perspectiva dialógica da clínica da atividade, a partir do que propõe Bakhtin.

Para Bakhtin o diálogo é ação. Ninguém fala de si e dos outros, mas falamos conosco e com os outros.

“É somente na interação dos homens que se desvela ‘o homem no homem’, tanto pra os outros como para ele mesmo (...). Em vez de ser a antecâmara da ação, o diálogo é, (...), a própria ação. (...) Ser é comunicar dialogicamente” (Bakhtin, 1970, apud Clot, 2010, p. 131)

Discussões importantes trazidas por Bakhtin são a respeito da dramaticidade e da plurivocalidade do diálogo. Segundo ele o diálogo se confronta com uma pluralidade de vozes, que vão além dos atores que participam diretamente dele. Na ordem dialógica os sujeitos podem se encontrar consigo mesmos, assim como com os outros, como também se defrontam com as circunstâncias e contextos, e também com suas histórias.

“É menos fácil de admitir, por ser mais difícil problematizar, que tal plurivocalidade do diálogo não se limita à única ideia de uma coloração do discurso sob o efeito do uso que, antes de mim, outros haviam feito das categorias que utilizo. O tema profundo da dramaticidade implica efetivamente o enfrentamento, a confrontação, ingênua ou penosamente vividos, tacitamente aceitos, ou conscientemente assumidos, ou desagradavelmente sentidos, etc., entre o outro e eu: um outro explícito, mas também um outro que faz eco em mim.” (CLOT, 2010, p. 133)

Destacamos essas discussões por considerarmos que elas estão em consonância com o que temos dito sobre a constituição coletiva do indivíduo.

Para a clínica da atividade, numa proposição em que se produzem intercessões de Bakhtin e Vigotski, a hipótese fundamental é a de que o diálogo não se alimenta só da situação presente, mas ele funciona como instância do desenvolvimento e, para isso, se utiliza de diálogos anteriores ou paralelos que existem. Partindo disso, há retomadas e reelaborações de temas, e uma multiplicação dos encadeamentos possíveis com outros diálogos.

As relações entre o fazer e o dizer não se explicam pelo fato de serem situadas, no entanto, no movimento entrecruzado das atividades os sentidos se materializam, movimento esse que é dialógico.

“O movimento dialógico cria: relações renovadas, de situação em situação, entre o falante sujeito e os outros, assim como entre esse mesmo falante e aquele que ele havia sido na situação precedente, além do modo como ele o havia sido. Procedendo assim, ele transforma, manifesta e revela, no sentido fotográfico do termo, as posições dos interlocutores que se elaboram no decorrer do movimento, até mesmo se desestruturam sob o efeito de contradições engendradas por esse mesmo movimento dialógico” (CLOT, 2010, p. 135).

Embora as ideias de Bakhtin tenham grande importância, e utilizemos a questão dialógica como uma das bases de nossa pesquisa, o modo como temos construído nosso pensamento nos faz considerar que essas ideias estão ligadas de maneira muito intensa a questão da linguagem. E de modo como vemos, o diálogo não está restrito apenas ao uso de signos significantes, ele também possui componentes a-significantes.

Stern (1992) já nos mostrou a construção do mundo interpessoal do bebê antes da entrada do verbal, e como esse mundo, composto por signos a-significantes, é rico. E, ao fazer referência à emergência do si verbal, ele marca esse como um momento de cisão, onde um outro domínio de relacionar-se se abre, mas não sem algumas perdas. Como já dito, a entrada da linguagem provoca um distanciamento dos outros domínios de si, ainda que ela possibilite uma maior interação, ela “abre um espaço entre duas formas simultâneas de experiência interpessoal: conforme vivida e conforme representada verbalmente.” (p. 145).

Rauter (2012) ao se questionar se a clínica seria uma *talking cure* (p.53) sublinha a importância de se pensar a relação da linguagem com a subjetividade e com a clínica. Partindo de uma leitura do texto freudiano, ela aponta duas direções possíveis para se pensar a linguagem nessa relação. Um caminho sendo o da representação e o outro do afeto.

Apoiamo-nos nessas leituras para reafirmar a importância da linguagem, mas propondo pensar a questão dialógica para além dela.

Entendemos que os diálogos acontecem por estarmos sempre em relação e, apoiados na filosofia de Espinosa, acreditamos que o que possibilita ao indivíduo em relação se transformar é seu poder de ser afetado. A fim de nos aproximarmos melhor dessa possibilidade de transformação a partir da relação, nos deteremos nesse momento sobre a ideia espinosista de corpo e o poder de ser afetado que ele comporta. Fazemos, agora, um breve desvio filosófico a fim de conhecermos um pouco mais das ideias deste filósofo.

5.1 Encontrando Espinosa - o mundo como campo de forças

Vemos em Espinosa o entendimento de mundo como campo de forças. Cada coisa no mundo, sejam os corpos ou as ideias, são composições. O corpo, em sua versão espinosista, é composto a partir das relações que estabelece com outros corpos, e não de um organismo com uma organização imutável. A noção de organismo a que nos opomos “está intrinsecamente ligada à noção de mecanismo: aí encontramos peças que funcionam por estarem ligadas a outras em um circuito relativamente fechado. Entre as partes estabelecem-se, de modo geral,

relações de dependência, hierarquia, domínio” (BARROS, 2007, p. 306). Com Espinosa, pensamos o corpo feito de linhas e tensões, corpo dos afetos, das linhas de força, o corpo das intensidades, onde se dá a experimentação ou ainda:

pensaremos como um corpo funciona e não o que ele significa. Procuraremos seus usos e suas funções, como se agenciam, que misturas estão fazendo. Corpo é potência de agenciamento com outros corpos; o que dele sabemos é o que se expressa em um determinado encontro, é o que as marcas nos informam. (BARROS, 2007, p.196)

Assim como os corpos, as ideias são constituídas por partes que se compõem e decompõem a partir de relações características, segundo leis complexas.

Em cada corpo há uma infinidade de relações que se compõem e se decompõem, de maneira que o corpo por sua vez penetra num corpo mais vasto, sob uma nova relação composta, ou, ao contrário, põe em evidência os corpos menores sob suas relações componentes. (DELEUZE, 1997, p. 160)

Assim, quando um corpo encontra outro corpo, uma ideia outra ideia, suas partes podem formar um todo mais potente, ou esse encontro pode fazer com que as partes percam sua coesão, decompondo suas relações.

Um indivíduo é, antes de qualquer coisa, uma essência singular, isto é, um grau de potência. A essa essência corresponde uma relação característica; a esse grau de potência corresponde certo poder de ser afetado. Essa relação, finalmente, subsumi partes, esse poder de ser afetado é necessariamente preenchido por afecções (DELEUZE, 2002, p.33).

Espinosa questiona a pretensão do homem de querer dominar através da consciência o corpo e as paixões. Ele assume que não sabemos o que pode um corpo e, muito menos, tudo o que pode o pensamento para além do que a consciência capta. Para ele há um paralelismo entre o corpo e a alma, sendo que o que acontece num necessariamente acontece no outro. Então, é preciso apreender a potência do corpo para além do que conhecemos, para que seja possível apreender a potência do pensamento para além da consciência. O pensamento ultrapassa a consciência, que apenas recolhe efeitos. Esses efeitos são como denominou Espinosa, signos. Os signos são a princípio “o vestígio de um corpo sobre um outro, o estado de um corpo que tenha sofrido a ação de um outro” (DELEUZE, 1997, p. 156). Os signos podem ser afecções ou afectos.

As afecções exprimem os estados dos corpos, elas são os efeitos de um corpo sobre o outro no espaço. Tomamos conhecimento das afecções por meio das sensações (como as

sensações de calor e de cor) ou das percepções (de forma e de distância.). O afecto é o efeito de uma afecção sobre uma duração, a passagem, a variação contínua de potência. Os afectos são o signo de crescimento e decréscimo, de aumento e diminuição da potência. Eles são do tipo alegria e tristeza.

Os afectos e afecções são efeitos da composição ou decomposição dos corpos que se dá nos encontros. É possível fazer uma distinção entre dois tipos de encontros: os bons encontros e os maus encontros. O bom encontro é aquele onde um corpo compõe a sua relação com outro, ou com partes de outro, e tem a sua potência aumentada. Por sua vez, um mau encontro é aquele em que um corpo tem sua relação decomposta por outro corpo, sofrendo uma diminuição na sua potência.

O grau de potência a que aqui nos referimos diz respeito ao grau de potência para agir que possuímos. Conforme citado acima, somos um grau de potência. O que nos define é o poder de sermos afetados, as afecções de que somos capazes. O poder de ser afetado pode se apresentar como potência para agir ou como potência para padecer. Quando encontramos um corpo que decompõe o nosso, somos separados de nossa potência para agir, e somos preenchidos por afectos de tristeza. No entanto, ao encontrarmos um corpo que se compõe com o nosso, somos preenchidos por afectos de alegria que aumentam a nossa potência para agir.

Não há garantias de que todos os encontros serão bons encontros, nem de que apenas afectos de alegria serão produzidos, a tristeza também é um afecto e pode estar presente. Uma infinidade de forças, fluxos e linhas que se atravessam vão decompondo e, ao mesmo tempo, compondo vários territórios, pequenos mundos, o que gera um permanente processo de diferenciação. Há um limite que um aglomerado dessas novas composições alcança e que faz com que os modos de subjetivação vigentes se transformem. Nessas metamorfoses urge criar um corpo para essas diferenças, pois o antigo modo de subjetivação já não dá conta delas. Esse é um processo contínuo, não há como evitá-lo. Essas diferenças podem ser experimentadas como um mal-estar, como uma espécie de incômodo. Porém, não encarar esse processo tem um custo:

[...] um desvigor do processo de construção experimental da existência, através da qual se atualizam as diferenças. A doença psíquica é exatamente este desvigor - força de resistência contra a finitude das figuras em que nos reconhecemos (ROLNIK, 1995, p. 2).

E, pensando na atividade, numa clínica do trabalho, esse “desvigor” pode provocar um enfraquecimento do gênero profissional, uma parada dos processos de estilização.

Utilizamo-nos desse desvio filosófico para afirmar que o exercício da clínica é uma prática de relação onde tanto clínico quanto clinicando são graus de potência, corpos que se encontram, podendo se compor ou se decompor, assim como a supervisão coletiva é também esse encontro. Onde afetos se produzem, podendo esse ser um bom ou um mau encontro, o que não é possível se saber a priori, apenas após o encontro.

5.2 O poder de ser afetado e o poder de agir

O processo analítico acompanha e se interessa pelos movimentos da vida e a sua capacidade ou não de construir territórios existenciais. Nesta direção, o clínico tenta se colocar numa posição em que tanto sua visão quanto o seu corpo vibrátil²¹ o fazem capaz de apreender os fluxos de intensidades e as formações existenciais. Seu critério é o grau de abertura que cada um de seus clinicandos se permite.

Ele, o clínico, toma como parâmetro a expansão da vida, por isso seu princípio não diz respeito a uma moral. Tem como regra considerar o “limiar de desterritorialização”, que é o limite que se pode suportar de desorientação, pois é sempre em nome da vida que ele trabalha. Essa regra o deixa atento ao que é potência ou perigo para a vida (ROLNIK, 1989). A clínica, nesta direção, pode se configurar como um espaço privilegiado para que as estratégias de formação do desejo possam se exercer ativamente, onde as intensidades podem emergir, possibilitando a formação de novos mundos, nova realidade social. Ela participa da ampliação do alcance do desejo, no sentido em que este é produtor de existências. Cabe ao clínico questionar o quanto aquele a quem acompanha sustenta o movimento de expansão da vida e dá passagem aos afetos (ROLNIK, 1989).

Dessa forma, pensando a supervisão coletiva como clínica da clínica, não se trata apenas de uma atenção direcionada para o encontro entre clínico e clinicando, mas também às posturas do clínico de modo que ele possa, igualmente, atentar sobre como o seu corpo é afetado nas próprias supervisões. Isso implica em perceber que sensações o atravessam no decorrer dos encontros de modo a tomá-las como material para o trabalho, transformando-as

21 Em seu texto ““Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma”, Rolnik (2003, p. 2), designa corpo vibrátil como sendo o exercício intensivo do sensível de conhecer o mundo como campo de forças por meio das sensações, a partir do encontro do corpo com as forças do mundo que o afetam.

em questões problemáticas: os afetos produzidos são de alegria ou de tristeza? Eles estão aumentando ou diminuindo a potência de agir? Se afetos de tristeza são os que estão aparecendo com mais força, como detectar rupturas que possibilitem a construção de agenciamentos que aumentem a potência, os afetos de alegria?

É esse caráter de encontro da supervisão coletiva, como uma clínica do trabalho clínico, que a torna produtora de modos de subjetivação (Clot, 2006). Assim sendo, a partir do que se passa na relação, novos modos de trabalho clínico podem ser construídos. O trabalho clínico da supervisão consistiria, em última instância, na produção de processos de singularização, ou de estilização frente ao já instituído. Esses processos dizem respeito aos movimentos que tornam possível para o profissional da clínica aumentar o seu grau de potência, ou como a clínica da atividade faz referência, aumentar seu poder de agir (CLOT, 2010).

De acordo com Amador e Fonseca (2011), para Clot o trabalho é inseparável do poder de afetação dos trabalhadores. Dizem que esse poder de afetação possibilita “afirmar e manter a existência de si e de mundos” (AMADOR; FONSECA, 2011, p.22). Falando da influência de Espinosa sobre Clot as autoras sublinham o conceito de conatus, cuja ideia designa

que cada coisa tende a preservar-se no seu ser, indo ao seu limite, o que se refere à potência de pôr a existência em seus próprios limites.
[...] O poder de agir está, assim, conectado ao poder de existir, e o conatus está ligado a um esforço de preservação no próprio ser, [...]. Trata-se de um esforço ou tendência para afirmação da existência, cumprindo os afetos, uma função de aumentar ou diminuir a capacidade de agir do próprio corpo (AMADOR; FONSECA, 2011, p.23).

Seguindo esse raciocínio podemos pensar o poder de agir como a margem de ação e dos meios do trabalhador (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010) sendo a proposta da clínica da atividade desenvolver esse poder de agir, expandir os modos de fazer do trabalhador.

O poder de agir está ligado à amplitude de recursos para a ação que o trabalhador possui. Ele aumenta ou diminui em função da eficácia da atividade. Eficácia aqui sendo formada pela relação entre o sentido e a eficiência da ação. O sentido é o que vincula a ação e seus objetivos ao que é importante para o trabalhador, aos seus interesses, ou quando esses objetivos permitem que ele faça uma remobilização desses interesses; enquanto a eficiência é capacidade da ação de se realizar através de meios mais econômicos, o que é permitido pelas renovações técnicas. Mas a eficácia da ação não está apenas em realizar o objetivo da melhor

maneira possível, produzindo uma adequação entre essas coisas, ela consiste em ser possível, a partir desses meios, construir novos objetivos (CLOT, 2010).

Sentido e eficiência se relacionam numa “alternância funcional” onde o sentido é a fonte de energia da ação e a eficiência sua fonte de economia. A ação remobiliza-se nas trocas da atividade, o que faz com que ela assuma uma posição em outras atividades e renove seu sentido, tornando necessário procurar outros meios para se realizar. O desenvolvimento do poder de agir se faz em função de uma mudança de base, visando uma eficiência vindoura. Graças as técnicas a ação se poupa e avança mais rápido para seu objetivo, e esses atalhos permitem uma disponibilidade para outros objetivos se criarem provocando uma mudança no sentido da atividade.

Esse processo de reorganização funcional da eficácia assinala a criação, sem garantias prévias, de outras possibilidades de vida. *O desenvolvimento do poder de agir modifica, portanto, sua base no decorrer do tempo.* Entre sentido e eficiência, sua história é instável: trata-se de uma alternância funcional sem certezas *a priori*. (CLOT, 2010, p. 21)

Ponto importante ressaltado por Clot (2010) é que essa alternância entre sentido e eficiência, só é possível porque o trabalhador nunca está sozinho, ele não se relaciona apenas com os objetos de seu trabalho, mas também com outros homens. Para ele, “na prática, o objeto da atividade do ou dos sujeitos é o lugar de uma colisão entre atividades ou, no mínimo, de uma troca. Eis o que é, evidentemente, e de forma bastante particular, verdadeiro quando o objeto do trabalho é o próprio humano” (CLOT, 2010, p. 22), o que nos interessa muito pensar quando estamos falando do trabalhador da clínica.

O poder de agir do indivíduo está ligado a sua relação com os outros e com objetos que têm em comum no trabalho. A atividade é mediada pelos outros, assim como mediatizante, ela media a relação do indivíduo com seus pares (CLOT, 2010).

Para Vygotski, o indivíduo se torna sujeito do ponto de vista psicológico quando faz, sozinho e de outro modo, o que já havia experimentado com os outros, ao encontrar-se com ele “uma cabeça acima dele mesmo” em uma zona de desenvolvimento potencial. Ele *reconstrói*, então, para si de outro modo, o que havia *produzido* e o que *se produziu* com os outros. A replicação da atividade produtiva, a transformação da atividade produtiva mediatizada em atividade produtiva mediatizante: eis a sede das construções do pensamento (CLOT, 2010, p. 28).

Entendemos que aqui se aponta o caráter coletivo da atividade e a ligação desse caráter com o poder de agir.

5.3 Poder de agir e transversalidade

Essa ideia apresentada mais acima por Clot do indivíduo tornar-se sujeito nos remete ao artigo “A transversalidade”, onde Guattari (1985) discute a questão dos grupos. Nesse texto ele faz uma distinção entre grupos sujeitos e grupos sujeitados.

O grupo sujeito é aquele que “se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento, secreta os meios desta elucidação”; enquanto o grupo sujeitado “sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos” (GUATTARI, 1985, p. 92). Ele deixa claro que essa distinção é uma esquematização, tratando-se mais de polos de referência, podendo os grupos oscilar entre essas posições.

Acreditamos que é possível a partir do que vimos até aqui tomar esse tornar-se grupo sujeito como uma ampliação do poder de agir. O que nos é de especial interesse quando retomamos nosso objetivo que é pensar a supervisão coletiva de clínicos como dispositivo para aumentar o poder de agir.

Se entendermos a transversalidade enquanto princípio metodológico e operador de uma alteração nos modos de agenciamento, nos modos de organizar os padrões comunicacionais, ela possibilita, a partir da variação de seus coeficientes, que um grupo se coloque como sujeito. Os padrões comunicacionais a que fazemos referência são o da verticalidade e da horizontalidade. A verticalidade entendida como o eixo da hierarquização, onde as relações de poder estão se dando em grau máximo – as diferenças²²; a horizontalidade como o eixo do corporativismo, um lado a lado que pressupõe a inexistência de diferenças. A transversalidade opera o embaralhamento desses dois eixos e de seus códigos. Ela provoca a lateralização da diferença, o aumento do grau de abertura comunicacional dos grupos, tornando-os capazes de “tomar a palavra”, tornando-os sujeitos.

Diferenciar-se é a própria essência do simples ou o movimento da diferença.[...] Buscamos o conceito da diferença enquanto esta não se deixa reduzir ao grau, nem à intensidade, nem à alteridade, nem à contradição: uma tal diferença é vital, mesmo que seu conceito não seja propriamente biológico. A vida é o processo da diferença. Aqui Bergson pensa menos na diferenciação embriológica do que na diferenciação das espécies, ou seja, na evolução. [...] Mas, em relação à vida, a tendência para mudar não é acidental; mais ainda, as próprias mudanças não são acidentais, sendo o impulso vital “a causa profunda das variações”. Isso quer dizer que a diferença não é uma determinação, mas é, nessa relação essencial com a vida, uma diferenciação.

²² Diferença aqui pensada como aquilo “que nos arranca de nós mesmos e nos faz devir outro. (...) Já não estamos mais falando de diferença no sentido identitário, mas sim no sentido de novas combinações de forças, sentido proposto por Deleuze.” (ROLNIK, S., 1995, entrevista).

Sem dúvida, a diferenciação vem da resistência encontrada pela vida do lado da matéria, mas, inicialmente, ela vem, sobretudo, da força explosiva interna que a vida traz em si. [...] A vida difere de si mesma, de tal modo que nos acharemos diante de linhas de evolução divergentes e, em cada linha, diante de procedimentos originais; mas é ainda e somente de si mesma que ela difere, de tal modo que, também em cada linha acharemos certos aparelhos, certas estruturas de órgãos idênticos obtidos por meios diferentes. Divergência das séries, identidade de certos aparelhos, tal é o duplo movimento da vida como um todo. A noção de diferenciação traz ao mesmo tempo a simplicidade de um virtual, a divergência das séries nas quais ele se realiza e a semelhança de certos resultados fundamentais que ele produz nessas séries. (DELEUZE, 2004, pp. 48, 49).

Quando falamos de supervisão, por causa da existência de um certo modo de se fazer supervisão tradicionalmente, há riscos de se ficar preso a um eixo vertical muito forte (que é o das supervisões em que há a figura do supervisor, que por ter mais experiência seria mais apto a dar supervisão) ou a um eixo horizontal (em que por serem todos colegas de ofício, as diferenças vão sendo anuladas, por uma homogeneização). Como pensar o grau de transversalidade dessas supervisões? Como pensar modos de supervisão em que o poder de agir seja ampliado, que processos de estilização sejam disparados?

Acompanhando o que diz Guattari (1985), a transversalidade existe em coeficientes, que variam em intensidade. Dessa maneira, grupos com a figura fixa do supervisor ou grupos que pretendam fazer circular a função supervisor podem fazer variar seus coeficientes de transversalidade, assumindo em diferentes momentos as posições de sujeito ou sujeitoado.

Guattari (1985) faz referência a uma história sobre porcos espinhos, em que para se esquentar os animais se aproximavam, mas se essa aproximação era muito grande, acabavam se espetando (GUATTARI, 1985, p.96). Ele usa essa história para continuar a discussão a respeito dos coeficientes de transversalidade, onde a distância necessária a ser encontrada para que os porcos espinhos pudessem se esquentar sem se machucar fosse o índice de transversalidade.

Fazemos uma intercessão com as ideias da clínica da atividade, pensando o que Clot discute acerca da importância dos conflitos para a manutenção da atividade. A partir da apropriação que faz da obra de Vygotski, ele diz que a fonte da atividade “são sempre os conflitos vivos do sujeito” (CLOT, 2006). Para Albuquerque (2010), por ser a atividade sempre dirigida, ela terá sempre conflitos que a marcam, pois os sujeitos pertencem a universos variados ao mesmo tempo, universos que entram em diálogo, provocando conflitos e necessidades de negociação.

Entendemos os conflitos como os espinhos da história e o momento em que os porcos-espinhos se juntam na tentativa de se aquecerem como a busca de total horizontalização.

Como na história, em que uma distância entre os porcos-espinho foi necessária para que pudessem se aquecer sem se machucarem uns aos outros, os conflitos não podem ser totalmente eliminados, já que sem eles não há atividade. E o coeficiente de transversalidade, entendido aqui como essa distância necessária, permite que os conflitos permaneçam, aumentando o poder de agir. Conflito tomado como a relação entre os sentidos e os meios para realização das atividades, que nunca é uma relação de correspondência mútua, de igualdade absoluta.

Sendo assim, a supervisão coletiva pode produzir um espaço em que os clínicos se encontrem e, por estarem inseridos em práticas e instituições diversas, ocupando funções diferentes, podem fazer variar os graus de transversalidade desse grupo, tornando-o capaz de ser um grupo sujeito, de ser autônomo, de desenvolver seu poder de agir.

Esse desenvolvimento do poder de agir precisa ser pensado na/pela experiência. Ampliar o poder de agir é poder usar uma experiência para que outras aconteçam, até porque a experiência só pode ser reconhecida quando ela pode servir como meio para se viver outras experiências.

Desenvolver seu poder para o clínico é tomar suas experiências com os clinicandos, leva-las à supervisão coletiva, aonde poderá não só pensar em como resolver impasses que tenham se colocado, mas também se colocar questões a respeito de seu ofício, partilhando o gesto clínico, criando estilizações, e daí retornando para outros encontros com os clinicandos sendo outro, fazendo de outros modos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “cozinha” da pesquisa

Pensar na escrita da conclusão deste trabalho sempre vêm acompanhado de um pensamento do próprio processo que foi essa escrita e tudo que esteve envolvido com o próprio mestrado. Na verdade, faz pensar num caminho que foi se fazendo antes mesmo da entrada de fato no mestrado.

O primeiro momento, que foi a descoberta/criação de um “objeto” de pesquisa. Que foi perceber o quanto me fascinava estar em supervisão e uma vontade de pensar mais sobre o que era a supervisão, dar um contorno teórico, acho que posso dizer assim. E aí decidir me aventurar num mestrado, dois anos dedicados a uma pesquisa e tudo que isso implicava.

Fazer o projeto foi o primeiro desafio. Colocar em palavras o que era uma ideia muito inicial. E traçar objetivos, e escolher fundamentações teóricas...

E participar de uma seleção! Entregar esse projeto tão suado para que ele fosse “avaliado”. Pra que alguém dissesse se ele era orientável. E não passar na primeira vez, e decidir não desistir, e pensar no que tinha que ser feito diferente e esperar um ano...

E tentar de novo, e chegar na entrevista e ser convidada a tentar uma coisa diferente do que se tinha planejado. Sabe aquela fundamentação teórica que se procurou com tanto cuidado, pois bem, o desafio é entrar em contato com outra coisa, com algo totalmente desconhecido. E a gente topa! Rs

Esse é o segundo desafio: entrar num mundo teórico totalmente novo e ser capaz de usá-lo, sem abrir mão do que já temos como bagagem. E dentro desse desafio veio outro: me habituar com um vocabulário novo, e um jeito de pensar que é o da psicologia do trabalho. Quantas vezes perguntaram quem era meu orientador e quando respondia que era a Claudia Osório, as pessoas estranhavam e diziam “mas ela é de trabalho, né?”, como quem diz “você não disse que está falando de supervisão clínica?”.

E aí vem a tal história de que eu estava sendo ousada. De vez em quando tinha um pra dizer “isso que você tá fazendo é ousado”, e quem disse que eu queria ser ousada?! Só queria falar disso que me afeta totalmente. Nunca quis inventar nada diferente, pelo contrário, gostaria muito que já um monte de gente estivesse escrito sobre supervisão, pensado seu lugar na clínica e na formação do clínico. Ia ter me ajudado um bocado ter mais referencial teórico!

Foi difícil sim me apropriar da clínica da atividade, poder me sentir segura pra usar os conceitos e tal, depois misturar isso com a esquizoanálise, com uma abordagem transdisciplinar da clínica. Mas no caminho fui me encantando com fazer isso, afinal fui me dando conta do que usar uma abordagem transdisciplinar era justamente isso. Há momentos de tensão, que parece que as coisas não vão se conectar, mas fui vendo que é possível. E no final até briguei pra afirmar que era isso que eu me propunha a fazer, então era isso que eu faria.

Retomar os diários de campo, trazendo pro texto da dissertação uma certa leveza também foi muito bom. A escrita sempre se mostra um desafio, ainda mais essa escrita tão dura que é a da academia. E ver nesses diários o quanto já estavam presentes essas questões da supervisão e o quanto a supervisão me transforma, não só diretamente em relação a meu ofício, mas na vida, o quanto experimentei para/por estar em supervisão.

Olhar para o processo de construção da dissertação é pensar o quanto ela foi feita de desvios, o quanto a forma como eu queria dizer, o que eu dizia, foi

*mudando. O quanto a escrita se fez e se desfez, até mesmo na ordem do texto!
Quantas vezes mudei capítulos e trechos do texto de lugar!*

Pensar nesse processo também aciona a lembrança de várias situações, como cenas: colocar o projeto na roda de supervisão, para que a própria supervisão pudesse falar sobre ele, a entrevista de seleção e o “convite” pra embarcar na clínica da atividade, o primeiro dia no grupo de pesquisa e o encontro com um linguajar todo diferente e o pensamento “de onde eu me meti”, as aulas, as apresentações do projeto e da pesquisa pra turma, o desafio de dar aula pra graduação...

Pensar numa conclusão para a dissertação é ver o quanto esse processo foi também um pouco de tudo que falei na própria dissertação. Foi entrar em contato com outra dimensão da clínica, foi estar em diálogo com interlocutores diversos, foi ampliar meu poder de agir enquanto clínica.

Pensar a conclusão para a dissertação é concluir que não é possível uma conclusão. Há tantas questões que foram se criando nesse processo. Tanto mais ainda a ser discutido e pensado. O que me provoca um contentamento. Já que vejo um dos outros objetivos, se assim se pode dizer, da clínica da atividade se cumprindo: este trabalho serviu não para dar conta das questões aqui tratadas, mas sim para colocar novas questões. (Diário de campo, 24/07/14).

Nesse momento, retomamos o que apresentamos como nosso objetivo na Introdução deste trabalho, afirmar a supervisão coletiva como dispositivo para aumentar o poder de agir dos clínicos. E ao longo do nosso texto fomos apresentando certas ideias que consideramos como uma base que dá sustentação a tal afirmação.

Para pensar a supervisão tornou-se necessário nos voltarmos para a clínica. Utilizando-nos de um olhar que parte de uma clínica do trabalho, propusemo-nos a pensar a clínica como um ofício transdisciplinar, que comporta em si um gesto que o caracteriza, um gesto clínico: a sintonia do afeto.

Sendo assim, em primeiro lugar nos debruçamos sobre o que entendemos por clínica. Situando-nos na discussão, implicados que estamos com uma formação em psicologia, partimos daí para pensar a clínica não atrelada a especialismos, uma clínica que se faz numa direção ética, composta por muitos elementos e que se dá de muitas formas.

É justamente por sua composição diversa, múltipla que torna necessário pensar a clínica como um trans-ofício. Não descartamos a importância dos saberes teóricos que compõem a clínica, mas também destacamos que esses saberes não são suficientes, a clínica comporta esse “saber artesanal”. Ela se faz então nesse entrelaçamento de saberes e experiências.

Uma questão que nasce para nós a partir dessa discussão na clínica é essa abertura dos ofícios e gêneros. Concluimos que o gênero clínico, que compõe esse trans-ofício precisa

comportar um elevado grau de abertura à diversidade, que a multiplicidade é o próprio material constitutivo da clínica. Mas seria interessante pensar de forma mais cuidadosa sobre essa relação dos ofícios e gêneros com a alteridade, com a diferença.

Retomando o que dizíamos, após apresentarmos a clínica como trans-ofício, outro ponto que consideramos fundamental em nossa discussão é a ideia de que há um gesto que caracteriza este ofício, a partir de seu gênero. Apresentamos a sintonia do afeto como sendo o gesto clínico. Na verdade, o que defendemos é que o gesto clínico é um processo, o de sintonizar, e que os gestos daí resultantes são o que se pode observar, e eles podem variar.

Dessa discussão sobre o gesto ficam algumas questões que merecem ser tratadas mais detidamente, e que consideramos que não conseguimos abrange-las no atual trabalho. Ao apresentarmos as sintonias também apresentamos três aspectos presentes em sua base e que também são as três principais propriedades dos comportamentos amodais, sendo eles a intensidade, o tempo (timing) e a forma. Reconhecemos que em nosso texto um desses três aspectos ganhou mais destaque, a questão da intensidade, e não fazemos uma discussão sobre os aspectos da forma e do tempo.

Temos uma primeira intuição da participação desses aspectos na sintonia que se dá em supervisão. Quanto ao tempo, temos como uma hipótese inicial que a regularidade em quem a supervisão ocorre, com reuniões estabelecidas com uma periodicidade, por um período de tempo estabelecido entre seus participantes, tem importância na criação desse coletivo, e na sua capacidade de sintonia. É como se uma espécie de “ritmo” se criasse, um ritmo daquele coletivo. Esse ritmo vai ditar a velocidade em que os casos serão supervisionados, e que casos se seguirão uns aos outros. Para se “entrar” no coletivo da supervisão é preciso sintonizar esse ritmo.

Quanto à forma, o que intuímos é que a composição do grupo de supervisão também está relacionada ao sintonizar. O grupo precisa ter uma permanência de seus componentes, encontrar um número de participantes que considere adequado para que todos possam ser acolhidos sempre que preciso, e a partir disso uma confiança se constrói, o grupo deixando de ser apenas grupo, tornando-se coletivo.

Consideramos que a forma e o tempo são tão importantes quanto a intensidade para que a sintonia possa acontecer. Por esse motivo faz-se necessário que esses dois aspectos da sintonia sejam mais detidamente pensados.

Por fim, apontamos a questão dialógica como possibilidade da supervisão de partilhar a experiência. E não só dizemos que é por meio dos diálogos que a supervisão pode ser esse

dispositivo do aumento do poder de agir, mas em nossa própria metodologia nos utilizamos deles para acessar a supervisão. Por meio de nossos diários de campo pretendemos estabelecer o diálogo da pesquisa com a supervisão, assim como conectar-nos afetivamente, sintonizando-nos com o que a supervisão coletiva produz no clínico. A apresentação dos diários teve como objetivo dar visibilidade a uma rede dialógica que se constitui: diálogos do clínico com a supervisão, com ele mesmo e com outros interlocutores que atravessam a vida. Consideramos que é possível ver nos textos as transformações se construindo e a ampliação do poder de agir. Temos a intuição de que quanto maior essa rede for, quanto mais interlocutores ela possuir, mais potente possa se tornar o trabalho do clínico e esse ofício.

A escolha de encerrar este trabalho com um diário da própria pesquisa coloca-se nessa esteira e mostra o nosso diálogo de pesquisadores com a própria pesquisa e tudo o que ela pôde produzir em nós, suas reverberações no nosso fazer clínico. Também consideramos importante ressaltar um ponto a respeito da discussão que fizemos sobre a supervisão coletiva. Como dissemos no início, nossa intenção jamais esteve em criar um modelo de supervisão. Entendemos que existem os mais diversos modos de se fazer supervisão, onde graus diferentes de transversalidade vão se dar, permitindo mais (ou menos) processos co-gestivos. O que pretendemos afirmar são as possibilidades de que essas supervisões não sejam apenas grupos, mas que se constituam como coletivos, acessando o plano do comum onde modos de fazer e de ser podem se produzir.

As questões aqui apresentadas como não concluídas foram se construindo no próprio decorrer deste trabalho. Elas mostram a impossibilidade de se pensar uma conclusão definitiva para este, posto que sempre novas questões se colocarão a partir das que já foram tratadas.

Encerramos, portanto, com o que nos diz Deleuze (1987):

Problematizar é colocar questões às perguntas em lugar de respostas, tornar a reflexão uma prática de pensamento (levantar questões, interrogações, desafios, exploração de campos) e exercer a análise das práticas como dispositivo de mutação singular (refletida ou voluntária). Inventar problemas é implicar-se ativamente no mundo, acolher a alteridade, o estranhamento e as incertezas, tomar o mundo a si mesmo como obra de arte – invenção permanente; esculpir o tempo.” (Deleuze, 1987, p.50).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Luciana. **Saúde Mental em Rio Bonito**: atividade dos trabalhadores no processo de reforma psiquiátrica no município. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

AMADOR, Fernanda Spanier; FONSECA, Tania Mara Galli. Atividade: o trabalho sob o signo do inacabamento. In: ROSEMBERG, Dulcinea Sarmiento; RONCHI FILHO, Jair; BARROS, Maria Elizabeth Barros de.(Org.) **Trabalho Docente e poder de agir**: Clínica da atividade, devires e análises. Vitória: Edufes, 2011. Cap. 1, p. 19-49.

ANDRADE, Camila. **O exercício da clínica e a relação analista-analisando: uma perspectiva transdisciplinar**. 2010. 53f. Monografia Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

BAKHTIN, Mikhail. Os gêneros do discurso. In: **Estética da Criação Verbal**. 6ªed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 261-306.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; LOUZADA, Ana Paula; VASCONCELOS, Dani. Clínica da atividade em uma via deleuziana: por uma psicologia do trabalho. **Informática Na Educação**: teoria e prática, Porto Alegre, v. 11, n. 1, jan-jun, p.13-27, 2008.

BARROS, Regina Benevides.

A psicologia e o sistema único de saúde: quais as interfaces? **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.21-25, 2005.

_____. **Grupos: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS – (Coleção Cartografias), 2007.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 172-200.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CLOT, Yves. Vygotski: para além da Psicologia Cognitiva. **Pro-posições**, Campinas, v. 17, n. 2(50), p.19-30, 2006.

_____. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COIMBRA, Cecília Maria B.. A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 9, n. 1, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil**. Documento encaminhado ao Ministério do Trabalho para reformulação do Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO), 1993.

COSTA, Eduardo Antonio de Pontes. **Diário de um pesquisador: jovens pobres em devir na (in)visibilidade da formação profissional**. Dissertação (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

DELEUZE, Gilles. Proust e os signos. (A. C. Piquet & R. Machado, Trads). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1976), 1987. p.50.

_____. ¿Que és un dispositivo? In: DELEUZE, Gilles. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento, p. 1-8.

_____. Spinoza e as Três Éticas. In: DELEUZE, Gilles. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997. p. 156-171.

_____. Sobre a diferença da Ética em relação a uma Moral. In: _____, **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002, p. 23-35.

_____. A concepção da diferença em Bergson. In: LAPOUJADE, David (Comp.). **A ilha deserta e outros textos (1953 - 1974)**. São Paulo: Iluminuras, 2004. p. 34-59.

DELEUZE, Gille; GUATTARRI, Félix. O liso e o estriado. In: **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 5. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. — São Paulo: Ed. 34, 1997.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p.95-121, 2000.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p.381-387, 2004.
ENTREVISTA: Yves Clot. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 9, n. 2, dez. 2006.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Sob o signo da multiplicidade. **Cadernos da Subjetividade**, São Paulo, n. 1, p.89-96, mar./ago. 1993.

GUATTARI, Félix.(1985). A Transversalidade. In: Guattari, F. **Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo**. São Paulo: Brasiliense, 3ª edição, pp. 88-105.

LO BIANCO, Anna Carolina et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: PSICOLOGIA, Conselho Federal de et al. **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 17-100.

MAIA, Miguel. **O corpo invisível do trabalho** – Cartografia dos processos de trabalho em saúde. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

NASCIMENTO, Maria Livia do; MANZINI, Juliana Macedo; BOCCO, Fernanda. Reinventando as Práticas Psi. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p.15-20, jan./abr. 2006.

NASCIMENTO, Lerisson Christiam do. Profissionalismo: expertise e monopólio no mercado de trabalho. **Revista Perspectivas Contemporâneas**, Campo Mourão, vol. 2, n. 1, jan/jun, 2007.

NASCIMENTO, Maria Livia do; COIMBRA, Cecilia. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler, A. R. R.; Abrahão, A. L. e Coimbra, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde**. Niterói - RJ: EDUFF, 2008.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa**, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

RAUTER, Cristina. **Clínica Transdisciplinar**. Texto Tidático. Pró Reitoria Acadêmica, Universidade Federal Fluminense, 1993.

_____. **Clínica do Esquecimento**. Niterói: Editora da UFF, 2012.

ROLNIK, Suely. O Cartógrafo. In: Rolnik, Suely. **Cartografia Sentimental**, Transformações Contemporâneas do desejo. Editora Estação Liberdade, São Paulo. 1989.

_____. **À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia**. 1992. Disponível em:

< <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/homemetica.pdf> >

_____. **O mal-estar na diferença**. 1995. Disponível em:

< <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf> >

_____. **“Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma**. 2003. Disponível em:

< <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf> >

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê: um visão psicanalítica e da psicologia do desenvolvimento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Reginalice Cera da; JACKSON FILHO, José Marçal. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 35, n. 122, Dez. 2010.