

## **A DESORGANIZAÇÃO DOS VÍNCULOS FAMILIARES CONTEMPORÂNEOS E AS INTERVENÇÕES INSTITUCIONAIS POSSÍVEIS**

**Lazslo Antonio Ávila<sup>1</sup>**

### **Resumo**

O psicólogo deve estar consciente da complexidade e das contradições da sociedade em que vive, e do seu posicionamento frente a esta realidade. O presente trabalho é uma reflexão crítica sobre as complexas questões envolvidas no papel e função da família na contemporaneidade, abordando as consequências da desorganização dos vínculos entre os membros das famílias brasileiras atuais. Discute as intervenções possíveis pelas equipes dos equipamentos públicos da Saúde e da Assistência Social, discutidas a partir da experiência do autor como supervisor dessas instituições, ao longo de dez anos de intervenções. O método empregado foi o dos grupos operativos e psicanálise das configurações vinculares e o resultado alcançado foi o de maior integração e eficácia na atuação profissional dessas equipes.

**Palavras-chave:** Vínculos; família; contemporaneidade; instituições

## **THE DISORGANIZATION OF CONTEMPORARY FAMILY LINKS AND POSSIBLE INSTITUTIONAL INTERVENTIONS**

### **Abstract**

The psychologist must be aware of the complexity and contradictions of the society in which he/she lives, and his/her position relative to this reality. This study is a critical reflection on the complex issues involved in the role and function of the family actually, approaching the consequences of the disruption of the bonds between the members of the current Brazilian families. We discuss possible interventions by the teams of public facilities for Health and Social Welfare, discussed from the author's experience as supervisor of these institutions, over ten years of interventions. The method used was the 'operative groups' and Psychoanalysis of bond configurations and the result achieved was further integration and effectiveness in the professional performance of these teams.

**Key words:** Family bonds; family; contemporaneity; institutions

## **LA DESORGANIZACIÓN DE LOS LAZOS FAMILIARES CONTEMPORÁNEOS Y LAS POSIBLES INTERVENCIONES INSTITUCIONALES**

### **Resumen**

El psicólogo debe ser consciente de la complejidad y las contradicciones de la sociedad en que vive, y de su posición con respecto a esta realidad. Este estudio es una reflexión crítica sobre las cuestiones complejas relacionadas con el papel y la función de la familia en la contemporaneidad, abordando las consecuencias de la desorganización de los vínculos entre los miembros de las familias brasileñas actuales. Discute posibles intervenciones de los equipos de las instituciones públicas para la Salud y Bienestar Social, que se analizan a partir de la experiencia del autor como supervisor de estas instituciones, en diez años de intervenciones. El método utilizado fue el de los

---

<sup>1</sup> Psicólogo, grupoanalista, livre docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.  
Email: lazslo@terra.com.br

grupos operativos y Psicoanálisis de las configuraciones vinculares y el resultado alcanzado fue la mejor integración y eficacia en el desempeño profesional de estos equipos.

**Palabras clave:** Vínculos; família; contemporaneidad; instituciones

## Introdução

O trabalho psicológico e de assistência e promoção social junto às famílias de condição socioeconômica desfavorecida é um grande desafio, tanto no Brasil quanto em todo o mundo, incluídos os países ditos centrais, com maior desenvolvimento. A pobreza no mundo inteiro ainda é um problema complexo, mal equacionado e mal enfrentado pelos governos e pelos mecanismos de regulação internacional.

Apesar da Organização das Nações Unidas haver proposto as 10 metas do milênio e dentre elas o combate à pobreza ser absolutamente priorizado, o fato é que os inúmeros fatores associados à pobreza ainda vitimam bilhões de pessoas. Desnutrição, alimentação inadequada e precária, más condições de educação e de saúde física, habitacional-sanitária e mental prevalecem, bem como problemas urbanos e ambientais.

O importante Relatório da Organização Mundial de Saúde denominado “A Interação Pobreza-Saúde: Velhos Problemas, Novas Perspectivas”, publicado em 2000, afirma:

Cerca de 1,3 bilhões de pessoas no mundo vivem em extrema pobreza, sobrevivendo com menos de US\$ 1 por dia para todas suas necessidades. Estas pessoas têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde e educação e limitadas perspectivas de uma vida melhor. Eles estão distantes das decisões que afetam suas vidas diárias. Crescentemente eles são vítimas de crimes, conflitos e violência. (CURRAT & LUCAS, 2000, p. 19).

Enfatizando a necessidade de políticas coordenadas internacionalmente, e um grande incremento nas verbas destinadas à erradicação da pobreza, o Relatório acerta ao concluir:

A comunidade global deveria reconhecer que a boa saúde é um caminho para fora da pobreza. Resulta em um sentido de bem-estar e contribui em aumentar a produtividade social e econômica. O assunto de saúde e pobreza não é um item moral, é um assunto econômico também. É mais custo-efetivo a longo prazo reduzir a pobreza melhorando as intervenções promotoras de saúde e desenvolvimento para o pobre do que enfrentar os pesados custos da pobreza sobre a comunidade como um todo.” (CURRAT & LUCAS, 2000, p. 20).

O grande colegiado de médicos, estatísticos, sociólogos e economistas reunidos pela Organização Mundial de Saúde nesta ocasião, formulou conjuntamente o diagnóstico da crítica situação mundial da saúde em sua vinculação com a grande desigualdade socioeconômica das populações mundiais e escolheu denominá-lo de “Relatório 10/90 sobre a pesquisa em Saúde”, para salientar o grande desequilíbrio existente na produção de conhecimentos. Ao caracterizar o papel das Universidades, dos intelectuais e dos profissionais de saúde, destaca que:

Os investimentos em pesquisa e desenvolvimento em Saúde feito pelos setores público e privado alcançam cerca de 56 bilhões de dólares por ano. A maioria desse total – espantosos 90% - são gastos em pesquisas de problemas de saúde que interessam apenas 10% da população mundial. Como resultado, apenas 10% dos fundos disponíveis limitados para pesquisas em saúde são correntemente usados para ajudar a melhorar a saúde de 90% da população mundial. Esta grave disparidade é amplamente referida como o Desequilíbrio 10/90”. (WHO, The 10/90 Report on Health Research 1999 – 2000, p. 7).

E que, portanto, de acordo com a conclusão do grande colegiado de autores:

É irrealista contemplar um futuro no qual o mundo desenvolvido irá crescer saudável e ricamente, enquanto os pobres por toda parte permanecem marginalizados por doenças e pobreza. A silenciosa expansão dos micróbios resistentes a drogas é evidência suficiente de que nenhum país pode sustentar a ignorância quanto aos interesses de saúde internacionais. (WHO, 2000, p. 8)

Embora haja esse claro pronunciamento dos especialistas reunidos a nível internacional, a pobreza e a doença continuam a ser conjunta e continuamente produzidas. Na complexa trama da pobreza, deve-se igualmente avaliar a questão da Riqueza, ou seja, o modo como se dá o processo de enriquecimento e como ele se sustenta e se amplia continuamente. Os ricos estão cada vez mais ricos. Existem inúmeros mecanismos estatais e institucionais que fazem com que o acúmulo de bens materiais, juntamente com a expansão financeira, ou seja, o dinheiro se auto-reproduzindo, estejam sempre em atuação. Vejamos como isso vem sendo discutido:

Estudos do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) mostram que, no Brasil, os mais pobres gastam mais de sua renda com o pagamento de tributos do que os ricos. Enquanto os 10% mais ricos repassam 22% dos seus recursos para pagar impostos, os mais pobres repassam para o governo 32,8%. Além disso, como no Brasil a maior parte da arrecadação vem da tributação sobre consumo, quem paga mais impostos, proporcionalmente, são os mais pobres. Em contrapartida, as oportunidades de ascensão ao extrato dos ricos não estão abertas a todos. Redes de relacionamento pessoal, capital cultural, propriedade da empresa, entre outros, são elementos que auxiliam os ricos a perpetuarem seus privilégios. (MARIUZZO, 2012, pp. 12-13).

Quando considerado globalmente, verifica-se que o problema da pobreza, aparentemente uma questão econômica, na verdade apresenta-se multi-dimensional. O pobre sofre mais doenças, tem pior educação, vive em condições de moradia e saneamento mais precárias, tem pior relação com o meio ambiente, sofre mais violências, e vive maior desagregação familiar e comunitária.

Nosso enfoque nesse trabalho irá se concentrar em um dos aspectos desse todo complexo: a questão da família, de seu papel na saúde mental de seus membros, e na necessidade de intervenções que contribuam primordialmente para o resgate da sua condição de sustentação física e emocional de seus participantes.

Comecemos por duas citações precisas, de dois importantes teóricos: “A família é um modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento, de experiência; de sucesso e fracasso; ela é também a unidade da saúde e da doença.” (NATHAN W. ACKERMAN, apud Anderson, 1980, p. 37), e “A Família é provavelmente o mais importante elemento singular da estrutura social. Nela as crianças são socializadas, os ganhos distribuídos, e um amplo conjunto de relacionamentos dão a medida da proteção frente ao mundo externo.” (ANDERSON, 1980, p. 4).

Em todo o mundo, mas especialmente no Brasil, as grandes migrações do campo para a cidade modificaram profundamente o perfil urbano, a habitabilidade e os padrões de convivência de grandes contingentes humanos. O Brasil até 1958 concentrava 75 % de sua população vivendo em áreas rurais ou pequenas cidades. Já em 2010 85% de sua população de mais de 200 milhões de pessoas se concentra nas metrópoles e grandes núcleos urbanos.

Nas periferias das capitais e das principais cidades brasileiras prevalecem graves problemas socioeconômicos e sanitários, com a saúde, a educação e a segurança pública precários e os serviços ineficientes. Para as famílias a consequência imediata é a pobreza e os seguintes itens geralmente associados: alcoolismo, violência doméstica, uso de drogas ilícitas, abandono escolar, negligência no cuidado de crianças e jovens, etc...

A criança é a maior prejudicada nesse contexto. Para a atenção de suas múltiplas necessidades, o Estado brasileiro vem gradativamente assumindo suas responsabilidades

constitucionais e embora com inúmeras falhas e ineficiência, o SUS, Sistema Único de Saúde, o SUAS (Sistema de Assistência Social), e as políticas públicas da Educação, etc. vem propondo medidas e programas que visam a garantia e a universalização do acesso da população brasileiro aos seus direitos fundamentais.

Parte desse esforço são, no âmbito da Saúde, os CAPS-i, e na Assistência Social, os CRAS e CREAS. É do trabalho de suas equipes, corajoso, necessário, mesmo imprescindível e, contudo, carregado de dilemas, que trataremos aqui, focado a partir de seus relatos durante as sessões de supervisão clínico-institucional. Desde 1988 venho realizando intervenções dessa natureza em diversos equipamentos de saúde e assistência social, e nos últimos dez anos, tenho atuado continuamente junto aos CAPS infantis e alguns equipamentos da Assistência Social.

## **Método**

O presente trabalho consiste na descrição das problemáticas enfrentadas pelas famílias e pelos profissionais de saúde mental que atuam em CAPS-I (Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência) e nos CREAS (Centros de Referência Especializada de Assistência Social). Toma por base o trabalho desenvolvido pelo autor enquanto supervisor clínico-institucional desses equipamentos na cidade de São José do Rio Preto, SP. Utiliza a literatura psicanalítica, grupo-analítica e da sociologia crítica para analisar os fenômenos de decomposição e reorganização dos vínculos familiares na população atendida. O método utilizado nas intervenções é o grupo de reflexão, embasado na psicanálise das configurações vinculares.

A supervisão dos grupos de trabalho que atuam com população carente é uma tarefa complexa: envolve dimensões subjetivas, interpessoais, grupais e institucionais, além de socioculturais e políticas. Muitos planos se entrecruzam e se articulam em todos os grupos humanos e nas equipes dos serviços públicos isso é ainda mais marcante e problemático.

Uma supervisão necessita de uma boa ferramenta de intervenção e deve assegurar cuidadosamente um ambiente de discussões e encaminhamentos, de modo a que possa se constituir em um dispositivo eficaz e propiciador de desenvolvimento grupal.

A teoria e a técnica dos Grupos Operativos, desenvolvida a partir da década de 1950 por Enrique Pichon-Rivière e colaboradores, tiveram ampla disseminação no Brasil graças ao êxodo dos psicanalistas e grupanalistas argentinos que fugiam da brutalidade e de irracionalidade da ditadura militar no país vizinho. Ao longo das décadas de 1970 e 1980, mais de 3000 psicanalistas além de inúmeros outros profissionais buscaram refúgio, abrigo e novo projeto de vida no Brasil. Graças à transmissão de seu conhecimento acumulado e de sua prática com a metodologia dos Grupos Operativos, muitos profissionais de saúde mental brasileiros puderam ser treinados e habilitados para conduzir grupos a partir desse referencial.

Desde então, disseminou-se a expressão “grupos operativos”, chegando a borrar seus limites e perder algo de sua especificidade. Retomemos então o seu sentido original, utilizando as concepções de seu criador, tal como expostas em seu artigo: “Tratamento de grupos familiares: psicoterapia coletiva”, um dos capítulos magistrais de seu livro: “O Processo Grupal” (1994):

O estudo dos aspectos patológicos de um grupo familiar e sua abordagem terapêutica deverão incluir vários vetores de análise, entre os quais assinalaremos, em primeiro lugar, os quatro momentos da operação terapêutica, que são: a) o diagnóstico, b) o prognóstico, c) o tratamento e d) a profilaxia.

Cada uma dessas dimensões deve ser centrada:

- 1) No paciente,
- 2) No grupo,
- 3) Na situação. (...)

A) *Quanto ao Diagnóstico*

- 1) Na situação há um *grupo familiar doente*, do qual o paciente é emergente, e adquire a qualidade de *porta-voz* da enfermidade grupal.
- 2) Isso pode ser melhor compreendido se virmos a doença do paciente como um “papel” dentro da situação grupal.
- 3) O paciente é o *depositário* das ansiedades e tensões do grupo familiar.
- 4) Neste sistema de deposição é necessário considerar: a) os depositantes, b) o depositado, e c) o depositário. (...)
- 5) Isto permite inferir que o paciente é o membro dinamicamente *mais forte* (e não o mais frágil), já que sua estrutura pessoal lhe permite tornar-se o portador da enfermidade grupal.
- 6) A dinâmica subjacente é a de que o paciente adoce como uma forma de ‘preservar’ do caos e da destruição o restante do grupo, e pede ajuda (direta ou indiretamente), na tentativa de buscar a solução para a cura.
- 7) Na medida em que a assunção do papel pelo paciente é eficaz, o grupo consegue manter um certo equilíbrio e uma certa economia sociodinâmica.
- 8) Aparecem, em relação ao paciente, mecanismos de segregação do seio do grupo, como um desejo de eliminar a enfermidade grupal.

B) *Quanto ao Prognóstico*

O prognóstico do paciente, do grupo e da situação será dado:

- 9) Pela estrutura pessoal do paciente, neste momento (dinâmica e funcionalmente)
- 10) Em estreita relação com a *imagem interna* que o grupo tem do paciente.
- 11) Pelo grau de intensidade dos estereótipos com que estes aspectos são dinamizados no paciente e no grupo.
- 12) Pela montante dos *mecanismos de segregação*.

C) Quanto ao tratamento:

É importante romper com o primeiro estereótipo: a *delegação do papel* pelo grupo e a *assunção* do mesmo pelo paciente.

- 13) A terapia pode ser dirigida ao grupo (incluindo ou não o paciente), tendendo a romper os estereótipos e diminuir os mecanismos de segregação.

D) Quanto à psico-profilaxia:

- 14) Ao reduzir as estruturas individuais e grupais, faz-se a profilaxia
  - a) da *recorrência* de um novo episódio no paciente,
  - b) de outro membro do grupo que pode adoecer ao melhorar o paciente,
  - c) do grupo familiar em sua totalidade.

(PICHON-RIVIÈRE, 1994, pp. 42-43)

Outra fundamental contribuição desse autor foi quanto ao conceito de “vínculo”, que recebeu diversas contribuições dos autores posteriores. Vejamos uma definição sintética, proposta por Waldemar Fernandes: “Vínculo é a estrutura relacional em que ocorre uma ‘experiência emocional’ entre duas ou mais pessoas ou partes da mesma pessoa. Pode ser intra-subjetivo, intersubjetivo e transubjetivo.” (FERNANDES, 2003, p. 44).

O vínculo, portanto, é uma estrutura de relação, uma ligação. Seu modelo primordial encontra seu fundamento teórico no conceito-chave do Complexo de Édipo. Nos vínculos pai-mãe-filho(a) encontra-se a matriz da constituição da personalidade, e o protótipo de todos os demais vínculos futuros de cada sujeito humano.

Inúmeros autores psicanalíticos apresentaram suas contribuições para o estudo dos vínculos e seu papel no desenvolvimento humano, e dentre eles devem ser ressaltados os estudos de Melanie Klein, Wilfred Bion e Donald Winnicott.

Contudo, é nos trabalhos do psicanalista francês René Käs (1997) que vamos encontrar uma sólida fundamentação para a investigação dos suportes intra e transpessoais na configuração do psiquismo. Diz Käs:

'Grupo' nesta obra irá designar a forma e a estrutura paradigmáticas de uma organização de vínculos intersubjetivos, sob o prisma de que as relações entre vários sujeitos do Inconsciente produzem formações e processos psíquicos específicos. Essa estrutura intersubjetiva de grupo, as funções que desempenham e as transformações que nelas se manifestam são perceptíveis nos grupos empíricos e contingentes. Os grupos empíricos formam o quadro de nossas organizações intersubjetivas organizadas; eles se recortam sobre um fundo de organizações mais complexas (grupos sócio-históricos, institucionais, familiares) e formam o fundo das figuras intersubjetivas do casal, do par, do trio, por oposição à singularidade do sujeito." (KÄES, 1997, p. 18).

René Käs delineou a noção de um aparelho psíquico grupal, que é fundamental para fazer nascer uma prática de análise dos fenômenos psíquicos que não seja estritamente determinada pelos aspectos individuais e particulares de cada indivíduo. Assim ele o apresenta:

O aparelho psíquico grupal é a construção psíquica comum dos membros de um grupo para constituir um grupo. Sua característica principal é assegurar a mediação e a troca de diferenças entre a realidade psíquica nos seus componentes intrapsíquicos, intersubjetivos e grupais e a realidade grupal nos seus aspectos societários e culturais. (KÄES, 1997, p. 169).

Após Pichon Rivière e paralelamente aos estudos de Käs na França, desenvolve-se na Argentina e no Brasil uma forte corrente grupo-analítica que se auto-denomina Psicanálise das Configurações Vinculares. Em 1988, de acordo com Fernandes & Svartman (2003, p. 67), foram criadas na Argentina o Instituto de Psicanálise das Configurações Vinculares e a Federação Argentina de Psicanálise das Configurações Vinculares. Segundo eles, a principal característica dessa corrente "é o destaque da reciprocidade da relação do homem com o meio. Mais especificamente, a perene influência modificadora, em todas as direções, dos planos intra, inter e transubjetivo." (FERNANDES & SVARTMAN, 2003, p. 68).

Alguns dos mais representativos autores dessa corrente teórico-técnica são D. Maldavski, J. Puget, I. Berenstein, M. C. Rojas, R. Moguillanski, M. Bernard e David Zimmerman. No Brasil, duas sociedades formadoras de grupo-analistas trabalham a partir das concepções da Psicanálise das Configurações Vinculares: o NESME (Núcleo de Estudos de Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares) e a SPAGESP (Sociedade de Psicoterapias Analíticas do Estado de São Paulo). Os sites dessas duas instituições contêm relatos de suas investigações, relação dos profissionais e acesso às duas publicações que elas mantêm, a Revista Vínculo e a Revista da SPAGESP, respectivamente: [www.nesme.com.br](http://www.nesme.com.br) e [www.spagesp.com.br](http://www.spagesp.com.br).

Em uma supervisão clínico-institucional, como as que são aqui descritas, nós nos utilizamos do esquema referencial e metodológico dos Grupos Operativos pichonianos, acrescidos dos desenvolvimentos trazidos por René Käs e pelos autores da Psicanálise das Configurações Vinculares. Cada supervisão representa uma situação única, irrepetível, com assuntos próprios, emergentes da configuração grupal e das situações cotidianas enfrentadas por cada equipe, e em

função tanto do trabalho concreto enfrentado, quanto das conjunturas sociais e políticas do momento vivido.

### **Resultados e Discussão**

As famílias que vivem nas periferias das grandes cidades brasileiras possuem, regra geral, a seguinte história, trajetória e consequências: provem do movimento migratório campo-cidade crescentemente intensificado a partir de meados do século passado, ou seja, sofreram um profundo “desenraizamento” (WEIL, 1977) que as arrancou de um sólido contexto cultural para uma nova realidade urbana, prenhe de problemas, gerando frequentemente a “síndrome de migração” (Viana, 1978). Ao chegarem, em geral sem trabalho, ou mal remuneradas, sem grande qualificação profissional, baixo padrão educacional, e muitas vezes más condições de saúde, se defrontam com uma cidade despreparada para acolhê-las. Não há, regra geral no Brail, infraestrutura urbana adequada, não encontram terrenos regularizados, asfalto, iluminação, rede de água e esgoto, escolas e postos de saúde. A consequência é o afavelamento. Mesmo hoje, e mesmo nos estados mais ricos da federação, quando os migrantes chegam, a realidade básica é a mesma.

Muitas vezes já tem muitos filhos, ou diversos parentes, e as precárias moradias são inadequadas tanto em termos de segurança quanto de higiene, física e emocional. Os quartos não são divididos, os filhos ocupam os mesmos espaços que seus pais e mesmo pessoas que não são seus parentes. A exposição muito precoce à sexualidade as vulnerabiliza extremamente. Muitas vezes são abusadas, física e sexualmente. Quase sempre observam relações sexuais brutalizadas. O convívio com o alcoolismo é outro grave problema. Os adultos fazem uso excessivo de álcool, favorecendo a violência doméstica e os incestos.

Crianças precocemente sexualizadas muito frequentemente se tornam mães no começo da adolescência, seus filhos nascem com baixo peso, mais expostos às doenças, e seu desenvolvimento cognitivo e emocional sofre prejuízos. Essas moças abandonam os estudos, trabalham em empregos de baixa qualificação e remuneração, e pela ausência de creches costumam deixar seus filhos com os avós e/ou cuidadores mal preparados, frequentemente seus filhos mais velhos. O abandono escolar é altíssimo, tanto pelos jovens quanto pelas crianças, apesar da legislação que determina escolarização compulsória.

Outro gravíssimo problema contemporâneo é o uso e o tráfico das substâncias ilícitas, principalmente o crack. De baixo custo de produção e de efeitos nefastos ao organismo, o crack é uma droga altamente viciante, fácil de esconder, fácil de traficar e produtora de imensos lucros. O tráfico se disseminou no Brasil, e sua rede de distribuição se apoia amplamente nas classes pobres, muito embora seu consumo se dê em todas as classes sociais. Como na periferia o emprego é uma constante carência, e como os jovens desempregados e fora da escola frequentam basicamente a rua, na ausência de equipamentos sociais e esportivos, como quadras de esporte ou eventos culturais, essa população se vê atraída para o tráfico, que garante ganhos rápidos e elevados.

Uma criança de menos de 10 anos de idade, que se tornou “aviãozinho”, ou seja, que faz a distribuição da droga, passa a ganhar tanto quanto seu pai, que recebe salário mínimo e ainda tem que pagar aluguel, escola, alimentação, etc... Como esse pai poderia manter autoridade e impor limites a esse filho? Logo a posse de armas torna esse jovem um elemento antissocial, o que será agravado ainda mais pelo despreparo policial. A associação perversa entre a pobreza, a marginalidade e uma polícia mal remunerada, mal equipada e exposta à corrupção gera um ciclo de violência que se auto-alimenta e se perpetua.

Em síntese, se tomarmos uma situação paradigmática, veremos uma criança que chega a um CAPS infantil com o seguinte *background*: é filha de uma mãe usuária frequente de crack e de um pai que se encontra preso devido a envolvimento com o tráfico. Vai muito mal na escola e já está

alguns anos defasada. Tem comportamento violento, e tanto sofre *bullying* quanto o pratica ativamente. Já experimentou drogas e vem sendo tentada a iniciar-se no tráfico, devido a suas amizades e à “proteção” que recebe do “disciplina”, que é uma espécie de segurança do tráfico e é quem garante uma certa organização da comunidade, ao mesmo tempo que acoberta as atividades ilícitas. Essa criança já viveu experiências sexuais e pode ter sido também seduzida para atividades de prostituição. Não tem grandes projetos de vida, mas quer acesso aos bens de consumo, tênis e roupas de marca, celulares e outros objetos desejáveis. Em sua família há grande desajuste e conflitos muito frequentes entre membros da família, agregados e vizinhos. Há violência por toda parte. O álcool e as festas são diversões que asseguram certo escape do cotidiano insuportável. A alegria e energia próprias da idade são dissipadas em aventuras perigosas como pequenos furtos. Talvez já tenha apanhado da polícia. Devido a difíceis experiências anteriores costuma detestar os membros do Conselho Tutelar e dos órgãos da Assistência Social.

Como uma equipe multiprofissional de um órgão público lida com um caso complexo assim?

Passemos então agora a uma descrição da supervisão clínico-institucional. Primeiro um esclarecimento: essa supervisão é uma atividade patrocinada pelo governo federal, que prevê no estatuto que regulamenta as atividades dos CAPS a contratação de um profissional externo, com habilitação para essa função, que deve auxiliar as equipes em sua auto-organização e no aprimoramento de suas ações junto à população e aos demais serviços prestados à comunidade. O governo federal repassa essas verbas para os municípios, que se encarregam da gestão desse trabalho, contratam o profissional e mantém, ou deveriam manter, acompanhamento dessas atividades e da permanente qualificação das equipes de trabalho.

A supervisão pode ser melhor compreendida se dividirmos os seus temas em três conjuntos principais, e os subdividirmos em sub-ítem, que se entrelaçam e se imbricam na realidade cotidianamente vivida. Aqui, por razões expositivas, os exporemos um a um, mas deve-se ter em vista que parte da complexidade desse assunto é a ausência de fronteiras demarcadoras entre essas múltiplas questões.

Os três temas principais, presentes a cada supervisão, são: 1) a integração da equipe multiprofissional; 2) o “treinamento em serviço” e 3) a construção da “rede de equipamentos públicos”, ou “rede de serviços”.

Um caso difícil e urgente como o acima citado desencadeia inúmeras reações numa equipe de trabalho. Imediatamente levantam-se sentimentos contraditórios e conflitivos, como compaixão e condenação à criança ou à família, preconceito ou uma premente necessidade de auxiliar, críticas aos membros da família, à escola, aos outros equipamentos públicos das áreas da saúde e assistência, desacordo entre os colegas quanto à atuação, medo e vontade de modificar a realidade da criança, desânimo e impotência, fantasias de redenção e cura, e angústia generalizada. Ou seja, muitas vezes a equipe adocece. Surgem inúmeros conflitos, internos (intrapsíquicos), entre os membros da equipe (interpessoais), ou com os funcionários de outros equipamentos (conflitos inter-institucionais).

É, quase sempre, crítica a situação vivida pelos serviços públicos encarregados de realizar tais intervenções:

Seus problemas básicos incluem: equipes inexperientes, técnicos com deficiências em sua formação, corporativismo das categorias profissionais, “ranço” acumulado de conflitos internos de cada equipe e profundas diferenças de concepção e de atuação entre as diversas equipes, que se materializam em baixa colaboração inter-equipamentos, diálogo difícil e às vezes ausente, estereótipos e acusações de ineficiência e/ou má vontade, competitividade

intra e inter equipes, problemas pessoais comprometendo a atuação profissional e a colaboração com os colegas e, acima de tudo, a enorme complexidade dos casos atendidos. Assim, por exemplo, uma única adolescente, gravemente acometida por transtorno psiquiátrico e com histórico de abuso de drogas, prostituição e conflitos familiares e comunitários, pôde se tornar famosa em toda a rede de assistência porque nenhum dos serviços conseguiu uma “solução” para o seu caso, e cada equipe ou serviço foi lançado em confusão e mútuas acusações enquanto a adolescente, transitando de um atendimento a outro, ia piorando e “triunfava” com a inabilidade que ela própria causava. A crise institucional não foi suficiente para fazer os serviços colaborarem e juntos efetivarem encaminhamento adequado. Após inúmeras internações psiquiátricas, a jovem foi remetida para um regime fechado de internação em outro município. A ferida simbólica que ela deixou ainda não cicatrizou.” (ÁVILA, 2013, p. 4)

Na supervisão, durante a discussão do caso, e recordando que neste momento estamos falando apenas do primeiro tema (1. a integração da equipe multi-profissional), a intervenção deve se dirigir ao aprofundamento das diferentes concepções e propostas de ação que os diversos membros da equipe têm frente ao caso. Inicialmente trata-se de buscar diluir e elucidar os conflitos inter-pares, internos à equipe. Então sucessivamente vão emergindo questões paralelas, como os conflitos com a hierarquia (chefia) do serviço e com a autoridade superior; os conflitos e imagens estereotipadas negativas frente às equipes de outros serviços; as dúvidas e ações contraditórias devido à formação técnico-profissional que muitas vezes foi deficitária; questões ideológicas muito profundas referentes à imagem que cada um tem da pobreza, do uso de drogas, da violência urbana, etc., e também a ideologia do “funcionário público”, que o caracteriza como ineficiente, burocratizado, inimigo do trabalho e indiferente aos sofrimentos da população, e que muitas vezes é incorporada pelo próprio funcionário público, descrente de sua tarefa e responsabilidade.

Assim, na supervisão, muitas vezes o tema central é a ética do trabalho enquanto agente estatal, “braço” de um Estado representado de forma tão negativa. Nesse momento, a supervisão busca requalificá-los enquanto importantes agentes de mudança social e de diminuição de uma parcela dos sofrimentos das pessoas de condição desfavorecida. As críticas que eles fazem, muitas vezes é adequada e justa, e uma parcela importante da discussão é dar reconhecimento e legitimidade para suas reivindicações.

Quanto ao segundo item, é proposta da supervisão clínico-institucional contribuir para a elevação dos recursos intelectuais, técnico-metodológicos, e afetivo-comunicacionais da equipe. O supervisor ao discutir os casos, busca fornecer instrumental teórico e técnico para a qualificação da equipe, para maior compreensão das diversas dimensões políticas, culturais, sociais e emocionais envolvidas no problema. Através de uma metodologia calcada nos grupos operativos (PICHON RIVIERE, 1994) e na psicanálise das configurações vinculares (FERNANDES, SVARTMAN & FERNANDES, 2003) o supervisor organiza as discussões grupais e dirige o processo grupal tanto para o aprofundamento das discussões e a escolha das melhores estratégias de tratamento da criança, quanto para a qualidade das interações entre os profissionais componentes da equipe multi-profissional. As dimensões intersubjetivas e transsubjetivas são aqui focos importantes, pois o grupo resiste ao seu próprio desenvolvimento recorrendo às defesas individuais e trazendo para o intrapsíquico de seus participantes, aqueles aspectos que apenas podem ser mobilizados e elaborados se forem investigados no “aparelho psíquico grupal” emergente no grupo.

Em relação ao terceiro ponto, a supervisão procura contribuir para a lenta e imprescindível construção da denominada “Rede de serviços”. Trata-se da ideal articulação entre os diversos equipamentos públicos: a saúde, a educação, a segurança pública, a cultura, o esporte, etc.. É extremamente importante, nos casos complexos como o acima referido, que haja articulação das

ações de todos os equipamentos que venham a ser acionados, tais como o CAPS, o posto de saúde, o CAPS-AD (Álcool e Drogas), o Conselho Tutelar, o CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância), a Delegacia da Mulher, os CRAS e CREAS (serviços da Assistência Social), a Escola e a secretaria de Educação, os Conselhos Municipais dos Direitos dos Cidadãos, a Justiça, e todos os demais órgãos de garantia e promoção da cidadania.

Essa articulação e integração é muito problemática, pois é muito recente a iniciativa das reuniões inter-setoriais, e essas reuniões muitas vezes não conseguem atingir sequer seus objetivos mínimos. Os diferentes serviços não só se desconhecem, em suas ações e objetivos, como agem de forma contraditória e entram em atritos e em não encaminhamentos dos casos para os órgãos competentes (com e sem aspas). Há uma falta generalizada de informação e de articulação entre os serviços e quando as poucas reuniões integrativas fracassam, o resultado é uma decomposição da precária interconexão entre as equipes.

Muitas vezes na supervisão o tema principal é o reforço do empenho em buscar articular ações do CAPS com a dos demais equipamentos da saúde, educação, assistência social e justiça. No horizonte permanece a ideal ação conjunta e responsável dos serviços públicos na progressiva elevação dos patamares de convivência comunitária e participação cidadã. A supervisão age aqui buscando a integração dos planos subjetivo, intersubjetivo e transubjetivo, que faz do grupo tanto o palco onde esses planos se articulam, como o torna o dispositivo através do qual é possível tanto a análise dessas complexas situações familiares, quanto a elaboração de estratégias de enfrentamento e busca de resolução dessas problemáticas.

Para finalizar, deve ser ressaltado que além das dificuldades implícitas no trabalho das equipes, também a supervisão sofre as vicissitudes das decisões políticas e frequentemente sofre descontinuidades por falta de renovação de contrato e / ou a interposição de diferentes obstáculos advindos de fatores e interesses políticos alheios a equipe e ao profissional supervisor. É o caso do presente momento, em que tanto as supervisões dos CAPS Infantis, quanto de todos os CREAS encontra-se suspensa, e suas equipes lidam com suas intensas demandas de trabalho na medida em que podem e com os recursos de que dispõem.

## **Conclusão**

É obrigação do Estado brasileiro suprir as necessidades básicas de seus cidadãos e promover a sua saúde, bem-estar, desenvolvimento e condições de vida. O Estado tem seus mecanismos e instrumentos de atuação e dentre eles, constam atualmente os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Referência em Assistência Social.

A metodologia dos Grupos Operativos, associada aos desenvolvimentos trazidos pela Psicanálise das Configurações Vinculares demonstra seu potencial como instrumento valioso de “leitura” dos fenômenos grupais sem perder de vista o contexto institucional, sociocultural e político que atravessa as equipes de trabalho em ação nos equipamentos públicos de saúde e assistência social.

Esses equipamentos não são a solução dos gravíssimos problemas vividos nas famílias de condição sociocultural desfavorecida em nosso país. Mas são ferramentas importantes na enorme luta para fazer avançar a justiça social e os padrões de vida dos brasileiros. É apenas enfrentando as pesadas consequências da exclusão e da pobreza que poderemos vislumbrar um futuro digno desse nome.

## **Referências**

ANDERSON, M. **Sociology of the Family**, NY: Penguin, 1980.

- ÁVILA, L.A.. A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes de assistência social. **Vínculo Revista do NESME**, 10 (2): 1-6, 2013.
- CURRAT, L.J. & LUCAS, A.O. (2000). A Interação Pobreza-Saúde: Velhos Problemas, Novas Perspectivas. In: World Health Organization. **The 10/90 Report on Health Research**. Global Forum for Health Research, Geneve, 2000.
- FERNANDES, W.; SVARTMAN, B. & FERNANDES, B. S. (Eds.) **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- FERNANDES, W. O processo comunicativo vincular e a psicanálise dos vínculos. In: W. FERNANDES; B. SVARTMAN & B.S. FERNANDES (Eds.). **Grupos e configurações vinculares**. (pp. 42-48). Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- FERNANDES, W. & SVARTMAN, B. Contribuição de autores argentinos à psicanálise vincular. In: W. FERNANDES; B. SVARTMAN & B.S. FERNANDES (Eds.). **Grupos e configurações vinculares**. (pp. 63-70). Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- KÄES, R. **O grupo e o sujeito do grupo**: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- MARIUZZO, P. Abrindo a caixa preta das classes abastadas. **Ciência e Cultura: Temas e Tendências**, (1), 12-13, 2011/2012.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- VEIL, S. **A condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Trad. de Therezinha G. G. Langlada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- VIANA, W. **Síndrome de Migração**. *Fundamentos psicanalíticos, sociológicos e terapêuticos*. Campinas: Iprosam, 1978.
- World Health Organization. **The 10/90 Report on Health Research**. Global Forum for Health Research, Geneve, 2000.