

lização antioperativa for muito precoce, o grupo pode chegar à extinção, aprisionado pela carapaça construtiva das estruturas narcísicas de seus membros componentes, tal qual o cérebro de um infante esmagado pela ossificação prematura do crânio.

Então – alguém poderá indagar-se, fazendo uma leitura parcializada ou equivocada do que estou dizendo – todo o processo de institucionalização é nocivo?

Obviamente, não. A instituição – seja ela a família, o clube esportivo, o partido político ou a sociedade científica – é o arcabouço, o esqueleto do corpo societário. É o que o sustenta e possibilita sua estruturação. Sem dúvida, contudo, a instituição sofre um inevitável processo de paulatina autodestruição na medida em que se afasta de seus objetivos precípuos para servir aos interesses narcísicos de seus membros, ou se restringe a operar como mero instrumento para o exercício do poder.

A aceitação da premissa de que os grupos, como os indivíduos, são limitados e finitos e que não podem sujeitar-se a sacrificar suas finalidades específicas para atender às demandas narcísicas de seus componentes e à sua aspiração de resgatar um poder ilusório é *conditio sine qua non* para que se atenuem os processos obstrutivos que possam vir a ameaçar a sobrevivência operativa de qualquer grupo, instituição ou sistema social.

Em outras palavras, não são as ideologias e sim os indivíduos que fracassam em suas tentativas de construir um mundo melhor, porque na sua práxis institucional este mundo não ultrapassa as fronteiras de seus próprios egos.

Penso que adquirir *insight* desses mecanismos obstrutivos vinculados à busca e manutenção de estados de poder a serviço de pressupostos narcísicos que solapam o funcionamento das instituições humanas e ameaçam sua continuidade e existência é de suma importância para todos nós que trabalhamos com grupos. É preciso identificá-los corretamente e precocemente para, então, podermos introduzir as mudanças necessárias à remoção dos pontos de estrangulamento que impedem o fluxo criativo dos processos grupais. Sem isso, os sistemas sociais tornam-se antioperativos e contribuem para o mal-estar existencial dos que neles convivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BION, W. (1961) *Experiência com grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
 ERIKSON, E. (1968) *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
 FREUD, S. (1920) *Mais além do princípio do prazer*. S.E.B. vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
 MORAES, V. de. *Canto de Ossanha* (letra musical).
 QUINTANA, M. *Do caderno H*. Porto Alegre: Globo, 1973.
 WATZLAWICK, P. et al. (1967) *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971.

7

Classificação Geral dos Grupos

DAVID E. ZIMMERMAN

É válido partir do princípio de que, virtualmente, a *essência* dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo, e o que determina óbvias diferenças entre os distintos grupos é a *finalidade* para a qual eles foram criados e compostos.

Assim, em algumas circunstâncias, os fenômenos psíquicos de um campo grupal estão em estado latente, subjacente, e, em outras situações, é inerente à natureza do grupo em questão que haja a emergência de ansiedades, resistências, transferências, etc., e que as mesmas possam ser interpretadas e trabalhadas. Conforme for a finalidade precípua do grupo, diferente também será a camada das pessoas que o compõem, a natureza das combinações do *setting*, o esquema referencial teórico adotado e o procedimento técnico empregado.

É amplo o leque de aplicações da dinâmica grupal, vasta a possibilidade de fazer arranjos combinatórios criativos entre os seus recursos técnicos e táticos, e, igualmente, há uma certa confusão semântica na área da grupalidade; portanto, denominações diferentes podem estar designando um mesmo tipo de atividade grupal e, em contrapartida, uma mesma denominação pode estar referindo distintas aplicações práticas. Todos esses fatos, acrescidos de tantas outras variáveis fáceis de serem imaginadas, podem gerar uma confusão conceitual, inclusive com um prejuízo na comunicação relativa ao necessário intercâmbio de experiências e idéias entre os diferentes profissionais.

Para atenuar esse estado de coisas, impõe-se a necessidade de uma classificação das distintas e múltiplas modalidades de grupos. Como não tenho conhecimento de nenhuma classificação mais abrangente e que seja de utilização consensual, vou me permitir propor um modelo classificatório das modalidades grupais, com a evidente ressalva de que não há a pretensão de que ela seja completa ou rigorosamente certa. Da mesma forma que qualquer outro intento de classificação, também este poderia partir de muitos pontos de vista, como, por exemplo: a possibilidade de tomar as vertentes teóricas como base para uma classificação; o tipo de *setting* que foi instituído e que preside o grupo (grupos homogêneos, grupos abertos e fechados, etc.); a finalidade a ser alcançada; o tipo das pessoas componentes; a área em que o grupo está sendo aplicado; o tipo de vínculo estabelecido com o coordenador; o tipo de técnica empregada, e assim por diante.

A classificação que aqui está sendo proposta se fundamenta no critério das finalidades a que se destina o grupo, e ela parte de uma divisão genérica nos dois seguintes grandes ramos: *operativos* e *psicoterápicos*.

Cada um desses ramos, por sua vez, subdivide-se em outras ramificações, conforme o esquema simplificador que segue adiante, o qual visa unicamente a dar uma informação sumariíssima, a fim de situar o leitor no contexto geral, visto que todas as modalidades grupais a seguir mencionadas serão objeto, separadamente, de capítulos específicos, por parte de colegas especialistas nas respectivas áreas.

GRUPOS OPERATIVOS

É tão abrangente a conceituação da expressão "grupo operativo" e é tão extensa a gama de suas aplicações práticas, que muitos preferem considerá-los como sendo, genericamente, um continente de todos os demais grupos, inclusive os terapêuticos, mesmo os especificamente psicanalíticos. A conceituação, a divulgação e a aplicação dos grupos operativos devem muito ao psicanalista argentino Pichon-Rivière, que, desde 1945, introduziu-os e os sistematizou. Esse autor construiu o seu "esquema conceitual referencial operativo" considerando uma série de fatores, tanto conscientes como inconscientes, que regem a dinâmica de qualquer campo grupal, e que se manifestam nas três áreas: mente, corpo e mundo exterior.

É útil enfatizar que a atividade do coordenador dos grupos operativos deve ficar centralizada unicamente na tarefa proposta, sendo que, somente nas situações em que os fatores inconscientes inter-relacionais ameaçarem a integração ou evolução exitosa do grupo, é que caberão eventuais intervenções de ordem interpretativa, por vezes dirigidas ao plano do inconsciente.

Em linhas gerais, os grupos operativos propriamente ditos cobrem os seguintes quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.

➤ Ensino-aprendizagem. A ideologia fundamental deste tipo de grupo é a de que o essencial é "aprender aprender", e que "mais importante do que encher a cabeça de conhecimentos é formar cabeças". Incontáveis são as modalidades de aplicação dos grupos operativos, sendo que muitas vezes, sob múltiplas denominações distintas, eles designam um funcionamento similar.

Especificamente em relação à tarefa de aprendizagem e treinamento, são conhecidos os grupos T (*training-groups*); os grupos F (essa letra é a inicial de *free* e de *formation*, o que diz tudo acerca da característica de tais grupos); os grupos *Balint* (nome de um renomado psicanalista inglês que realizava uma atividade sistemática com grupos de médicos não-psiquiatras, visando a dar-lhes condições de desenvolverem uma atitude emocional empática para que eles pudessem exercer uma ação psicoterápica com os seus pacientes clínicos); e entre outros mais, os "grupos de reflexão", os quais, por sua crescente relevância, serão objeto de um capítulo especial.

Institucionais. Cada vez mais esta atividade operativa está sendo utilizada nas instituições em geral. Assim, as escolas estão promovendo reuniões que congregam pais, mestres e alunos com vistas a debaterem e encontrarem uma ideologia comum para uma adequada formação humanística. O mesmo pode acontecer nas diversas associações de classe, como, por exemplo, nos sindicatos, na igreja, no exército e nas empresas. Especialmente, estas últimas estão montando serviços dirigidos por psicólogos organizacionais, que se destinam a aumentar o rendimento de produção de uma empresa, investindo no pessoal da mesma, através de grupos operativos centrados na tarefa de obtenção de um clima de harmonia entre os seus diversos escalões.

Comunitários. O melhor exemplo deste tipo de grupo é o de sua crescente aplicação em programas voltados para a saúde mental. Partindo da definição que a OMS deu à saúde como sendo a de "um completo bem-estar físico, psíquico e social", é fácil entender porque as técnicas grupais encontram (ou deveriam encontrar) uma ampla área de utilização, sobretudo em comunidades sociais. Pode servir como modelo disso o trabalho com grupos que, há muitos anos, vem sendo aplicado na Vila São José do Murialdo, em Porto Alegre, RS, comunidade com uma população em torno de 30.000 habitantes, que se beneficia com a utilização de diversos tipos de grupos – por exemplo, os realizados com gestantes, crianças, pais, adolescentes sadios, líderes naturais da comunidade, etc.

Técnicos de distintas áreas de especialização (além de psiquiatras, também outros médicos não-psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, sanitaristas, etc.) podem, com relativa facilidade, ser bem treinados para essa importante tarefa de integração e de incentivo às capacidades positivas, desde que eles fiquem unicamente centrados na tarefa proposta e conheçam os seus respectivos limites.

Terapêuticos. Tal como a denominação indica, os grupos operativos terapêuticos visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer no do psiquismo, ou em ambos ao mesmo tempo.

A forma mais utilizada desta modalidade grupal é conhecida sob o nome de grupos de auto-ajuda e ela consiste no fato de comumente ser um grupo de formação espontânea entre pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si, e se unificam quando se dão conta que têm condições de ajudarem reciprocamente. Outras vezes, estes grupos se formam a partir do estímulo integrador de algum profissional que coordena o grupo até que este sinta ter chegado o momento certo de caminhar sozinho, então o profissional se afasta definitivamente ou transitoriamente, mantendo-se disponível para o grupo que ele ajudou a formar. Podemos citar como exemplo a disseminação de grupos que, na maioria das vezes, formam-se espontaneamente e que são conhecidos sob o rótulo de "Anônimos" (Alcoólicos, Fumantes, Neuróticos, etc.).

A utilização terapêutica do grupo de auto-ajuda, o qual também começa a ser conhecido como "grupo de mútua ajuda", merece ser destacada tanto pela razão de sua indiscutível eficácia como também pelo largo âmbito das áreas beneficiadas e pela sua incrível expansão, muito particularmente no campo da medicina. Os grupos de auto-ajuda são, portanto, compostos por pessoas portadoras de uma mesma categoria de prejuízos e de necessidades e que, de uma forma geral, podem ser enquadrados nos seguintes seis tipos: Adictos (tabagistas, obesos, drogadictos, alcoólicos, etc.), cuidados primários de saúde (programas preventivos de saúde, como um suporte para pacientes hipertensos, diabéticos, reumáticos, etc.), reabilitação (infartados, colostomizados, espancados, mutilados, etc.), sobrevivência social (estigmatizados, como os homossexuais, os portadores de defeitos físicos, etc.), suporte (pacientes crônicos, físicos ou psíquicos, pacientes terminais, etc.), problemas sexuais e conjugais (mais utilizados nos Estados Unidos).

Cada um desses seis subgrupos permite novas ramificações, e daí é fácil concluir o número quase infinito de possíveis modalidades grupais dessa natureza e, portanto, do extenso número de pessoas que pode ser atingido. É necessário enfatizar, entretanto, que essas múltiplas e distintas ramificações de grupos operativos, na prática, não são perfeitamente delimitadas; antes, elas muitas vezes se interpoem, comple-

Papel
Vale
para
construção

Importante

Conclusão
Importante

mentam-se e se confundem. Por exemplo: os grupos operativos costumam propiciar um benefício psicoterápico e, da mesma forma, os grupos psicoterápicos se utilizam do esquema referencial operativo.

GRUPOS PSICOTERÁPICOS

Embora, como anteriormente explicado, os grupos operativos também tenham uma indiscutível ação psicoterápica, é útil reservar a terminologia de "grupo psicoterápico" estritamente para aquelas formas de psicoterapias que se destinam prioritariamente à aquisição de *insight*, notadamente, dos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal.

Não há um específico e acabado corpo teórico-técnico que dê uma sólida fundamentação a todas as formas de grupoterapias. Enquanto isso, elas vão se utilizando de outras fontes, das quais merecem um registro à parte as quatro a seguir indicadas: a *psicodramática*, a da *teoria sistêmica*, a da *corrente cognitivo-comportamentalista* e, naturalmente, a de *inspiração psicanalítica*. Além dessas, deve ser incluída uma grupoterapia de abordagem múltipla holística, a qual consiste no emprego de uma certa combinação das anteriores.

Psicodramática. A corrente psicodramática vem ganhando um significativo espaço em nosso meio. Criado por J. Moreno, na década de 30, o psicodrama ainda conserva o mesmo eixo fundamental constituído pelos seis elementos a seguir: *cenário, protagonista, diretor, ego auxiliar, público e a cena a ser apresentada*.

A dramatização pode propiciar a reconstituição dos primitivos estágios evolutivos do indivíduo. Assim, uma primeira etapa da dramatização (técnica da dupla) visa ao reconhecimento da indiferenciação entre o "eu" e o "outro". Numa segunda etapa (técnica do espelho), o protagonista sai do palco e, a partir do público, assiste à representação que uma outra pessoa, no papel de ego auxiliar, faz dele, e isso possibilita que ele reconheça a si próprio, assim como na infância ele percorreu fases para reconhecer a sua imagem no espelho. A terceira etapa (técnica da inversão de papéis) vai permitir que o sujeito possa colocar-se no lugar do outro, então desenvolvendo assim o sentimento de consideração pelos demais. Deve ficar claro que, no curso do tratamento, essas etapas não são estanques. Também é útil que fique clara a diferença entre "psicodrama", tal como foi antes resumido, e o emprego de "dramatizações", as quais podem ser eventualmente utilizadas como um recurso auxiliar, no decurso de outras formas grupoterápicas.

Teoria sistêmica. Os praticantes dessa corrente partem do princípio de que os grupos funcionam como um sistema, ou seja, que há uma constante interação, complementação e suplementação dos distintos papéis que foram atribuídos e que cada um de seus componentes desempenha. Assim, um sistema se comporta como um conjunto integrado, onde qualquer modificação de um de seus elementos necessariamente irá afetar os demais e o sistema como um todo.

A terapia de família tem apresentado uma relevante expansão em nosso meio, sendo que, fundamentalmente, seus referenciais específicos são alicerçados na teoria sistêmica. No entanto, isso não impede que muitos terapeutas de família também utilizem o respaldo oferecido pelos conhecimentos psicanalíticos, assim como o emprego intercalado de técnicas de dramatização.

Cognitivo-comportamental. Essa corrente fundamenta-se no postulado de que todo indivíduo é um organismo processador de informações, recebendo estímulos e dados, e gerando apreciações. Trata-se de uma teoria de aprendizagem social, na qual, sobretudo, são valorizadas as expectativas que o sujeito se sinta na obrigação de cumprir, a qualificação de seus valores, as significações que ele empresta a seus atos e crenças, bem como a sua forma de adaptação à cultura vigente.

O tratamento preconizado pelos seguidores da corrente comportamentalista (behavioristas) parte do fato de há uma necessidade de uma clara cognição dos aspectos antes referidos e, a partir daí, a técnica terapêutica visa a três objetivos principais: uma *reeducação* – em nível consciente – das concepções errôneas, um *treinamento de habilidades* comportamentais e uma *modificação* no estilo de viver. É uma técnica que está sendo bastante utilizada no tratamento de drogadictos em geral, ou nos casos de adicção sem drogas, como é, por exemplo, o tratamento em grupo com obesos. Nesses casos, é de fundamental importância que haja o desenvolvimento de funções do ego consciente, tais como a de antecipar, prevenir, modificar, além de lidar com as situações que implicam risco de reincidência.

Psicanalítica. A corrente psicanalítica, por sua vez, abriga muitas escolas: freudiana, teóricos das relações objetais (inspirados principalmente em M. Klein, Bion e Winnicott), psicologia do ego (Hartmann, M. Mahler, etc.), psicologia do self (Kohut), estruturalista (Lacan, entre outros). No entanto, apesar da óbvia (e sadia) divergência na conceituação da gênese e do funcionamento do psiquismo, e da fundamentação dos postulados da metapsicologia, teoria, técnica e prática da psicanálise, essas diferentes escolas convergem no que há de essencial relativamente aos fenômenos provindos de um inconsciente dinâmico.

Particularmente em relação às grupoterapias psicanalíticas, não há um único referencial teórico-técnico, o importante é que o grupoterapeuta tenha uma formação psicanalítica, de preferência de natureza múltipla, isto é, de conhecer muito bem os fundamentos básicos de todas as escolas, e, a partir daí, construir o seu estilo próprio e autêntico de trabalhar psicanaliticamente, fazendo as necessárias adaptações às peculiaridades do campo grupal, com as suas leis dinâmicas específicas.

O fato de que o grupoterapeuta trabalhe com um referencial de fundamentação psicanalítica não significa que ele deverá visar, sempre, a um objetivo rigorosamente psicanalítico, no sentido restrito desse termo. Assim, da mesma forma como nas psicoterapias individuais, também as grupoterapias podem funcionar por um período de tempo longo ou curto, podem ter uma finalidade precípua de *insight* destinado a mudanças caracterológicas, ou podem se limitar a benefícios terapêuticos menos pretenciosos, com a simples remoção de sintomas, alívio de angústias ou resolução de crises. Além disso, essas grupoterapias também podem limitar-se à busca única de uma melhor adaptabilidade nas inter-relações familiares, profissionais e sociais, ou podem objetivar a manutenção de um estado de equilíbrio psíquico (como, por exemplo, com psicóticos egressos), ou ainda, a de despertar as ocultas capacidades positivas (como no caso de grupos com pacientes *borderline*, depressivos), e assim por diante.

Um exemplo de como o referencial psicanalítico pode estender-se a outras aplicações grupais que não somente as do clássico *setting* com pacientes neuróticos consiste no emprego da "psicanálise das configurações vinculares", que, além dos grupos e instituições, encontra a sua grande importância no atendimento a casais e a grupos familiares.

Todas as alternativas até aqui levantadas requerem uma variabilidade de enquadres, como será exposto ao longo do livro, inclusive com um capítulo dedicado especialmente à prática com grupoterapia psicanalítica propriamente dita, dirigida ao *insight*, com o propósito precípuo de obtenção de mudanças caracterológicas.

ESTADO ATUAL DAS DIVERSAS FORMAS DE GRUPOS

Seguindo o esquema de classificação proposto neste capítulo, pode-se dizer que o atual panorama é o seguinte:

Os grupos operativos – como, por exemplo, os “grupos de reflexão” – tanto na área de ensino-aprendizagem como nas diversas instituições, em distintas áreas humanísticas, em programas comunitários de saúde mental, etc., têm mostrado algum crescimento visível, embora pareça que ainda estão muito aquém do que poderiam e deveriam estar. Cabe um registro especial aos grupos de auto-ajuda e mútua ajuda, pois eles vêm revelando, nos últimos anos, uma notável expansão e inquestionáveis benefícios, sobretudo em inúmeras aplicações na área da medicina, como são os grupos homogêneos realizados com pacientes diabéticos, hipertensos, adênticos, reumáticos, colostomizados, pós-infartados, mastectomizados, deficientes físicos, etc., em um leque virtualmente sem fim de benefícios terapêuticos.

Em relação às grupoterapias, constata-se um significativo desenvolvimento e uma progressiva demanda de áreas como a de casais e a de família, o emprego de técnicas psicodramáticas, grupos com psicóticos egressos, diversos tipos de grupos homogêneos (com pacientes depressivos, *borderline*, drogadictos, transtornos alimentares, etc.). Quanto às grupálises, em nosso meio pelo menos, após o início de sua aplicação na década de 50 e o seu vigoroso crescimento na década de 60, as décadas de 70 e 80 foram marcadas por um progressivo declínio, e a de 90 ainda não está claramente definida.

À guisa de conclusão final deste capítulo, cabem algumas sugestões:

- Em atenção às peculiaridades de um país pobre e populoso como é o nosso, a utilização do recurso grupoterápico tem tudo para ser uma alternativa de grandes perspectivas, até agora não suficientemente exploradas. O aproveitamento em serviços já existentes, ou a criação de clínicas de grupoterapia para pessoas de média e baixa renda, atenderia a uma inquestionável necessidade da comunidade.
- As instituições formadoras de profissionais da área da saúde biopsicossocial como os médicos em geral, psiquiatras em especial, psicólogos, assistentes sociais, corpo de enfermagem, deveriam dedicar um maior espaço ao ensino da dinâmica de grupo, inclusive com uma eventual utilização de técnicas grupais de ensino, notadamente nos primeiros anos de formação profissional.
- A continuidade na promoção de encontros entre todos os técnicos, muitas vezes anônimos, das mais diferentes áreas de especialização que, de uma forma ou outra, estão empregando algum recurso de atividade grupal, em seus respectivos campos profissionais. Não resta a menor dúvida quanto à importância – como um ponto de partida, para uma necessária integração – de se saber quem é quem, e o que cada um pensa, faz, por que e como faz, etc.

Finalmente, deve-se dar todo apoio aos institutos formadores de coordenadores de grupos e às entidades representativas, em suas tarefas de, entre outras, promover cursos, programas, jornadas, algumas formas de intercâmbio de experiências, pes-

quisa e produção de trabalhos científicos, estímulo ao estabelecimento de convênios com órgãos estatais de assistência médica, empresas, sindicatos, instituições de ensino, entidades congêneres a essas e, sobretudo, promover alguma forma consistente de divulgação e esclarecimento ao grande público.

Grupos Operativos { Ensino-aprendizagem
Institucionais
Comunitários
Grupos de auto-ajuda

Grupos Psicodramáticos

Grupos de Casais e Família
Grupos com Psicóticos Egressos
Grupos Homogêneos
Grupos de Reflexão

Como Supervisionamos em Grupoterapia

LUIZ CARLOS OSORIO

O ensino sob a forma de trabalho supervisionado é talvez a mais antiga forma de transmissão de conhecimentos. Embora, com um pouco de imaginação, seja possível situar seu surgimento no estágio tribal do processo civilizatório – onde os mais velhos “supervisionam” os mais jovens na aprendizagem de formas rudimentares de sobrevivência através da caça, pesca e obtenção de elementos nutritivos do reino vegetal –, foi durante a Idade Média que a supervisão se institucionalizou através da dinâmica peculiar à relação do mestre-de-ofício e seus aprendizes.

No campo das ciências psicológicas, foi a psicanálise que introduziu em sua prática formativa a supervisão como um dos pilares do treinamento de novos psicanalistas.

Kusnetzoff (Groisman, 1984), após assinalar a ausência significativa de uma definição sobre o termo, na literatura sobre supervisão, define-a como “um sistema de auditoria-assessoria, onde um estudante adquire as habilidades e os conhecimentos necessários para um desempenho adequado na tarefa psicoterápica”.

Tendo a supervisão da prática psicoterápica se originado – como se assinalou antes – do modelo de treinamento psicanalítico, não seria de se estranhar que ela se apoiasse na relação dual supervisor-supervisionado e privilegiasse o relato verbal das sessões. No entanto, em se tratando de grupos – como se verá adiante –, esse modelo obsoleceu e se tornou insuficiente para a desejável transmissão de conhecimentos.

Como as distintas técnicas de supervisão atualmente empregadas em grupoterapias estão estreitamente vinculadas a suas modalidades, elas serão apresentadas no contexto de cada uma dessas modalidades.

MODALIDADES DE ATENDIMENTO GRUPAL: SUAS PECULIARIDADES E CORRESPONDENTES TÉCNICAS DE SUPERVISÃO

É tarefa extremamente complexa tentar qualquer forma de sistematização das distintas modalidades de atendimento grupal: ora se pode referi-las às linhas teóricas que lhes dão sustentação (psicanálise, psicodrama, teoria dos sistemas, teoria do campo grupal, teoria da comunicação humana), ora à faixa etária que tem como alvo (crianças, adolescentes, idosos), ora ao tipo de pacientes em questão (pacientes psicossomáticos, pacientes terminais, drogadictos, psicóticos), ora ao contexto grupal

(casais, famílias, instituições), ora às dimensões do grupo (micro ou macrogrupos), ora aos objetivos a que se destinam (ensino, terapia, realização de tarefas institucionais), e assim por diante. Como se vê, nada fácil. Optou-se, então, por referir apenas aquelas modalidades grupais em cujo contexto se desenvolveram os modelos ou técnicas de supervisão prevalentes nos dias atuais no campo das grupoterapias em geral.

Grupoterapia analítica

A grupoterapia analítica é também referida como psicoterapia analítica de grupo, psicanálise de grupo, psicoterapia grupal de orientação analítica.

Se nos ocupamos dela inicialmente, é porque cronologicamente a psicanálise foi o primeiro marco referencial teórico para o estudo e a compreensão dos agrupamentos humanos, visando a instrumentar seu atendimento. Embora, a rigor, o psicodrama tenha antecedido como método de abordagem grupal, não a precedeu como estrutura teórica a partir da qual se pudesse entender os mecanismos grupais e pressupor uma ação psicoterápica sobre os indivíduos que compõem um grupo.

A grupoterapia analítica, introduzida em nosso meio em meados da década de 50, experimentou rápida expansão em toda a América Latina, a partir de seu pólo irradiador em Buenos Aires, tendo, no entanto, apresentado um acentuado declínio nos anos 70 – para alguns, pela deserção dos pioneiros em função das pressões da instituição psicanalítica contra a psicoterapia coletiva; sob a alegação de que psicanálise só é possível numa relação dual e, para outros, em decorrência dos sistemas políticos autocráticos vigentes no continente sul-americano nos anos 60-70, todos eles obviamente antagonizando quaisquer modalidades de práticas grupais, por supô-las fermento de atividades subversivas. Só mais recentemente a grupoterapia analítica voltou a representar uma alternativa psicoterápica de peso, no contexto global das grupoterapias em geral, mas já agora experimentado um afastamento gradual dos delineamentos técnicos originais, muito comprometidos com a mera extrapolação dos eventos inerentes à relação dual do processo analítico para a situação grupal. Atualmente, a grupoterapia analítica vem incorporando a sua prática e se deixando fecundar, em sua sustentação teórica, por elementos oriundos de outras vertentes, tais como a dinâmica de grupo, a teoria dos grupos operativos, a teoria da comunicação humana, a teoria sistêmica, o psicodrama e outras mais. Isso, ao que tudo indica, deverá afetar singularmente a práxis das novas gerações de grupoterapeutas de linha-gem psicanalítica e, conseqüentemente, a prática da supervisão, já não mais agora apenas calcada no clássico modelo do relato verbal das sessões, mas enriquecendo-se com a utilização do *role-playing* (contribuição das técnicas psicodramáticas), do emprego do espelho unidirecional e do vídeo (de uso corrente nas supervisões das terapias familiares sistêmicas) e da utilização do próprio grupo em supervisão como matriz do aprendizado (como nos grupos de reflexão sobre a tarefa, oriundos da prática com grupos operativos).

Como a imensa maioria, para não dizer a totalidade, dos que praticam a grupoterapia analítica em nosso meio possui treinamento prévio em psicanálise ou psicoterapia analítica de grupo*, sua práxis clínica é supervisionada segundo os cânones da

supervisão psicanalítica, onde o supervisionado traz o relato verbal das sessões, e o supervisor discute com ele aspectos da compreensão dinâmica do grupo, da técnica empregada, do emprego e adequação das interpretações e do manejo dos sentimentos transferenciais e contratransferenciais. Não existindo entre nós, até recentemente, uma formação sistematizada de psicoterapeutas de grupo, o trabalho assim supervisionado se constituía na quase exclusiva forma de transmissão de conhecimentos. A primeira geração de grupoterapeutas analíticos (décadas de 50-60), como sói acontecer com os pioneiros, foi de formação basicamente autodidática, embora alguns tenham recebido treinamento não-sistematizado noutros centros (Martins, 1986). A segunda geração (década de 60-70), ainda que na aquisição dos conhecimentos teóricos continuasse em moldes autodidáticos, pôde enriquecer suas vivências grupais, seja como pacientes de grupos analíticos de colegas da geração precedente, seja como seus supervisionados. A par disso, a experiência institucional subjacente a seu treinamento psicoterápico, cada vez mais impregnada pelas técnicas ambientoterápicas, forneceu-lhe subsídios apreciáveis para a familiarização com o atendimento de indivíduos em grupos. A terceira geração que ora surge (década de 80), além dos elementos de aprendizagem já mencionados, passa a contar com a possibilidade de sistematizar seus conhecimentos teóricos e enriquecer a prática supervisionada com outras modalidades oriundas de distintos referenciais teóricos, conforme supracitado.

Por razões que não cabe aqui discutir, não se tornou entre nós prática corrente – a exemplo do que ocorreu noutros centros – o emprego do *observador de grupo* como uma modalidade de treinamento. Embora, a rigor, não se possa considerá-lo propriamente uma forma de supervisão do trabalho grupal, pois seria o supervisor e não o supervisionando que estaria atendendo o grupo, o aprendizado do atendimento grupal através da prática de observar a forma como o grupo é conduzido por um profissional mais experiente apresenta-se, por assim dizer, como o “negativo” da supervisão tradicional e, portanto, enseja vivências que, *lato sensu*, permitem incluí-lo como uma modalidade de supervisão. Supõe-se que, pelo caráter anômalo de se manter no grupo um membro institucionalizado como periférico e não-participante, isso criaria uma distorção da dinâmica grupal que torna bastante discutível o método de aprendizagem em questão. Para alguns, só a inclusão do supervisionando como *co-terapeuta*, com direito implícito à iniciativa na condução do grupo e sem distingui-lo funcionalmente do supervisor perante o grupo, permitirá manter-se o equilíbrio homeostático para que decorra produtivamente o processo grupal. A *co-terapia*, ainda que levando-se em conta, no caso, a defasagem no nível de experiência dos coordenadores, propiciaria, então, um veículo mais adequado para a aprendizagem supervisionada, por respeitar a estrutura funcional do grupo.

A supervisão em grupoterapia analítica pressupõe – a par das distintas maneiras de conduzi-la – que se inicie já com a seleção e o agrupamento dos pacientes, uma vez que a constituição do grupo é momento crucial para sua futura viabilização como adequado continente psicoterápico. Há quem afiance que em nenhuma outra fase do processo grupal a supervisão tenha papel tão preponderante a desempenhar como nesses instantes prévios ao funcionamento propriamente dito do grupo, o que metaforicamente se expressa neste aforisma de Anthony (1968): “cada terapeuta tem o grupo que merece”. É mister, então, selecionar e agrupar convenientemente seus membros, respeitando não só a compatibilidade dos indivíduos que devem compô-lo como as idiossincrasias contratransferenciais do terapeuta.

Para finalizar essas considerações sobre a supervisão em grupoterapia analítica, consigne-se que, numa visão prospectiva, esta tarefa está cada vez mais impregnada dos modelos de supervisão empregados em outras formas de atendimento grupal;

* Esta não é, contudo, uma peculiaridade de nosso meio. Foulkes (1972) assinala que, num levantamento estatístico realizado pela Associação Americana de Psicoterapia de Grupo em 1961, 86% dos grupoterapeutas haviam sido previamente treinados com modalidades de atendimento individual.

isso, contudo, não compromete a utilização do referencial analítico para sustentar a compreensão e o manejo dos grupos, mas apenas instrumenta a transmissão de conhecimentos, via utilização de procedimentos cuja eficácia tenha sido comprovada, sobretudo pela desmitificação da figura do supervisor como agente emissor de conhecimentos e detentor do saber institucionalizado para trazê-lo à sua real dimensão de mero catalisador do processo de auto-aprendizagem, a partir da experiência clínica a ser desenvolvida pelo supervisionando.

Psicodrama

O psicodrama, como instrumento psicoterápico, desenvolveu-se a partir do "teatro da espontaneidade" e do sociodrama morenianos. Alicerça-se na "teoria dos papéis", ou seja, no conjunto de posições imaginárias assumidas pelo indivíduo desde seus primórdios, na relação com os demais.

Para Moreno (1986), a psicoterapia grupal é um método para tratar, conscientemente, e na fronteira de uma ciência empírica, as relações interpessoais e os problemas psíquicos dos indivíduos de um grupo.

O método psicodramático usa a representação dramática (a cena) como centro de sua abordagem dos conflitos humanos; essa representação une a ação à palavra, privilegiando a expressão corporal, ao lado da comunicação verbal. Daí decorre que o método de supervisão por excelência utilizado na formação e no treinamento dos que a empregam – o *role-playing* – consiste em procedimentos em que o relato verbal da supervisão analítica é substituído pela experiência revivenciada do processo psicoterápico através do "jogo de papéis".

Em que consiste o *role-playing*?

Muito sumariamente diríamos que o *role-playing* é um "como se" da sessão psicoterápica, no qual, por exemplo, supervisor e supervisionando, assumindo alternadamente os papéis de terapeuta e paciente, possam juntos compor as várias alternativas do processo psicoterápico através do revivenciar psicodramático de situações ocorridas na(s) sessão(ões) prévia(s) ou ensaiar os passos futuros de sessões vindouras. Assim, não só o *role-playing* serviria para preencher as lacunas compreensivas do material de sessões já ocorridas, como possibilitaria a antecipação imaginária dos eventos possíveis ou prováveis no devir grupal, ensejando ao supervisionando o domínio das ansiedades frente ao novo e desconhecido, que tantas vezes o paralisa em sua função psicoterápica.

Ao dramatizar uma sessão já ocorrida, o *role-playing* permite ao supervisionando revivenciá-la, experimentando distintos ângulos de (auto-)observação do papel que desempenhou, bem como ampliar o enfoque compreensivo do material aportado pelo grupo, através de sua observação especular, pela rotatividade de papéis inerente à própria natureza desta técnica de aprendizado.

Por outro lado, a representação, através do "como se" dramático, de uma sessão futura, oferece-lhe a oportunidade de testar previamente suas atitudes e reações frente a eventuais emergentes grupais, assim como lhe permite o confronto com as vicissitudes da tarefa, sem a sobrecarga ansiogênica da realidade factual.

O caráter experimental dessa modalidade de supervisão confere-lhe, analogicamente, a função de retroaprendizagem que a pesquisa ensaja a toda e qualquer ação terapêutica. É, portanto, um cadinho de nuances e possibilidades da prática da supervisão.

O *role-playing* mostra-se de extremo valor no treinamento prévio, ao início do trabalho psicoterápico com grupos; numa comparação quicá um tanto inadequada,

dir-se-ia que equivale à realização de condições simuladas de práticas cirúrgicas antes de efetivá-las em determinado paciente.

Grupos operativos

Os grupos operativos foram introduzidos na práxis grupal pelo psicanalista argentino Pichon Riviére, na sua famosa "experiência Rosário", em 1957. Trata-se, sinteticamente, da inclusão do vértice psicanalítico na leitura dos processos grupais, feita anteriormente por Kurt Lewin, no que se convencionou denominar "dinâmica dos grupos".

Como assinala Tubert-Oklander (1986), "*grupo operativo* não é um termo utilizável para se referir a uma técnica específica de coordenação de grupos, nem a um tipo determinado de grupo em função de seu objetivo, como poderia ser 'grupo terapêutico', 'grupo de aprendizagem' ou 'grupo de discussão', mas se refere a uma forma de pensar e operar em grupos que se pode aplicar à coordenação de diversos tipos de grupos".

Em nosso meio, institucionalizou-se uma prática equivocada de se contrapor o *grupo operativo* ao *analítico*, como sendo este todo grupo manejado com a técnica instrumental da interpretação dos conteúdos inconscientes, e aquele um grupo onde, ainda que empregemos o referencial analítico para compreender os fenômenos que nele ocorrem, não se utilizam *interpretações analíticas* em seu manejo. Esta leitura equivocada dos conceitos de *grupo operativo* e *analítico* se deriva ou está a serviço de uma compartimentalização do *poder terapêutico*: os grupos analíticos seriam, nesta concepção, território de ação exclusiva dos psicanalistas; todos os demais grupos coordenados por não-psicanalistas, de acordo com esta ótica distorcida, cairiam na valla comum dos grupos ditos operativos. Destarte, só os psicanalistas deteriam o poder de realizar ações psicoterápicas em grupos com o referencial psicanalítico, circunscrevendo-se a ação dos demais à prática nos grupos operativos, entendidos assim como não-analíticos.

Como supracitado, tal concepção é errônea, pois justamente os grupos operativos se propõem a vincular as noções oriundas da dinâmica dos grupos ao referencial psicanalítico. E, conforme sugere a observação de Tubert-Oklander transcrita anteriormente, um grupo analítico é um grupo operativo que se destina a tratar indivíduos em grupo com o referencial psicanalítico. Além dos grupos operativos terapêuticos, existiriam grupos operativos de aprendizagem, de reflexão sobre uma determinada tarefa grupal, de discussão de objetivos institucionais, e assim por diante.

Feito este esclarecimento conceitual indispensável, face ao emprego inadequado da expressão *grupo operativo*, vejamos qual sua contribuição para a práxis supervisora.

Ainda citando Tubert-Oklander (1986): "Nos grupos operativos, a tarefa interna exige que os membros realizem uma permanente indagação das operações que se realizam no seio do grupo, em função da relação com a tarefa externa, vista como organizadora do processo grupal". Esta atitude de "re-fletir(se)" sobre a experiência do próprio grupo enquanto grupo é o ponto de partida dos assim chamados *grupos de reflexão*, contribuição da teoria e da técnica dos grupos operativos à aprendizagem supervisionada em grupos.

Esses grupos, onde os supervisionandos utilizam a própria experiência de participar com membros de um grupo de ensino-aprendizagem como parte de seu treinamento, derivam-se dos chamados grupos T (*training groups*), introduzidos a partir de 1949 nos laboratórios sociais de dinâmica de grupo inspirados nas idéias de Lewin.

Os grupos T – por sua vez uma modificação dos grupos BST (*basic skill training groups*), cujo objetivo primordial era adestrar para a ação operativa em grupos – passaram a centralizar o aprendizado na indagação do que ocorre aos próprios participantes enquanto membros de um grupo de treinamento, revertendo a perspectiva de adestramento, pois já não seria um saber institucionalizado externo ao próprio grupo a fonte de aprendizagem, mas, sim, os próprios fenômenos intragrupais focados a partir da e em direção à tarefa inerente a tal modalidade grupal: o treinamento em técnicas grupais.

Na América Latina, a primeira experiência sistematizada com tal forma de aprendizagem grupal ocorreu em Buenos Aires, a partir dos anos 70, conforme descrito por um de seus mentores, A. Dellarosa (1979).

Resumidamente, os grupos de reflexão oportunizam a aprendizagem das técnicas grupais através do próprio grupo de aprendizado envolvido na experiência de treinamento, de tal sorte que a práxis supervisora inclua as vivências do supervisor com seus supervisionados, e destes entre si, como elemento nuclear do processo de aprendizagem.

É mister assinalar que, embora seja objetivo dos grupos de reflexão lidar com a patologia do processo de transmissão-aquisição de conhecimentos, mediante a elaboração das ansiedades inerentes ao processo de aprendizagem e às relações humanas nele envolvidas, está interdita, por óbvias razões, qualquer utilização do material emergente nesses grupos para assinalamentos ou interpretações que se dirijam à vida privada dos participantes.

Os grupos de reflexão têm por finalidade precípua desenvolver as habilidades dos participantes de “pensar” o próprio grupo a partir de uma experiência compartilhada de aprendizagem, mantendo-se, contudo, uma cuidadosa discriminação entre a proposta de utilizar os sentimentos emergentes no grupo para compreender os fenômenos grupais, simultaneamente desenvolvendo as habilidades de seus componentes e qualquer outra intenção de cunho psicoterápico dirigida a seus membros. Esta intenção, sempre que estiver presente, seja na mente do(s) coordenador(es) como na dos demais participantes, será entendida como uma interferência indesejável e que compromete a eficiência do grupo de reflexão enquanto instrumento de aprendizagem.

Terapia do grupo familiar

A terapia do grupo familiar é também designada como terapia familiar, terapia de família e grupoterapia familiar.

A terapia do grupo familiar experimentou, nas últimas décadas, um grande influxo, a partir de sua fundamentação na teoria sistêmica. Ainda que a família possa e tenha sido anteriormente abordada segundo o referencial de outras correntes teóricas, tais como a psicanalítica e a comportamentalista, em verdade foi a abordagem sistêmica a responsável por sua definitiva incorporação às modernas técnicas psicoterápicas de maior expressão.

E em que consiste essa abordagem sistêmica?

A ruptura epistemológica ocorrida a partir das pesquisas de Bateson e colaboradores, no chamado grupo de Palo Alto, na década de 50, nos Estados Unidos, causou uma mudança substancial no enfoque das doenças mentais, visualizadas a partir de então não mais como uma decorrência dos conflitos intrapsíquicos, mas da interação dos indivíduos no contexto do grupo familiar.

A cibernética, a teoria da comunicação humana e a teoria geral dos sistemas são os três grandes vértices teóricos a partir dos quais se passou a considerar o funcionamento do psiquismo humano em termos interacionais, e não mais intrapsíquicos. A metáfora central deste enfoque é o registro da caixa negra dos sistemas eletrônicos, onde o importante a considerar não é o que está no “cérebro” do sistema, mas sim seus *inputs* e *outputs*, ou seja, as informações aferentes e eferentes.

Ao considerar a família como um sistema, o doente mental ou paciente identificado (PI) passa a ser visualizado como um emergente ou porta-voz da “doença” sistêmica, o que muda o enfoque psicoterápico do *intrapésquico* para o *interacional*, originando-se aquela que talvez tenha sido a maior revolução na abordagem dos conflitos humanos desde o advento da psicanálise.

Ao retirar do foco diagnóstico e terapêutico o paciente individual e privilegiar o estudo de seu grupo de origem, a terapia familiar foi responsável, indiscutivelmente, pela revitalização do estudo, compreensão e metodologia das abordagens terapêuticas dos grupos em geral e, como não poderia deixar de ser, introduziu novas e revolucionárias técnicas de supervisão.

O uso do espelho unidirecional e do videoteipe, já empregados anteriormente de forma tímida e quase clandestina na supervisão das psicoterapias “clássicas”, foi institucionalizado entre nós pela terapia familiar. A par do emprego dos recursos da moderna tecnologia, outras técnicas auxiliares foram sendo inseridas: o uso do interfone, permitindo a comunicação direta do supervisor com o supervisionado durante a própria sessão; a solicitação da presença do supervisor durante a sessão, como uma espécie de consultor ativo; a eventual substituição do terapeuta por seu supervisor na condução de determinada sessão (ficando o supervisionado na sala ou no outro lado do espelho, quando isso ocorrer); a ocorrência de uma inversão de papéis, funcionando ocasionalmente o terapeuta como “supervisor” de seu supervisor, e assim por diante.

Todas essas variantes do modelo de supervisão alicerçado na prática da sessão observada ao vivo e/ou gravada em vídeo trouxeram uma mudança fundamental na relação hierárquica supervisor-supervisionado, além de desmitificar a figura do terapeuta, outrora narcisicamente entricheirado no segredo da prática de seu ofício, prática essa agora ostensivamente revelada pela observação simultânea, podendo os passos do terapeuta, suas inseguranças, titubeios, erros ou acertos, seu estilo, enfim, revelar-se por inteiro ao supervisor, do outro lado do espelho ou na pantalha televisiva.

Com tais inovações, certas questões éticas foram suscitadas, como a decorrente da necessidade de se apresentar à família o supervisor e de notificá-la da presença dos demais eventuais membros do *team* psicoterápico presentes no outro lado do espelho.

O sigilo profissional – que antes, quem sabe, servia mais aos propósitos de proteger o terapeuta, no expor seus equívocos, do que ao próprio paciente em revelar seus conflitos – precisou ser rediscutido neste novo contexto.

Podemos questionar, aceitando ou não, tais modalidades de supervisão introduzida pela terapia familiar, mas indubitavelmente não podemos mais deixar de reconhecer sua vigência e a contemporaneidade de suas propostas.

É possível imaginar-se que, ao longo do tempo, o uso do espelho unidirecional e o emprego do videoteipe se generalizarão nas supervisões de todas as formas de psicoterapias, individuais ou grupais, e – heresia das heresias! – na própria prática psicanalítica.

Infelizmente, a extensão prevista para este capítulo não permite que se vá além da simples menção dessas modalidades de supervisão, das quais já são íntimos, no

seu cotidiano profissional, os terapeutas de famílias e às quais poderão ter acesso os demais, através da consulta à bibliografia especializada.

UMA EXPERIÊNCIA PESSOAL NA SUPERVISÃO DE GRUPOTERAPEUTAS

Como é de conhecimento geral, a formação de grupoterapeutas em nosso meio, inicialmente levada a cabo de forma não-sistematizada e de cunho predominantemente autodidático, surgiu entre os psicanalistas locais que também se dedicavam à grupoterapia, seja em instituições, seja em seus consultórios particulares. A supervisão dos mais jovens pelos colegas mais experientes, segundo o modelo clássico do relato visual das sessões, foi quicá a pedra de toque desses primeiros tempos, que remontam à década de 60. Desde então, com a paulatina desativação da Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo de Porto Alegre, entidade que congregava os psicoterapeutas de grupo em nosso meio, a prática grupoterápica supervisionada deslocou-se para outras vertentes teóricas, tais como o psicodrama, a análise existencial¹, a gestaltterapia e, mais recentemente, a terapia familiar.

Num esforço para resgatar a matriz de origem da formação grupoterápica entre nós, e em função de crescentes solicitações de colegas mais jovens interessados na prática com grupos, criou-se uma entidade² destinada, entre outros objetivos, a desenvolver um modelo de treinamento de novos grupoterapeutas. Este modelo é baseado no tripé conhecimentos-habilidades-attitudes, e sua estrutura inspirou-se nos programas de educação continuada patrocinados pela Associação Médica do Rio Grande do Sul, nos anos 70-80, nos quais cada módulo de ensino consta de uma parte teórica, outra prática e um grupo de reflexão sobre a tarefa em questão.

Ainda que muito recente, os delineamentos básicos deste programa de formação de grupoterapeutas estão claramente esboçados e neles se privilegia o trabalho supervisionado. Consideramos supervisão não apenas o trabalho dos alunos com seus respectivos grupos sob a orientação do supervisor, mas igualmente o aprendizado na parte prática, em que os temas teóricos são ilustrados a partir das vivências clínicas dos alunos, como também a experiência nos grupos de reflexão, onde, como vimos no item correspondente aos grupos operativos, o próprio grupo constituído por alunos e coordenadores é um instrumento de aprendizagem, através das vivências compartilhadas e do pensar cooperante em torno da tarefa de ensino-aprendizado comum a todos os membros do grupo.

Pretendemos gradativamente ir introduzindo neste programa as práticas supervisionadas a que alude o presente artigo, colocando a tônica na *supervisão coletiva*, pois é em grupo que se aprende a trabalhar com grupos.

Independentemente da modalidade de atendimento grupal que se queira ensinar, as técnicas supervisionadas em questão (*role-playing*, grupo de reflexão, acompanhamento de sessões ao vivo no espelho unidirecional, discussão do registro em videoteipês) enriquecem sobremaneira o treinamento dos supervisionandos, e por isso as preconizamos como indispensáveis a qualquer programa contemporâneo de formação de grupoterapeutas.

Como foi assinalado anteriormente, esta experiência com supervisão de grupoterapeutas em formação é bastante recente e não permite ainda que dela se extraiam

elementos conclusivos ou que se retroalimentem os pressupostos enunciados; se a ela aqui é feita referência, é pelo caráter de atualização deste livro. Num futuro próximo, poder-se-á retornar a essa experiência pessoal para então focá-la apenas do ângulo das expectativas ainda por cumprir, mas submetendo-a a uma análise crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *super-visão*, como a etimologia do termo sugere, pressupõe a existência de um profissional mais experiente que lance um olhar *sobre* o trabalho de seu colega – menos experiente e geralmente mais jovem – e que, da posição privilegiada de quem detém o saber desejado, o oriente *paternalisticamente* nos meandros da prática profissional em questão, no caso a grupoterapia.

A evolução da grupoterapia através das modalidades técnicas resenhadas neste artigo ensejou, conforme vimos, profundas mudanças na concepção e na metodologia do trabalho supervisionado. A primeira e mais importante consequência dessas mudanças foi a desmitificação do supervisor como portador do saber grupal e seu realinhamento no processo de aprendizagem como modelo identificatório e catalisador do saber a ser buscado pelo supervisionando. Uma segunda – e não menos significativa – consequência, foi a desmitificação da própria figura do terapeuta como habitante de uma “torre de marfim”, profissional a que só dá acesso através do relato verbal (consciente ou inconscientemente incompleto ou distorcido) de sua experiência pessoal ao supervisor: ele agora é despojado da malha protetora de seus relatos, pela exposição integral de seu trabalho na transparência da observação simultânea do mesmo. Um terceiro efeito, intimamente vinculado aos anteriores, é o câmbio das próprias atitudes do grupoterapeuta diante de seus pacientes, a quem não mais se apresentaria como detentor da verdade e como líder incontestado do grupo, mas como um de seus participantes, cuja hierarquia é determinada na medida em que formula hipóteses compreensivas consensualmente validadas pelo grupo. Como consequência, a *super-visão* transforma-se numa *co-visão*, onde o olhar mais experiente necessariamente não é o que melhor percebe ou discrimina, mas tão-somente o que aponta os caminhos já palmilhados.

A função do supervisor – denominação que conservamos por consagrada pelo uso, ainda que divergindo de sua concepção original – é basicamente se oferecer como modelo de identificação profissional e, para tanto, deve permitir que o supervisionando tenha acesso, na própria experiência grupal de ensino-aprendizado compartilhada, à observação direta de seu modo de sentir, pensar e agir.

Concluindo, queremos enfatizar uma vez mais a contribuição das grupoterapias à própria técnica da supervisão do trabalho psicoterápico com pacientes individuais ou em grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTHONY, J. Reflections on twenty-five years of group psychotherapy. *International Journal of Group Therapy*, 3: p. 277, 1968.
- DELLAROSA, A. *Grupos de reflexión*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- FOULKES, S.H. et al. *Psicoterapia de grupo*. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa, 1972. p. 196.
- GROISMAN, M. & KUSNETZOFF, J.C. Supervisão e co-supervisão grupal: ensino: terapia e aprendizagem em um setor institucional. In: —. *Adolescência e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p. 112.

¹ Centro de Programas de Educação Continuada (CEPEC).

- MARTINS, C. Prólogo. In: OSORIO, L.C. *et al. Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 9.
- MORENO, J.L., *apud* GARCIA, O.A. Psicodrama. In: OSORIO, L.C. *et al. Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 203.
- TUBERT-OKLANDER, J. *et al.* Grupos operativos. In: OSORIO *et al. Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 135.

PARTE 2

Prática com Grupos Operativos e Psicoterápicos

Como Agem os Grupos Operativos?

JANICE B. FISCMAAN

Sempre que ouvimos falar em grupos operativos, imediatamente surgem alguns conceitos a respeito dos mesmos que não traduzem o seu significado e/ou abrangência, e demonstram o quanto eles ainda são pouco conhecidos em nosso meio. A pergunta mais ouvida é: os grupos operativos são terapêuticos? Muitos fazem essa distinção entre os mesmos, o que revela a desinformação sobre esse tema.

Todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo. Para Pichon Rivière, "o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica". Todo grupo que tiver uma tarefa a realizar e que puder, através desse trabalho operativo, esclarecer suas dificuldades individuais, romper com os estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e que, além disso, o auxilie a encontrar suas próprias condições de resolver ou se enfrentar com seus problemas é terapêutico.

HISTÓRICO

Os grupos operativos foram introduzidos por H. Pichon Rivière na década de 40 na Argentina. Acho importante para a compreensão de sua teoria sabermos algo a respeito de seu autor: Pichon nasceu na Suíça, em Genebra mais precisamente, em 1907.

Quando tinha 4 anos, sua família estabeleceu-se na Argentina, na região do Chaco, habitada por uma cultura indígena primitiva. Pichon desde cedo enfrenta os primeiros choques de culturas. Aos 8 anos, vai com sua família para Corrientes cursar o ginásio, e aos 18 anos muda-se para Rosário para estudar medicina.

Desde o ginásio, Pichon identifica-se com a psicanálise e a busca da desocultação dos mistérios e questionamentos que motivavam a conduta dos grupos que vinha se relacionando. Pichon refere no prólogo de seu clássico livro, *O processo grupal* (1988): "meu contato com o pensamento psicanalítico foi anterior ao ingresso na faculdade de medicina e surgiu como o achado de uma chave que permitiria decodificar aquilo que era compreensível na linguagem e nos níveis de pensamento habituais".

Pichon (1986) considera o indivíduo "como um resultante dinâmico no interjogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos, e sua interação dialética através de uma estrutura dinâmica que Pichon denomina de vínculo". Ele define o

vínculo "como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem" (1988): aproximando-se da psiquiatria social, é levado a estudar o indivíduo não como um ser isolado, mas incluído dentro de um grupo, basicamente o familiar.

A partir de sua observação e experiência com pacientes hospitalizados, percebia que havia um interjogo evidente na relação entre o paciente, o grupo familiar que se originava e a relação com a instituição que estava se tratando. Pichon começa então a delinear conceitos como o de porta-voz, depositário, depositante e depositário, construindo, assim, a sua teoria, tendo como premissa principal o indivíduo incluído num grupo, percebendo a intersecção entre sua história pessoal até o momento de sua afiliação a esse grupo (verticalidade), com a história social desse próprio grupo até o momento (horizontalidade). "A verticalidade e a horizontalidade do grupo se conjugam no papel, necessitando a emergência de um a mais porta-vozes, que, ao enunciar seu problema, reatualizando seus acontecimentos históricos, denuncia o conflito da situação grupal em relação à tarefa." (Osorio, 1991). Isso determina o que nós chamamos de horizontalidade, que pode ser entendida como o denominador comum compartilhado pelo grupo, de maneira consciente ou inconsciente (fantasias básicas universais do grupo).

Na minha prática clínica com grupos operativos, quando um paciente introduz algum assunto no grupo, costumo me perguntar "Por que esse assunto está aparecendo aqui agora comigo com este exercício de pensar?", e então investigo vários pontos de intersecção entre a verticalidade do sujeito que enuncia o problema e a horizontalidade do grupo. Ao fazer uma colocação que pode ser entendida como uma transferência, o paciente introduz uma possibilidade de explicitação das fantasias que estão bloqueando sua atividade grupal.

É importante compreender que, para que um grupo evolua no propósito da resolução de tarefa, é fundamental explicitar essas fantasias universais para permitir que o processo de mudança ocorra. Essa mudança vai caracterizar o grau de saúde ou patologia desse grupo. Quanto mais plásticos forem os papéis, mais saudável é o grupo, e quanto mais estereotipados forem esses mesmos papéis, mais patológico ele se torna por não possibilitar a ruptura dos mecanismos estereotipados de delegação e assunção de papéis.

Temos como experiência em nossa prática clínica alguns grupos que precisam se manter estereotipados para preservar a estabilidade do grupo que estão inseridos. Há aproximadamente 16 anos, numa unidade de interação psiquiátrica, coordenei um grupo denominado "grupo operativo de limpeza". Após várias sessões, percebi que a unidade se mantinha limpa, mas que o processo que se dava para que esse objetivo fosse alcançado não se enquadrava no enfoque operativo. O grupo reunia-se semanalmente para "combinar" as atividades de limpeza. Fui percebendo que, na verdade, daqueles 12 integrantes que participavam do grupo, apenas 1 realizava a faxina na unidade. Isso era devido, certamente, às suas características pessoais obsessivas, mas que "estavam à serviço" do interesse da unidade que ele estava baixado, porque sabia-se que a unidade "se manteria limpa".

Quando tal mecanismo foi identificado, começou-se a trabalhar, terapêuticamente no grupo, a redistribuição de papéis, a divisão do trabalho e a explicação desse funcionamento. A unidade começou a ficar suja, e a equipe começou a reclamar que o grupo operativo não estava funcionando bem.

Percebe-se, nesse exemplo, que a forma previsível que o grupo vinha se desenvolvendo "servia" para a instituição manter seus objetivos implícitos de controlar obsessivamente os aspectos mobilizados pela situação de internação de psicóticos.

Se a unidade estivesse limpa, os aspectos "loucos" de cada um dos elementos não apareceriam. Se formos pensar em termos de objetivos explícitos, reconheceremos a importância do aprendizado de atividades laborativas no sucesso do tratamento a psicóticos, no entanto, com o exemplo anterior percebemos que nem sempre os objetivos explícitos têm ligação direta com os implícitos. Voltemos ao conceito de grupo operativo de Pichon Riviére (1988): "Caracteriza o grupo como um conjunto restrito de pessoas, que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõe-se, em forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis".

A tarefa vai depender do campo operativo do grupo, ela trata de resolver o denominador comum de ansiedade do grupo que adquire em cada membro características particulares. Por exemplo, se for um grupo ensino-aprendizagem, a tarefa será a resolução das ansiedades ligadas à aprendizagem dessa disciplina se o grupo for terapêutico propriamente dito, a tarefa será a cura da enfermidade através da resolução do denominador comum da ansiedade do grupo que vai variar de indivíduo para indivíduo dependendo de sua história pessoal e suas características particulares.

"O grupo é o agente da cura, e a tarefa se constitui num organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo." (Osorio, 1991)

Podemos entender como cura a mudança de pautas estereotipadas de funcionamento e a integração do sentir, do pensar e do agir. Não podemos esquecer que toda mudança implica o surgimento dos medos básicos de perda e ataque (ansiedades depressivas e persecutórias) que podem funcionar como obstáculos nesse processo de mudança. Dessa forma, identificamos três momentos de um grupo operativo: pré-tarefa, tarefa e projeto.

Na pré-tarefa se concentra a resistência à mudança; é aqui que observamos nos grupos o predomínio das ansiedades e medos basicamente frente ao desconhecido que obstaculizam o "entrar na tarefa". Encontramos também o predomínio da dissociação entre o agir, o sentir e o pensar.

Vamos tomar como exemplo de pré-tarefa um grupo operativo que trata obesidade: esse grupo reúne-se semanalmente e tem como objetivo comum o emagrecimento.

Sabemos que o emagrecimento é uma tarefa externa, explícita e comum a todos. Para que se emagreça, é necessário modificar hábitos: alimentares, familiares, sociais, etc.; isto é o que denominaremos de tarefa interna, pois consiste nos movimentos que os indivíduos devem realizar conjuntamente para obter essa mudança. Então, semana após semana, cada membro do grupo vem atingindo seu objetivo explícito de emagrecer.

Um dos elementos consegue um emagrecimento notadamente superior aos demais e essa pessoa é admirada e/ou invejada pelos outros membros do grupo. Uma outra integrante, por sua vez, não apresenta a mesma "performance" na balança, mas relata e vivencia as profundas modificações que estão ocorrendo em sua vida devido à sua participação no grupo. O grupo pega esses elementos e questiona suas verbalizações, uma vez que ela não "perde peso". Reforçam o colega anterior que está diminuindo progressivamente o peso na balança.

A seguir, criam-se e são lançados no grupo desafios e metas que objetivam a perda de peso. Todos, na semana seguinte, "perdem peso", mas não conseguem sentir

nem observar que mudanças de atitudes estão obtendo. Isso pode ser entendido como um momento de pré-tarefa, pois o "perder peso" impede que reflitam sobre seus hábitos, atitudes e sentimentos.

Nesse momento, ocorre a clara dissociação do pensar, sentir e agir. O grupo atua para não pensar nem sentir.

O momento da tarefa consiste na elaboração da ansiedade provocada pela mudança e na integração do pensar, sentir e agir. É na tarefa que se consegue abordar o objeto de conhecimento de forma a romper com as pautas estereotipadas que estancam a mudança e bloqueiam a comunicação. Aqui se dá o insight através da elaboração dos medos básicos. O projeto é o que aparece emergindo da tarefa e que permite o planejamento para o futuro.

No exemplo anterior, o grupo entraria na tarefa no momento em que ao planejar o emagrecimento pudesse verbalizar, clarificar e esclarecer o processo em que cada um, de acordo com suas características pessoais, alcançaria esse objetivo. Trabalhando o significado do emagrecimento para cada um, bem como as motivações que têm para atingir o objetivo, poderiam dessa maneira, chegar ao projeto.

O papel do coordenador no grupo operativo é o de "coopensor", que Pichon designa como aquele que pensa junto com o grupo, ao mesmo tempo que integra o pensamento grupal, facilitando a dinâmica da comunicação grupal. A interpretação no grupo operativo possibilita a emergência da fantasia básica do grupo através da compreensão do existente (explícito).

Serão apresentados, a seguir, alguns exemplos de situações de grupos operativos que ilustram o material abordado até aqui.

Exemplo 1

Trata-se de um grupo operativo, cuja tarefa é refletir sobre a formação de terapeutas familiares, com alunos de um curso de formação de terapia familiar. É terceira sessão do grupo, onde os terapeutas estão se conhecendo como grupo, logo após uma atividade docente de laboratório onde havia sido realizado e filmado um atendimento familiar que o grupo assistiu pela câmera de TV. No primeiro encontro após a filmagem, percebe-se que comparecem apenas três participantes no horário combinado. Começa-se o grupo falando sobre a pontualidade e assiduidade no curso e das possíveis razões para as faltas naquele dia.

Enquanto se discorre sobre esse tema, cada um trazendo suas justificativas pessoais, uma das integrantes começa dizendo que estava muito mobilizada com a experiência que tinha tido no dia anterior com o grupo. Referiu que ficou muito ansiosa ao assistir a um entendimento de família e que havia se sentido incomodada com o fato de estarem sendo filmadas. Esse assunto é então colocado ao grupo, e começam a falar de seus temores em não "conseguir entender" as famílias quando tiverem que atendê-las, receios de não conseguirem concluir o curso por não terem condições para tal. Lentamente, vai emergindo no grupo a fantasia grupal de não poderem se expor para não revelar suas fantasias de incapacidade para a tarefa que estavam se propondo. A coordenadora mostra que talvez também estejam falando do receio de se exporem no grupo, temendo não poderem concluir o curso de terapeutas familiares ou de não compreenderem seu papel naquele grupo.

No momento em que essa fantasia é explicitada, o grupo alivia-se e consegue entrar na tarefa de forma mais tranqüila.

Exemplo 2

Trata-se de um grupo de egressos num serviço público de saúde mental, que se reúne há muitos anos e tem como características principais a participação de pacientes que sofrem de doença mental e que já tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica. É um grupo heterogêneo quanto ao diagnóstico, mas homogêneo quanto à cronicidade da doença. Seu objetivo é evitar a reagudização da sintomatologia psicótica e evitar a reinternação, e auxiliá-los a se ressocializarem através da vivência do grupo operativo.

Neste grupo há um paciente que não é muito valorizado pelos demais participantes por apresentar um defeito esquizofrênico persistente de fuga de idéias. Sempre que o mesmo fala alguma coisa, o grupo faz que não ouve e não valoriza sua verbalização. Ao conversarmos sobre o assunto do dia, ou seja, a dificuldade que os mesmos sentem de serem aceitos no seu grupo familiar e social em função do estigma que carregam por sua doença, eles dizem que se sentem rechaçados e mal-compreendidos, inclusive por seus próprios familiares. Então, o paciente citado corta o assunto e começa a falar de que "os gatos têm sentimentos, que devem sentar à mesa, nas cadeirinhas" (gesticulava com a mão em círculos, dirigindo-se para aquele círculo que estávamos sentados). Os demais integrantes se olham, alguns se calam como se não entendessem ou ignorando esse membro.

Um outro paciente corta o assunto, dirigindo-se ao psiquiatra do grupo e começando a falar sobre a medicação, interrompendo, assim, a verbalização do colega.

A partir desses acontecimentos, a coordenadora passa a mostrar ao grupo que o que aconteceu naquele momento foi uma demonstração do assunto que eles estavam trazendo. Ali eles também estavam revelando o quanto era difícil entenderem as diferenças que existiam entre si, no curso da doença de cada um. O paciente rechaçado denuncia que a conflitiva abordada no grupo estava acontecendo ali no grupo também. Fala, então, de sua necessidade de ser bem aceito como os demais. O falar sobre o remédio, que é um assunto conhecido por todos, serve como um impedimento de aparecer seus sentimentos com relação a esse tema e os temores de não serem compreendidos e aceitos pelos terapeutas e o grupo, e dessa forma modificar o problema.

Exemplo 3

Trata-se de um grupo operativo que trata a depressão, em um serviço público de saúde mental. Este grupo tem uma história de 5 anos de tratamento com a mesma coordenadora, que está para sair da instituição que trabalha, mas não havia ainda colocado nem trabalhado tal assunto no grupo. Naquela sessão, estava iniciando uma paciente nova que tinha como fator desencadeante de sua depressão o afastamento de seu filho que fora fazer um curso no exterior. A paciente permanece queixosa e choroosa no grupo. O tema perda é comum a todos, os demais pacientes a recebem tentando tranqüilizá-la e contam sobre suas próprias perdas e os motivos que os trouxeram a esse tratamento, bem como o quanto estavam podendo elaborar melhor tais perdas ali no grupo. Recebem-na com muita receptividade, verbalizando que "devemos aprender a deixar nossos filhos fazerem suas escolhas na vida". Dizem enfaticamente que ela não estava perdendo o filho, mas, sim, ganhando um filho mais satisfeito e realizado por estar podendo crescer em sua vida profissional. Esse processo permitiu ao coordenador introduzir o assunto de sua saída, pois o grupo demonstrava que estava começando a "aprender a lidar melhor com suas perdas".

COMENTÁRIOS

Podemos resumir as finalidades e objetivos dos grupos operativos dizendo que "sua atividade está centrada na mobilização de estruturas estereotipadas, nas dificuldades de aprendizagem e comunicação devido ao montante de ansiedade despertado por toda mudança". (Temas, 1984)

Com isso pode-se entender que tal mobilização é terapêutica, e os grupos operativos são terapêuticos por promoverem mudanças nos indivíduos que os compõem.

Voltemos, então, à pergunta título deste capítulo: Como agem os grupos operativos? "Um grupo, diz Taylor, apresenta dados observáveis em seus diferentes momentos e que emergem de forma simultânea ou consecutiva da complexa conduta no diálogo e na ação dos indivíduos que atuam em pares, trios ou outras configurações interpessoais sobre outros indivíduos ou sobre outras configurações interpessoais, sobre o grupo como totalidade ou sobre o analista, ou reagem contra eles próprios." (Pichon, 1988)

O processo terapêutico do qual o grupo operativo é instrumento consiste, em última instância, na diminuição dos medos básicos através da centralização na tarefa do grupo que promove o esclarecimento das dificuldades de cada integrante aos obstáculos.

O grupo operativo age de forma a fornecer aos participantes, através da técnica operativa, a possibilidade de se darem conta e explorar suas fantasias básicas, criando condições de mobilizar e romper suas estruturas estereotipadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OSORIO, L.C. e cols. *Grupoterapia hoje*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. Caps. 8 e 9.
 PICHON RIVIÈRE, H. *Técnica do vínculo*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
 PICHÓN RIVIÈRE, H. *O processo grupal*. 39.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
 QUIROGA, A. *Infoques y perspectivas em psicologia social*. Buenos Aires: Ediciones, 1996.
 TEMAS de psicologia social. Publicação da 1ª escola privada de Biologia Social fundada pelo Dr. H. Pichon Rivière, ano VII, n.6, 1984.

Grupos Comunitários

SALVADOR CELIA

O mundo em que vivemos sempre apresentou características próprias de cada tempo ou de cada época, sendo interessante vermos algumas tradições que, apesar de tudo, conseguiram permanecer, enquanto outras se perderam, sofreram transformações, ou novos valores foram introduzidos no jeito de nos relacionarmos ou de convivermos.

Nunca houve, por certo, em todos os tempos, uma dinâmica de acontecimentos tão rápidos, e com acesso a uma grande parte da população mundial. Refiro-me ao extraordinário avanço tecnológico da assim chamada "Era das Comunicações", em que a mídia televisiva, falada ou escrita, tornou-se mais acessível.

Igualmente, a vida hoje – praticamente dependendo do computador – trouxe uma série de novidades aos nossos costumes, muitas delas, inclusive, acarretando consequências psicossociais a todas as idades e camadas sociais das populações de nosso planeta.

A assim chamada "Aldeia Global", que é o nosso mundo, muitas vezes não é tão globalizada, pois a sociedade vive atualmente dificuldades imensas de comunicação, de convivência, apesar de todos os meios de informação e acessos estarem disponíveis.

De certo modo vivemos um paradoxo, pois todas essas novidades ainda não contribuíram para um melhor relacionamento entre os seres humanos. Pelo contrário, muitas vezes tudo isso contribuiu para uma desintegração maior da convivência dos grupos, entre eles, o principal de todos, a família.

Muito da crise de valores de referência, de saúde mental, para mim, passa pela desagregação familiar em todos os sentidos. Fatores psicossociais, culturais e econômicos foram trazendo novas formas de convivência, sendo atualmente comum vermos a existência de numerosas famílias monoparentais, onde, por exemplo, no Brasil de hoje, 64% das mesmas têm mulheres como chefe da casa e de seu grupo familiar. Ora, isso modifica toda uma situação dos papéis psicológicos de uma família, onde iremos observar as consequências, por exemplo, da falta do pai na criação e no desenvolvimento da personalidade dos filhos.

A diminuição da grande família, o distanciamento dos avós, tios e outros, tudo isso gera uma nova identidade, um novo padrão referencial de convivência e de desenvolvimento.

Em função desses aspectos, todas as sociedades sofrem, assim como sofrem também com um fenômeno universal chamado "Violência Social" que, atingindo a tudo e a todos, não perdoa seus efeitos no comprometimento do desenvolvimento de bebês, crianças e adolescentes que vivem nas áreas menos desenvolvidas de algumas cidades. Essa "Violência Social" decorre de vários fatores, porém leva a um grande e

comum problema, a ruptura ou perda dos vínculos que se iniciam dentro de casa, dentro da própria família.

Assim – nos EUA por exemplo, um país conhecido como do Primeiro Mundo –, encontramos, em algumas áreas urbanas das grandes cidades, crianças e adolescentes com problemas psicopatológicos, e, conseqüentemente, de desenvolvimento, similares aos de Porto Alegre, São Paulo, Montevideo, Buenos Aires, entre outros. De fato, a diferença está na forma como isso acontece e na sua intensidade. Por exemplo, será mais raro encontrar em alguns países, como no Brasil – onde 30% das crianças até 6 anos de idade sofrem de desnutrição – se comparadas com as crianças americanas, que quase não passam fome, mas que, tal como no Brasil, sofrem de outras formas de violência que também acarretam problemas no seu desenvolvimento. Refiro-me, por exemplo, à violência urbana existente tanto nos EUA como no Brasil, que poderá incidir de uma forma crônica, trazendo fatores cumulativos que irão prejudicar lentamente a personalidade da criança e do adolescente de hoje e o futuro cidadão adulto do amanhã.

Diante de um quadro tão ameaçador e de perspectivas tão sombrias, vale a pena referenciar aqui os estudos feitos por alguns pesquisadores, como Rutter, Werner, Garnezy e Haggerty, que estudaram a correlação entre os fatores protetores e a assim chamada “Capacidade de Resistência”. (Parker, 1995) Esses autores investigaram e descobriram que algumas pessoas, crianças e adolescentes, apesar de toda uma situação problemática, são capazes de “resilir”, de enfrentar os desafios, de crescer e se mostrarem competentes e saudáveis, inclusive na sua vida adulta.

“Resiliência” é uma força, uma perícia, uma habilidade que algumas pessoas possuem de se mostrarem corajosas, de poderem enfrentar “os desafios normais da vida” e mesmo outros que terminam por deixar o indivíduo com mais autoconfiança, mais auto-estima, porque construíram um “ego resiliente”. Ser mais ou menos “resiliente”, todavia, não é apenas uma questão de mágica, mas, sim, uma questão que tem a ver com o potencial de cada um que poderá ser reforçado, melhorado, e não só deixar que o mesmo ocorra e se desenvolva pelo acaso. Pois esse é o grande desafio do profissional das áreas humanísticas, como a da saúde, educação e direito, que muito poderão contribuir, através da compreensão e desenvolvimento de atitudes favorecedoras à melhor capacitação da resiliência das crianças.

Os resilientes são crianças e adolescentes que intrinsecamente possuem fatores como temperamento mais flexível, curiosidade, auto-estima, senso de que são capazes de modificar seu ambiente, têm um controle interno, boa saúde, inteligência, acreditam que as novas situações ou mudanças representam uma oportunidade para melhorarem e se adaptarem, em vez de perda de esperança e expectativas.

Extrínsecamente, a estabilidade conjugal ou pelo menos uma “aliança” entre o casal que respeite as funções de parentalidade; sentimentos de competência dos pais; integração e suporte familiar entre os membros; famílias formadas por até 4 pessoas, com intervalo de não mais de 2 anos entre os irmãos; fortes vínculos pelo menos com o pai ou a mãe; estrutura e predicabilidade das rotinas diárias; possibilidades de suporte fora da família como avós, babás, igreja, professores, entre outros, são fatores familiares que possibilitam o desenvolvimento da resiliência.

Entre os fatores extrafamiliares, tais como a cultura e a vida na comunidade, prevalecem aqueles que valorizam as crianças, nas quais a participação comunitária é intensa, seja social, política ou religiosa, no bom sentido. Refiro-me aqui ao modo de compreender, entender e oferecer apoio, suporte e inclusive locais para reuniões, práticas, atividades sociais, recreativas e culturais.

Nesse sentido, também a atividade política propriamente dita é fundamental no sentido de se oferecer espaço físico e psicossocial para as crianças e adolescentes desenvolverem seus potenciais (algumas cidades americanas com área de violência urbana, como Chicago e Nova Iorque, apresentaram bons indicadores de saúde quando várias políticas psicossociais foram introduzidas em alguns bairros).

Assim, reforçar, fomentar e potencializar os indivíduos e suas comunidades são forças poderosas para se diminuir o estresse e a violência social que abatem nosso mundo.

Gostaria de lembrar algumas vivências comunitárias dos últimos 15 anos, quando estive participando como profissional da equipe de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Governo do Estado do RS, como assessor governamental da área social (Projeto Vida) e (Centro do Adolescente), e como cidadão voluntário participante do Conselho Comunitário da Cidade de Canela.

Em todas essas atividades que tinham a ver com “o humano”, com o psicossocial, a participação comunitária foi fundamental.

Participação comunitária envolve um grupo de pessoas que se reúnem em busca de algo comum, que tem a ver com seus desejos, suas necessidades, para exercerem e viverem melhor seu estado de cidadania, sua qualidade de vida. Dessa reunião, deste encontro de idéias, valores e cultura, nasce uma força que deriva da própria emergência de seus potenciais, pois, não fosse assim, essas famílias desfavorecidas não conseguiriam sobreviver. Produz-se uma “energia social” que é o somatório das participações individuais e que quando bem direcionada deixa esses grupos mais “ego-resilientes”, pois conseguem se situar melhor e se adaptar nas suas interações.

Essa energia social é a mesma que também é encontrada nos assim chamados grupos de convivência, com fins terapêuticos, os mesmos podendo ser formados por adolescentes, pais, idosos, gestantes, entre outros.

No Projeto Vida, com a criação do Vida Centro Humanístico, localizado na Zona Norte de Porto Alegre, RS, um espaço físico privilegiado para acolher, principalmente, uma comunidade carente como a de bebês, crianças, adolescentes, mulheres e idosos em situação de risco, no sentido de lhes oferecer apoio e suporte para desenvolverem sua cidadania, a participação coletiva foi fundamental, além do desejo governamental de implementar o Projeto.

No coletivo, quero enfatizar a participação das entidades comunitárias daquela zona, como Associação de Moradores, Clube de Mães, organizações recreativas e culturais que terminaram por formar o Conselho Comunitário, que reuniu 60 entidades com o poder de participar numa co-gestão com a administração geral indicada pelo Governo.

Igualmente, a participação comunitária dos funcionários do Centro, em média 130 para atender quase 15.000 pessoas, às vezes, por mês, foi decisiva.

Uma proposta nova e inovadora só teria êxito se realmente fosse construída após ter sido idealizada, se contasse com o apoio e a colaboração de todos, no sentido da correção necessária para a realidade da dinâmica que é a convivência comunitária nos seus aspectos sociais, políticos e culturais.

Dentro desse aspecto, o êxito obtido refletiu-se na melhora da auto-estima, do seu EU, de sua cidadania para os que puderam absorver e viver essa filosofia, conforme a própria comunidade manifestou reiteradamente. Tudo isso foi mais que uma política de ação social compensatória, pois proporcionou a muitos o espaço psicológico necessário para o seu crescimento como “gente” que tem direitos e responsabilidades.

A co-gestão resolveu discutir os planos, apresentar sugestões e ter o poder decisório sobre as atividades realizadas no Centro, além de atingir a possibilidade de gerar uma série de atividades e decisões comunitárias válidas não só para a clientela do mesmo, mas também para as suas associações de bairros.

Vários grupos de atividades foram criados no Centro Humanístico, alguns chamados "Convivência", como os das mulheres, crianças, adolescentes e idosos, na verdade, todos no seu funcionamento se assemelhando a grupos terapêuticos de Saúde Mental.

Na verdade, a "filosofia comunitária" do Centro – que era acompanhada de atividades integradas nas áreas da saúde, educação, lazer, cultura, esporte, ciência e tecnologia, além dos direitos humanos e o oferecimento de possibilidades de interação humana entre várias gerações – viu-se acrescida da formação e das vivências dos grupos assim chamados de convivência, com fins delimitados e claros para cada etapa ou situação de vida.

Para se ter um exemplo do funcionamento no grupo de gestantes, as mulheres participavam, além do grupo psicológico, de ginástica especializada, atividades culturais e possibilidade de receber apoio jurídico para sua situação especial, como o reconhecimento de leis protetoras que muito lhes poderiam ajudar, e também a seus filhos futuros ou já existentes.

Nas atividades fora do Centro, ou seja, nas vilas, um dos programas mais necessários para a realidade brasileira, o da "Recuperação de Bebês Desnutridos", a participação da Associação Comunitária ocorreu também de uma maneira expressiva para melhorar a saúde mental das mães e bebês do programa.

Foi observado que, numa área situada não longe do Centro, mais de 20% das crianças até os 4 anos sofriam de desnutrição. No estudo feito pelos técnicos do Vida, notou-se que uma série de fatores psicossociais acompanhava o estado de desnutrição. Encontrou-se também que os bebês desnutridos viviam com mães em estado depressivo, o que tornava a interação mãe-bebê-mãe disfuncional. Entre os fatores que levavam à depressão, estava a migração (perda de raízes), o abandono e a negligência na infância das mães, o tempo de aleitamento curto, a falta do esposo ou companheiro, entre outros.

É interessante notar que, no grupo controle, entre as mães pobres da Vila que não tinham filhos desnutridos, a perda das raízes era compensada por terem parentes próximos e por frequentarem ou pertencerem à Associação dos Moradores local. Sentiam-se apoiadas, podiam interagir com a possibilidade da Associação desenvolver o programa junto com o "Vida", colaborando com o crescimento das potencialidades da entidade, tornando-se mais forte e podendo contribuir decisivamente para o programa integrado de recuperação de crianças desnutridas. As mães depressivas sentiam-se acolhidas, protegidas, participantes, melhorando sua depressão e a interação com seus bebês.

Eis aqui um claro exemplo de como se pode politicamente ajudar e potencializar a capacidade de resiliência de determinados grupos sociais. (Celia, 1992)

Um outro exemplo, muito significativo, é o da participação comunitária no Festival de Teatro de Canela. Essa cidade, conhecida pelo seu potencial turístico, passou a ser também um pólo cultural de referência não só estadual, mas nacional e internacional, a partir de iniciativas tomadas com a participação comunitária. Tal iniciativa mobilizou a comunidade canelense, a ponto de reforçar sua auto-estima, passando, após os primeiros eventos teatrais, a ser realizadora de outros acontecimentos, de referências educacionais, esportivas e ecológicas.

O Festival surgiu há uma década, mais precisamente em 1987, num momento em que se vivia a idéia de que nessa cidade, quando comparada com a vizinha Gramado, tudo era diferente. Em Canela, as coisas não aconteciam por muito tempo.

Num trabalho realizado com vários canelenses, sugerimos a criação de um "Festival de Teatro Comunitário" que abrigasse as várias manifestações da comunidade, as associações de bairros, dos adolescentes e seus professores que já se reuniam em festivais nas escolas, entre outros exemplos.

Aliado à espera inconsciente da "alma da cidade" em busca de sua "encantaria" ou referência, a mobilização grupal que possibilitou as artes cênicas, o esforço conjunto da comunidade, trouxe o Festival, a continuidade do mesmo e a permanência da motivação e mobilização comunitárias em várias áreas das atividades humanísticas.

Havia grupos naturalmente formados que necessitavam ser apoiados e reforçados para potencializarem suas ações, pois Canela reunia em sua comunidade belos exemplos de lideranças associativas, como grupos de professores, união de moradores, união de jovens e outros que necessitavam buscar espaços para a mostra de seus talentos e possibilidades. (Celia, 1990)

Nesses exemplos referidos de participação comunitária, desde sua própria organização e desempenho nas atividades, ou mesmo passando pelos grupos de convivência, de apoio, de auto-ajuda, entre outros, podemos avaliar as possibilidades decorrentes das várias interações humanísticas que envolvem a área educativa, de expressão cultural, de favorecimento da saúde, de proteção dos indivíduos, enfim a luta na construção de sua cidadania pela melhora da qualidade de vida, formando todos esses componentes o que chamamos "Potenciais de Saúde".

É na observação, na escuta, no auxílio em forma de apoio, oferecendo espaços físicos e psicológicos, que se podem preparar estratégias para potencializar as atividades individuais e coletivas existentes nos grupos humanos, para buscarem sua auto-realização.

É função do profissional de saúde ter essa visão ampla, social, ecológica, sistêmica da sociedade, dos indivíduos e de suas organizações; é pela visão humanística interativa, integradora, que ele poderá agir, favorecendo a "resiliência" dos grupos para que se preparem melhor para os desafios do dia-a-dia e do próximo milênio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CELIA, S. O teatro como fator de mobilização da comunidade. In: ORSOLIN, C. *Teatro, textos e roteiros*, RS: IGEL, 1990.
- CELIA, S.; ALVES, M.; BEHS, B.; NUDELMAN, C.; SARAIVA, J.; SARAIVA, J.: Relatório da Plenária do IV Congresso WAIPAD. Chicago, EUA, 1992.
- FELDMAN, R.; STIFFMAN, A.; JUNY, K. *Children at risk*. EUA: Rutgers University Press, 1987.
- PARKER, S.; ZUCKERMAN, B. *Behavioral and developmental pediatrics*. EUA: Little Brown and Company, 1995.

→ emancipar política, social e cultural de comunidades
→ manter feroz nos políticos
→ Repúblicas Territórios
→ Apropriação de