



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Curso de Doutorado

Jeovane Gomes de Faria

SUPERVISÃO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
Um encontro necessário da clínica com a instituição

FLORIANÓPOLIS
2017

JEOVANE GOMES DE FARIA

**SUPERVISÃO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
Um encontro necessário da clínica com a instituição**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Gomes de Faria, Jeovane

SUPERVISÃO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Um encontro necessário da clínica com a instituição / Jeovane Gomes de Faria; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider, 2017.

233 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Supervisão Clínico Institucional. 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 4. Atenção a Usuários de Drogas. 5. Educação Permanente na Saúde (EPS). I. Schneider, Daniela. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

JEOVANE GOMES DE FARIA

**SUPERVISÃO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
Um encontro necessário da clínica com a instituição**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de Doutor e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 14 de dezembro 2017.

Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
Coordenador do PPGP/UFSC

Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider
PPGP-UFSC – Orientadora

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
PPGP- UFSC – Examinadora

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira
MPSM- UFSC – Examinador

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Fernandes Pitta
PPGPSC-UCSAL – Examinadora (Vídeo conferência)

Prof.^a Dr.^a Magda do Canto Zurba
PPGP- UFSC – Examinadora (Suplente)

Prof.^a Dr.^a Tânia Maris Grigolo
CESUSC – Examinadora (Suplente)

Dedico essa conquista à Fabi, por conta de sua coragem em juntar seu caminho ao meu no Mestrado e pela sua persistência e tolerância em continuar sua trajetória junto à minha no Doutorado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e todos os seus professores, que direta ou indiretamente puderam se fazer presente nesta minha trajetória desde antes do Mestrado, ainda como aluno especial, com destaque para a Dani e nossos quase dez anos de parceria, sempre focada na compreensão e construção de estratégias de cuidado mais humanas e singulares, sem esquecer o aspecto crítico e dialético que toda relação humana demanda.

Agradecimento especial faço à minha coordenadora do Curso de Psicologia Virgínia, pelo apoio e dicas sempre objetivas na fase final dessa empreitada, e pelos professores Cláudia e Jean, que representam o sentido mais 'freireano' possível, uma vez que são a forma viva de educandos agindo como educadores.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos supervisores e trabalhadores da saúde mental que puderam tão gentilmente me acolher na execução deste trabalho, não podendo deixar de também agradecer aos profissionais e colegas envolvidos no Apoio Matricial em Saúde Mental de Jaraguá do Sul, que são personagens fundamentais para as construções reflexivas que permeiam todo o meu trabalho.

RESUMO

Faria, Jeovane Gomes de Faria (2017). Supervisão e Atenção Psicossocial: Um encontro necessário da clínica com a instituição. Tese de Doutorado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), Brasil.

Com o objetivo de compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial na atenção a usuários de álcool e/ou outras drogas, a presente pesquisa foi realizada utilizando o método misto quanti-qualitativo, com dados documentais dos relatórios das supervisões, questionários e entrevistas com supervisores e grupos focais com profissionais dos CAPS. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial e os dados qualitativos conforme modelo de análise de conteúdo proposto pela *Grounded-Theory*. Os resultados apontam para a importância do dispositivo da supervisão na qualificação da RAPS e consolidação do Modelo de Atenção Psicossocial, mas com a necessidade de uma reorganização de sua estratégia e na logística de execução, uma vez que se evidenciou uma sobreposição dos aspectos institucionais em detrimento dos aspectos clínicos, além da dificuldade de continuidade do processo.

Palavras-chave: Supervisão Clínico-Institucional, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Atenção a Usuários de Drogas, Educação Permanente na Saúde (EPS)

ABSTRACT

Faria, Jeovane Gomes de Faria (2017). Supervision and Psychosocial Attention: A necessary meeting of the clinic with the institution. Doctoral Thesis in Psychology, Psychology Postgraduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brazil.

With the objective of understanding the implications of the different theoretical-methodological matrices of clinical-institutional supervision in the practices and care of the Psychosocial Attention Network (PSAN), especially in alcohol and / or other drug users, the present study was performed using the quantitative-qualitative mixed method, with documentary data from supervisions reports, questionnaires and interviews with supervisors and focus groups with professionals from the Psychosocial Attention Center (PSAC). The quantitative data were analyzed through descriptive and inferential statistics and qualitative data according to the content analysis model proposed by Grounded-Theory. The results point to the importance of the supervision device in the PSAN qualification and consolidation of the Psychosocial Attention Model, but with the need for a reorganization of its strategy and in the execution logistics, once an institutional overlap was evident to the detriment of the clinical aspects, besides the difficulty of continuity of the process.

Keywords: Clinical-Institutional Supervision, Psychosocial Attention Network (PSAN), Attention to Drug Users, Ongoing Health Education (OHE)

Sumário

RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	21
2.1. Geral	21
2.2. Específicos	21
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1. A Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Surgimento dos CAPS como dispositivos de referência na atenção	23
3.2. A Questão da Clínica da Atenção Psicossocial	27
3.3. A Questão da Instituição em Saúde Mental	32
3.4. A Supervisão Clínico-Institucional como ferramenta de qualificação e gestão da Atenção em Saúde Mental	35
3.5. Percurso histórico e formativo da Supervisão Clínico-Institucional	38
3.6. Supervisão Clínico-Institucional: Educação na Saúde X Educação em Saúde	42
3.7. Encontros e desencontros da literatura científica com a Supervisão Clínico-institucional e os processos de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	45
4. MÉTODO	61
4.1. Caracterização e Delineamento da Pesquisa	61
4.2. Etapas do Estudo	62
4.2.1. Etapa 01	62
4.2.2. Etapa 02	62
4.2.3. Etapa 03	63
4.3. Procedimentos de coleta de dados	64
4.3.1. Análise de Dados	64
4.3. Aspectos Éticos	65
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
5.1. ETAPA 01 – Análise Textual dos Relatórios das Supervisões	67

5.1.1. Apresentação das Categorias de Análise	67
5.1.2. Discussão dos Resultados	72
5.2. ETAPA 02 – Questionário com Supervisores	89
5.2.1. Caracterização dos Participantes	89
5.2.2. Apresentação dos Resultados	93
5.2.3. Discussão dos Resultados	110
5.3. ETAPA 03 – Entrevistas com Supervisores e Grupos Focais com Equipes de CAPSad	114
5.3.1. Caracterização do Campo e dos Participantes	114
5.3.2. Apresentação das Categorias das Entrevistas com Supervisores	119
5.3.3. Apresentação das Categorias dos Grupos Focais com Equipes de CAPSad	123
5.3.4. Discussão dos Resultados das Entrevistas com supervisores..	125
5.3.5. Discussão dos Resultados dos Grupos Focais com Equipes de CAPSad	156
5.4. Integração das Etapas do Estudo – Uma visão teórico-propositiva para o exercício da supervisão.....	185
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
REFERÊNCIAS	201
ANEXOS	213

1. INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, os Movimentos Sanitários e de Reforma Psiquiátrica produziram importantes avanços tanto no marco legal quanto na constituição de serviços de atenção à saúde no Brasil. Com a diminuição de problemas associados à estrutura e infraestrutura das condições básicas para a sobrevivência da população, aliados ao prolongamento da vida da população em geral, situações envolvendo o aumento das doenças crônicas e aspectos da saúde englobando comportamentos e relacionamentos interpessoais tomaram a agenda dos estudos na área, com especial atenção aos fenômenos que envolvem a saúde mental e o uso de drogas. Essa mudança de perspectiva fez com que os esforços passassem a se concentrar também nos determinantes sociais da saúde, ampliando a atenção para as condições de promoção da qualidade de vida dos usuários.

Em relação aos dispositivos de atenção à Saúde Mental observaram-se avanços ainda maiores com a estruturação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) seus dispositivos estratégicos para a execução da proposta inicial de superação do modelo asilar de atenção, representado pelos hospitais especializados em Psiquiatria.

Em 2003 foi formulada a “Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas”, do Ministério da Saúde, que assume compromisso histórico de lidar com a problemática do uso de drogas como uma questão de saúde e não somente sob o olhar da justiça. Para tal atenção criou-se um modelo de CAPS específico para o público usuário de drogas, o CAPSad, que é o dispositivo estratégico responsável pela articulação da rede assistencial (Brasil, 2004). Por questões históricas, presentes nos modelos de atenção anteriores ao movimento de Reforma Psiquiátrica, a questão do uso de drogas também foi inserida na Política Nacional de Saúde Mental, dada a compreensão dessa problemática como sendo da saúde mental e a histórica inserção de usuários de drogas nos “manicômios”, sendo ainda hoje presente e paradoxal, dado o reaquecimento do debate sobre “internação compulsória” de usuários de crack, bem como a inserção da temática das drogas também no campo da segurança pública.

Apesar dos avanços no campo da atenção psicossocial, percebe-se que a velocidade das conquistas não tem sido acompanhada pela mudança paradigmática dos recursos humanos envolvidos (Faria, 2011). Uma vez que os atores desse processo são procedentes de diferentes

disciplinas, que na maioria das vezes não contemplam a abordagem do sofrimento psíquico, defendida pelas políticas públicas em Saúde Mental, faz com que a qualificação da gestão e dos modelos de atenção nos CAPS represente um desafio a ser enfrentado no processo de ampliação da rede de serviços de atenção psicossocial (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010). A multiplicidade de matrizes teórico-metodológicas, são representadas por racionalidades em grande parte contraditórias, produtoras de dificuldades no manejo das demandas dos usuários.

Práticas e conceitos que pareciam sustentar o trabalho em saúde mental necessitam de uma ampla revisão, a partir da formação acadêmica e de experiências no cotidiano laboral, antes mesmo de legitimá-las como estratégia terapêutica (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012). Essa perspectiva levanta a indagação sobre até que ponto as teorias consolidadas ao longo das décadas promovem uma compreensão do fenômeno do uso de drogas, bem como dos determinantes sociais da saúde. Em outras palavras, uma matriz teórico-metodológica irá compreender e promover uma atenção que propicie uma melhor qualidade de vida ao usuário e sua rede social (família, amigos, colegas de trabalho etc.)?

Em 2005, o Ministério da Saúde implementou uma ferramenta, intitulada de Supervisão Clínico-Institucional, com o propósito de estimular os municípios a desenvolverem Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS. Tal documento estabelece as diretrizes e formas de financiamento do processo de supervisão (Brasil, 2005a). A supervisão é um dispositivo de formação permanente que deve sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe, facilitar o diálogo para que as diferentes questões possam ser expostas, os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012). Tal ferramenta, embora contando com experiências anteriores, foi construída considerando as diretrizes nacionais para a Política Nacional de Saúde Mental, considerando a Lei 10.216 e as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Dadas as práticas pedagógicas inerentes à sua constituição, a supervisão clínico-institucional situa-se ainda no âmbito da “Educação na Saúde”, em convergência com a proposta de “Educação em Serviço” da política de “Educação Permanente na Saúde (EPS)” desenvolvida pelo Ministério da Saúde (Ceccim, 2005), embora não esteja diretamente incorporada em tal política.

Desde então foram publicados um total de oito editais de chamada para seleção de projetos de supervisão, contemplando 851

trabalhos nas diversas modalidades de CAPS existentes no Brasil. Diante da demanda e comoção pública e midiática associada ao uso de drogas, em específico ao Crack, várias ações foram desenvolvidas ao longo dos últimos anos, contemplando desde a ampliação do número de CAPS no Brasil até ações de prevenção ao uso indevido de drogas nas redes de suporte comunitárias (Escolas, igrejas, associações de moradores, empresas etc.). Quanto ao processo de supervisão, os editais VI (2010) e VIII (2011) corresponderam à seleção de projetos a serem desenvolvidos junto à Rede de Atenção em Álcool e/ou Outras Drogas, com a seleção de 104 e 98 trabalhos, respectivamente, como a exigência de que estivessem inseridos em uma rede de atenção a usuários de drogas (Brasil, 2014a).

Os supervisores clínico-institucionais são escolhidos a partir de sua reconhecida experiência, compreendendo as diferentes profissões da saúde, além de profissionais da área de humanas que tenham exercido ações ou estudos de relevância para a qualificação dos serviços de atenção (Brasil, 2005a). Diante desse quadro de diversidade, a consequência é a existência de múltiplas matrizes teórico-metodológicas, seja no campo ontológico-epistemológico, seja na organização e sistematização do processo de supervisão, o que vai nortear o desenvolvimento do processo e as compreensões por parte dos atores envolvidos. Essa coexistência de múltiplos saberes e fazeres torna importante o levantamento de algumas questões acerca da ferramenta da supervisão, como: Quem é o supervisor clínico-institucional? Como se deu sua escolha e sua inserção na equipe? Quais as diferentes concepções acerca do processo de supervisão? Que instrumentos teórico-metodológicos o supervisor utiliza? Quais os resultados percebidos?

A questão da abordagem dos problemas de uso de drogas vem sendo historicamente tratada a partir de dois grandes modelos hegemônicos: um jurídico-moral, que compreende o fenômeno do uso de drogas com um olhar maniqueísta (bem x mal) e utiliza dispositivos jurídicos como terapêutica principal, e que tem se mostrado oneroso aos cofres públicos, com iniciativas pouco efetivas baseadas em metodologias, em sua gênese, não orientadas a partir do conhecimento científico (Brasil, 2004a; Faria, 2011; Moraes, 2008; Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto, & Santana, 2008) e outro, de cunho biomédico e psiquiatrizante, baseado na lógica da dependência como doença crônica e recorrente, cuja terapêutica de substituição farmacológica, somada a internação, são o tratamento central, corroborando com a exacerbção da medicalização do sofrimento (Schneider, 2010). É um desafio para a Rede de Atenção Psicossocial superar esses dois modelos e consolidar uma

abordagem coerente com os princípios de integralidade, universalidade e equidade oriundos da Reforma Sanitária, que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos novos modelos voltados para a promoção de saúde.

A qualificação profissional permanente torna-se assim procedimento fundamental na atenção aos usuários, sendo a supervisão clínico-institucional uma importante ferramenta, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, visando a construção de uma rede de atenção qualificada e sincronizada com os princípios do SUS, sustentada em perspectiva promotora da saúde emancipatória dos sujeitos.

Por isso mesmo, faz-se necessário compreender como o processo de supervisão clínico-institucional ocorreu em sua implementação e como as matrizes epistemológicas e metodológicas que instrumentalizam de forma singular os supervisores se transportaram para o processo de supervisão, visando refletir como implicaram na construção e ressignificação das equipes de profissionais envolvidos na supervisão, em relação ao modelo de atenção ao qual encontram-se inseridos. Também se justifica compreender como o processo de supervisão foi apropriado pela dinâmica cotidiana dos serviços, na execução de uma atenção orientada à promoção de benefícios aos usuários e familiares, entendidos a partir das singularidades de seus territórios geográficos e socioculturais..

Com os avanços percebidos nos movimentos de transformação da área da saúde e seus determinantes sociais e considerando-se as dificuldades inerentes na formação profissional para atenção em saúde, em específico para as questões relacionadas ao uso de drogas, bem como as diferentes matrizes teórico-práticas que sustentam os supervisores clínico-institucionais, a demanda da sociedade para a resolução dos problemas relacionados ao uso de drogas e a necessidade da estruturação de uma resposta mais efetiva e promotora da emancipação dos sujeitos diante de sua saúde, o presente estudo teve como objetivo principal responder a seguinte questão:

"Quais as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e/ou outras drogas? "

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial voltadas para usuários de álcool e outras drogas.

2.2. Específicos

- Levantar o processo histórico da supervisão clínico-institucional;
- Identificar matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais;
- Verificar as estratégias desenvolvidas no processo de supervisão, conforme modalidade de CAPS;
- Conhecer as trajetórias acadêmico-profissionais dos supervisores clínico-institucionais;
- Levantar as concepções dos profissionais acerca das implicações da supervisão nas práticas e cuidados dos CAPS;
- Conhecer o processo de Supervisão Clínico-Institucional na perspectiva dos supervisores e profissionais dos CAPS;
- Discutir as inter-relações entre as matrizes teórico-metodológicas, as trajetórias acadêmico-profissionais dos supervisores e as concepções dos profissionais que passaram por supervisão.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. A Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Surgimento dos CAPS como dispositivos de referência na atenção

A reorganização da atenção à Saúde Mental no Brasil, situada no contexto das Reformas Psiquiátricas internacionais, em especial na Psiquiatria Democrática italiana, passou por um período de importantes conquistas nos últimos trinta anos, consolidando legalmente suas conquistas na sanção da Lei 10216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (Brasil, 2001). Os anos posteriores à criação da Lei da “Reforma Psiquiátrica Brasileira” foram marcados pela elaboração de portarias e diretrizes para a organização da rede de atenção à Saúde Mental, apresentando o desafio de se operacionalizar tais leis.

Com a finalidade de contextualizar o processo de “reconstrução” da Saúde Mental no Brasil faz-se importante a promoção de uma reflexão de como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica, compreendendo-o em termos dialéticos e buscando identificar a forma como se justapõem as forças contraditórias que constituíram seu saber ao longo da história (Faria & Schneider, 2009).

O fenômeno da loucura, compreendido na *tese* da possessão demoníaca, foi assim tratado até a constituição da medicina moderna, que trará a antítese da *doença mental* como forma de contrapor essa visão medieval, que já não caberia em uma sociedade moderna (Faria & Schneider, 2009). Os autores ainda destacam que essa *antítese* se consolidou em *tese* hegemônica até os dias atuais, sustentada na Psiquiatria, enquanto disciplina, e na internação hospitalar em manicômios, com práticas terapêuticas aos moldes das torturas realizadas em presídios (acorrentamento, lobotomia, choques insulínicos e elétricos etc.). Esse modelo seria ainda reforçado com a evolução dos psicofármacos a partir das décadas de 1950 e 1960 (Faria & Schneider, 2009).

As críticas à *tese* da doença mental enquanto modelo explicativo, norteador de terapêuticas, vão desde o questionamento de ordem epistemológica da psiquiatria, com a noção de doença mental aparecendo como um mito a “dourar a amarga pílula” dos conflitos sociais, reduzindo situações de ordem interpessoal e relacional a um problema individual

(Szasz, 1979); até a afirmação de que esse modelo, apesar de outra matriz explicativa, mantém o fenômeno da loucura na ordem do “*obsceno*”, isto é, o que deve ficar “fora de cena”, dado o histórico de estigmatização e exclusão social promovidos, seja pelas internações, seja pela construção da identidade do “dito louco” no *sensu-comum* (Martínez-Hernández, 2012).

Nesse contexto, o movimento de Reforma Psiquiátrica nasceu sustentado na Luta Antimanicomial, onde questiona a problemática da internação e as denúncias de violação dos direitos humanos promovidas no interior das instituições psiquiátricas tradicionais. Apesar de referências de outras experiências internacionais, o modelo reformista brasileiro será influenciado diretamente pela Psiquiatria Democrática italiana, identificada na figura de Franco Basaglia, realizada inicialmente nas cidades de Gorizia e Trieste. Esse trabalho foi pioneiro na extinção dos hospícios, criando serviços alternativos ao manicômio, construídos em forma de rede de atenção, bem como elaborando novas estratégias para o cuidado com as pessoas em sofrimento mental (Faria & Schneider, 2009). Os avanços promovidos por esse movimento permitiram aos atores envolvidos irem além da substituição dos manicômios, compreendendo ações de ordem cultural e social, como “cooperativas de trabalho, ateliês de arte, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros” (Amarante, 2006, p. 33).

Nos anos de 1970, representado pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), se deu início ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, com mobilizações políticas situadas em congressos e conferências, passando pela mobilização junto ao poder legislativo, culminando na sanção da Lei 10216 em 06 de abril de 2001. O movimento foi se ampliando, com a inclusão de importantes instituições, como as universidades, movimentos sociais e opinião pública (Faria & Schneider, 2009), implicando em uma demanda de transformações que passam pelas práticas, saberes e valores socioculturais, com implicações no cotidiano das instituições e dos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica tem avançado, porém é marcada por um cenário com muitos impasses, tensões, conflitos e desafios, correndo o risco de reduzir o processo “a uma mera mudança do modelo assistencial” (Amarante, 2006, p. 35). O autor aponta ainda para a necessidade de uma reflexão quanto ao modelo científico da psiquiatria, que “não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças”. A consolidação deste novo modelo não é tão simples assim, pois passa pela produção de mudanças na racionalidade sobre os fenômenos de saúde por parte das equipes técnicas, na constituição de uma nova clínica, pela consolidação de uma

articulada rede de atenção à saúde, além de iniciativas efetivas de promoção à saúde (Faria & Schneider, 2009).

Em 2002, já com a lei que regulamentava a questão da saúde mental no país, foi publicada, em 19 de fevereiro, a Portaria 336, do Gabinete Ministerial, na qual se estruturava o financiamento e a organização da Atenção em Saúde Mental, apresentando como dispositivos estratégicos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (Faria, 2009). A nova proposta contava ainda com o “Programa de Volta para Casa” (PVC), uma bolsa-auxílio mensal para usuários egressos de internações de longa duração nos Hospitais Especializados em Psiquiatria (Faria, 2009; Faria & Schneider, 2009).

Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, serão os CAPS que terão valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois será a sua consolidação e estruturação como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico que permitirá a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, dada a função articuladora desses centros frente aos níveis de atenção em saúde, bem como seu papel acolhedor, constituindo-se em uma nova clínica, produtora de autonomia, “convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento” (Brasil, 2005b). Os CAPS são estruturados e organizados a partir das secretarias da saúde municipais, diferenciados em modalidades conforme a clientela atendida e a capacidade de atendimento, podendo ser: CAPS I (municípios com população entre 15.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 150.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPSad II (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes (Brasil, 2004b). Os CAPS devem oferecer serviços centrados no diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário), apresentando-se como instituições abertas e regionalizadas, com equipe multidisciplinar, tendo como meta a inserção e reinserção dos usuários no território (Faria & Schneider, 2009). Em 2012, atendendo à demanda relacionada à questão das drogas, foram criados os CAPSad III (Brasil, 2012).

Os diversos processos associados à implantação dos CAPS e demais dispositivos da Reforma Psiquiátrica passam por desafios que vão

desde características socioculturais da população aos aspectos político-econômicos (Faria, 2009), sendo preciso evitar que esse movimento se limite à articulação entre serviços da saúde, mas também entre estes e as demais políticas públicas que garantam moradia, lazer, educação, segurança, trabalho e os direitos sociais constitucionais (Moreira & Andrade, 2007). Os desafios passam ainda por problemas de discrepância entre as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e a execução da Política Nacional da Saúde Mental, considerando variáveis como ambiente, condições de trabalho e aspectos motivacionais envolvidos na relação profissional-serviço-usuário (Vasconcelos, 2008a; Faria, 2009).

Outras questões fundamentais ainda são situações inerentes à Saúde Mental como a atenção às situações de crise, a desinstitucionalização, a integração com a Atenção Básica, a atenção a usuários de drogas e a organização da “porta de entrada” para os usuários do sistema de saúde (Vasconcelos, 2008b). O autor ainda aponta para a regularidade, embora com momentos de lentidão, com que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro vem ocorrendo com a característica de autonomia relativa da esfera política, à semelhança do modelo italiano, com o importante acúmulo de forças sociais populares e atores do movimento sanitário.

Merhy (2004) faz uma reflexão acerca do papel do CAPS na rede de atenção e sobre as “promessas” desse serviço ser substitutivo aos manicômios, utilizando o termo “olho do furacão” para representar tal perspectiva funcional. O autor faz essa afirmação considerando o CAPS enquanto lugar de manifestação da cidadania e produção de sentidos, o que o coloca como lugar de desafios, experimentações e conflitos, atizando as forças que regem o modelo manicomial. Sendo assim, torna-se importante o direcionamento dos olhares para o “cuidado” com os cuidadores, uma vez que os profissionais estão expostos a um ambiente onde coabitam as demandas de cuidado por parte dos usuários em relação à equipe com o imaginário do trabalhador, de que seu agir clínico será suficiente para suplantar o modelo excludente tradicional (Merhy, 2004).

O texto conclui ainda com o relato de profissionais, durante sua experiência de supervisão, acerca da tristeza em não acolher o outro, em especial durante a crise, e da “auto” cobrança em estar o tempo todo atento às necessidades desse outro. Tais considerações apontam para questionamentos sobre o fato dos CAPS estarem ou não exercendo suas funções, bem como sobre os desafios e potencialidades encontrados no processo de cuidado. Essa reorganização assistencial e, antes de tudo epistemológica e paradigmática, implicará no surgimento de uma nova clínica para novas instituições, além de uma nova relação com essas

instituições por parte dos atores envolvidos (usuários, familiares, profissionais, gestores etc.).

*Mas que nova clínica seria essa?
Que nova instituição e qual seria essa relação com o território?
Como fazer uma supervisão contemplando essas novas
perspectivas epistemológicas e interseção de saberes?*

3.2. A Questão da Clínica da Atenção Psicossocial

Para discutir a clínica em Saúde Mental remetemos antes à Foucault (2011), quando discorre sobre o nascimento da clínica a partir do que chamou de nascimento da medicina moderna, no século XVIII, quando essa ciência se volta para a origem de sua positividade, fixando seu espaço de experiência no que é percebido, identificando através do olhar atento e de uma vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis.

“O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O *objeto* do discurso também pode ser um *sujeito*, sem que as figuras da objetividade sejam alteradas. Foi essa reorganização *formal e em profundidade*, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma *experiência clínica*: ela levantou a velha proibição aristotélica: poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo em discurso de estrutura científica.” (Foucault, 2011, p. XIII)

Essa necessidade de aproximação da clínica com a positividade da ciência moderna apontará para o precoce esgotamento e surgimento das fragilidades da primeira, justificado pela tendência da própria medicina em entender o leito do doente como um lugar constante e estável, na busca especulativa da ‘evidência clínica’ (Foucault, 2011, p. 57). Será assim, que a medicina se encontrará em sua origem, abdicando da mutabilidade e inconstância teórica do saber, unindo verdade e tempo. Será esse modelo clínico inicial que norteará as práticas em saúde ao longo dos últimos dois séculos, não sendo diferente na clínica específica da saúde mental. A consolidação da mudança de um modelo de atenção manicomial para uma atenção psicossocial, estruturada a partir dos

Movimentos Sanitário e Antimanicomial passa necessariamente pela (des) construção dos modelos tradicionais de exercício da clínica.

Entendendo “clínica” como um conjunto de práticas profissionais que envolvem não somente a prática médica, mas também as práticas de todas as profissões que lidam em seu cotidiano com o diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária; observa-se que o planejamento em saúde, constituído no interior da Saúde Coletiva, ao dar ênfase em uma epidemiologia social, acabou por manter-se afastado das questões clínicas, não conseguindo desenvolver uma proposta que aliasse a “clínica do olhar”, focada nas questões anatomopatológicas e morfológicas, com a “clínica da escuta”, de influência psicanalítica e focada na dimensão subjetiva do sujeito (Onocko-Campos, 2001). A autora levanta a hipótese para tal dificuldade de conciliação por conta do histórico individual e singular da clínica em contraponto às práticas e perspectivas coletivas da maioria dos sanitaristas.

Campos (2002) propõe três categorias para se refletir e repensar a clínica. A *Clínica Degradada*, *Clínica Oficial* e a *Clínica Ampliada*, utilizando os termos na primeira e da terceira como redução ou uma ampliação em relação à segunda, considerando níveis de complexidade e aplicação. A *Clínica Degradada*, procurando reconhecer que contextos sócio-econômicos específicos interferem na potencialidade da prática clínica, refere-se à limites externos impostos à tal prática, sendo assim uma clínica padronizada, que se fixa em rotinas e protocolos e não acolhe, nem se volta para às necessidades reais de cada usuário, ficando com foco na dualidade queixa-conduta, tratando sintomas ao invés de quadros clínicos em sua complexidade. É a pauperização do fazer clínico, seja a partir da clínica oficial e, até mesmo, da clínica psicossocial. É o modelo clínico observado nos pronto-atendimentos e nas restrições impostas por empresas médicas ao “livre-arbítrio” dos médicos.

A *Clínica Oficial* remete à *Clínica Tradicional*, base epistemológica da clínica médica “baseada em evidências” e do complexo médico-empresarial. Tem em sua prática o foco na enfermidade, colocando em suspenso a pessoa em sofrimento. Trabalha com a perspectiva de cura, entendida como a eliminação dos sintomas, promovendo a multiplicação de especialidades e na fragmentação do processo de trabalho em saúde, onde segundo o autor também é conhecida como a *Clínica dos Especialistas* (Campos, 2002). Sendo assim, essa clínica consiste em uma *clínica das casos*, consolidada sobre o constante olhar sobre e pelo doente, sustentada nos avanços do conhecimento anatomo-morfológico e na conseqüente descrição patológica promovida

pela ciência moderna (Foucault, 2011; Schneider, 2011). Nessa perspectiva, segundo os autores, será a precisão e a análise exaustiva dos sintomas por parte do clínico que propiciará a enunciação da verdade em relação ao doente. É uma clínica que produz eficácia, pois intervem e altera a demanda advinda da situação da doença. *Mas quem é o sujeito e o contexto que dela resultam?*

Por isso mesmo, segundo Campos (2002), faz-se necessário a construção da *Clínica Ampliada* ou *Clínica do Sujeito*, que surge como a crítica à fragmentação da *Clínica Oficial*. Tal clínica é organizada a partir do conjunto de saberes de uma equipe multidisciplinar, tendo no sujeito o foco da atenção, reconhecendo nele seu papel ativo. Em linhas gerais o objeto dessa clínica inclui o sofrimento em questão, mas sempre considerado na relação com o sujeito e o contexto onde está inserido, o que faz com que o substantivo “clínica” seja sempre operado como plural e adjetivado, com o processo sempre interrogando-se à luz de sua produção e da sua eficácia. Procura ir além da epidemiologia, responsabilizando-se também pelas demandas concretas do usuário (Campos, 2002).

A existência apriorística de crítica a uma clínica anterior, no caso a clínica manicomial, implicou, muitas vezes, no afastamento da questão da clínica nos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio (Onocko-Campos, 2001). Se, por um lado, houve um fortalecimento da crítica ao modelo asilar e todas as suas consequências negativas para os indivíduos, colocando o foco no sujeito e em sua produção social, também se observou as (in) compreensões de que esse *approach* implicava na negação da doença, contribuindo, assim, para o afastamento das discussões acerca da clínica nos “novos” serviços de saúde mental (Amarante, 2010). Onocko-Campos (2001), ao discorrer sobre sua experiência com supervisão clínico-institucional de vários serviços de saúde mental, percebe um discurso idealizado da loucura em muitos profissionais, com a doença muitas vezes negligenciada e com a “negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico” (p.102). Em paralelo, a psiquiatria organicista, supostamente em defesa e da objetividade científica, continua a sustentar a *tese* de uma origem genética da doença mental e reproduz os métodos de tratamento do modelo asilar nos serviços extra hospitalares.

O movimento antimanicomial trouxe, entre suas reivindicações, a proposta de uma Clínica Psicossocial, sustentada na perspectiva de Clínica Ampliada, na desinstitucionalização e na singularidade do sujeito. A proposta da Atenção Psicossocial tem origem em áreas do conhecimento que possuem com objeto a interação dialética de

fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, orientada, segundo Vasconcelos (2008a, p.141), nos seguintes princípios teóricos:

- Considerar de forma paralela ou interativa, os diversos processos biológicos, ambientais, sócio históricos e culturais que incidem sobre os fenômenos psicológicos;
- Reconhecer que a liberdade é terapêutica, o que implica em um reconhecimento e ampliação das múltiplas necessidades humanas dos usuários, aumentando a complexidade da atenção, que coloca em questão toda a existência e reprodução social dessas pessoas, seus projetos de reinvenção de novas formas de viver, e que modificam integralmente os componentes psíquicos de sua realidade;
- Compreender o objeto da Atenção Psicossocial como objeto essencialmente vinculado às políticas públicas e de responsabilidade do Estado, baseado nos princípios da universalização, integralidade, intersetorialidade, descentralização e territorialização da atenção, integração institucional e da gestão, bem como participação e controle social das políticas e programas pela sociedade civil e pelos trabalhadores;
- Promover os serviços sociais pessoais, capazes de se adequar às particularidades de cada indivíduo, família, etnia, cultura, situação socioeconômica etc., bem como considerar seus vínculos e recursos de cuidado informal (família, amigos e vizinhos);
- Situar a Atenção Psicossocial para além dos fenômenos individuais e singulares, numa perspectiva emancipatória e política em relação às estruturas sociais;
- Identificar as representações envolvidas no público-alvo da atenção, no sentido de melhor ouvir suas demandas, estabelecer diálogo multi e intercultural compreensivo, como o desenvolvimento de metodologias operativas mais adequadas à realidade do território;
- Evitar qualquer perspectiva teórica funcional, que isole e autonomiza a dimensão psíquica ou que aprisione em fronteiras rígidas da normalidade e de doença, que acabe empurrando-a na direção da adaptação e ajustamento dos indivíduos e grupos humanos aos valores e padrões sociais aceitos pela sociedade mais ampla (Vasconcelos, 2008a).

Em relação à atenção aos usuários de drogas as políticas públicas oficiais apontam para o trabalho, além da intersetorialidade e da

abordagem territorial, dentro da perspectiva da Redução de Danos, entendida como uma “política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas” (Andrade, Lurie, Medina, Anderson, & Dourado, 2001). Essa estratégia ‘convoca’ a população beneficiária a participar ativamente do processo de atenção, sem alternativas impostas verticalmente, sem impor a abstinência da droga, com suas raízes epistemológicas na própria constituição da assistência à saúde, que desde Hipócrates já pregava que o cuidado deve, antes de tudo, não causar danos às pessoas (Pollo-Araújo & Moreira, 2008). Em linhas gerais, Redução de Danos consiste na elaboração de alternativas terapêuticas possíveis dentro das condições em que o sujeito e seu entorno propiciam, nas circunstâncias em que o cuidado é ofertado.

A atenção sob a perspectiva da Redução de Danos (RD) não está isenta de polêmicas, muitas associadas a dificuldade em se compreender sua proposta e a existência de um horizonte de racionalidades pautadas no modelo jurídico-moral e no modelo biomédico (Faria, 2011). Cruz (2006, p.16) faz considerações acerca de “possíveis razões que levam às resistências em relação às estratégias de RD, sendo fruto de compreensões equivocadas da proposta, sendo elas:

- É contraditória ou dispensa ações preventivas, não dirigindo ações para a redução da oferta ou da demanda;
- Interessa aos produtores e vendedores de drogas;
- Produz inércia em relação aos quadros de dependência;
- É uma estratégia permissiva;
- Passa uma mensagem de descrédito de que seja possível interromper o uso de drogas (no âmbito individual) ou de que os problemas relacionados ao uso podem ser minimizados (no âmbito coletivo) ”.

Por ser uma clínica em construção, o trabalho com RD aponta para a emergência de se fortalecer as ações de formação e supervisão dos atores envolvidos na atenção aos usuários de drogas, aos familiares e demais membros das redes sociais. Essa formação implica em atuar inclusive entre os ‘partidários’ das estratégias de RD, no sentido de compreenderem que muitos usuários irão necessitar de absterem-se do uso da droga para conseguirem reduzir os danos associados a ela (Cruz, 2006). Assim, ‘Redução de Danos’ não deve ser confundida como ‘Redução do Consumo’ ou o ‘contrário da abstinência’ e sim como uma atenção coerente com as propostas da Clínica Ampliada e da Clínica

Psicossocial, descritas anteriormente, focada nas singularidades do sujeito e em suas inter-relações com o território ao qual pertence.

3.3. A Questão da Instituição em Saúde Mental

"Quando a instituição destrói e mata, não há solução de compromisso possível, pois seria um compromisso com a morte." - Franco Basaglia, citado por Ratton (1979)

A (des) construção de uma nova perspectiva da instituição no campo da saúde mental é ponto de discussão tão estratégica quanto à compreensão da nova clínica emergente dos movimentos reformistas e do Modelo de Atenção Psicossocial, com uma reflexão acerca do próprio contexto histórico e em que instituições se estruturaram e se organizaram na clínica tradicional, datadas ainda no século XVII (Foucault, 2011). A proposta psicossocial de projetos terapêuticos ancorados na ideia de reinserção social, apesar dos avanços das últimas décadas, ainda apresenta muitos desafios e impasses no caminho da desinstitucionalização (Alverga & Dimenstein, 2006).

A década de 1950 apresentou, no mundo ocidental, o surgimento de inúmeras críticas às instituições como um todo, inclusive às então emergentes instituições do sistema de bem-estar social. Nomes como Erving Goffmann, Jean-Paul Sartre, Michel Foucault e Franco Basaglia, dentre outros, irão produzir obras que abrirão portas de sustentação de experiências com políticas de desinstitucionalização psiquiátrica a partir dos anos de 1960, que se apresentam como referência para as propostas de atenção psicossocial até os dias atuais (Vasconcelos, 2008a). Alverga & Dimenstein (2006) discutem a necessidade de se pensar essa desinstitucionalização para além do espaço físico dos manicômios e do estatuto taxonômico da doença mental, na direção do desapego às formas de vida institucionalizadas.

Ainda com Alverga & Dimenstein (2006), que, em tom crítico à perspectiva da reinserção social, apontam que uma reforma deve buscar a emancipação do sujeito antes de tudo, em níveis pessoal, social e cultural, permitindo o não 'encapsulamento' de formas de existência excluídas do convívio social, encampando assim a convivência tolerante com a diferença. Os autores remetem às formas contraditórias coexistentes funcionando como um mecanismo de tensionamento, que são o ideário reformista de um lado, com a crítica ao preconceito e valorização social da loucura, buscando romper com a racionalidade da lógica manicomial; e de outro o antagônico e histórico desejo de manutenção do dispositivo

psiquiátrico, evidenciados na ideia de contenção, isolamento controle e segregação dos “loucos” em relação aos “normais”.

Nessa direção, como dito anteriormente, os CAPS surgem como instrumentos de reinserção social, devendo atuar como dispositivos substitutivos ao modelo asilar dos antigos manicômios, no sentido de promover a autonomia e emancipação dos sujeitos em relação a não somente à instituição psiquiátrica, mas também quanto ao estatuto social da doença mental (Amarante, 2006; Vasconcelos, 2008; Faria, 2009). Apesar disso, essa instituição não está imune aos tensionamentos provocados pelas contradições existentes entre a proposta da clínica de atenção psicossocial com a persistência do desejo manicomial que ainda persiste, com dificuldade de exercer o papel estratégico para qual foi criada (Merhy, 2004).

Alverga & Dimenstein (2006), discorrem sobre uma situação encontrada em seu estudo, acerca da chegada do usuário ao CAPS baseada em critérios nosológicos específicos, com a observação de lista de espera equivalente à 44% do total de usuários atendidos por aquele serviço, o que afronta questões de acessibilidade dessa demanda, apresentando assim uma nova modalidade de cronificação. No mesmo estudo, os autores descrevem sobre a relação dos profissionais com os usuários do serviço, de distanciamento e construída baseada na construção sócio histórica da periculosidade atribuída ao louco por séculos de aliança entre a justiça e a psiquiatria (Alverga & Dimenstein, 2006).

Essa constatação também foi observada por Faria (2011), em sua dissertação de mestrado, onde os profissionais de um CAPSad estruturavam todos os espaços do serviço delineando o seu local e o dos usuários, considerando-se os riscos existentes e limitando os espaços de convivência a locais específicos. A manutenção da lógica de segregação manicomial também emergiu em outros estudos (Bueno & Caponi, 2009; Costa, Figueiró, & Freire, 2014), apontando ainda para um CAPS onde os profissionais apresentavam o discurso da reforma psiquiátrica, mas ainda tinham na internação uma alternativa última no cuidado, ao invés de parte do mesmo (Bueno & Caponi, 2009).

Os desafios da desinstitucionalização se aprofundam quando se parte para a discussão acerca do fenômeno das drogas e a persistente demanda pela internação compulsória e criminalização do usuário, evidenciando-se o processo de judicialização das questões de saúde e editando a histórica parceria do modelo biomédico com o poder judiciário. A Lei 10216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental”, aponta em seu artigo nº6 para três tipos de internação, que são: voluntária (com o consentimento do usuário), involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros) e compulsória (determinada pela justiça), devendo as últimas duas serem comunicadas e justificadas no prazo de setenta e duas horas ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, tanto na internação quanto no momento da alta (Brasil, 2001).

A mesma lei, em seu artigo nº9, diz que “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. É nesse espaço que se percebe uma contradição entre as reivindicações dos movimentos reformistas e o entendimento da lei que veio para dispor acerca dos direitos dos usuários, uma vez que coloca internação compulsória como opção de tratamento, ou seja, diz sobre a permanência de pacientes em ambiente de internação, contra sua vontade sob ordem judicial, em contraponto a luta antimanicomial que confronta tal ação, entendida como uma violação aos direitos desses pacientes (Ramaldes, 2015).

Na questão das drogas a utilização da Lei 10.216 é ainda mais polêmica, uma vez que se utiliza da lei que se propõe a desinstitucionalizar o usuário para colocar em cárcere o usuário de drogas, na contramão da própria legislação de drogas vigente que, em seu artigo nº28, ‘descarceriza’ esse público, propondo inclusive alternativas à institucionalização, como advertências e medidas sócio educativas (Brasil, 2006). Coelho e Oliveira (2014) apontam ainda para a inconstitucionalidade dessa interpretação, uma vez que entendem que a questão da dependência de drogas não é contemplada pelo texto da lei no que diz respeito à internação compulsória. Destaca-se ainda o movimento midiático e o debate desqualificado em torno da temática, com ações contraditórias entre os agentes de saúde e os servidores da segurança pública.

Assis, Barreiros, & Conceição (2013) destacam nesse comportamento da mídia, em especial com relação à questão do *Crack*, as tentativas de se vincular ao usuário de drogas todos os problemas sociais existentes, principalmente o aumento da violência urbana, justificando assim as ações de repressão policial e a defesa da internação como solução final. As autoras ainda questionam se o cenário público se apropriou da discussão da desinstitucionalização do usuário de drogas da mesma forma com que se assimilaram as bandeiras da Reforma

Psiquiátrica em relação à loucura e ao sofrimento mental, bem como se os profissionais inseridos nos serviços substitutivos encontram-se aptos a fazer a importante discussão dessa nova clínica e dessa nova instituição.

Ao se discutir a questão da instituição é inevitável caminharmos para a reflexão acerca dos processos de desinstitucionalização, uma vez que essa se apresenta como a *antítese* da primeira, no sentido de se pensar a emancipação do sujeito e sua relação com o meio social e cultural, enquanto produto e produtor dos mesmos. Em relação às drogas essa desconstrução passa necessariamente para uma ressignificação da compreensão do uso de drogas por parte da sociedade.

Fiore (2008) estabelece um paralelo entre as drogas e o efeito placebo, considerando a lógica de produção e o utilitarismo, onde pontua que ambos são fenômenos a se combater a todo custo, uma vez que não são controláveis, portanto fugindo da possibilidade de se inserir no mundo capitalista do consumo. Ainda segundo o autor, uma vez estabelecido ‘parâmetros controláveis’ para inserção no mercado produtivo, a droga é liberada. Um exemplo disso é a atual discussão sobre a liberação de importação de derivados de maconha para fins ‘medicinais’, enquanto um debate sério acerca do uso e comercialização de tal substância no Brasil permanece como um tabu.

É nesse sentido que, como descrito por Assis, Barreiros e Conceição (2013), questiona-se até que ponto os serviços substitutivos ao modelo asilar de tratamento em Saúde Mental, estão preparados para se apresentarem como referência do cuidado diante de uma rede que ainda clama pela internação. As autoras ainda destacam para as diferentes concepções acerca do fenômeno da drogas, muitas delas conflitantes, coexistindo dentro dos serviços, havendo ainda uma falta de clareza sobre como se articulam e interagem. Será nesse contexto que emergirão demandas para ações de Educação Permanente na Saúde (EPS), com destaque para a proposta da Coordenação Nacional de Saúde Mental da Supervisão Clínico-Institucional.

3.4. A Supervisão Clínico-Institucional como ferramenta de qualificação e gestão da Atenção em Saúde Mental

Os CAPS têm apresentado uma realidade que aponta para as deficiências das teorias e modelos de atenção frente às demandas das relações diárias dos trabalhadores com a singularidade dos sujeitos atendidos (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012). Surge assim a necessidade de se rever práticas e conceitos que pareciam sustentar o trabalho em saúde mental, a partir da formação acadêmica e de

experiências no cotidiano laboral, antes mesmo de legitimá-las como estratégia terapêutica, sendo fundamental a instauração de um “ambiente democrático com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes” (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012, p. 310).

A Supervisão Clínico-Institucional, implementada pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 1174 / GM de 07 de julho de 2005, embora existam registros de experiências anteriores, terá como propósito atuar como ferramenta de organização, sistematização e estímulo ao desenvolvimento de programas de educação em serviço, situada dentro da política preconizada pelo Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS, com a portaria ainda definindo a forma como serão financiadas as supervisões, bem como suas diretrizes de funcionamento (Brasil, 2005b). A supervisão deverá configurar de forma dialógica entre os atores envolvidos (Supervisor, Equipe e Rede de Atenção), propiciando a corresponsabilização e o levantamento das convergências e divergências nas diferentes questões que possam emergir durante o processo, funcionando como um dispositivo de formação permanente, que facilite o manejo para com os desafios e surpresas inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012).

A ferramenta foi construída como base nas diretrizes nacionais para a Política de Saúde Mental, considerando a Lei 10.216 e as Conferências Nacionais de Saúde Mental. As ações previstas compreendem:

- a) Supervisão clínico-institucional regular;
- b) Ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários;
- c) Ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência;
- d) Realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores;
- e) Ações de integração com familiares e comunidade;
- f) Desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento em articulação com centros formadores (Brasil, 2005b, p. 1).

A portaria ainda define, em seu Art. 3º, como supervisão clínico-institucional:

O trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (Brasil, 2005b, p. 1).

O documento prevê ainda que os projetos de supervisão sejam uma pactuação tripartite (Federal, Estadual e Municipal), atrelando sua execução à responsabilização de todos os envolvidos, com as assinaturas dos respectivos gestores, bem como a elaboração periódica de relatórios de acompanhamento do processo após sua aprovação.

A supervisão clínico-institucional inclui-se como um espaço democrático que permite o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre os saberes (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012), uma vez que tem o potencial de minimizar o risco iminente da reprodução de velhas práticas, como a construção de “novos espaços asilares”, uma vez que é um instrumento de integração e qualificação, apresentando-se como um projeto ético-político direcionado à construção de uma boa prática clínica, articulada a uma otimização dos recursos humanos e institucionais existentes nas equipes, nos equipamentos de saúde e no território (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010).

Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) salientam, entretanto, para algumas dificuldades do processo, uma vez que se torna necessário estabelecer uma sistematização para realizar os encontros de supervisão, ao mesmo tempo em que também se faz importante propiciar o protagonismo e a grupalidade dos trabalhadores na condução dessa experiência. A presença regular de um supervisor deve sustentar a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012).

Desde a publicação da portaria, em 2005, foram lançados oito editais de seleção de projetos de supervisão, sendo escolhidos um total 851 projetos (262 CAPS I, 258 CAPS II, 196 CAPSad, 95 CAPSi, 39 CAPS III e 1 CAPSad III). Os editais VII e VIII constituíram-se em editais específicos, sendo o primeiro para seleção de hospitais psiquiátricos que passariam por supervisão de desinstitucionalização,

onde foram selecionadas 27 instituições psiquiátricas em todo o Brasil. Com essa amplitude e sua incorporação estrutural nas políticas públicas, a supervisão, conforme descrita por Barleta (2013), configura-se como uma *prática-eixo*, isto é, um dispositivo essencial à construção da rede nacional de saúde mental.

Os editais VI (2010) e VIII (2011) corresponderam à seleção de projetos de supervisão para a Rede de Atenção em Álcool e/ou Outras Drogas, com a seleção de 104 e 98 CAPS, respectivamente, das diversas modalidades, com a exigência de que estivessem inseridos em uma rede de atenção a usuários de drogas. Foi esse último edital (VIII) a fonte principal para o presente estudo. Antes de prosseguir será apresentado uma retrospectiva histórica da evolução dos editais de supervisão, bem como as perspectiva e objetivos dos mesmos quanto à forma e desenvolvimento do processo junto à rede de atenção em saúde mental.

3.5. Percurso histórico e formativo da Supervisão Clínico-Institucional

Desde a publicação do primeiro edital, em 2005, são verificadas sensíveis mudanças nas diretrizes de Atenção em Saúde Mental, acompanhando o estabelecimento e consolidação da Atenção Básica à Saúde. No período também ocorreram outras conferências na área de seguridade social (Saúde, Educação e Assistência Social), com destaque para a IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental (2010), com foco na Atenção Inter-setorial. Outra mudança importante foi a troca de coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

A primeira seleção para supervisão clínico-institucional foi organizada em 2005, via Portaria 1174/GM selecionando 88 projetos em todo o Brasil e trouxe como propósito a luta pela legitimação e consolidação dos CAPS enquanto serviço substitutivos aos hospitais psiquiátricos, buscando associar os princípios do Sistema Único de Saúde com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de seguir as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, que deliberou pela criação de programas estratégicos, interdisciplinares e permanentes que promovam a qualificação da rede de atenção psicossocial (Brasil, 2005b). Com vistas a essa qualificação da rede assistencial, a seleção de projetos privilegiou municípios e regiões com serviços enfrentando dificuldades na sua organização e funcionamento. As modalidades mais complexas dos CAPS, de funcionamento 24h (CAPS III) e específicos para usuários de drogas (CAPSad) e crianças e adolescentes (CAPSi), também foram

prioridade nesse primeiro período da construção do processo de supervisão, enquanto ação programática. Outra evidência do foco inicial da supervisão na consolidação do dispositivo CAPS foi a priorização de serviços inseridos em municípios/regiões em processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas (Brasil, 2005b). Tal perspectiva na organização dos processos de supervisão irá se repetir nos editais II (2007, com 150 projetos) e III (2008, com 137 projetos) (Brasil, 2014b). Os critérios descritos anteriormente corroboram com a constituição da política de saúde mental, no início dos anos 2000, onde a organização da rede de atenção à Saúde Mental era organizada de forma centralizada nos CAPS, entendidos como os dispositivos reguladores da assistência (Lopes, Lemos, & Schneider, 2013), voltada assim para o processo de desinstitucionalização da atenção à saúde mental.

Embora desde 2003 já se percebesse uma aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica à Saúde, via ações de Apoio Matricial a partir de equipes de referência (Lopes, Lemos, & Schneider, 2013), somente do IV Edital, publicado em 2008 (165 projetos aprovados), será colocada a exigência de estabelecer conexão entre as ações do CAPS com a Atenção Básica, embora entre parênteses no item que trata do projeto de qualificação. Também foi o primeiro edital a inserir o item Projeto “Arte, Cultura e Renda nos CAPS”, dando prioridade aos serviços que possuíssem projetos de geração de renda, atividades culturais e oficinas de arte. Apesar dessa mudança, os critérios de seleção centrados nos CAPS ainda continuavam (Brasil, 2008a).

Com a mudança da compreensão no campo da Saúde Mental, que passa a ter também na Atenção Básica à Saúde um dos centros ordenadores da atenção, produz-se aos poucos a descentralização da atenção (Lopes, Lemos, & Schneider, 2013). A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, com vistas a fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere a ampliação de sua abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade (Brasil, 2008b), incluindo ações de Saúde Mental, irá consolidar esse processo de mudança paradigmática.

Após um hiato de dois anos, em 2010 é publicado o Edital V de supervisão, com o nome “V Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial”, dando maior ênfase na Atenção Básica, conforme as mudanças mais gerais acima mencionadas. Embora os editais anteriores apontassem para a articulação com o território, será esse o primeiro a especificar os dispositivos na rede de atenção, especificando esta nova nomenclatura que começava a se firmar: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ações voltadas para

a integração dos CAPS com as equipes e serviços da ESF e do NASF, inserindo a realização de ações intersetoriais como componente relevante no projeto de supervisão (Brasil, 2010a). Esse edital, com 109 projetos selecionados, ocorreu concomitantemente com a IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental, que teve nas articulações intersetoriais sua principal temática (Faria, 2011).

Ainda em 2010, foi publicada a VI Chamada para projetos de supervisão, com a seleção de 104 projetos, tal seleção seguiu a tendência de inserção da Saúde Mental em uma rede assistencial articulada intra e intersetorialmente, em formato de linha de cuidado, com práticas educativas e culturais. O diferencial deste edital foi o foco na demanda promovida pelo fenômeno do uso de drogas, sendo específica para a rede assistencial de tal temática (Brasil, 2010b). Os critérios de seleção inseriram ações baseadas no paradigma da Redução de Danos e o fortalecimento das redes de apoio social e comunitárias, em articulação com o controle social e a rede de proteção social.

A VII chamada de supervisão retomou a questão da desinstitucionalização, a partir das propostas da VI Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental, selecionando 27 projetos específicos para ações de qualificação técnica e reformulação da assistência em saúde mental, em municípios ou regiões onde se encontram Hospitais Psiquiátricos e/ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Apesar de específico, o texto do edital dá ênfase na explanação de que as ações de desinstitucionalização não estão limitadas à constituição de serviços substitutivos, implicando na reorganização da rede de atenção, otimizando fluxos e garantindo ações de reinserção social dos usuários que passaram por internações de longa permanência (Brasil, 2010c). Esse edital também previu a supervisão e apoio à organização das equipes/profissionais de referência para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e para o Programa de Volta para Casa (PVC), além da construção, junto às equipes de CAPS, NASF, ESF, hospitais gerais e de serviços intersetoriais, de linhas de cuidado que atravessasse todos esses dispositivos.

O Edital VIII para projetos de supervisão, publicado em 2011, selecionou 98 projetos e, como no Edital VI, foi direcionada especificamente para a rede atenção a usuários de álcool e outras drogas, com foco no fortalecimento da RAPS, sendo o último edital de supervisão na perspectiva iniciada em 2005, com foco nos CAPS. Nesse documento percebe-se a consolidação da aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica, acompanhada das problematizações e demandas

surgidas em dispositivos como o Apoio Matricial, como ação fundamental na integração da Atenção à Saúde (Brasil, 2011).

As mudanças nos editais de supervisão são acompanhadas da evolução do conceito de Apoio Matricial, trazendo a perspectiva da corresponsabilização entre as equipes envolvidas no cuidado ao usuário (Penido, 2013). Com a consolidação cada vez maior da Atenção Básica à Saúde e seus dispositivos assistenciais no território, entende-se esse espaço como aquele que oferece as condições necessárias para a conquista da integralidade e o aumento da resolutividade no cuidado ao usuário, sendo elas: atenção no contexto de vida em que se insere o usuário, longitudinalidade e continuidade do cuidado (Paulon & Neves, 2013). As mesmas autoras apontam para a crescente dependência e demanda da Reforma Psiquiátrica por articulações entre seus aportes teórico-conceituais com outros campos do conhecimento (interdisciplinariedade), outros instrumentos de trabalho (clínica ampliada e novas tecnologias de trabalho) e outros equipamentos/estruturas substitutivas (intersetorialidade).

Nesse contexto, a Coordenação Nacional de Saúde Mental publica, no final de 2013, um edital com o nome de “Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional” com objetivo de promover ações de intercâmbio para profissionais da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) e estruturar ações de supervisão clínico-institucional em todas as redes participantes do projeto (Brasil, 2013). Tal documento teve como proposta a troca de experiências e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades, focando em seis linhas de ação: Atenção à crise e urgência; Saúde Mental Infanto-juvenil; Saúde Mental na Atenção Básica; Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

Cada rede inscrita deveria qualificar-se para uma linha de ação específica, sendo que o financiamento seria dividido em módulos, contemplando 01 (uma) Rede Preceptora e 05 (cinco) Redes em Formação. O edital ainda destaca a necessidade da especificação dos pontos de atenção de cada rede inscrita, bem como a articulação entre os mesmos. A supervisão clínico-institucional aparece de forma secundária, em subitem do edital, sendo parte dos módulos de capacitação (Brasil, 2013).

A reaproximação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, incorporando o reconhecimento da pertinência do tema da saúde mental na Atenção Básica tem o potencial de desconstruir a falsa dicotomia entre o

clínico e o social, o coletivo e o individual (Onocko-Campos, 2013). Tal concepção fortalece a ideia de que os serviços de saúde, incorporando a lógica do território, irão integrar as redes sociais das comunidades que se inserem (Penido, 2013). Por outro lado, Gama e Campos (2009) apontam para a significativa estruturação da atenção aos usuários com maior gravidade por parte das políticas de saúde mental, mas com as ações ainda muito distantes da realidade dos dispositivos da Atenção Básica, com a complexidade das questões que envolvem esse público sendo um importante limitador na implementação de novas propostas.

Questiona-se assim, qual modelo consegue contemplar as ações de formação em serviço nas questões de saúde mental:

A supervisão nos moldes dos editais anteriores ou as redes formativas?

A supervisão seria uma forma de institucionalizar os profissionais?

As redes formativas, com seu foco nos pontos de atenção, não incorreriam em colocar as questões clínicas de forma superficial?

Como conciliar a integração entre os pontos de atenção com as ações de qualificação dos atores envolvidos?

Nos capítulos a seguir será feita uma discussão acerca das estratégias de educação e formação na saúde, com a elaboração de uma panorama da formação de profissionais para a atenção a usuários de drogas.

3.6. Supervisão Clínico-Institucional: Educação na Saúde X Educação em Saúde

“Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos / poderes, com seus fazeres e saberes, permite abrir a nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo. Abrindo-nos, em ato, para novos engravamentos e partos.” (Merhy, 2005)

A compreensão do processo de supervisão clínico-institucional como formação em serviço é fundamental para a sua estruturação, com a necessidade de compreendê-la dentro do contexto das diferentes formas de educação descritas por diferentes teorias. Seria a supervisão um processo de “Educação em Saúde” ou “Educação na Saúde”? Ela se insere no contexto da “Educação Continuada” ou na “Educação Permanente”?

O termo ‘Educar’ vem do latim *educere*, que significa conduzir. As propostas básicas para a Promoção da Saúde, em termos emancipatórios, implicam em abandonar a ideia de uma educação do tipo “conducente” em direção a uma proposta “informativa”, fortalecedora das populações, no sentido de uma educação não-normativa e dialogal conforme proposta por Paulo Freire (Lefevre & Lefevre, 2007). Dentro dessa perspectiva o supervisor não teria o monopólio do conhecimento, devendo ele fortalecer as equipes produzindo sentidos em suas inter-relações e práticas de cuidados junto aos usuários dos serviços. As equipes, assim, se desenvolveriam da mesma forma junto aos usuários. Essa concepção implica em uma transição da “Educação em Saúde”, focalizada em práticas normalizadoras e sanitárias, tendo a saúde como um *produto*, para a “Educação na Saúde”, organizada a partir processos pedagógicos e dialógicos construídos na forma como os sujeitos se apropriam das informações recebidas, tendo a saúde como um lugar de *experiências* e *vivências singulares*. Será essa unidade dialética que irá gerar formas de atuar e pensar sobre a realidade e, conseqüentemente, produzir estratégias para transformá-la (Freire, 2005).

A supervisão clínico-institucional será tratada neste estudo na perspectiva da “Educação na Saúde”, entendendo o supervisor como uma educador, sendo compreendida como um processo dialético e transformador a partir das informações transmitidas e as conseqüentes apropriações e produções de sentidos (Lefevre & Lefevre, 2007), rompendo uma lógica narrativa, onde o educador conduz a memorização mecânica dos conteúdos, com o ato de educar sendo sinônimo de depositar e “os educandos sendo os depositários e o educador o depositante” (Freire, 2005, p. 66). Nesse sentido, o processo não se dará mais na relação do educador *para* os educandos e sim no processo dialógico e transformador do educador *com* os educandos. A saúde, nessa pedagogia, deixa de ser uma conquista material na lógica comercial para ser um processo dinâmico e libertador (Lefevre & Lefevre, 2007).

Dentro das políticas de educação na saúde coexistem dois conceitos que anseiam por maior compreensão e convergência, que são as noções de Educação Permanente e Educação Continuada. Os dois termos vêm sendo utilizados comumente como sinônimos, geralmente

vinculado à aquisição de novas atitudes e repertórios comportamentais ao longo da contínua aquisição de conhecimento e conceitos, apresentando-se assim desvinculados da noção de “Educação em Serviço” e representativos de um processo que ocorre, formal ou informalmente, ao longo da vida (Tesser , Garcia , Mascarenhas , & Argenta, 2009).

Educação Continuada é entendida como um conjunto de experiências e conhecimentos adquiridos após uma formação inicial, com vistas a permitir ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar suas competências, adequando-as com o desenvolvimento de suas responsabilidades, em uma perspectiva apresentada dentro de uma lógica individual e na relação do indivíduo para com a suas práxis (Davini, 1994; Backes , et al., 2000). Embora se tenha compreensões de sua similaridade com a Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos (Tesser , Garcia , Mascarenhas , & Argenta, 2009), o termo “Educação Permanente” irá corresponder também à “Educação em Serviço” em outras definições, quando incorpora repertórios referentes aos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica com o objetivo de promoção de mudanças institucionais ou novas configurações na orientação quanto às ações prestadas em dado tempo e lugar (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005).

O conceito de Educação Permanente na Saúde (EPS) foi introduzido, no Brasil, com vistas a qualificar o desafio de “tornar a rede pública da saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (Ceccim, 2005, p. 976). Nesse sentido, a EPS atuaria como uma estratégia transformadora das práticas de saúde (Tesser , Garcia , Mascarenhas , & Argenta, 2009). Tal transformação do trabalho seria acompanhado por uma atuação crítica, reflexiva e propositiva, apresentando compromisso tecnicamente competente com novas produções em saúde (Motta, Buss, & Nunes, 2001; Ceccim, 2005). A EPS poderá assim produzir ‘novas competências para o trabalho’, uma vez que enuncia, por meio da reflexão sobre o processo de trabalho, problemas e necessidades de natureza pedagógica, facilitando assim a reconstrução do modelo de atenção à saúde (Motta, Buss, & Nunes, 2001), colaborando para que os serviços da saúde possam produzir melhores respostas às demandas dos territórios aos quais se encontram inseridos (Tesser , Garcia , Mascarenhas , & Argenta, 2009).

Sendo assim, a Educação Continuada está situada no âmbito da transmissão de conhecimento, tendo na ciência a sua fonte de informações, com ênfase em cursos e treinamentos construídos a partir do diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de

transformação da organização em que está inserido o profissional. Em contrapartida, a EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento e na da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas (Peduzzi, Guerra, Braga, Lucena, & Silva, 2009). A EPS é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Tesser, Garcia, Mascarenhas e Argenta (2009), em pesquisa sobre EPS na Atenção Básica à Saúde, relacionam as ações pedagógicas com os potenciais de mudanças nas prática de gestão e atenção, propiciando o diálogo com matrizes teórico-metodológicas vigentes e abertura para novas construções que possam aproximar os serviços da saúde de atenção integral, humanizada e de qualidade.

Considerando-se as características e diretrizes previstas na constituição do instrumento da Supervisão Clínico-Institucional, situada dentro de um processo de “Educação em Serviço” (Brasil, 2005a), será considerado neste estudo, além da perspectiva de “Educação na Saúde”, o termo “Educação Permanente na Saúde” (EPS), que também é a terminologia que compõe a base conceitual do sistema de saúde brasileiro.

3.7. Encontros e desencontros da literatura científica com a Supervisão Clínico-institucional e os processos de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Ao se fazer a busca por produções acadêmico-científicas acerca da temática da supervisão clínico-institucional observou-se que, embora tenha se passado mais de uma década do primeiro edital da Coordenação Nacional de Saúde Mental, as experiências com tal estratégia ainda são pouco divulgadas. Além disso, a supervisão em saúde mental é uma prática existente em períodos anteriores ao ano de 2005, de forma que se optou nesta revisão bibliográfica por se ampliar as palavras-chave para buscas além do termo ‘supervisão clínico-institucional’, incluindo supervisão em saúde mental, educação permanente e atenção psicossocial, formação em serviço e atenção a usuários de drogas. Assim, foi possível ter acesso a um maior número de produções e qualificar as discussões do presente estudo com as experiências e estudos da literatura.

Em específico ao dispositivo programático da ‘supervisão clínico-institucional’, organizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, foram encontradas cinco produções, sendo um artigo de revisão bibliográfica, um relato de experiência e três artigos de pesquisa. Alvarez (2014), com o propósito de refletir acerca do trabalho do supervisor, realizou uma revisão da literatura, onde discute aspectos ligados às competências desse ator social no campo da saúde mental, entendendo-o como um avanço na qualificação dos cuidados ofertados aos usuários e como agente potencial na consolidação de uma prática de cuidados em rede.

Destaca-se nesse trabalho a referência que a autora faz à IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental e às normativas definidas nas portarias do SUS, quando descreve a forma como devem estar pautadas as supervisões, nos seguintes aspectos:

- Será operada por profissionais de diversas formações e práticas;
- A denominação Supervisão Clínico-Institucional refere-se a considerar a complexidade do contexto e suas dimensões, abordando a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política;
- Possibilitar o andamento favorável e adequado do serviço e o fortalecimento permanente do trabalho em equipe;
- Estimular as equipes a consolidar práticas operativas de Rede no Território, promovendo a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que permitam ao sujeito, e à sua família, a autonomia possível;
- A Supervisão, no âmbito de uma política pública, deve ser um espaço social e histórico de trabalho cujo objetivo se dirija a construção permanente do SUS;
- Deve elaborar estratégias que favoreçam a harmonia dos membros da equipe, havida conta das diversas formações profissionais e teóricas que a compõem, contribuindo com o sucesso da Política Nacional de Saúde Mental;
- Espera-se do Supervisor: que se aproprie da trajetória histórica da Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde Mental e das dificuldades e desafios dos serviços no contexto do SUS;
- O supervisor deve estar atualizado sobre a produção teórica referente ao trabalho em CAPS, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do “ofício e missão” da supervisão (Alvarez, 2014, p. 5).

A autora também faz referência sobre a importância das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais de Rede da Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas como projeto de qualificação teórica e prática dos profissionais, entendidas como garantia de formação permanente dos supervisores funcionando em consonância com o Programa de Formação e Educação Permanente em Saúde do SUS (Alvarez, 2014). Pontuando ainda que a efetivação das Escolas de Supervisores poderá proporcionar uma melhor qualificação aos profissionais que já atuam como supervisores e preparar aqueles profissionais que desejam iniciar-se nesta área.

Apesar de se apresentar como um espaço protegido para a discussão coletiva de casos clínicos por parte da equipe multidisciplinar e ter propiciado um grande salto na qualificação dos serviços assistenciais substitutivos, assim como a reforma psiquiátrica, a supervisão clínico-institucional enfrenta diversos desafios em sua prática, como a efetiva implantação das Políticas Públicas e a persistente falta de profissionais qualificados para a função, além das deficiências estruturais da rede de atenção e a necessidade do supervisor clínico-institucional mediar o encontro da clínica com as implicações dos processos de trabalho nas instituições (Alvarez, 2014).

Pires e Mendes (2013) procuraram, por meio de um relato de experiência, discutir o seu percurso formativo na Escola de Supervisores Clínico-Institucionais do Ceará. A discussão parte desde os objetivos de uma supervisão, bem como a existência da própria escola de supervisores, questionando seus papéis e desafios. Os autores compreendem a supervisão clínico-institucional como ‘uma atividade de apoio na produção de novas maneiras de cuidar pelas equipes de saúde’ (Pires & Mendes, 2013, p. 2), qualificando assim os processos de trabalho e a eficácia terapêutica dos serviços substitutivos. Em relação aos objetivos da escola de supervisores, descrevem como um espaço de formação permanente no apoio ao exercício da supervisão, concordando com o artigo de Alvarez (2014).

Em termos de estrutura da formação, Pires & Mendes (2013) descrevem os tópicos do percurso formativo nos seguintes elementos de análise: formação teórica, grupo de reflexão sobre a prática, as vivências terapêuticas, a experiência do exercício prático da supervisão e a sistematização do conhecimento através da escrita científica. O exercício prático da supervisão, como atividade da escola, foi destacado pelos autores como um diferencial nessa formação, pois puderam vivenciar as circunstâncias de funcionamento de um serviço substitutivo, observando tanto suas potencialidades quanto suas fragilidades, como desmotivação

dos profissionais e limitações estruturais e organizacionais. Essa experiência trouxe como função do supervisor o apoio aos processos de gestão do serviço, a criação de espaço para diálogo e reflexão, o compartilhamento de responsabilidades, a formação por meio de discussão de textos e casos clínicos, além de entender a supervisão como espaço de mudanças rumo à qualificação do cuidado em saúde (Pires & Mendes, 2013).

Os três artigos de pesquisa encontrados constituem estudos com abordagem qualitativa dos dados, com objetivos direcionados para a compreensão dos processos e implicações envolvidos na supervisão clínico-institucional (Silva, Beck, Figueiredo, & Prestes, 2012; Oliveira & Passos, 2012; Severo, L'Abbate, & Campos, 2014).

Silva, Beck, Figueiredo e Prestes (2012) realizaram seu estudo por meio de entrevistas semiestruturadas com dez supervisores clínico-institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Rio Grande do Sul, com o objetivo de investigar e analisar os processos de trabalho e as ferramentas utilizadas em sua execução. Os autores, dividiram os dados em duas categorias contemplando as *ferramentas utilizadas como apoio ao trabalho do supervisor* (mapeamento do processo de trabalho no CAPS, a experiência cotidiana na saúde coletiva e a experiência profissional e pessoal) e as *ferramentas utilizadas no desenvolvimento do trabalho junto à equipe* (uso da escuta e da palavra; a construção coletiva dos casos clínicos; a leitura de textos, a participação de convidados em temas específicos, a problematização das situações do cotidiano das equipes dos CAPS e a transferência de trabalho). O estudo aponta ainda para uma flexibilidade na condução do processo, conforme o momento em que as equipes se encontravam (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012).

Os autores descrevem a supervisão como um espaço não só de resolução, mas também de construção de problemas, entendendo tal problematização como um processo educativo e pedagógico, produtor de um trabalho de educação permanente horizontal entre os ideais do supervisor e o desejo e o conhecimento dos trabalhadores nas equipes (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012). Em outro ponto, concluem com o fato da presença do supervisor possibilitar que as equipes se permitam ocupar o espaço de supervisão para trabalhar as dificuldades existentes entre si e com a gestão.

Oliveira e Passos (2012) realizaram uma pesquisa-intervenção com o objetivo de cartografar os efeitos transversais da supervisão do território, no município do Rio de Janeiro-RJ, tomando como análise Supervisão clínico-institucional da equipe de um CAPS e a Supervisão

clínico-institucional do território em que se encontra o CAPS. Os autores partem da discussão que trata da transformação da relação de *tutela*, operada pelos antigos manicômios, para a de *controle* dos serviços ditos ‘abertos’, entendendo que as formas de atenção territoriais em saúde mental “podem se configurar em novos modos de sobre codificação, de segmentação, captura e controle a céu aberto que perpetua a relação manicomial” (Oliveira & Passos, 2012, p. 2). Dessa problematização foram elucidadas três formas de cronicidade observadas nas práticas e cuidados dos serviços substitutivos de saúde mental: cronicidade dos usuários, cronicidade dos profissionais e cronicidade dos dispositivos em saúde mental. O estudo, assim, buscou identificar os efeitos da supervisão, enquanto disparadora e articuladora de reflexões e tensões, na rede territorial de atenção.

Ao relacionar a supervisão clínico-institucional como uma estratégia de apoio institucional, Oliveira e Passos (2012) trazem como sua função: ativar espaços coletivos de interação entre sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes; mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; agir com os coletivos, interferindo em processos de qualificação das ações institucionais; promover ampliação da capacidade crítica dos grupos e contribuir para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Ainda no estudo de Oliveira e Passos (2012), observou-se uma dificuldade de acessar o território durante o processo, ampliando a supervisão para além do dispositivo CAPS. A postura de ‘combate iminente’, a limitação de informações acerca da prática em saúde mental nos demais serviços da rede de atenção, em especial na policlínica do território investigado, apresentou-se como um importante analisador da forma como a relação intersetorial funcionava e as relações de poder envolvidas. A supervisão teria assim a função de mediar uma transformação nas formas de cuidado e a gestão dos processos de cuidado (Oliveira & Passos, 2012). A supervisão se mostrou como um dispositivo que faz operar uma rede transversal ativadora de conectividade e de efeitos de coletivização na rede de saúde do território.

O terceiro artigo de pesquisa encontrado, buscou, a partir da compreensão da supervisão clínico-institucional como uma das principais estratégias de qualificação para transformar os modos de gestão de trabalho e da clínica desenvolvidos nos serviços substitutivos, analisar o processo desenvolvido na rede de saúde mental de um município de pequeno porte do interior do Nordeste (Severo, L’Abbate, & Campos, 2014). O estudo contou com a participação de quinze profissionais de um

CAPS e seis do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, sendo a logística da supervisão e das gestões do serviço e municipal os principais analisadores colocados em questão. Os encontros de supervisão foram um total de 12, distribuídos mensalmente ao longo de um ano, com carga horária de seis horas cada um. Os encontros eram organizados a partir de temáticas específicas, que foram: diagnóstico situacional da equipe e levantamento de demandas; PTS e equipe de referência; discussão de casos clínicos, planejamento e aproximação com o NASF, alcoolismo e redução de danos; e articulação serviço-gestão municipal (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014). O secretário da saúde foi convidado a participar do processo em três momentos.

Em relação aos analisadores destacados, (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014) apontam para os movimentos surgidos ao longo do funcionamento da supervisão, como a desconfiança oriunda pela experiência anterior de três anos de supervisão, com orientação teórica da psicanálise. Apesar da concordância com uma supervisão em outra perspectiva teórica e metodológica, alguns profissionais, uma psicóloga e uma assistente social do CAPS, trouxeram a demanda pela discussão de casos clínicos na ótica da psicanálise em vários momentos dos encontros realizados. Os profissionais dos NASF conseguiam compreender a discussão dos casos na perspectiva da atenção territorial, para além de uma abordagem teórica específica; os mesmos profissionais explicaram que a supervisão os ajudou a entender melhor o papel do NASF em relação à rede de saúde mental. Essa demanda apontou para a função da supervisão na mediação de diversos saberes, não somente centrada no saber do supervisor (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014).

O segundo movimento observado foi a análise do nível organizativo, envolvendo os analisadores gestão do serviço e gestão municipal. O primeiro envolveu a capacidade e dificuldade das equipes em assumir as suas decisões e gerir seus processos de trabalho, com a supervisão assumindo a função de ajudar na construção de formas de gestão que propiciassem a participação dos usuários e familiares na avaliação das atividades do serviço. O segundo propiciou um levantamento das dificuldades das equipes em promover uma gestão participativa e democrática, com o supervisor agindo como mediador e articulador na relação serviços-gestão municipal, em especial com o secretário da saúde (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014).

As autoras concluem que, com a experiência analisada, percebeu-se a existência de processos permanentes de institucionalização dos modos de trabalho das equipes e que implicam transformações no modo

de fazer supervisão. Em concordância com artigo de Silva, Beck, Figueiredo e Preste (2012), apresentado anteriormente, também constataram a supervisão como ferramenta de educação permanente, que necessita organizar-se como um espaço para além de resolutivo, como de problematização, comportando tanto os ideais do supervisor quanto os desejos e conhecimentos dos trabalhadores das equipes (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014). Concluem ainda, que o processo de supervisão é um processo inacabado e flexível, permeável à dinâmica do grupo, às características de seu contexto, aos seus saberes e afetos, às experiências vivenciadas pelos usuários, entendendo o supervisor como um apoiador institucional, tal qual observado anteriormente no artigo de Oliveira e Passos (2012).

Conforme justificado no início do capítulo, devido a pouco produção científica acerca da supervisão clínico-institucional, ampliou-se esta revisão da literatura para os termos associados à reorganização da atenção à saúde mental e os serviços dela resultantes, constituintes da atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como atenção psicossocial, apoio matricial, educação permanente etc. Foram selecionadas produções que remetem à diretrizes e problematizações observadas ao longo da implantação da RAPS, bem como possíveis demandas para o trabalho do supervisor a partir das necessidades das equipes em seus cotidianos de trabalho, totalizando assim 18 produções, sendo quatro artigos teóricos, dois relatos de experiências e 12 artigos de pesquisa. A apresentação das produções será feita em três categorias: diretrizes e propostas para organização dos serviços; articulação intersetorial e apoio matricial; e questões relacionadas ao processo de trabalho nos serviços de saúde mental.

A articulação intersetorial das redes de atenção apresenta-se como um desafio para os atores envolvidos (gestão, profissionais e usuários), incluindo nesse grupo a figura do supervisor. Numa perspectiva internacional, ao se analisar os sistemas de atenção à saúde percebe-se que eles são dominados pelos sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, constituindo-se como um desastre sanitário e econômico em todo o mundo (Mendes, 2010). Nessa fragmentação a Atenção Básica não se comunica com a Atenção Secundária e esses dois níveis, por consequência, também não se comunicam com a atenção terciária e demais dispositivos da rede intersetorial de cuidado. Mendes (2010) conclui relatando que há evidências na literatura internacional de que o cuidado organizado no formato de redes de atenção à saúde pode melhorar “a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação

dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde” (p. 2299), incluindo nesse rol os cuidados em saúde mental.

Onocko-Campos e Furtado (2006), em relação à rede de cuidado em saúde mental, apontam para a sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos, organizados de forma territorial e em rede, em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Os autores ainda descrevem os CAPS como os serviços estratégicos para a construção de novas práticas em saúde mental e para a reversão do modelo hospitalar. Em sua conclusão, Onocko-Campos e Furtado (2006) sugerem a emergência e a urgência de demanda para pesquisas no campo da saúde mental, com uma aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental, propondo um modelo de avaliação sistemática dos CAPS e sua relação com os serviços gerais de saúde.

Onocko-Campos e cols. (2009), com o objetivo de avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de CAPS, realizaram um estudo, com coleta de dados feita por meio de 20 grupos focais, em CAPS III, com diferentes grupos de interesse (trabalhadores, gestores municipais, usuários, familiares e gestores locais). Os autores fizeram uma discussão com as equipes, no formato de oficinas, acerca dos resultados preliminares, com vista a elaboração de um guia de boas práticas no CAPS III. Os resultados apresentaram uma dificuldade de articulação com rede de atenção, em especial nos momentos de crise, além de contradições na compreensão de crise entre os membros da própria equipe, de um lado a visão da emergência da necessidade de contenção dos sintomas e de outro a percepção de que esse momento de fragilidade também é uma oportunidade de reconstrução (Onocko-Campos, et al., 2009).

No mesmo estudo também se observaram a questão dos Projeto Terapêuticos Individuais (PTI) e a opção por trabalhar em equipes de referência, em que os profissionais avaliaram como positivas por permitir e melhorar a discussão dos casos. Nas oficinas foi sugerida a construção de espaços para que os profissionais possam apresentar e discutir o trabalho que fazem e o referencial teórico com os usuários e familiares. Os usuários avaliaram positivamente os espaços de trabalho em grupo, mas questionaram os horários e a ausência do técnico de referência e do familiar nos mesmos. Os profissionais de unidades básicas se mostraram como tendo ideia vaga e distorcida sobre o trabalho do CAPS, independentemente do número de pacientes que sua unidade encaminhou para a Saúde Mental (Onocko-Campos, et al., 2009). Foi indicado a construção de fóruns intersetoriais para esclarecimento das funções e formação de parcerias entre os serviços.

Onocko-Campos e cols. (2009) concluem seu estudo, discutindo sobre formação educacional e sofrimento psíquico entre os trabalhadores, que trouxeram como fonte do sofrimento:

“... contato com a loucura e com as carências sociais dos usuários, grande demanda, falta de recursos, dificuldades de diálogo com a rede básica, falta de discriminação entre os espaços abertos aos usuários e aqueles privativos aos trabalhadores e, dificuldades de relacionamento na equipe em relação à hierarquia institucional, principalmente para os profissionais de enfermagem de nível médio” (p. 20).

As equipes ainda colocaram sobre a formação dos profissionais, que se mostrou insuficiente para os desafios enfrentados por esses serviços, com ausência de subsídios para formação complementar, salientando a importância de se construir espaços regulares de reunião de equipe e discussão de casos, além da garantia de financiamento de supervisão e flexibilidade da gestão para a participação dos trabalhadores nos processos de formação permanente e de apoio para que os profissionais também possam tornar-se formadores, transmitindo sua experiência (Onocko-Campos, et al., 2009).

As dificuldades encontradas na efetivação do Modelo de Atenção Psicossocial perpassam pela ampliação de uma clínica tradicional, centrada nos aspectos sintomáticos do indivíduo e no saber técnico do profissional de saúde, para uma clínica do território, centrada nas interrelações dos indivíduos entre si e com o meio. Destacam-se nessa proposta as ações de Apoio Matricial e Equipe de Referência, com o objetivo de limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais (Cunha & Campos, 2011), tornando-se um indicador para ações do supervisor no sentido de fomentar e motivar as equipes no sentido de construção e estruturação dessas ações. Os autores afirmam ser essa fragmentação da atenção e insuficiente e inadequada responsabilização clínica como os grandes entraves gerenciais da atenção, o que faz com que sejam necessárias a criação mecanismos de valorização e equilíbrio para os diversos profissionais de saúde, de diferentes serviços da rede assistencial.

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, com suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, sendo estas entendidas como um micro núcleo de

responsabilidade dentro da rede assistencial com objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (Cunha & Campos, 2011). As ações podem compreender desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos.

Dois artigos encontrados descrevem relatos de experiência na implantação e sistematização de ações de Apoio Matricial em municípios brasileiros do interior paulista (Barban & Oliveira, 2007; Arona, 2009). A partir da identificação da necessidade de assessoria e de capacitação em Saúde Mental dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José do Rio Preto, Barban e Oliveira (2007) apresentam sua experiência de três anos de dois profissionais (um médico psiquiatra e uma psicóloga) no suporte em Saúde Mental de equipes das UBS do município. Os autores descrevem o Apoio Matricial como um espaço de capacitação e formação permanente em serviço, onde são fornecidos modelos de atuação e os instrumentos criados para auxiliar no trabalho de assessoria e capacitação dos profissionais da Unidade de Saúde, relatando diminuição do estresse das equipes e possibilitando a condução dos problemas de saúde mental que até então eram repassados ao serviço secundário (Barban & Oliveira, 2007).

Se por um lado abre-se a possibilidade de atuação do profissional da Saúde Mental na prevenção e no monitoramento dos transtornos mentais na atenção básica, o Apoio Matricial também pode estimular o trabalho em equipe e à intersetorialidade, com transferência da responsabilidade social pelo bem-estar da comunidade para a mesma, diminuindo a sobreposição de atuações e atitudes assistencialistas (Barban & Oliveira, 2007). No mesmo trabalho, os autores descrevem as seguintes ações do Apoio Matricial em Saúde Mental: Capacitação (programação inicial básica de sensibilização), Assessoria (monitoramento dos casos de maior complexidade, atendimentos compartilhados, ações intersetoriais e educação permanente) e Operacionalização (construção de fluxograma que vai desde detecção de risco envolvendo transtornos mentais até a execução do apoio propriamente dito). Ações de apoio ao sofrimento psíquico dos profissionais também são descritas, concluindo com um perfil do profissional para realizar Apoio Matricial, que deve “estar preparado para lidar com grupos heterogêneos, incentivar a intersetorialidade e ser capaz

de dividir saberes e poderes, dentro da complexidade dos transtornos mentais” (Barban & Oliveira, 2007, p. 60).

O artigo de Arona (2009) refere-se à implantação do Apoio Matricial nos Serviços de Saúde de Capivari-SP, começando em quatro UBS e contando com uma psicóloga e uma fonoaudióloga na condução das ações. Posteriormente, com a ampliação da equipe de especialistas, passou a contar com toda a rede de Saúde Mental (Ambulatório, Caps II e Caps Ad), além da Farmácia, Programa de DST/Aids e Vigilância em Saúde do município.

O objetivo da proposta foi implantar na Atenção Básica um projeto de intervenção na gestão local sob o olhar do gestor municipal por meio de reuniões com as equipes envolvidas; aquisição de dois automóveis; contratação de novos profissionais, ampliação das especialidades envolvidas e capacitação das equipes, com sustentação teórica nas diretrizes do SUS e da Política de Educação Permanente (Arona, 2009). Temas como profissional e equipes de referência, além do conceito de clínica ampliada nortearam as ações. A autora compreende o Apoio Matricial como um arranjo de gestão, concluindo com a percepção de que as ações ampliaram a participação de diferentes especialistas na Atenção Básica, com resolubilidade das equipes, definição do fluxo de atenção e melhora na comunicação interprofissional e ações de cogestão. Como limitadores pontuou sobre a desconfiança de alguns profissionais em relação à proposta e a dificuldade em realizar uma construção participativa das práticas e cuidados em saúde.

Em relação a avaliação das ações intersetoriais de Apoio Matricial, duas pesquisas se propuseram a identificar as percepções dos atores envolvidos, sendo uma com a participação de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que recebiam o apoio (Dimenstein, et al., 2009) e outra que, além dos profissionais da ESF, incluiu profissionais dos CAPS, familiares e usuários atendidos pelas ações de Apoio Matricial (Pinto, et al., 2012). O primeiro estudo aponta para uma falta de clareza em relação à proposta de Apoio Matricial, com os entrevistados ora entendendo como um suporte apenas para as questões de prescrição psicofarmacológica ora como uma espécie de suporte emocional para os técnicos da ESF. Existe uma dificuldade de acolhimento da demanda de saúde mental, com os entrevistados não se sentindo capacitados para tal e indicando a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo, privilegiando assim, nos acolhimentos, o cuidado medicamentoso em detrimento de outras propostas terapêuticas, evidenciando a persistência do modelo biomédico na atenção à saúde (Dimenstein, et al., 2009).

Essa perspectiva da produção de cuidado fundamentada em procedimentos de cunho ‘biologizante’ e centrada na consulta médica também foi observada nos estudos de Pinto e cols. (2012) e Oliveira e Miranda (2015), que é endossada por familiares e usuários como um caminho para melhoria de sua condição de saúde. Ambos os estudos corroboram estudos descritos anteriormente no que se refere à fragmentação das intervenções em especialidades, com distanciamento e pouco compartilhamento das ações com os CAPS (Dimenstein, et al., 2009; Pinto, et al., 2012; Oliveira e Miranda, 2015). O Apoio Matricial tem o potencial para integrar ESF e CAPS, bem como outros dispositivos de atenção, compartilhando informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos, bem como ampliando seu potencial resolutivo perante os casos clínicos de saúde mental (Pinto, et al., 2012).

A partir da compreensão dos CAPS como dispositivos estratégicos na desinstitucionalização dos usuários em sofrimento psíquico e da ESF como articulador da rede de saúde mental, (Nunes, Jucá, & Valentim, 2007) buscaram analisar as discrepâncias entre o proposto normativo e o instituído, fatores limitadores e potencialidades da transversalidade de campos epistemológicos particulares como a clínica ampliada da saúde mental e da ESF, tendo como participantes quatro equipes da atenção básica em saúde, utilizando-se de grupo focais como estratégia de coleta de dados. Os resultados apontam para a percepção dos profissionais da inexistência de ações da saúde mental na ESF, motivadas pelo desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental; não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; falta de condições para o atendimento desses casos na ESF; inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e referência rápida (Nunes, Jucá, & Valentim, 2007). Novamente evidenciou-se a centralização do cuidado na atribuição de responsabilidade ao médico, com ações excessivamente normalizadoras e apoiadas no modelo biomédico hospitalocêntrico, além de ações de cunho discriminatório e moralista-repressivo, também verificado no estudo de Oliveira e Miranda (2015).

A dificuldade no acolhimento à demanda de saúde mental na Atenção Básica, a percepção de uma rede fragmentada e sem retaguarda dos serviços especializados também foram observadas em outros estudos encontrados nesta revisão (Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009; Tanaka & Ribeiro, 2009). Em um dos artigos encontrados a demanda de saúde mental nem era

registrada nos prontuários, com ações realizadas na concepção leiga de “doença mental” e tratamento, além de encaminhamento para a rede especializada, mesmo com o reconhecimento da precariedade desta, refletindo a necessidade de continuidade no processo de capacitação em saúde mental (Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009).

A prevalência da lógica “manicomial” e “medicalizante” na condução da dinâmica da rede local de atenção à saúde mental (Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009), com resistência em trabalhar com o que não é medicamentoso (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009) foram outros achados nos estudos sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde, que apontam ainda para a permanência do dispositivo CAPS como um local ‘intocável’ e desarticulado do restante da rede de atenção. (Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009).

Retomando o tema do Apoio Matricial constatou-se uma tendência em transferir, para as equipes de referência, a responsabilidade pelas dificuldades em realizar o Apoio Matricial, com pouco reconhecimento sobre sua própria dificuldade de compreender a proposta, assumir o papel de apoiadores e compartilhar seu saber (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009). O mesmo estudo verificou como potência da ação de Apoio Matricial a sobreposição da lógica da corresponsabilização em relação à lógica do encaminhamento, enfatizando a função pedagógica de tal ação nas narrativas da Saúde Mental e dos gestores, os quais destacam a capacitação *in loco* como fundamental para que as equipes de referência aprendam, durante a prática, a intervir no campo da subjetividade. Porém, essa forma de capacitação não é lembrada pelas equipes de referência como um dispositivo de aprendizagem (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009).

Figueiredo e Onocko-Campos (2009) destacam ainda que é necessário adequar a clínica da Saúde Mental às necessidades da população e do contexto da saúde coletiva. Ao investigar as práticas e cuidados dos profissionais, os autores identificaram uma angústia ao entrar em contato com o sofrimento, e também um certo medo em relação à necessidade de lidar com os pacientes considerados da Saúde Mental, com os profissionais avaliando que sua formação não contribui para que possam intervir no campo da Saúde Mental (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009).

Tanaka e Ribeiro (2009) realizaram um estudo específico sobre a forma como a temática da saúde mental é tratada por médicos pediatras na atenção básica, identificando que tais profissionais apresentam baixa sensibilidade para reconhecer problemas de saúde mental em crianças e, quando identificam que algo não vai bem com a criança, apontam como

hipótese diagnóstica apenas um aspecto do quadro clínico, como, por exemplo, enurese para uma criança com quadro clínico de ansiedade (Tanaka & Ribeiro, 2009). O mesmo estudo conclui que, mesmo com a presença de preocupação dos pais, não aumenta a capacidade de diagnóstico de problemas em saúde mental pelos pediatras. Os autores justificam ainda que tais dificuldades estão associadas à própria organização do processo de trabalho dos médicos, ao precário ou ausente planejamento das ações assistenciais à saúde mental da infância na atenção com objetivo de otimizar sua capacidade de fazer diagnósticos precoces, realizar intervenções pertinentes à atenção básica e encaminhamentos oportunos e com responsabilização, além da falta de articulação ou ausência de rede de suporte percebida na fala dos médicos (Tanaka & Ribeiro, 2009).

Para finalizar esta revisão bibliográfica foram selecionados cinco estudos estruturados a partir das questões relacionadas aos processos de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a forma como os trabalhadores da saúde mental reagem à suas condições de trabalho. Milhomem e Oliveira (2007) discorrem que para a pretensa inversão do modelo asilar para o psicossocial é necessário a coerência administrativa da gestão pública nesse sentido, apontando para insistente precarização do trabalho tais como: número reduzido e baixo investimento em qualificação dos trabalhadores, além das condições internas desfavoráveis, como a ausência ou insuficiência de materiais e instrumentos, ausência de perspectivas de progressão no trabalho etc.

Concluem discorrendo acerca da complexidade do trabalho das equipes dos CAPS sobre a necessidade do efetivo comprometimento dos gestores na formação de profissionais, com realização sistemática de concursos públicos, considerando a construção das ações de saúde como resultante de uma pactuação social que envolve usuário, trabalhadores e gestores (Milhomem & Oliveira, 2007).

A insatisfação com a ausência de plano de carreira e expectativa de promoção também foi constatada no estudo de Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007), onde os profissionais, de modo geral, estão satisfeitos com o trabalho na instituição e não se sentem sobrecarregados com o trabalho em saúde mental, mas não estão satisfeitos com questões relacionadas a benefícios, salários e questões burocráticas da instituição.

O estudo ainda descreve sobre como a alternância de gestão interfere no planejamento e implementação de metodologias e soluções de longo prazo no serviço (Pelisoli, Moreira, & Kristensen, 2007). A pesquisa também identificou frustrações nas expectativas dos

profissionais em relação à usuários crônicos, dados os resultados do tratamento serem mais sutis e vagarosos nessa demanda específica.

Em outro estudo, Silva e Costa (2008), ao analisar as implicações dos processos de trabalho cotidiano nos CAPS na saúde mental dos trabalhadores, identificaram uma necessidade de investimentos e ações que privilegiem o cuidado com a saúde mental desses profissionais e integrem uma política pública voltada ao servidor da saúde. Existe uma lacuna nas ações voltadas à atenção da saúde do profissional, tanto por parte da equipe quanto dos próprios gestores, com os profissionais enxergando em os grupos de reflexão e de estudos como uma opção estratégica para melhorar o cotidiano de trocas e saberes entre os profissionais (Silva & Costa, 2008).

O estudo ainda aponta para a questão da supervisão, onde os profissionais colocaram que o profissional que se coloca nessa posição precisa ser externo à equipe de trabalho e necessita conhecer o funcionamento dos CAPS, além de ter uma atitude de respeito e acolhimento às demandas da equipe, com conhecimento sobre questões relativas à organização de trabalho e saúde do trabalhador. A construção do novo modelo de assistência em saúde mental pressupõe uma atuação mais plural por parte dos profissionais (Silva & Costa, 2008). Nesse sentido, os autores verificaram a persistente presença do assunto ‘relações interpessoais’ nos encontros com os profissionais participantes da pesquisa, com o destaque para forma como o trabalho é dividido e organizado, além dos desafios de atuar dentro do novo modelo de atenção.

A supervisão aparece novamente como dispositivo estratégico, uma vez que os profissionais a apontaram como potencial agente na resolução dos conflitos das relações interpessoais, com papel fundamental na coesão e integração da equipe (Silva & Costa, 2008). Os autores concluem com outra função da supervisão, que seria a de amenizar o sofrimento psíquico a que os profissionais estão sujeitos no cotidiano laboral.

Mielke e cols. (2009) realizaram uma avaliação dos CAPS da região sul do Brasil, com o objetivo de conhecer o entendimento dos profissionais de um serviço substitutivo sobre o cuidado em saúde mental prestado neste espaço. Os resultados apontam para uma compreensão de cuidado para além das questões específicas em saúde mental, envolvendo também família e sociedade, com o usuário recebendo um atendimento que respeita sua cidadania e autonomia (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009). O estudo descreve outra potencialidade da supervisão, que seria articular o cuidado para a efetiva ‘reabilitação psicossocial’, focada no cuidado em rede e na corresponsabilização.

Um último estudo selecionado tratou especificamente da questão do sofrimento psíquico dos ‘profissionais de referência’ dos serviços de saúde mental, considerando as responsabilizações em questões de vínculo com o usuário, organização do trabalho e suporte institucional (Silva & Costa, 2010). Os autores consideram o profissional de referência um dispositivo que potencializa alterações na realidade psíquica dos profissionais de saúde, por valorizar a construção do vínculo com o usuário como instrumento essencial do trabalho, mas que ao mesmo tempo é um gerador de angústias, impotências, preocupações e responsabilizações.

Como requer uma maior disponibilidade por parte do profissional de referência, essa forma de cuidado representa desafios, como a desmotivação perante as condições físicas e materiais no cotidiano de trabalho, além da problemática rede social na qual estão inseridos os usuários, que intensifica os sentimentos de desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga e estresse no trabalho (Silva & Costa, 2010).

O estudo ainda verificou que o caráter terapêutico desse dispositivo requer mais discussões teóricas e clínicas, para além das questões burocráticas que a atuação exige. Os participantes descreveram que essa sobrecarga emocional é minimizada no compartilhamento dos casos em reuniões técnicas da equipe, apesar de outros relatarem a dificuldade para organizar esses espaços de forma efetiva, dado o “emaranhamento em tarefas meramente técnicas e burocráticas” (Silva & Costa, 2010, p. 643).

O artigo conclui com a afirmação dos profissionais participantes acerca da importância da supervisão clínico-institucional como um instrumento de suporte tanto ao trabalho como a aspectos emocionais próprios ao contato intersubjetivo, mas, por outro lado, reconhecem que tal dispositivo tem ainda um caráter transitório nas ações direcionadas aos CAPS (Silva & Costa, 2010), não se constituindo como um componente permanente dos processos de trabalho as diretrizes oficiais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

4. MÉTODO

4.1. Caracterização e Delineamento da Pesquisa

Este estudo consistiu em uma pesquisa exploratória e descritiva, com delineamento misto, com abordagem dos dados tanto quantitativa quanto qualitativa. A utilização do delineamento misto quanti-qualitativo se justificou pela necessidade de “*entender*” a amplitude do processo de supervisão clínico-institucional no Brasil e “*compreender*” as perspectivas e experiências dos diversos atores envolvidos em sua constituição. Creswell (2007) relata que nesse tipo de método o pesquisador orienta o estudo a partir da suposição de que ao coletar os dados de forma diversa terá um melhor entendimento do problema de pesquisa. O método misto utilizado foi a *Estratégia Transformadora Concomitante*, descrita por Creswell (2007) como sendo a mais adequada a estudos baseados em teorias e ideologias críticas, de ordem participatória e reivindicatória. O autor ainda coloca que nessa estratégia as coletas de dados quantitativa e qualitativa vão se alternando, de modo que uma vai subsidiando a construção da outra.

Os dados quantitativos, coletados por meio de questionário (Anexo 04), foram organizados a partir do levantamento de informações objetivas das experiências dos supervisores clínico-institucionais buscando explicar as relações entre tais experiências com suas trajetórias acadêmicas e profissionais, bem como a identificação de tendências, atitudes e opiniões acerca do processo da supervisão. O estudo insere-se como quantitativo, dado o objetivo de avaliar o processo de supervisão, buscando a generalização de seus resultados a investigação de seus impactos nas intervenções realizadas (Creswell, 2007).

A escolha por esse método se justificou por conta do fenômeno da supervisão clínico-institucional ser ainda desconhecido no campo científico e epistemológico, favorecendo a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e a exploração das ideias com uma redação analítica já na fase inicial do estudo (Charmaz, 2009), indo ao encontro do método misto quantitativo e qualitativo a ser realizado, com a coleta e a análise dos dados, além da eventual teoria, ocorrendo de forma simultânea (Strauss & Corbin, 2008). Esse método foi estruturado na perspectiva do *interacionismo simbólico*, que compreende a sociedade, a realidade e o indivíduo a partir de suas interações, com a linguagem e a comunicação sendo construídas via processo dialético ao invés de resposta direta a estímulos (Charmaz, 2009), o que se complementa com a *Estratégia*

Transformadora Concomitante, considerando-se a participação do sujeito na construção teórico-epistemológico do processo de supervisão clínico-institucional.

4.2. Etapas do Estudo

O presente estudo foi estruturado a partir de três etapas, com participantes e procedimentos diferentes articulando-se entre as mesmas, tendo como referência os CAPS aprovados no Edital da “VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras drogas”, totalizando 98 projetos e 88 supervisores.

4.2.1. Etapa 01

4.2.1.1. Campo e Participantes

Essa primeira etapa consistiu na parte documental do estudo, utilizando os dados disponíveis nos relatórios das supervisões e os currículos dos supervisores dos projetos selecionados nesse edital.

4.2.1.2. Instrumentos de Coleta de Dados

- Relatórios Finais das supervisões realizadas, conforme autorização de acesso por parte do Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (ANEXOS 01 e 02);
- Currículos Lattes dos supervisores que realizaram supervisão pelo edital em questão;

4.2.2. Etapa 02

4.2.2.1. Campo e Participantes

Nesta etapa foram feitos contatos com supervisores envolvidos nos projetos aprovados pela Área Técnica de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, independente do edital e do CAPS supervisionado, que responderam ao questionário objetivo. A ampliação desta etapa para os demais editais de Chamada de Supervisão Clínico-Institucional ocorreu pela necessidade do pesquisador em cartografar o contexto geral e programático do dispositivo de supervisão, atendendo ao objetivo de identificar as características do supervisor e a sua perspectiva

da organização e andamento do processo da supervisão clínico-institucional.

4.2.2.2. Instrumentos de Coleta de Dados

- Questionário com perguntas fechadas, do tipo Escala Likert, com cinco itens, que foi realizado on-line (Base na Plataforma *Google Forms*) com os supervisores clínico-institucionais que concordaram em participar do estudo (Anexo 04).
- Em seu processo de formulação, o questionário foi elaborado com base na análise textual dos relatórios das supervições clínico-institucionais, dos currículos dos supervisores e dos editais de seleção de projetos de supervisão;
- O questionário passou ainda por processo de Validação por Juízes, sendo um profissional com experiência em supervisão de CAPS e um com atuação acadêmica na produção de instrumentos psicométricos.

4.2.3. Etapa 03

4.2.3.1. Campo e Participantes

Na terceira e última etapa, foram selecionados quatro (04) CAPSad e quatro (04) supervisores, considerando a representatividade de cada região e estado do Brasil no número total de projetos selecionados, que consentiram em participar do estudo. Sendo assim, nessa última etapa participaram os CAPS e seus respectivos supervisores, sendo dois (02) da região nordeste e dois (02) da região sul. Os serviços foram escolhidos dentro dos estados conforme relevância regional, considerando-se os seguintes critérios: população do território de referência, tempo de existência e histórico de supervições. No projeto inicial foi previsto a inserção de outros três (03) serviços da região sudeste, mas que por motivos logísticos e de dificuldade no contato com profissionais envolvidos não foi possível a participação nesta etapa.

4.2.3.2. Instrumentos de Coleta de Dados

- Entrevistas Intensivas (Anexo 05) com supervisores de quatro (04) CAPSad que passaram pelo processo de supervisão clínico-institucional. Esse tipo de entrevista consiste em uma conversa orientada

que permite ao observador ir além da experiência descrita, questionando o participante sobre suas ideias, pensamentos e emoções quanto ao tema em questão, contendo perguntas amplas e abertas (Charmaz, 2009). Os tópicos disparadores foram planejados conforme análise dos dados das etapas anteriores;

- Grupo Focal (Anexo 06) com profissionais de quatro (04) CAPSad que passaram pelo processo de supervisão clínico-institucional. Como na entrevista com os supervisores, os tópicos disparadores foram planejados conforme análise dos dados das etapas anteriores.

4.2.4. Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com a Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, solicitando, por escrito, a autorização para acesso aos relatórios das supervisões (Anexos 01 e 02).

Na sequência foram analisados os conteúdos dos relatórios finais das supervisões e os currículos lattes dos supervisores, com vistas a construir as entrevistas realizadas com os participantes do estudo. Foi enviado e-mail a todos os supervisores dos projetos contemplados, convidando-os a participar do estudo e solicitando, após autorização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 03), inserido no questionário on-line (Anexo 04). Ressalta-se que o TCLE foi assinado em duas vias de igual teor, sendo uma ao participante e outra para o pesquisador.

As Entrevistas Intensivas foram realizadas presencialmente com os supervisores dos quatro (04) CAPSad escolhidos, que aceitaram participar do estudo. Os profissionais dos CAPSad foram entrevistados por meio de Grupos Focais, nas respectivas unidades de saúde, conforme disponibilidade da equipe e agendamento prévio. A todos os participantes das entrevistas e grupos focais também foram solicitadas autorizações via TCLE, também em duas vias de igual teor, sendo uma para cada participante e outra para o pesquisador.

4.2.5. Análise de Dados

A análise dos dados foi organizada considerando-se o tipo de dados de cada etapa deste estudo, de forma que cada uma forneceu subsídios para a etapa seguinte. Ao final a análise será apresentada por triangulação dos dados encontrados.

Etapa 01 – Análise textual dos relatórios finais das supervisões, que produziu a codificação inicial e categorias provisórias, conforme modelo de análise de memorandos descrito por Charmaz (2009). Os dados dos currículos dos supervisores foram organizados e categorizados em tabela específica. As informações desta etapa deram subsídios para a construção dos instrumentos das etapas 03 e 04;

Etapa 02 – Os dados dos Questionários foram organizados e analisados por meio de Estatística Descritiva e Inferencial, com o auxílio da 17ª versão do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na análise não somente das frequências das respostas, mas também acerca de sua distribuição e variância. A análise de normalidade da distribuição foi realizada por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, considerando o índice de significância $p > 0,05$. Já para a análise de variância foi utilizada, a partir dos resultados do teste de distribuição, o ANOVA, indicado para a comparação de três ou mais variáveis com uma distribuição normal, com índice de significância $p \leq 0,05$ (Dancey & Reidy, 2013).

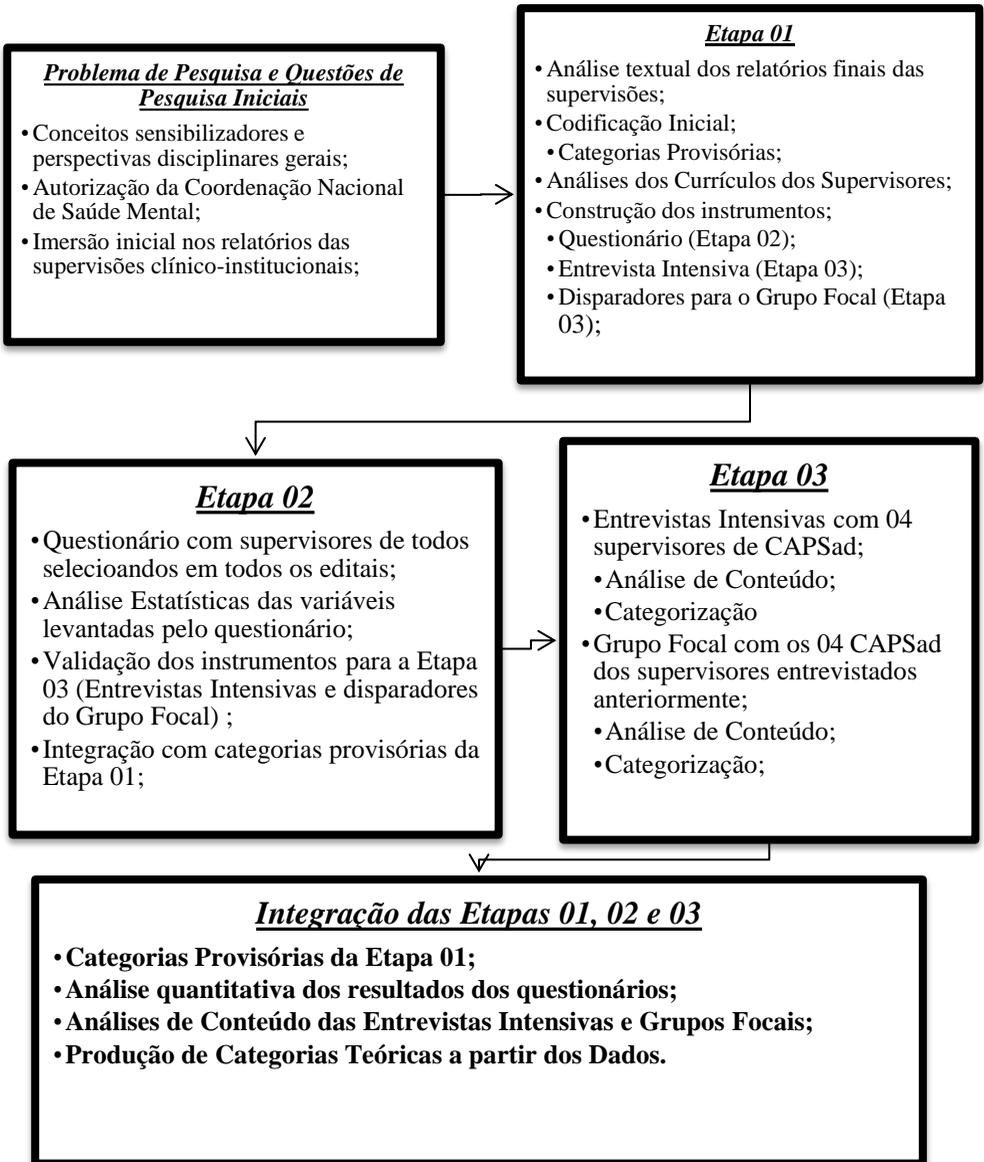
Etapa 03 – Análise de Conteúdo conforme modelo proposto pelos autores da *Grounded-Theory* (Charmaz, 2009; Strauss & Corbin, 2008), utilizando-se o programa de análise qualitativa ATLAS.ti (Versão 8.0), obtido via *Student License*.

A análise por triangulação de dados implicou a integração dos resultados obtidos nas etapas distintas. Os dados da etapa 01 foram integrados nas análises das etapas 02 e 03. A análise da etapa 01 subsidiou a construção dos instrumentos das etapas 02 e 03. Ao final é feita uma discussão integrando as análises de todas as etapas deste estudo. A Figura 01 apresenta o esquema de coleta e análise dos dados.

4.3. Aspectos Éticos

O presente estudo respeitou todas as questões éticas previstas na resolução 466 (Conselho Nacional de Saúde, 2012), bem como outras que surgiram ao longo do seu desenvolvimento, com vistas a proteger a integridade física e psíquica dos participantes e dos serviços envolvidos, bem como na produção de conhecimento que venha contribuir para o desenvolvimento de boas práticas de atenção junto à população brasileira.

Figura 1 - Sequência de Coleta e Análise dos Dados



5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Devido à complexidade do material encontrado no estudo, optou-se pela apresentação e discussão dos resultados divididos conforme as etapas realizadas, terminando com uma discussão buscando integrar as informações encontradas. Somando-se todas as etapas, participaram um total de 180 profissionais (42 na Etapa 01, 83 na Etapa 02 e 55 na Etapa 03), entre supervisores e membros das equipes de CAPS, que serão descritos na sequência do trabalho.

5.1. ETAPA 01 – Análise Textual dos Relatórios das Supervisões

Após a autorização da Coordenação Nacional de Saúde Mental para o acesso aos relatórios, foi realizada consulta ao material disponível, que se encontrava arquivado em caixas de papelão em um pequeno espaço na sede dentro do Ministério da Saúde, em Brasília. Como não estavam disponíveis em versão digital, foi necessário a digitalização dos relatórios, começando antes por uma triagem acerca do material referente ao Edital VIII de Chamada para Projetos de Supervisão Clínico-Institucional, referência para este estudo. Para a análise foram selecionados apenas os relatórios finais de supervisão, totalizando 42 documentos de um total de 98 projetos aprovados no referido edital e 348 páginas de um total de 980 digitalizadas. Destaca-se ainda que, durante o processo de coleta de dados, descobriu-se que 15 projetos não tiveram a supervisão sequer iniciada, não havendo informação sobre os demais projetos que tinha apenas os relatórios parciais.

Como previsto no projeto inicial, a análise textual dos relatórios das supervisões subsidiou, junto com o currículo dos supervisores referentes aos 42 relatórios selecionados, a construção dos instrumentos utilizados nas demais etapas do estudo. A seguir serão apresentadas as categorias de análise dos relatórios e a discussão de tais resultados.

5.1.1. Apresentação das Categorias de Análise

Quadro 01 - Categoria 01 – Perfil do Supervisor

Categoria	Subcategoria	Elemento de análise
Perfil do Supervisor	Profissão	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermagem - Terapia Ocupacional - Psicologia - Professor Universitário - Letras - Medicina
	Pós-Graduação	<ul style="list-style-type: none"> - Especialização - Mestrado - Doutorado
	Orientação Teórico- Metodológica	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção Psicossocial e Redução de Danos - Saúde Coletiva - Direitos Humanos - Análise Institucional - Psicanálise - Esquizodrama - Planejamento Estratégico em Saúde - Perspectiva construtivista e metodologia ativa - Pressupostos pós-estruturalistas - Terapia comunitária - Avaliação em Saúde - Dinâmica de Grupo e Relações Humanas - Educação Popular - Educação Especial

Quadro 02- Categoria 02 - Estruturação do processo de supervisão

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
Estruturação do processo de supervisão	Periodicidade dos encontros	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Encontros Semanais</i> - <i>Encontros quinzenais</i> - <i>Encontro mensais</i>
	Início da Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diagnóstico situacional</i> - <i>Descrição da equipe e da rede</i> - <i>Levantamento de demandas e expectativas da equipe</i> - <i>Levantamento do perfil dos usuários atendidos no serviço</i> - <i>Realização de Acolhimento e Sensibilização acerca da supervisão</i> - <i>Elaboração de Contrato Grupal</i> - <i>Encontros e Visitas intersetoriais</i> - <i>Levantamento de conhecimentos prévios, temas de interesse e capacitação inicial aos membros da equipe</i> - <i>Supervisão organizada a partir da gestão municipal</i>
	Atividades e andamento da Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Discussão de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)</i> - <i>Supervisão centrada na construção de Projeto Terapêutico Institucional (PTI)</i> - <i>Supervisão articulando processos de trabalho</i> - <i>Ferramentas e estratégias utilizadas na supervisão</i> - <i>Construção de atividades</i> - <i>Capacitações teóricas durante a supervisão</i> - <i>Discussão sobre Atenção à Crise e Judicialização</i> - <i>Supervisão mediando conflitos intra e inter equipe, com suporte clínico do supervisor</i> - <i>Relação Supervisor-equipe</i>
	Intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Discussões e construções focadas nas ações de Apoio Matricial</i> - <i>Discussão acerca do papel do CAPS na rede de atenção</i> - <i>Encontros com a rede de atenção</i> - <i>Encontros com a Gestão Municipal</i> - <i>Organização e participação do supervisor em eventos no território</i>

Quadro 03 - Categoria 03 – Objetivos da Supervisão

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
Objetivos da Supervisão	Quanto ao supervisor - Perspectiva do Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Função continente do supervisor nos conflitos da equipe</i> - <i>Supervisor mediando relação equipe-gestão</i> - <i>Papel educador do supervisor</i>
	Quanto à equipe - Perspectiva da Equipe	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Equipe demandando função continente da supervisão</i> - <i>Supervisão como espaço de capacitação e reorganização dos processos de trabalho</i> - <i>Supervisão como motivadora da articulação intersetorial</i> - <i>Supervisão como articuladora com a população do território e promoção da cidadania</i> - <i>Supervisão como facilitadora e qualificação da RAPS e apropriação da equipe dos objetivos dos CAPS</i>
	Quanto ao processo - Perspectiva estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Supervisão atuando na organização dos processos de trabalho</i> - <i>Supervisão atuando na construção de projetos intersetoriais</i> - <i>Supervisão atuando na relação dos profissionais com a demanda dos serviços</i> - <i>Supervisão atuando na defesa da Política de Saúde Mental</i> - <i>Funções educativas da supervisão</i>

Quadro 04 - Categoria 04 – Implicações da Supervisão

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
Implicações da Supervisão	Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Melhora nos aspectos interpessoais e de fortalecimento da Equipe</i> - <i>Melhora nos processos de trabalho</i> - <i>Maior conhecimento do território e da demanda</i> - <i>Melhora na Atenção à demanda AD</i> - <i>Melhora na Atenção à Criança e Adolescentes</i> - <i>Reconhecimento da Gestão Municipal da atividade de Supervisão</i> - <i>Implementação de Ações Intersetoriais</i> - <i>Proposta da supervisão como ação permanente</i> - <i>Fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e do Modelo de Atenção Psicossocial</i> - <i>Inserção dos profissionais em atividades acadêmicas, como congressos e produções científicas</i>
	Limitadores	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dificuldades organizacionais da equipe durante o processo de supervisão</i> - <i>Dificuldade na relação entre supervisor e equipe</i> - <i>Questões burocráticas e da gestão municipal interferiram no processo de supervisão</i> - <i>Limitação da Rede de Atenção Intra e Intersetorial na participação no processo de supervisão</i> - <i>Profissionais da área “Psi” (Psicólogos e Psiquiatras) dominando a supervisão e inibindo a participação dos demais profissionais nas discussões</i> - <i>Limitações teórico-técnicas e inter-relacionais da equipe</i>

5.1.2. Discussão dos Resultados

A imersão no *corpus* dos relatórios, com a leitura intensiva dos conteúdos, foi seguida por uma codificação aberta e uma codificação axial na sequência, o que permitiu a construção de quatro categorias de análise, que descrevem o Perfil do Supervisor Clínico-Institucional, a Estruturação do Processo de Supervisão, os Objetivos da Supervisão e suas Implicações para os atores envolvidos.

A. Perfil do Supervisor

A primeira categoria construída (Quadro 01) remete ao perfil do supervisor clínico-institucional. Com as informações presentes nos relatórios e a consulta aos currículos dos supervisores na Plataforma Lattes, verificou-se um conjunto de quatro profissões (Enfermagem, medicina, psicologia e terapia ocupacional), considerando os relatórios analisados, com a maioria sendo graduado em psicologia ($n=24$). A experiência como professor universitário foi verificada em 16 profissionais, sendo que um, além de psicólogo e professor, fez uma segunda graduação, na área de letras. A importante presença acadêmica entre os supervisores também é identificada na formação pós-graduação, sendo que, exceto quatro profissionais, todos possuíam no mínimo curso de especialização *lato sensu*, com dez tendo inclusive concluído o curso de doutorado, o que se aproxima da indicação de Alvarez (2014), na qual o supervisor deve estar atento ao conhecimento produzido em relação às produções teóricas existentes, abordando tanto a dimensão clínica quanto a institucional, em consonância com as políticas públicas vigentes.

Em relação à orientação teórico-metodológica para o trabalho como supervisor observou-se um grupo bastante diversificado, onde destacam-se os referenciais da Atenção Psicossocial, Psicanálise, Análise Institucional e Saúde Coletiva. Muitos supervisores acabam por combinar dois ou mais referenciais em suas práticas, como Atenção Psicossocial e Saúde Coletiva, Análise Institucional e Psicanálise, Atenção Psicossocial e Planejamento Estratégico em Saúde etc., inclusive colocando essa ‘coexistência’ teórica nos relatórios. Tal evidência aponta para dificuldade em se compreender a supervisão clínico-institucional como uma ação estática e pré-definida a partir de uma linha teórica específica, indo ao encontro das construções epistemológicas da Reforma Psiquiátrica, apresentada por vários autores (Brasil, 2004a; Brasil, 2005d; Amarante, 2006; Vasconcelos, 2008a; Faria, 2011 e Martínez-Hernández, 2012), no sentido de compreender os fenômenos relacionados à saúde

mental para além da doença, considerando tanto a singularidade do sujeito quanto a integralidade de suas inter-relações.

B. Estruturação do Processo de Supervisão

O Quadro 02 apresenta as principais características identificadas nos relatórios, no que tange aos aspectos logísticos das supervisões realizadas. Quanto à periodicidade dos encontros de supervisão, a maioria eram realizados quinzenalmente, com quatro horas de duração. Alguns processos ocorreram em turno de quatro horas, semanalmente, e outros mensalmente, com oito horas de duração. Os encontros eram presenciais, mas houve um relato em que o supervisor alternou encontros presenciais com encontros virtuais, via web-conferência.

Quanto ao início das atividades, a maioria absoluta descreve a realização de diagnóstico situacional, com a observação do espaço físico, mapeamento da rede e rotinas dos serviços e construção de plano de ação junto às equipes. São feitas ainda a descrição das equipes e das redes assistenciais, o perfil dos usuários atendidos, além de levantamento de demandas e expectativas das equipes, com uma cartografia dos recursos disponíveis nos territórios. Como estratégia de inserção, alguns supervisores optaram pela realização de trabalho de sensibilização acerca da supervisão e outros pela elaboração de contrato grupal para o trabalho a ser realizado. Dois supervisores ainda relataram visitas e encontros intersetoriais ao longo da supervisão, com vistas a conhecer a RAPS dos municípios. Ressalta-se ainda dois processos de supervisão organizados a partir da gestão municipal.

Em relação às atividades realizadas no andamento da supervisão, os relatórios apontam para ações no sentido de propiciar uma reflexão e uma organização dos processos de trabalho, tendo a discussão de casos e a consequente elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) como principal ferramenta de articulação dos encontros, presente em todos os documentos analisados para este estudo. Uma parte dos supervisores também relataram a preocupação em utilizar o espaço dos encontros para a construção de uma identidade dos serviços, na busca pela elaboração de um Projeto Terapêutico Institucional (PTI), com foco nas discussões acerca dos processos de trabalho, na construção de atividades a serem desenvolvidas e na ampliação da oferta de cuidados, como projetos de geração de renda, fortalecendo da relação com outros dispositivos da rede de atenção e atenção aos familiares.

Os relatórios também apresentavam algumas ferramentas e estratégias utilizadas durante a supervisão, com destaque para a utilização por parte dos supervisores do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) na sistematização do processo, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning - PBL*) e construção de planos de ação frente às situações discutidas. Outros supervisores descrevem o uso de atas para registro dos encontros e a ferramenta de ‘tarefa de casa’ como estratégia de encaminhamento e ligação dos encontros. Também apareceram relatos do uso de técnicas de dinâmicas de grupo no manejo das atividades, além da utilização de metáforas na síntese reflexiva das discussões.

O trabalho de Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) já apontava para a necessidade de uma sistematização da organização dos encontros, com vistas a minimizar possíveis dificuldades do processo, permitindo o pleno exercício de uma grupalidade e o protagonismo dos trabalhadores, que assim poderão ressignificar não somente sua prática clínica, mas também se apropriarem de seu papel na rede assistencial. Tais questões também são apontadas por Silva, Beck, Figueiredo e Preste (2012) e Alvarez (2014) em suas orientações acerca do ofício da supervisão.

A utilização de capacitações teóricas durante a supervisão foi presença constante em todos os relatórios, uma vez que os temas foram identificados nos diagnósticos situacionais levantados no início das supervisões, com os profissionais colocando como pontos frágeis das equipes. As atividades foram organizadas via indicações de leitura e posterior discussão nos encontros, apresentações teóricas e utilização de recursos audiovisuais. Os conceitos teórico-epistemológicos e a legislação em saúde mental foram os temas mais frequentes nos relatórios, junto com a demanda sobre atenção à crise e judicialização em saúde. Em relação à demanda de álcool e outras drogas foram relatadas capacitações que vão desde a questões sociológicas das drogas, bem como aspectos específicos das estratégias de redução de danos. Em outros encontros teóricos também foram discutidos aspectos teórico-práticos do cuidado em saúde mental, como estratégias de acolhimento, referência terapêutica, interdisciplinariedade e o trabalho com grupos e oficinas terapêuticas.

As construções teóricas descritas nos relatórios vão ao encontro das características do modelo de Atenção Psicossocial apresentadas por Vasconcelos (2008a) e o modelo de Clínica Ampliada defendido por Campos (2002), além de traçarem o caráter de formação permanente e dialógico da supervisão, discutido por Silva Beck, Figueiredo e Preste (2012).

A mediação envolvendo questões de relacionamento interpessoal e interinstitucional aparece nos relatórios de diferentes formas, com ora o supervisor mediando conflitos dentro da equipe ora com outros serviços. Nas equipes o supervisor foi demandado para atuar em situações de conflitos entre os profissionais e também com a frustrações da equipe frente às condições de trabalho. Em um relatório, o supervisor descreveu a realização de suporte clínico individual a profissionais da equipe supervisionada. Em outra situação foi necessária a intervenção do supervisor na relação entre CAPS II e CAPSad. A dimensão ética aparece na promoção de reflexões acerca do papel de cada profissional nas relações dentro e fora da equipe, com outros serviços, com a gestão e com os usuários atendidos.

Em quatro relatórios foi dado destaque também a relação supervisor-equipe, com a realização de avaliação do processo da supervisão institucional junto à equipe participante, com a identificação de avanços promovidos e pontos de aprimoramento, além de retorno à equipe sobre percepções do supervisor à forma como os profissionais organizam o cuidado ofertado, em especial para os desafios da demanda em álcool e outras drogas. A frase abaixo, retirada de um dos relatórios, ilustra como o supervisor buscou discutir sua relação e seu papel junto à equipe, bem como a forma como se deu tal interação:

“...a relação de confiança e empatia da equipe é condição essencial para destituir do supervisor o papel segregador de detentor do saber, e assim construir um dispositivo coletivo, ancorado no compartilhamento de saberes e práticas cotidianas vivenciadas no serviço”.

Essa característica democrática e dialógica da supervisão, descrevendo a função continente do supervisor, corrobora com estudos apresentados anteriormente (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010; Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Paulon & Neves, 2013), que descrevem o processo de supervisão como um facilitador da construção de novos saberes, de forma horizontal, configurado como um processo ético-político e otimizando os recursos já existentes em cada território/equipe supervisionado, enfatizando o caráter interdisciplinar do cuidado.

• Intersetorial

Os relatórios ainda descrevem a relação da supervisão com a questão intersetorial, com o supervisor trabalhando a compreensão e construção de ações de Apoio Matricial, além da promoção de reflexão sobre o papel do CAPS na rede de atenção. Enquanto ações estratégicas,

a maioria dos supervisores relatam encontros expandidos à rede de atenção, com alguns inclusive promovendo encontros com a gestão municipal, seja durante o próprio espaço da supervisão ou em reuniões específicas para a discussão dos objetivos do processo. Aproveitando a presença do supervisor no município, também foram descritas situações em que o profissional participou de eventos no território, como fóruns de discussão intersetorial, mesas redondas e programas de rádio.

A articulação intersetorial é fator determinante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com os conteúdos descritos nos relatórios convergindo com a proposta de reorganização dos serviços também para a interlocução entre as políticas públicas, como garantia de moradia, lazer, educação, cultura etc. (Moreira & Andrade, 2007; Vasconcelos, 2008a; Faria, 2009). A intersetorialidade e interlocução com outras políticas convergem ainda para a tentativa de se evitar o crescente risco de isolamento teórico-prático da Reforma Psiquiátrica descrita por Paulon e Neves (2013), com a necessidade de se dialogar epistemologicamente e incorporar diferentes instrumentos de trabalho, com vistas a garantir o respeito à singularidade de cada situação atendida.

C. Objetivos da Supervisão

Os supervisores também fizeram referência em seus relatórios à questão dos objetivos da supervisão, considerando tanto suas funções quanto à compreensão da equipe, além dos aspectos estruturais do processo, conforme categorias apresentadas no Quadro 03.

- **Quanto ao supervisor - Perspectiva do Supervisor**

Os relatórios apontam para um papel de mediador e facilitador por parte do supervisor em relação ao campo de supervisão e os atores envolvidos. Essa posição é percebida na função continente exercida pelo do supervisor no manejo das situações emergidas durante o processo, dando suporte tanto nos aspectos intrapessoais, como questões de autocuidado e frustrações, quanto nos aspectos interpessoais, como conflitos entre membros da equipe, com um dos relatórios definindo o *“espaço de supervisão como uma possibilidade de humanização entre os próprios trabalhadores de uma mesma equipe”* e outro apresentando a

“supervisão como espaço de escuta e discussão sobre relações interpessoais”.

Essa postura vai ao encontro do que foi descrito por Merhy (2004) e por Silva e cols. (2012), quando estes apontam sobre as condições de trabalho no cotidiano do CAPS e a cobrança existente em se acolher o outro, estando atento o tempo todo às suas necessidades, ao mesmo tempo em que o profissional precisa como as próprias angústias e frustrações diante do cuidado com esse outro e nas relações com os demais colegas da equipe.

Também foram observados relatos do supervisor atuando na mediação da relação da equipe com a gestão municipal, com articulação tanto de demandas da equipe em relação aos processos de trabalho quanto no manejo e discussão sobre estratégias de comunicação. O papel educador do supervisor também é destacado na compreensão da supervisão como um espaço pedagógico, no sentido da educação em serviço proposta pela perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), onde o estudo teórico e as discussões realizadas poderão estruturar novas formas de cuidado e intervenção nas diversas situações que ocorrem na rotina dos serviços. A função educadora da supervisão corrobora com o que foi pontuado por Assis, Barreiros, e Conceição (2013), que no seu estudo discorrem sobre os desafios do cuidado em saúde mental com base territorial em uma rede onde ainda predomina o “desejo de manicômio”, questionando até que ponto os profissionais se sentem capazes para se apresentarem como referência e ordenadores desse cuidado.

- **Quanto à equipe - Perspectiva da Equipe**

Na confecção dos relatórios, além dos objetivos apresentados na perspectiva do supervisor, também se apontou para os objetivos demandados pelas equipes supervisionadas, que acionavam a função continente do supervisor e compreendiam a supervisão como um espaço de educação permanente e reorganização dos processos de trabalho, convergindo com os objetivos dos supervisores, descrito na categoria anterior. Os relatos descrevem um clamor por suporte emocional à equipe, além do espaço de supervisão ser compreendido como um “*dispositivo de depósito e elaboração de conflitos gestados no cotidiano das equipes*”, além de “*melhorar as estratégias de trabalho em equipe, a partir da análise das relações interpessoais, técnicas, gerenciais e administrativas*”. Esse acolhimento à equipe já havia sido apontado por Alvarez (2014), quando descreveu uma proposta de estrutura das

supervisões, pautada nas diretrizes da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial e orientações normativas do SUS, além do trabalho de Silva e Costa (2010), em que os profissionais participantes demandavam por essa postura do supervisor.

Quanto ao objetivo pedagógico da supervisão, verificou-se a demanda por um referencial teórico para o trabalho no CAPS, com os profissionais relatando dificuldades em organizar a rotina dos serviços, bem como a finalidade e objetivos das atividades, apresentando também questões sobre como construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Os relatórios ainda descrevem dificuldades dos profissionais em lidar com a demanda em Álcool e outras Drogas e com o cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais, potencializadas por limitações estruturais dos serviços, *“identificando que tais dificuldades interferem nos processos de trabalhos, incluindo prejuízos nas articulações intersetoriais”*. Tais dificuldades já haviam sido descritas no trabalho de Silva Beck, Figueiredo e Preste (2012), que discorrem sobre as deficiências existentes entre as teorias e os modelos de atenção com as demandas do cotidiano dos serviços. Outros autores (Alverga & Dimenstein, 2006; Faria, 2011), já apontavam para os riscos de afastamento dos profissionais em relação à demanda e aos usuários dos serviços, com avaliações realizadas com base em uma suposta periculosidade *a priori* por parte destes últimos.

As dificuldades institucionais trazem à tona para a necessidade da supervisão apresentar-se *“como espaço para a elaboração de Projeto Terapêutico Institucional”*, ou ainda *“como espaço de otimização das rotinas do serviço”*, atuando como *“como oportunidade para os membros da rede apresentarem as dinâmicas de funcionamento de cada serviço”*, além de atuar como agente de *“articulação e consolidação da Reforma Psiquiátrica”*.

A supervisão também aparece como motivadora da articulação intersetorial, na construção de ações intersetoriais, como fóruns de discussão permanente entre representantes dos diferentes serviços da rede de saúde, outros setores e gestão, tendo como principal objetivo nessa temática a construção de estratégias de Apoio Matricial.

A função de articuladora com a população do território e promoção da cidadania também é descrita como um dos objetivos da supervisão, que apresenta-se com o potencial de *“estimular a participação da população e dos profissionais na elaboração de estratégias de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, favorecendo a conscientização e o exercício da cidadania”* e também de *“promover o conhecimento e a familiarização da população com os*

programas de saúde mental na rede pública, bem como o programa de acompanhamento ao usuário de álcool e outras drogas". Essa compreensão do processo de supervisão corrobora com o que foi descrito por Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) e Alvarez (2014), que defendem a supervisão como um "projeto ético-político", com o intuito de propiciar o protagonismo e a grupalidade dos trabalhadores na condução dessa experiência, além de otimizar os recursos disponíveis no território.

Em complemento aos objetivos da supervisão na perspectiva das equipes, conforme relato dos supervisores, o processo também é compreendido como facilitador e qualificador da RAPS, devendo "*atuar na promoção da apropriação da equipe em relação aos dos objetivos dos CAPS, superando lacunas paradigmáticas entre a teoria e a prática*". Os relatórios apontam para as fragilidades estruturais dos serviços, rotatividade dos profissionais, em especial dos médicos, e sobre a dificuldade de se compreender os CAPS como espaços comunitários. Tais condições apresentam os desafios impostos pelas condições de trabalho e a importância do supervisor ter conhecimentos sobre a proposta de atenção psicossocial, como apresentada anteriormente, na visão de Vasconcelos (2008a), com vistas a poder otimizar os recursos existentes, na maioria das vezes insuficientes para a consolidação das diretrizes e vocação dos serviços de atenção em saúde mental. Alvarez (2014) já destacava essa necessidade do supervisor estar familiarizado com tais demandas, além de possuir sustentação e contextualização histórica das políticas públicas de saúde mental.

- **Quanto ao processo - Perspectiva estrutural**

A partir das subcategorias quanto aos objetivos da supervisão nas perspectivas dos supervisores e das equipes envolvidas descritas anteriormente, optou-se por discutir em separado os objetivos relacionados aos aspectos estruturais, isto é, ao produto que se espera da supervisão enquanto organização e construção dos processos de cuidado dos serviços supervisionados.

Nesse sentido, a supervisão apresenta-se como atuando na organização dos processos de trabalho, auxiliando na estruturação dos serviços de saúde mental dos municípios, com pactuação das rotinas, fluxos de atenção e construção de protocolos. Essa função é complementada pela atuação na construção de projetos intersetoriais, focados na RAPS e em estratégias de comunicação entre equipes de diferentes serviços e políticas públicas, além de comportar-se "*como*

promotora da garantia do CAPS como espaço de formação profissional no campo da atenção psicossocial, com a realização de estágios curriculares em parceria com faculdades e universidades”.

A relação dos profissionais com a demanda dos serviços também é descrita com um dos objetivos da supervisão, com intervenções sustentadas em discussão acerca dos limites da clínica e da relação profissional-usuário, além da *“desmistificação da visão dos profissionais quanto ao público do serviço, saindo de uma postura moralista para uma postura mais técnica”*, fornecendo subsídios para o *“atendimento da demanda e desenvolvimento de ações com dispositivos comunitários para a promoção da saúde; auxílio no cuidado com familiares”*. Essa preocupação com a construção de uma clínica voltada para o sujeito vai ao encontro de vários autores descritos em nossa revisão da literatura (Onocko-Campos, 2001; Campos, 2002; Cruz, 2006; Vasconcelos, 2008a; Pollo-Araújo & Moreira, 2008; Foucault, 2011; Schneider, 2011; Faria, 2011), que também apontam para o desafio de se articular os diferentes saberes e as contradições existentes tanto no núcleo das equipes quanto na articulação das políticas públicas intersetoriais..

A defesa da Política de Saúde Mental tem na supervisão como sua potencializadora, segundo os relatórios, atuando como *“espaço reflexivo para uma construção coletiva das intervenções no campo da atenção psicossocial”*, com *“vista a fomentar a implementação de uma rede de atenção em saúde mental baseada no território e substitutiva à internação psiquiátrica”*. Em relação às funções educativas da supervisão, a mesma é compreendida como estratégia de Educação Permanente, como uma qualificação contínua da equipe do CAPS, agindo como *“ponte entre a teoria e a prática”*. Em um dos relatórios, o supervisor, descrevendo a supervisão como uma formação teórico-filosófica, atuou inclusive no sentido de estimular os profissionais na participação em seminários, fóruns e cursos relacionados com a área da saúde mental. Essa função de gestão e facilitador por parte do supervisor corrobora com o estudo de Pires e Mendes (2013), que descrevem a supervisão como um espaço protegido para formação em serviço e qualificação do cuidado em saúde.

D. Implicações da Supervisão

O produto das supervisões, isto é, as implicações e as consequências observadas pelos supervisores em seus relatórios, propiciou a construção de uma quarta categoria de análise, considerando as potencialidades e limitadores do processo, considerando-se os

conteúdos descritos e as necessidades que emergiram ao longo dos encontros de supervisão.

- **Potencialidades**

Em geral, parece haver uma dificuldade dos supervisores em descrever nos relatórios os fatores que agiram no sentido de facilitar o processo de supervisão, fato evidenciado na pouca referência ao que se produziu ao longo dos encontros e também na ausência de uma avaliação da atividade após um período do seu encerramento, seja por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental seja por gestores e profissionais envolvidos.

Os relatos descrevem a percepção de que, com a supervisão, houve uma melhora geral nos aspectos interpessoais e um fortalecimento da equipe, com “amadurecimento no que tange ao desenvolvimento de autonomia e segurança frente às demandas de saúde mental”, “funcionamento mais reflexivo, sugestivo de processo de autoanálise e autogestão” e a observação de que “o protagonismo exercitado pela equipe no espaço de supervisão favoreceu a análise de suas práxis”. Esse fortalecimento do trabalho em equipe vai ao encontro do proposto por autores anteriormente citados (Pires & Mendes, 2013; Alvarez, 2014), que ainda discorrem sobre esse processo reflexivo propiciar uma maior eficácia terapêutica dos serviços assistenciais, colocando a supervisão como um espaço ativador da interação entre os sujeitos, de circulação de saberes e articulação de objetivos e pactuações em comum, conforme descrito por Oliveira e Passos (2012).

Também são referidas a questão da melhora nos processos de trabalho, com a constatação de que “*supervisão clínico-institucional desenvolvida pela equipe deu visibilidade a pontos que obturam o processo de trabalho e, conseqüentemente afetam seu nível de satisfação-realização do mesmo*” e motivou a discussão de Projeto Terapêutico Institucional (PTI), com a reorganização e otimização dos serviços, com os relatórios citando a padronização nos mecanismos avaliativos para com os usuários, melhora do trabalho interdisciplinar, adoção da referência terapêutica, organização das reuniões de equipe, aumento e diversificação das atividades ofertadas (oficinas e grupos terapêuticos), divisão das atividades em mais profissionais e criação de assembleia de usuários. Um dos relatórios descreve ainda que houve uma “*melhora na discussão e condução de casos clínicos, com incremento das visitas domiciliares e buscas ativas*”, além de uma maior “*sensibilização para*

temas transversais à Saúde Mental, como judicialização, uso abusivo de medicamentos e aproximação com a comunidade”.

Essa organização dos processos de trabalho como função da supervisão é citada na literatura (Oliveira & Passos, 2012; Pires & Mendes, 2013; Alvarez, 2014, Severo, L’Abbate, & Campos, 2014) como ponto importante no nível organizativo e de gestão dos serviços, dada a dificuldade das equipes em assumir os processos decisórios do cotidiano dos serviços (Severo, L’Abbate, & Campos, 2014), entendendo que a institucionalização observada nos usuários também é verificada nos modos de trabalho das equipes, destacando-se assim a supervisão como um espaço de educação permanente, tanto de caráter resolutivo quanto de problematização (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Severo, L’Abbate, & Campos, 2014). Essa questão também foi destacada por Onocko-Campos e cols. (2009), onde os profissionais clamavam por momentos de formação em serviço, uma vez que não se consideravam aptos para o enfrentamento dos desafios apresentados no cotidiano de suas práticas.

Em relação ao conhecimento do território, alguns relatórios apontam que a supervisão propiciou um maior conhecimento do mesmo e da demanda existente por parte dos profissionais, com o mapeamento das ações existentes. Em um dos documentos analisados foi descrito que o supervisor deu ainda “*apoio técnico à elaboração de projeto de atenção a usuários de álcool e outras drogas*”, com uma “*proposta de capacitação intersetorial sobre atendimento à demanda AD*”, sendo que o mesmo supervisor percebeu maior segurança da equipe em relação ao cuidado com situações de crise e urgências. Onocko-Campos e cols. (2009) já destacavam sobre a importância de se construir espaços para a discussão da crise e situações de emergência, uma vez que identificaram em seu estudo contradições na compreensão de crise.

A questão da Atenção à Criança e Adolescentes também apareceu como produto da supervisão em três dos relatórios analisados, na forma de apoio técnico à elaboração do processo de cuidado, capacitação e elaboração de estratégias para acolhimento da demanda de autismo e psicoses infantis. Essa questão apresenta-se como nó-crítico na forma como os serviços lidam com tal demanda, com a discussão muitas vezes ausente tanto no interior dos serviços como nos congressos e encontros da rede intersetorial, com destaque para a articulação com a atenção básica, onde os profissionais, incluindo os médicos pediatras, apresentam baixa sensibilidade com as questões de saúde mental em crianças (Tanaka & Ribeiro, 2009).

As ações intersetoriais também foram destacadas como implicações positivas da supervisão, com “*suporte na implantação de grupos em saúde mental na Atenção Básica em saúde, em específico grupo para usuários de drogas*” além da “*melhor articulação e comunicação com a rede de serviços*”. Em outra referência, o supervisor relata que “*a equipe constata, a partir das discussões realizadas nos encontros, a necessidade de maior envolvimento com a rede intersetorial, além de fazer uma capacitação para esta rede, discutindo temas pertinentes para que a assistência oferecida pela saúde mental seja mais ampla e efetivamente desenvolvida a partir do conceito de rede*”.

Apesar dessa evolução percebida e dos avanços relatados, ainda se faz necessário a efetivação dos serviços junto ao território, tendo a supervisão que assumir a função, conforme Oliveira e Passos (2012), de fazer operar essa rede transversal de cuidados no território, entendendo o cuidado em rede como potencial de melhora da qualidade dos serviços, com otimização de recursos e aumento na satisfação dos usuários (Mendes, 2010), com uma necessidade de pesquisas e ações que possam fortalecer e aproximar a saúde coletiva da saúde mental (Onocko-Campos & Furtado, 2006; Onocko-Campos, et al., 2009), destacando-se assim as ações de Apoio Matricial e Equipe de Referência, pontuados em vários artigos descritos em nossa revisão da literatura (Onocko-Campos, 2001; Onocko-Campos & Furtado, 2006; Milhomem & Oliveira, 2007; Barban & Oliveira, 2007; Dimenstein, et al., 2009; Faria, 2009; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009; Gama & Campos, 2009; Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009; Arona, 2009; Onocko-Campos, et al., 2009; Cunha & Campos, 2011; Pinto, et al., 2012; Penido, 2013; Paulon & Neves, 2013), que apontam a corresponsabilização do cuidado como um caminho para compreensão das singularidades de cada caso e também contribuindo para a diminuição da sobrecarga dos profissionais.

Em relação ao processo de supervisão clínico-institucional emergiu a importância de sua compreensão e organização como ação permanente junto à RAPS, com relato de equipes que estabeleceram inclusive “*estratégia de acompanhamento e monitoramento das ações propostas durante a supervisão*”, além de outros onde foram feitos projetos de continuidade das atividades, com a compreensão de que isso possibilitaria o seguimento das reflexões produzidas, a maior articulação com a rede de atenção e uma maior apropriação e problematização dos pontos críticos identificados. Ainda nessa temática, um dos supervisores aponta para a “*constituição de mais um tempo-espaço de supervisão no sentido da busca de um processo de autoanálise e autogestão das*

demandas da equipe, zelando assim pela saúde dos cuidadores e garantindo a qualidade da prestação de serviços”.

Essa demanda por um caráter permanente da supervisão clínico-institucional corrobora os estudos na área (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Pires & Mendes, 2013; Alvarez, 2014), que ainda destacam o papel das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais no sentido de suprirem a falta de profissionais qualificados para o exercício dessa função, que apresenta-se também como ferramenta de identificação e qualificação da persistente deficiência entre teoria e prática observadas no cotidiano dos serviços assistenciais (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Alvarez, 2014).

Surge aqui a necessidade de supervisor estar atento não somente para as questões teórico-práticas do cuidado em saúde mental, mas também possuir a capacidade de exercer uma pedagogia emancipatória, como definido por Freire (2005) e referendado por Lefevre e Lefevre (2007), no sentido dos profissionais envolvidos se apropriarem da demanda existente e das necessidades emergentes a todo momento do processo de atenção, que anseia por mecanismos criativos para se adaptar às singularidades do território e dos sujeitos nele inseridos.

Por último, mas não menos importante, chama a atenção a presença, em um dos relatórios, de parecer formal da gestão municipal acerca dos benefícios da supervisão para a rede assistencial. Ainda é destacado o papel da supervisão no fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e do Modelo de Atenção Psicossocial, com a inserção de membros de uma das equipes supervisionadas em Escola de Supervisores Clínico-Institucionais e a participação dos profissionais em atividades acadêmicas, como congressos e produções científicas. Embora essa situação tenha aparecido de forma isolada no material analisado, faz-se importante ressaltar o papel estrutural da gestão dentro do processo ético-político da supervisão e, como descrito por Silva, Beck, Figueiredo e Preste (2012), a presença do supervisor poderá possibilitar a articulação desse espaço para a resolução de dificuldades existentes não só entre os profissionais dos serviços, mas também com a gestão. Colocação semelhante também foi identificada no trabalho de Severo, L’Abbate e Campos (2014), onde inclusive houve a participação do gestor em alguns dos encontros de supervisão.

- **Limitadores**

O andamento das atividades de supervisão também apresentou pontos críticos que apareceram no sentido de dificultar sua realização, ora apresentando-se como questões estruturais do processo ora apresentando como questões relacionais, além de limitações teórico-epistemológicas interferindo na efetivação das propostas levantadas durante os encontros.

Uma das questões mais pontuadas pelos supervisores nos relatórios foram as dificuldades das equipes em se organizarem durante o processo de supervisão, com relatos de dificuldade de participação de enfermeiros e médicos, sendo a ausência deste último uma constante em vários relatórios, que ainda apontam para a baixa frequência de outros profissionais. Também é identificada a mudança na composição das equipes e inclusive da coordenação ao longo da supervisão, o que é percebido como uma “interferência na finalização do processo de supervisão, dificultando a continuidade da mesma”.

Oliveira e Passos (2012) constataram em seu estudo uma transformação dos casos de cronificação dos usuários e do processo de cuidado nos CAPS, passando da tríade da tutela-doença mental-manicômio para a tríade do controle-medicalização-serviços substitutivos, tendo o supervisor a função de identificar e intervir em modelos crônicos de cuidado e relações de poder, promovendo a circulação de saberes e a construção de objetivos em comum, o que nem sempre é bem acolhido por todos os atores envolvidos. Tal perspectiva está em concordância com as afirmações de Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) e Silva, Beck, Figueiredo e Preste (2012), onde a supervisão deve ocorrer de forma horizontal e formando um sentido de grupalidade, no intuito de acolher os ideais do supervisor com a demanda por conhecimento dos profissionais supervisionados.

Também foi pontuado como limitador a questão da participação no processo de supervisão de outros atores da rede de atenção, seja de outras secretarias seja da atenção básica ou, até mesmo, de outros CAPS do município. Os supervisores apontam essas questões como “sintomas” das dificuldades de articulação com a rede de atenção e prováveis causas da pouca efetividade nas ações intersetoriais observadas em praticamente todas as equipes. O estudo de Oliveira e Passos (2012) já apontava para essa dificuldade de acesso ao território, colocando tanto as cronificações institucional e profissional existentes nos serviços substitutivos quanto à falta de informações sobre o cuidado em saúde nos demais serviços da rede de atenção como responsáveis por um interjogo de disputa de poder e dificuldade de comunicação de socialização de casos clínicos em comum.

Esses processos permanentes de institucionalização dos modos de trabalho também foram identificados nos trabalhos de Silva, Beck, Figueiredo e Preste (2012) e Severo, L'Abbate Campos (2014), sendo que estes últimos ainda trazem a maior facilidade dos profissionais da atenção básica, em específico dos NASF, em compreender a discussão de casos em uma perspectiva de atenção territorial.

Por outro lado, alguns autores (Onocko-Campos & Furtado, 2006; Dimenstein, et al., 2009; Mendes, 2010; Pinto, et al., 2012) argumentam sobre a fragmentação existente entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), tanto no plano nacional quanto no plano internacional, provocando importante deficiência na comunicação e articulação intra e intersetorial, principalmente em momentos de crise e urgências. Em outro estudo (Onocko-Campos, et al., 2009), ainda se identificou que os profissionais da Atenção Básica apresentavam pouco conhecimento do trabalho dos CAPS, sendo este mais um desafio ao supervisor, com os autores sugerindo a construção de fóruns e parcerias intersetoriais para suprir essa limitação.

A relação entre supervisor e equipe também é colocada como um ponto nevrálgico do processo de supervisão, com algumas dificuldades relacionadas à forma como as equipes receberam o profissional, com relatos de *“dificuldade da comunicação supervisor-equipe, devido linguagem de difícil acesso a todos os participantes”*, encontros por videoconferência, equipes angustiadas com encontros *“muito técnicos”* e *“dificuldades do município em fazer contato com o supervisor”*. Em algumas situações a insatisfação das equipes motivou a troca de supervisor, seja pela metodologia adotada seja pela orientação teórica do profissional, que agiram do sentido de se alinhar *“os objetivos da supervisão e os objetivos do serviço diante do usuário da rede”*. Ainda quanto a relação supervisor-equipe, há o registro de situações onde o contrato da supervisão foi realizado em encontros com a gestão municipal, sem a participação da equipe.

Em uma das situações de troca de supervisor, o profissional coloca no relatório que sua *“orientação teórica foi um entrave na execução da supervisão, com a interrupção do processo por conta de incompatibilidade supervisor-equipe”*, uma vez que era vista como *“invasora”* por parte da equipe. Na mesma situação é destacada que *“a escolha do supervisor por afinidade afetiva atrapalhou a relação com profissionais que não possuíam o mesmo tipo de vínculo”*, com a supervisora compartilhando a percepção de *“inibição de profissionais fora da área “Psi” (Psiquiatras e Psicólogos) nas discussões”* com a

equipe “*apresentando dificuldades em conseguir elaborar PTS a partir do modelo teórico proposto pela supervisora*”.

Severo, L’Abbate e Campos (2014) já haviam encontrado essas discussões sobre a relação do supervisor com a equipe supervisionada, com a dificuldade em se alinhar tanto a metodologia de trabalho quanto a orientação teórica do supervisor com a da equipe supervisionada. Essa constatação, em consonância com a dificuldade de efetivação do Modelo de Atenção Psicossocial também foi observado nos trabalhos de Onocko-Campos e cols. (2009) e Cunha e Campos (2011), que se apresentam como um indicador ao supervisor para o trabalho na direção de um clínica do território, evitando-se as armadilhas da clínica tradicional, centrada em abordagens teóricas individualistas, principalmente nas formações em psicologia e psiquiatria.

Os documentos apontam também para limitações teórico-técnicas e inter-relacionais das equipes, com situações onde a supervisão não era consensual, com os profissionais “*desmotivados, com distanciamento da gestão e o CAPS apresentando-se como um ambulatório*”, desconhecimento da rede de atenção por parte da equipe, disputas de poder com a coordenação e dificuldades de comunicação. Novamente aqui aparece a dificuldade de se romper a lógica manicomial e entender os CAPS como dispositivos de desinstitucionalização dos usuários com sofrimento psíquico, o que vai ao encontro de trabalhos encontrados na literatura (Alverga & Dimenstein, 2006; Nunes, Jucá, & Valentim, 2007; Milhomem & Oliveira, 2007; Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009; Tanaka & Ribeiro, 2009), com resistência dos profissionais em trabalhar com o que não é medicamentoso, apresentando uma angústia ao entrar em contato com o sofrimento (Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009) e o distanciamento dos CAPS dos demais dispositivos de atenção (Lucchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009).

As equipes ainda apresentavam dificuldades na atenção à demanda de Álcool e outras Drogas e cuidado em situação de crise, com os profissionais apontando para sua “*limitação na formação acadêmica acerca do trabalho em saúde mental*”. Como desafios, são relatadas as estratégias para inclusão dos usuários de drogas no cuidado, com as equipes relatando problemas na relação desse usuário com os demais usuários da saúde mental, apresentando “*pouca motivação a acolher a demanda AD e crianças e adolescentes*” e relatando que “*não se sentiam preparados para lidar com a demanda dependente químico*”. Essa perspectiva corrobora com o trabalho de Faria (2011), que aponta para

um conjunto de racionalidades frente ao fenômeno do uso de drogas, com avaliações dos usuários a partir de uma suposta periculosidade e de uma visão jurídico-moral por parte dos profissionais, que ainda apresentam resistências ao trabalho na perspectiva de Redução de Danos, conforme as considerações realizadas por Cruz (2006).

A supervisão ainda teve como influência negativa questões burocráticas e da gestão municipal, que acabaram por interferir no processo, com destaque para situações relacionadas à política municipal, como a *“supervisão começar no contexto da eleição para prefeito e com vários meses de atraso”* e *“preocupação da equipe com a troca de governo municipal”*. Processos burocráticos do município também atrapalharam o início da supervisão em alguns casos, com relatos de *“problemas na efetivação do contrato junto à gestão”* e dificuldades no repasse financeiro ao supervisor, entendendo-se que esses *“problemas administrativo-financeiros criaram espaços ou grandes lacunas entre uma supervisão e outra, quebrando um pouco o ritmo do trabalho”*.

Onocko-Campos e Furtado (2006), Milhomem e Oliveira (2007), Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007) e Alvarez (2014) discorrem em seus trabalhos sobre as limitações que as burocracias institucional e política impoem à organização dos serviços, como a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores. Silva e Costa (2008) ainda destacam a importância de se inserir o cuidado com a saúde mental dos profissionais em um política pública permanente, tendo na supervisão um dispositivo estratégico para esse fim.

5.2. ETAPA 02 – Questionário com Supervisores

Nesta etapa foi aplicado um questionário *online*, composto por 33 questões em formato *likert* (Anexo 04) e construído a partir da análise da Etapa 01, via *Plataforma Google Forms*. Do total de 451 supervisores selecionados nos editais de supervisão clínico-institucional desde 2005, foi possível enviar o questionário para 302 profissionais, com um total de 83 respostas (27,5% de taxa de respostas), representando 18,4% dos profissionais envolvidos com o dispositivo. Os participantes desta etapa do estudo foram responsáveis pelas supervisões de 176 dos 851 projetos aprovados pela Coordenação Nacional da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas até 2011, atingindo assim 20,7% das equipes que passaram por supervisão em algum momento. Os dados foram organizados e analisados por meio de Estatística Descritiva e Inferencial, com o auxílio da 17ª versão do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS),

Para análise da distribuição foram realizados os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, que apontaram para uma distribuição normal das respostas ao questionário, considerando o índice de significância $\rho > 0,05$. A partir dos resultados do teste de distribuição, o ANOVA foi escolhido para análise de variância, com as comparações sendo realizadas a partir dos objetivos do presente estudo, considerando o índice de significância $\rho \leq 0,05$.

5.2.1. Caracterização dos Participantes

A Tabela 01 apresenta as graduações dos supervisores e as respectivas pós-graduações. Destaca-se que todos os supervisores apresentavam, no mínimo, graduação e pós-graduação. Entre as graduações, verificou-se uma maior frequência de psicólogos ($n=51$), seguido de médicos ($n=15$), sendo que três apresentavam a formação de psicologia combinada com outras graduações (terapia ocupacional, enfermagem e filosofia). Quanto às pós-graduações, 17 apresentavam formação *lato sensu* (especialização) e 66 apresentavam formação *stricto sensu* (35 em nível de mestrado e 31 em nível de doutorado), indicando a experiência científica e acadêmica na formação da maioria dos supervisores participantes.

Tabela 01 - Descritivo das frequências das graduações e pós-graduações dos supervisores

Pós-Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado	Total
Graduação				
Psicologia	13	19	19	51
Medicina	2	6	7	15
Enfermagem	0	3	3	6
Terapia ocupacional	1	3	1	5
Serviço Social	0	2	0	2
Fisioterapia	0	0	1	1
Psicologia e terapia ocupacional	1	0	0	1
Psicologia e enfermagem	0	1	0	1
Psicologia e filosofia	0	1	0	1
Total	17	35	31	83

Em relação às áreas das pós-graduações, identificou-se uma pluralidade de formações, com maior frequência na Saúde Coletiva ($n=25$), na Saúde Mental ($n=13$) e Psicologia Clínica ($n=12$). Oito participantes fizeram pós-graduação em alguma especialização médica, sendo cinco em psiquiatria. As abordagens psicológicas na pós-graduação apareceram em 19 respostas, sendo psicanálise ($n=4$) e psicologia social ($n=3$) as de maior frequência. Sete supervisores também realizaram formações em área afins à saúde coletiva, como avaliação, educação e gestão em saúde. Outros sete fizeram formação complementar em cultura, literatura, filosofia e políticas sociais. Especificamente na área de álcool e outras drogas, apenas três participantes declararam ter feito pós-graduação nesta área.

Os participantes ainda foram questionados acerca de suas orientações teórico-metodológicas, isto é, suas bases epistemológicas (Tabela 02), com alguns citando mais de um referencial, uma vez que o item permitia a marcação de mais alternativa, além de conter o campo “outros”, onde poderia se colocar o que cada um considerava como sua teoria de base, independente do reconhecimento da literatura como uma área teórica com sustentação epistemologia estruturada. A psicanálise apareceu como o referencial epistemológico predominante com 35 participantes apontando-a como abordagem teórica principal, com esse número chegando a 50 quando incluído os participantes que citaram mais de um referencial, ou seja, a maioria dos supervisores utilizam o referencial psicanalítico. Em seguida apareceram análise institucional

($n=7$, exclusivo, e $n=29$, combinado com outras abordagens), abordagens fenomenológicas ($n=6$, exclusivo, e $n=15$, combinado com outras abordagens) e abordagem sistêmica ($n=9$, todas em combinação com outras abordagens), sendo que nove informaram não utilizar nenhuma abordagem em específico. Outros 14 supervisores citaram diversas orientações, como comportamentalismo ($n=1$), aprendizagem baseada em problemas ($n=1$), método dialético ($n=2$), pedagogia freiriana ($n=1$), psicodrama ($n=1$), psicossociologia ($n=1$), redução de danos ($n=1$), abordagem reichiana ($n=1$), saúde coletiva ($n=3$) e saúde mental ($n=1$).

Tabela 02 - Orientação Teórico-metodológica dos supervisores

Orientação Teórico-metodológica	Frequência
Psicanálise	35
Análise Institucional	7
Fenomenologia	6
Análise Institucional e Psicanálise	13
Análise Institucional, Fenomenologia e Sistêmica	3
Análise Institucional, Fenomenologia, Psicanálise	3
Análise Institucional e Sistêmica	2
Outros	5
Nenhuma em específico	9
Total	83

Em relação ao modelo de atenção utilizado (Tabela 03), isto é, ao conjunto de práticas e a forma como os participantes lidam com o fenômeno da saúde mental, a maior frequência foi da atenção psicossocial ($n=33$, exclusivo, e $n=69$, combinado com outros modelos), seguida da saúde coletiva ($n=4$, exclusivo, e $n=37$, combinado com outros modelos), destacando que a combinação desses dois modelos apareceu em 31 respostas. Os demais modelos foram: modelo clínico ($n=3$), análise institucional ($n=2$), modelo biomédico ($n=2$), modelo psicanalítico ($n=2$), além de outros três que responderam atuar sem um modelo de atenção específico.

Tabela 03 - Modelo de Atenção dos supervisores

Modelo de Atenção	Frequência
Atenção psicossocial	33
Saúde Coletiva	4
Clínica	3
Análise institucional	2
Psicanálise	2
Atenção psicossocial e Saúde coletiva	31
Atenção psicossocial e biomédico	2
Outros	3
Nenhum em específico	3
Total	83

Em relação às escolas de formação Supervisores Clínico-Institucional, 36 participantes apresentavam vínculo com as mesmas em algum momento e outros 47 nunca tiveram contato com tal dispositivo. A maioria dos participantes ($n=61$) realizou a supervisão em sua totalidade, conforme projeto contratado. 17 disseram ter realizado parcialmente a supervisão e cinco nem chegaram a começar o processo. A Tabela 04 apresenta a comparação de vínculo com escola de supervisores e realização da supervisão. Em relação à modalidade de supervisão, 31 ocorreram em CAPS I, 43 em CAPS II, 25 em CAPSi, 29 em CAPSad, 22 em CAPS III, sete em CAPS III ad e nove em CAPS I microrregional. Outros dez projetos ocorreram no formato de supervisão de rede ($n=4$), com hospital especializado ($n=3$), com ambulatório de saúde mental ($n=1$), supervisão da gestão ($n=1$) e projeto de geração de renda ($n=1$).

Tabela 04 - Comparativo entre vínculo com escola de supervisores e realização da supervisão

Supervisão foi realizada?	Sim, totalmente	Sim, parcialmente	Não	Total
Vínculo com escola de supervisores?				
Sim	27	11	1	36
Não	34	6	4	47
Total	61	17	5	83

5.2.2. Apresentação dos Resultados

Com a finalidade de integrar as etapas do estudo, conforme o método proposto, as análises descritivas das respostas ao questionário foram organizadas em categorias (Tabelas 05 a 08), associando-as com as categorias emergidas da análise dos relatórios das supervisões (Etapa 01), uma vez que estas subsidiaram a construção do instrumento. Os *scores* são apresentados no formato numérico, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Ainda em relação aos objetivos do estudo, foi realizada a análise de variância, por meio do teste ANOVA (SPSS), comparando as variáveis: Orientação Teórico-Metodológica, Modelo de Atenção e Ocorrência da Supervisão (Tabelas 09 a 28).

A Tabela 05 apresenta um descritivo das médias, desvios e medianas das respostas referentes às questões que remetem à categoria *Organização da Supervisão*, correspondendo ao grau de concordância dos participantes quanto a aspectos organizacionais do processo.

Destaca-se o posicionamento majoritário dos supervisores de que a supervisão deve ser uma ferramenta permanente junto aos dispositivos da saúde mental e não uma ação isolada, conforme verificado nas respostas às questões 01, 02 e 03. Os participantes ainda referendam a importância da temática das drogas e da atenção à criança e ao adolescente como temas transversais ao processo de supervisão, concordando que esta deve se organizar do CAPS para os demais dispositivos da RAPS. Essas variáveis foram as que apresentaram a menor dispersão na amostra deste estudo, quando consideradas a relação desvio-padrão (DP) e média.

Tabela 05 - Descritivo das médias, desvios-padrão e medianas – Categoria Organização da Supervisão

Questão	Média	DP	Mediana
01. A supervisão clínico-institucional deve ocorrer em caráter permanente, em todos os serviços de Saúde Mental.	4,47	0,941	5,00
02. A supervisão clínico-institucional deveria ocorrer esporadicamente, com vistas a abordar problemáticas específicas do território do serviço de saúde mental.	2,65	1,244	2,00
03. A supervisão clínico-institucional deve ocorrer pelo menos uma vez na história do serviço de saúde mental, de preferência no momento de sua abertura	2,73	1,389	2,00

04. O processo de supervisão deve ser organizado dos CAPS para os demais dispositivos da Rede de Atenção, entendendo esse serviço como o ordenador do cuidado.	3,66	1,182	4,00
10. A supervisão deve inserir-se em planejamento de saúde específico de cada município.	4,06	1,004	4,00
11. A supervisão deve começar com reunião entre os atores envolvidos (Equipe local, gestão e atores intersetoriais), com vista a pactuações necessárias.	3,66	1,074	4,00
12. A supervisão deve começar com pactuações dentro do serviço de Saúde Mental, com a elaboração de estratégias para se atingir os demais atores envolvidos.	4,08	0,829	4,00
13. As ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde devem ser utilizadas em todas as supervisões, como norteadora dos trabalhos e consequentes produtos das atividades realizadas.	3,46	0,954	4,00
14. A temática de Álcool e Outras Drogas deve ser tema transversal da supervisão, independentemente do tipo de serviço de Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde a qual encontra-se inserido.	4,16	0,833	4,00
15. A temática de Crianças e Adolescente deve ser tema transversal da supervisão, independentemente do tipo de serviço de Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde a qual encontra-se inserido.	3,99	0,917	4,00
16. Os encontros da supervisão devem ocorrer em intervalo preestabelecido, limitando ao tempo mínimo de 15 dias e máximo de 30 dias.	4,04	0,930	4,00
17. Durante as supervisões deverão ser feitas capacitações teóricas, com uso de textos de referência e aulas expositivas.	3,65	1,064	4,00

A Tabela 06 apresenta um descritivo das médias, desvios e medianas das respostas referentes às questões que remetem à categoria *Objetivos da Supervisão*, correspondendo ao grau de concordância dos participantes quanto aos objetivos, funções e resultados esperados do dispositivo supervisão clínico-institucional, bem como a sua relação com um projeto político e estratégico de atenção à saúde mental.

Este conjunto de respostas apontaram, juntamente com o anterior, uma grande concordância em relação às assertivas do questionário, com baixa dispersão na relação desvio-padrão (DP) e média em todas as questões, destacando a compreensão da supervisão como um dispositivo estratégico e fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo essa assertiva (Questão 31) a que apresentou o menor desvio-padrão e maior média (maior concordância) entre todas as respostas.

Tabela 06 - Descritivo das médias, desvios-padrão e medianas – Categoria *Objetivos da Supervisão*

Questão	Média	DP	Mediana
05. A construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um dos objetivos maiores da supervisão clínico-institucional.	4,07	0,934	4,00
06. A constituição de um Projeto Terapêutico Institucional é dos principais objetivos da supervisão.	4,13	0,745	4,00
07. O supervisor deverá promover a discussão de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) entre o serviço de Saúde Mental e demais atores da RAPS.	4,35	0,788	4,00
08. O supervisor deve focar os trabalhos na elaboração de um projeto de clínica para o serviço de Saúde mental.	3,83	1,010	4,00
31. A supervisão clínico-institucional é uma ferramenta fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.	4,57	0,588	5,00

A Tabela 07 apresenta um descritivo das médias, desvios e medianas das respostas referentes às questões que remetem à categoria *Quanto ao Supervisor*, correspondendo ao grau de concordância dos participantes quanto ao perfil e habilidades do supervisor clínico-institucional.

Tabela 07 - Descritivo das médias, desvios-padrão e medianas – Categoria Quanto ao Supervisor

Questão	Média	DP	Mediana
09. O supervisor deve agir como agente mediador de conflitos dentro e fora da equipe.	3,66	1,039	4,00
18. A supervisão deve ser organizada a partir da orientação teórica do supervisor (Atenção Psicossocial, psicanálise, análise institucional, fenomenologia, comportamental etc.).	3,27	1,094	3,00
19. O supervisor clínico-institucional deve ser um profissional com formação acadêmica além da graduação, de preferência com mestrado e/ou doutorado	2,94	1,130	3,00
20. O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.	4,01	0,956	4,00
21. O supervisor deve ter experiência como professor universitário e produção científica relevante.	2,57	0,990	2,00
22. A experiência profissional do supervisor em serviço deve ser pré-requisito para sua escolha.	4,30	0,894	5,00
23. Profissionais das chamadas áreas “psi” (Psiquiatria e Psicologia) são potenciais supervisores e devem ser as escolhas preferenciais quando disponíveis no território do serviço de saúde mental.	2,93	1,080	3,00
24. A participação/formação em Escola de Supervisores Clínico-Institucionais deve ser requisito para a participação em futuros editais de supervisão.	2,81	1,076	3,00
33. Você se considera motivado a continuar ou atuar como supervisor em futuros projetos.	4,41	0,950	5,00

Essa categoria de respostas foi a que apresentou a maior dispersão, considerando-se a relação Desvio-Padrão (DP) e Média, com a maior parte das medianas situando-se na posição de indiferença (nem concorda e nem discorda) em relação às assertivas. Um dado importante é a diferença entre a indicação acerca experiência profissional como um requisito para a escolha de o supervisor (Questão 22) em detrimento da

experiência acadêmica (Questões 19 e 21) ou mesmo de sua relação com as escolas de supervisores (Questão 24).

A Tabela 08 apresenta um descritivo das médias, desvios e medianas das respostas referentes às questões que remetem à categoria *Relação Supervisor-Supervisão-Rede Supervisionada*, correspondendo ao grau de concordância dos participantes quanto às inter-relações envolvidas entre o supervisor e a rede supervisionada, bem como do supervisor para com o próprio processo de supervisão.

Tabela 08 - Descritivo das médias, desvios padrão e medianas – Categoria Relação Supervisor-Supervisão-Rede Supervisionada

Questão	Média	DP	Mediana
25. O supervisor deve ser escolhido a partir de sua proximidade relacional e prática com a região onde se insere o serviço de Saúde Mental.	3,34	1,074	4,00
26. A gestão municipal deve participar diretamente da escolha do supervisor.	2,72	1,074	3,00
27. Reuniões periódicas com a gestão municipal devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.	3,76	0,983	4,00
28. Reuniões periódicas com equipes intra e intersetoriais devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.	4,13	0,777	4,00
29. É importante que o supervisor participe de eventos extra supervisão no município (Palestras, conferências, simpósios, programas de rádio etc.)	3,69	0,896	4,00
30. Os municípios devem ser responsáveis pela organização, contratualização e financiamento da supervisão clínico-institucional.	3,81	0,930	4,00
32. É necessário, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental, a criação de uma linha de financiamento permanente para a supervisão clínico-institucional.	4,57	0,666	5,00

Seguindo a concordância com as assertivas, observadas nas categorias anteriores, destaca-se neste grupo de respostas a diferença com que os supervisores compreendem as funções das gestões diante das supervisões, sendo indiferentes a participação da gestão municipal na escolha do supervisor (Questão 26) e defendendo ser da responsabilidade

da Coordenação Nacional de Saúde Mental criar uma linha de financiamento permanente para a supervisão clínico-institucional.

Uma vez que as questões do instrumento remetem ao conteúdo dos relatórios e currículos dos supervisores, já era esperado um alto número de concordância com as assertivas, em especial aquelas que remetem à organização e objetivos da supervisão, conforme verificado nas tabelas descritivas apresentadas. Apesar disso, as comparações das médias através da análise de variância (ANOVA), utilizando as variáveis Orientação Teórico-Metodológica, Modelo de Atenção e Ocorrência da supervisão, apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$), representando tendências e indicadores da forma como ocorreram as supervisões. Para fins de apresentação e discussão, cada variável comparada será apresentada em tópico separado, começando com uma tabela com as questões que apresentaram diferenças significativas (ANOVA) e a respectiva tabela descritiva de cada questão em relação à variável.

- **Variável – Orientação Teórico-Metodológica**

As tabelas de 09 a 14 remetem à comparação da variável Orientação Teórico-Metodológica informada por cada supervisor em relação às respostas ao questionário. A Tabela 09 apresenta as questões onde houveram diferenças significativa em relação à tal variável.

Tabela 09 - Análise de Variância (ANOVA) - Orientação Teórico-Metodológica dos supervisores

Questão	P
13. As ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde devem ser utilizadas em todas as supervisões, como norteadora dos trabalhos e consequentes produtos das atividades realizadas.	0,007
20. O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.	0,018
26. A gestão municipal deve participar diretamente da escolha do supervisor.	0,011
28. Reuniões periódicas com equipes intra e intersetoriais devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.	0,036
30. Os municípios devem ser responsáveis pela organização, contratualização e financiamento da supervisão clínico-institucional.	0,009

Tabela 10 - Questão 13 - As ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde devem ser utilizadas em todas as supervisões, como norteadora dos trabalhos e consequentes produtos das atividades realizadas.

Orientação	N	Média	DP
Psicanálise	35	3,11	0,963
Análise Institucional	7	3,86	0,690
Fenomenologia	6	3,33	0,816
Análise Institucional e Psicanálise	13	3,77	0,725
Análise Institucional e Sistêmica	2	5,00	0,000
Análise Institucional, Fenomenologia e Sistêmica	3	4,00	0,000
Análise Institucional, Fenomenologia, Psicanálise	3	4,33	0,577
Outros	5	4,00	0,000
Nenhuma em específico	9	3,00	1,225
Total	83	3,46	0,954

A Tabela 10 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 13, que trata da utilização das ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde (PES) no desenvolvimento das supervisões, comparada com a orientação teórico-metodológica dos supervisores participantes. Os resultados apontam para médias que vão da indiferença (nem concorda e nem discorda) para a concordância por completo, com destaque para os supervisores que responderam ter como referencial teórico a combinação de duas ou mais abordagens, que tendem a serem mais receptivos à utilização de PES na condução das supervisões. Por outro lado, os participantes que utilizaram a psicanálise como referencial ou aqueles que responderam não utilizar nenhuma teoria em específico foram os que apresentaram as menores médias e os maiores desvios-padrão.

A Tabela 11 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 20, que trata do conhecimento e utilização de procedimentos e técnicas de trabalho em grupo nas supervisões, comparada com a orientação teórico-metodológica dos supervisores participantes. Os resultados apontam para médias entre a concordância parcial e a concordância por completo, com destaque para os supervisores que responderam ter como referencial teórico a análise institucional ou a fenomenologia. A combinação dessas duas com uma ou mais abordagens também apresentaram maior tendência à receptividade do uso de técnicas de grupo nas supervisões. Os supervisores que se apresentaram como psicanalistas foram os que apresentaram a menor média, sendo os únicos

com *score* abaixo da média geral de respostas à questão e o segundo maior DP.

Tabela 11 - Questão 20 - O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.

Orientação	N	Média	DP
Psicanálise	35	3,54	1,039
Análise Institucional	7	4,57	0,535
Fenomenologia	6	4,33	0,516
Análise Institucional e Psicanálise	13	4,38	0,650
Análise Institucional e Sistêmica	2	4,00	0,000
Análise Institucional, Fenomenologia e Sistêmica	3	4,33	0,577
Análise Institucional, Fenomenologia, Psicanálise	3	4,33	0,577
Outros	5	4,80	0,447
Nenhuma em específico	9	4,00	1,225
Total	83	4,01	0,956

A Tabela 12 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 26, que trata da relação da gestão municipal com a escolha do supervisor, comparada com a orientação teórico-metodológica dos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma maior dispersão entre as respostas dos participantes, com os profissionais que se orientam pela psicanálise ou pela análise institucional apresentando as menores médias e os maiores DP. Dois profissionais que relataram se utilizar da combinação análise institucional e pensamento sistêmico concordaram totalmente de que a gestão municipal deve participar ativamente na escolha do supervisor.

Tabela 12 - Questão 26 - A gestão municipal deve participar diretamente da escolha do supervisor.

Orientação	N	Média	DP
Psicanálise	35	2,37	1,003
Análise Institucional	7	2,57	1,272
Fenomenologia	6	3,17	0,753
Análise Institucional e Psicanálise	13	2,77	0,927
Análise Institucional e Sistêmica	2	5,00	0,000
Análise Institucional, Fenomenologia e Sistêmica	3	3,00	1,000
Análise Institucional, Fenomenologia, Psicanálise	3	2,67	1,155
Outros	5	2,40	0,894
Nenhuma em específico	9	3,44	1,014
Total	83	2,72	1,074

A Tabela 13 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 28, que trata da realização de reuniões de articulação intra e intersetorial ao longo do processo de supervisão, comparada com a orientação teórico-metodológica dos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma tendência para a concordância parcial ou total, com uma média menor e um maior DP entre os participantes que se utilizam da fenomenologia como referencial teórico.

Tabela 13 - Questão 28 - Reuniões periódicas com equipes intra e intersetoriais devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.

Orientação	N	Média	DP
Psicanálise	35	3,94	0,838
Análise Institucional	7	4,86	0,378
Fenomenologia	6	3,67	1,033
Análise Institucional e Psicanálise	13	4,15	0,376
Análise Institucional e Sistêmica	2	5,00	0,000
Análise Institucional, Fenomenologia e Sistêmica	3	4,67	0,577
Análise Institucional, Fenomenologia, Psicanálise	3	4,67	0,577
Outros	5	4,00	0,707
Nenhuma em específico	9	4,11	0,782
Total	83	4,13	0,777

Tabela 14 - Questão 30 - Os municípios devem ser responsáveis pela organização, contratualização e financiamento da supervisão clínico-institucional.

Orientação	N	Média	DP
Psicanálise	35	4,11	0,796
Análise Institucional	7	3,00	1,291
Fenomenologia	6	3,50	0,837
Análise Institucional e Psicanálise	13	3,54	0,877
Análise Institucional e Sistêmica	2	5,00	0,000
Análise Institucional, Fenomenologia e Sistêmica	3	3,67	0,577
Análise Institucional, Fenomenologia, Psicanálise	3	4,67	0,577
Outros	5	3,20	0,837
Nenhuma em específico	9	3,67	0,866
Total	83	3,81	0,930

A Tabela 14 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 30, que trata da participação dos municípios na logística de organização da supervisão clínico-institucional, comparada com a orientação teórico-metodológica dos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma dispersão das médias das respostas que vai da indiferença (nem concorda e nem discorda) para a concordância total de que essa é uma função do município. Os supervisores que responderam se utilizarem da análise institucional como referencial teórico apresentaram a menor média de concordância, também sendo o único grupo como DP acima do *score* identificado no total geral das respostas à questão.

- **Variável – Modelo de Atenção**

As tabelas de 15 a 20 remetem à comparação da variável Modelo de Atenção informado por cada supervisor em relação às respostas ao questionário. A Tabela 15 apresenta as questões onde houveram diferenças significativa em relação à tal variável.

Tabela 15 - Análise de Variância (ANOVA) - Modelo de Atenção dos supervisores

Questão	p
02. A supervisão clínico-institucional deveria ocorrer esporadicamente, com vistas a abordar problemáticas específicas do território do serviço de saúde mental.	0,050
18. A supervisão deve ser organizada a partir da orientação teórica do supervisor (Atenção Psicossocial, Psicanálise, Análise Institucional, Fenomenologia, Comportamental etc.).	0,012
20. O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.	0,020
23. Profissionais das chamadas áreas “psi” (Psiquiatria e Psicologia) são potenciais supervisores e devem ser as escolhas preferenciais quando disponíveis no território do serviço de saúde mental.	0,002
27. Reuniões periódicas com a gestão municipal devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.	0,014

Tabela 16 - Questão 02 - A supervisão clínico-institucional deveria ocorrer esporadicamente, com vistas a abordar problemáticas específicas do território do serviço de saúde mental.

Orientação	N	Média	DP
Atenção Psicossocial	33	2,39	1,059
Atenção Psicossocial e Saúde Coletiva	31	3,10	1,274
Saúde Coletiva	4	2,25	1,258
Clínica	3	1,33	0,577
Análise Institucional	2	1,50	0,707
Psicanálise	2	2,00	0,000
Atenção Psicossocial e Biomédico	2	2,50	2,121
Nenhum em específico	3	4,00	0,000
Outros	3	2,67	2,082
Total	83	2,65	1,244

A Tabela 16 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 02, que trata da ocorrência da supervisão em virtude de problemáticas específicas do território, comparada com modelo de atenção utilizado pelos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma dispersão entre as respostas dos participantes variando da indiferença (nem concorda e nem discorda) para a discordância em relação à assertiva, com os participantes que afirmaram ter a clínica ou a análise institucional como modelos de atenção de suas práticas apresentando as menores médias de concordância. Já em relação ao DP,

o maior *score* foi observado no grupo que afirmou se utilizar de outros modelos de atenção.

Tabela 17 - Questão 18 - A supervisão deve ser organizada a partir da orientação teórica do supervisor (Atenção Psicossocial, Psicanálise, Análise Institucional, Fenomenologia, Comportamental etc.).

Orientação	N	Média	DP
Atenção Psicossocial	33	3,55	1,034
Atenção Psicossocial e Saúde Coletiva	31	2,81	1,014
Saúde Coletiva	4	2,50	1,732
Clínica	3	4,67	0,577
Análise Institucional	2	4,00	0,000
Psicanálise	2	4,00	0,000
Atenção Psicossocial e Biomédico	2	4,00	0,000
Nenhum em específico	3	3,67	0,577
Outros	3	2,67	0,577
Total	83	3,27	1,094

A Tabela 17 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 18, que trata da organização da supervisão a partir da orientação teórica do supervisor, comparada com modelo de atenção utilizado pelos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma dispersão entre as respostas, com destaque para os participantes que afirmaram se utilizar da saúde coletiva como modelo de atenção, isolada ou combinada com a atenção psicossocial, que apresentam a menor média de concordância e o maior DP. Os supervisores que se utilizam a abordagem clínica como modelo de atenção foram os que apresentaram a maior média de concordância em relação à supervisão ser realizada com base na orientação teórica do supervisor. Em relação à dispersão entre os grupos, os participantes que utilizam a análise institucional, psicanálise ou a combinação atenção psicossocial e modelo biomédico apresentaram os menores DP, com todos os membros desses grupos afirmando concordar parcialmente com a assertiva.

A Tabela 18 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 20, que trata do conhecimento e utilização de procedimentos e técnicas de trabalho em grupo nas supervisões, comparada com modelo de atenção utilizado pelos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma dispersão entre as respostas em direção a uma concordância parcial ou total com a assertiva.

Tabela 18 - Questão 20 - O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.

Orientação	N	Média	DP
Atenção Psicossocial	33	3,61	1,029
Atenção Psicossocial e Saúde Coletiva	31	4,16	0,779
Saúde Coletiva	4	4,75	0,500
Clínica	3	4,67	0,577
Análise Institucional	2	4,50	0,707
Psicanálise	2	3,50	2,121
Atenção Psicossocial e Biomédico	2	5,00	0,000
Nenhum em específico	3	3,67	0,577
Outros	3	5,00	0,000
Total	83	4,01	0,956

Tabela 19 - Questão 23 - Profissionais das chamadas áreas “psi” (Psiquiatria e Psicologia) são potenciais supervisores e devem ser as escolhas preferenciais quando disponíveis no território do serviço de saúde mental.

Orientação	N	Média	DP
Atenção Psicossocial	33	2,88	0,927
Atenção Psicossocial e Saúde Coletiva	31	2,48	1,151
Saúde Coletiva	4	4,25	0,500
Clínica	3	4,00	0,000
Análise Institucional	2	4,00	0,000
Psicanálise	2	4,00	0,000
Atenção Psicossocial e Biomédico	2	4,50	0,707
Nenhum em específico	3	2,67	0,577
Outros	3	3,00	0,000
Total	83	2,93	1,080

A Tabela 19 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 23, que trata de se priorizar os profissionais da área ‘Psi’ (Psiquiatria e Psicologia) como supervisores, comparada com modelo de atenção utilizado pelos supervisores participantes. Os resultados apresentam dispersão entre os grupos participantes, com uma média geral próxima da posição de indiferença (nem concorda e nem discorda). A combinação atenção psicossocial e saúde coletiva foi a que apresentou o maior DP entre os grupos e a menor média de concordância em relação à assertiva.

Tabela 20 - Questão 27 - Reuniões periódicas com a gestão municipal devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.

Orientação	N	Média	DP
Atenção Psicossocial	33	3,55	1,092
Atenção Psicossocial e Saúde Coletiva	31	4,23	0,717
Saúde Coletiva	4	3,25	1,500
Clínica	3	2,33	0,577
Psicanálise	2	4,00	0,000
Análise Institucional	2	4,00	0,000
Atenção Psicossocial e Biomédico	2	4,00	0,000
Nenhum em específico	3	3,67	0,577
Outros	3	3,00	0,000
Total	83	3,76	0,983

A Tabela 20 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 27, que trata da realização de reuniões com gestão municipal durante as supervisões, comparada com modelo de atenção utilizado pelos supervisores participantes. Os resultados apresentam uma concentração das médias das respostas entre a neutralidade (nem concorda e nem discorda) e a concordância parcial. A combinação atenção psicossocial e saúde coletiva como modelo de atenção utilizado foi a que apresentou a maior média de concordância com a assertiva. O maior DP é observado entre o grupo que se utiliza da saúde coletiva como modelo de atenção em suas práticas. Destaca-se também nessa questão a menor média de concordância apresentada pelo grupo que se utiliza do modelo clínico, que tendem a discordar da prática de reuniões periódicas com a gestão municipal ao longo da supervisão.

- **Variável – Ocorrência da Supervisão**

As tabelas de 21 a 28 remetem à comparação da variável Ocorrência da Supervisão, conforme relatada pelos supervisores com as respectivas respostas ao questionário. A Tabela 21 apresenta as questões onde houveram diferenças significativa em relação à tal variável.

Tabela 21 - Análise de Variância (ANOVA) - Ocorrência da Supervisão

Questão	P
16. Os encontros da supervisão devem ocorrer em intervalo preestabelecido, limitando ao tempo mínimo de 15 dias e máximo de 30 dias.	0,015
17. Durante as supervisões deverão ser feitas capacitações teóricas, com uso de textos de referência e aulas expositivas.	0,037
18. A supervisão deve ser organizada a partir da orientação teórica do supervisor (Atenção Psicossocial, Psicanálise, Análise Institucional, Fenomenologia, Comportamental etc.).	0,038
20. O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.	0,012
29. É importante que o supervisor participe de eventos extra supervisão no município (Palestras, conferências, simpósios, programas de rádio etc.)	0,036
32. É necessário, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental, a criação de uma linha de financiamento permanente para a supervisão clínico-institucional.	0,016
33. Você se considera motivado a continuar ou atuar como supervisor em futuros projetos.	0,023

Tabela 22 - Questão 16 - Os encontros da supervisão devem ocorrer em intervalo preestabelecido, limitando ao tempo mínimo de 15 dias e máximo de 30 dias.

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	4,03	0,912
Sim parcialmente	17	4,35	0,606
Não	5	3,00	1,414
Total	83	4,04	0,930

A Tabela 22 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 16, que trata sobre os intervalos entre os encontros de supervisão, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Os resultados apontam para a indiferença (nem concorda e nem discorda) entre o grupo onde a supervisão não ocorreu, sendo também o grupo como o maior DP.

Tabela 23 - Questão 17 - Durante as supervisões deverão ser feitas capacitações teóricas, com uso de textos de referência e aulas expositivas.

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	3,56	1,057
Sim parcialmente	17	4,18	0,809
Não	5	3,00	1,414
Total	83	3,65	1,064

A Tabela 23 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 17, que trata sobre a utilização de capacitações teóricas durante os encontros de supervisão, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Novamente o grupo em que a supervisão não ocorreu se mostrou indiferente (nem concorda e nem discorda) e com maior DP nas respostas. As situações onde as supervisões ocorreram parcialmente apresentaram a maior média e o menor DP.

Tabela 24 - Questão 18 - A supervisão deve ser organizada a partir da orientação teórica do supervisor (Atenção Psicossocial, Psicanálise, Análise Institucional, Fenomenologia, Comportamental etc.).

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	3,08	1,069
Sim parcialmente	17	3,76	1,147
Não	5	3,80	0,447
Total	83	3,27	1,094

A Tabela 24 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 18, que trata da organização da supervisão a partir da orientação teórica do supervisor, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Os resultados apontam para uma dispersão das médias entre a indiferença e a concordância parcial, com menor média entre os supervisores que realizaram as supervisões em sua totalidade.

Tabela 25 - Questão 20 - O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	3,98	0,922
Sim parcialmente	17	4,41	0,870
Não	5	3,00	1,000
Total	83	4,01	0,956

A Tabela 25 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 20, que trata do conhecimento e utilização de

procedimentos e técnicas de trabalho em grupo nas supervisões, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Os resultados também apontam para uma maior indiferença (nem concorda e nem discorda) entre os que não realizaram as supervisões. Os supervisores que realizaram a supervisão parcialmente foram o grupo que apresentou a maior média de concordância em relação à assertiva.

Tabela 26 - Questão 29 - É importante que o supervisor participe de eventos extra supervisão no município (Palestras, conferências, simpósios, programas de rádio etc.)

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	3,57	0,884
Sim parcialmente	17	4,18	0,809
Não	5	3,40	0,894
Total	83	3,69	0,896

A Tabela 26 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 29, que trata da participação do supervisor em eventos do município além da supervisão, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Os resultados indicam maior concordância entre o grupo de participantes onde as supervisões ocorreram parcialmente.

Tabela 27 - Questão 32 - É necessário, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental, a criação de uma linha de financiamento permanente para a supervisão clínico-institucional.

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	4,66	0,544
Sim parcialmente	17	4,47	0,800
Não	5	3,80	1,095
Total	83	4,57	0,666

A Tabela 27 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 32, que trata da criação de linha específica de financiamento da supervisão por parte da Coordenação de Saúde Mental, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Os resultados indicam maior concordância entre o grupo de participantes onde as supervisões ocorreram em sua totalidade, sendo este o grupo com menor dispersão das respostas, observada no menor DP.

Tabela 28 - Questão 33 - Você se considera motivado a continuar ou atuar como supervisor em futuros projetos.

Ocorrência da Supervisão	N	Média	DP
Sim totalmente	61	4,54	0,867
Sim parcialmente	17	4,24	1,091
Não	5	3,40	0,894
Total	83	4,41	0,950

A Tabela 28 apresenta as médias e os desvios-padrão (DP) das respostas à questão 33, que trata da motivação dos participantes em continuar a atuar como supervisor, comparada com variável sobre a ocorrência da supervisão. Embora as médias estejam mais para a concordância com a assertiva, os resultados indicam menor motivação em continuar a atuar como supervisores entre membros do grupo onde a supervisão não ocorreu.

5.2.3. Discussão dos Resultados

Como descrito na apresentação dos resultados, uma vez que o questionário desta etapa foi construído a partir dos relatórios das supervisões, já era esperado um alto índice de concordância em relação às assertivas entre os supervisores participantes. Ainda assim os dados permitem algumas considerações em relação ao dispositivo supervisão clínico-institucional, enquanto ação programática da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Em relação ao perfil do supervisor, foi observado a predominância das graduações em Psicologia ($n=51$) ou Medicina ($n=15$), o que aponta para a significativa presença de profissionais com formação clínica atuando como supervisores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, os 66 supervisores com pós-graduação *stricto sensu* (35 em nível de mestrado e 31 em nível de doutorado) indicam a presença da academia no processo de supervisão e nas ações de Educação Permanente junto aos profissionais da saúde mental, aproximando a teoria com a prática no contexto das políticas públicas. Esse indicador corrobora com as indicações acerca do perfil do supervisor, que deve aliar o conhecimento teórico com a prática clínica e institucional, descrito por estudos encontrados na literatura (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010; Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Pires & Mendes, 2013; Alvarez, 2014).

Quanto à orientação teórico-metodológica, a maioria dos supervisores utilizam a psicanálise como abordagem teórica principal,

aparecendo como referência de 50 participantes, seja exclusiva ($n=35$) ou combinada com outras abordagens ($n=15$). Os supervisores de tal abordagem foram, entre os participantes, os que apresentaram menor concordância quanto a atividades organizativas da supervisão, como o uso de ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde (PES), uso de técnicas de grupo durante os encontros e quanto à participação da gestão na escolha do supervisor. Por outro lado, os supervisores que utilizam a psicanálise foram os que mais concordaram com a assertiva referente à organização da supervisão a partir da orientação teórica do supervisor. O estudo aponta para uma dificuldade dos supervisores de orientação psicanalítica em se organizar a partir das demandas dos serviços supervisionados e na utilização de procedimentos e técnicas para além de seu referencial epistemológico, indo na contramão do sugerido por vários autores (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010; Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Alvarez, 2014), no que diz respeito à flexibilidade do supervisor na condução do processo.

Essa constatação já havia sido observada na análise dos relatórios, onde uma supervisão foi interrompida por conta da orientação teórica do supervisor, que era psicanalista e relatou dificuldades da equipe em realizar as discussões a partir desse referencial, o que diverge da indicação de Silva e cols. (2012) e Pires e Mendes (2013), que destacam a necessidade do processo adaptar-se ao momento das equipes, como sua composição, experiência dos profissionais no acolhimento da demanda, relações interpessoais etc. Outro artigo (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014) já apontava para resistências das equipes à pouca flexibilidade de supervisores anteriores quanto ao seu modelo teórico e condução do processo como um limitador da motivação para participar de novas supervisões.

Por outro lado, os supervisores que se apresentaram tendo como referencial as abordagens fenomenológica e/ou sistêmica, combinadas com outras orientações, apresentaram maior flexibilidade e abertura à utilização de ferramentas como o Planejamento Estratégico em Saúde (PES), técnicas de grupos, diagnóstico situacional e capacitações teóricas ao longo da supervisão, convergindo com os trabalhos de Silva e cols. (2012) e Pires e Mendes (2013), que defendem a utilização de ferramentas que se aproximem do momento das equipes. Os profissionais das mesmas abordagens foram também os que se apresentaram mais favoráveis à inserção da gestão no contexto das supervisões, com os supervisores de orientação psicanalítica, juntamente com os de orientação da análise institucional, sendo os menos favoráveis.

A atenção psicossocial emergiu como o modelo de atenção predominante entre os profissionais participantes, relatado por 33 supervisores, com esse número chegando a 69 quando considerado as respostas combinadas com outros modelos de referência. Essa perspectiva converge para as orientações quanto ao perfil do supervisor sugeridas por Sampaio, Guimarães e Abreu (2010), Silva e cols (2012) e Alvarez (2014), além de atender à demanda por educação permanente quanto aos objetivos dos serviços da RAPS e enfrentamento aos diversos tipos de cronificação do cuidado destacadas por diferentes autores em nossa revisão da literatura (Onocko-Campos, et al., 2009; Oliveira & Passos, 2012; Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Severo, L'Abbate, & Campos, 2014).

O modelo de atenção psicossocial, tal qual definido anteriormente (Brasil, 2005d; Vasconcelos, 2008a; Vasconcelos, 2008b) vai ao encontro da necessidade identificada para a construção de uma nova clínica (Onocko-Campos, 2001; Campos, 2002), que busque suprir a dificuldade de compreensão entre os entes da rede de atenção, em especial os serviços especializados em saúde mental com os dispositivos da atenção básica (Mendes, 2010, Onocko-Campos, et al., 2009; Cunha & Campos, 2011). Os participantes que utilizam esse modelo como referência foram os que tiveram menos concordância com a organização da supervisão a partir da orientação teórica do supervisor, além de também apresentarem a menores médias de concordância quanto a se priorizar os profissionais da área 'Psi' (Psiquiatria e Psicologia) como supervisores.

Os participantes que afirmaram ter a clínica ou a análise institucional como modelo de atenção de suas práticas apresentaram as menores concordâncias em relação à ocorrência da supervisão em virtude de problemáticas específicas do território, com significativa tendência a discordar da necessidade de articulação de reuniões periódicas com a gestão municipal ao longo da supervisão. Essa dificuldade de articular o modelo clínico, além da já discutida limitação em se ampliar a supervisão para além de uma abordagem teórica específica, aponta para a compreensão da clínica mais no sentido tradicional, em detrimento de uma clínica ampliada, uma clínica do sujeito inserido dentro de um território (Campos, 2002).

A dificuldade na organização da supervisão foi observada pelo número de supervisões incompletas ($n=17$) ou que sequer iniciaram ($n=5$), mesmo que a maioria tenha ocorrido em sua totalidade ($n=61$). Essa limitação implicou na diferença entre as percepções, sendo que o grupo onde a supervisão ocorreu em sua totalidade apresentando maior

concordância com a necessidade de criação de linha específica de financiamento da supervisão por parte da Coordenação de Saúde Mental e maior motivação para continuarem a atuar como supervisores, além de terem a menor concordância quanto à organização da supervisão a partir da orientação teórica do supervisor.

Em contrapartida, o fato da supervisão não ter ocorrido em sua totalidade parece indicar algumas reflexões, por parte dos supervisores, quanto aos motivos da interrupção ou mesmo a não iniciação do processo, com os participantes apresentando maior concordância com a utilização de técnicas de grupos e capacitações teóricas durante os encontros, além da importância do supervisor se inserir em eventos e reuniões intersetoriais no município ao longo da supervisão.

Ainda em relação à organização das supervisões, os participantes concordam com a necessidade de se compreender supervisão como uma ferramenta permanente junto aos dispositivos da saúde mental e não uma ação isolada, apresentando-se como um dispositivo estratégico e fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Defendem ainda que as temáticas das drogas e da atenção à criança e ao adolescente como temas transversais ao processo de supervisão, que deve se organizar dos CAPS para os demais dispositivos da RAPS.

Embora esse dado esteja em coerência com a proposta da atenção psicossocial (Vasconcelos, 2008a) e da emergência de uma clínica ampliada (Campos, 2002), essa organização se vê diante dos desafios construídos pela dificuldade de articulação e acesso ao território por parte dos CAPS, que ainda reproduzem o modelo manicomial (Oliveira & Passos, 2012). Por outro lado, articular a supervisão a partir do CAPS também envolve o risco da produção de novas formas de controle e institucionalização do cuidado aos usuários, dada a dificuldade dos profissionais desse serviço em compreender os casos clínicos em uma perspectiva territorial, diferentemente dos profissionais da atenção básica (ESF e NASF), que conseguem ampliar as discussões para além de uma abordagem teórica específica (Severo, L'Abbate, & Campos, 2014).

5.3. ETAPA 03 – Entrevistas com Supervisores e Grupos Focais com Equipes de CAPSad

5.3.1. Caracterização do Campo e dos Participantes

Abaixo são apresentados os dados referentes aos CAPSad e profissionais participantes do estudo, identificados pela letra ‘C’ para as equipes e ‘S’ para os supervisores participantes, com números correspondentes, conforme supervisões realizadas.

- **CAPSad 01 – C01**

O CAPSad 01 está situado em um município de médio porte do nordeste brasileiro, sendo cidade referência em sua macrorregião estadual, com população estimada de 203.682 habitantes (IBGE, 2016). Ainda segundo o IBGE, o município contava com uma taxa de Mortalidade Infantil de 13,25 (por mil nascidos vivos) e de Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$18.993,44 no ano de 2014.

Em relação à rede de atenção, o município possuía 56 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas por seis equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), CAPS II, CAPSad, uma Residência Terapêutica e Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral Particular/Filantropico. A rede intersetorial contava ainda com quatro Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e um CentroPOP.

Os participantes do Grupo Focal com o CAPSad 01 (C01) foram um total de 28 profissionais. O encontro foi agendado em um dia que o setor de saúde mental do município faria uma reunião geral com integrantes do CAPS II, CAPSad e representantes da universidade. O professor universitário presente e vários profissionais do CAPS II estavam no CAPSad na época da supervisão, que neste município foi realizada com integração com a rede intersetorial, de forma que solicitaram também participar da entrevista, o que foi permitido por atender aos objetivos do estudo de conhecer as implicações da supervisão na perspectiva dos profissionais. Sendo assim, o grupo foi composto por quatro assistentes sociais (três estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental), três educadores físicos (um estudante da Residência Multiprofissional em Saúde Mental), três enfermeiros, seis médicos psiquiatras (dois estudantes da Residência em Psiquiatria), nove

psicólogos (três estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental), uma psicopedagoga e duas terapeutas ocupacionais.

A entrevista ocorreu nas dependências do CAPS II do município, após contato com a coordenadora do CAPSad que, por conta de imprevisto envolvendo a mudança de coordenação municipal de saúde mental no dia anterior, não pode se fazer presente. Para a entrada em campo foi necessária a submissão do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de uma universidade regional, parceira do município em diversas ações, como pesquisas e residências multiprofissionais em saúde mental e em psiquiatria. Os profissionais relataram que essa condição em relação à coordenação municipal estava gerando bastante tensão entre as equipes, uma vez que historicamente tal cargo, juntamente com as coordenações locais, é definido democraticamente entre os profissionais e havia o temor de quebra desse protocolo. Apesar desse contratempo, o encontro ocorreu sem outras intercorrências.

O Supervisor do CAPSad 01 (S01) é graduado em psicologia desde 2001, com especialização em saúde mental, mestrado em saúde pública e doutorado em saúde coletiva, sendo todas as formações em instituições públicas de ensino superior e suas pesquisas relacionadas ao tema de saúde mental, álcool e outras drogas. Trabalhou como psicólogo na rede de saúde mental do município em que fez supervisão em anos anteriores, exercendo inclusive a coordenação do CAPSad. Atualmente é professor do curso de psicologia de uma universidade federal.

• CAPSad 02 – C02

O CAPSad 02 está situado em um município de médio porte do nordeste brasileiro, sendo parte da Zona Metropolitana da capital estadual, com população estimada de 390.144 habitantes (IBGE, 2016). Ainda segundo o IBGE, o município contava com uma taxa de Mortalidade Infantil de 12,07 (por mil nascidos vivos) e de Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$13.700,70 no ano de 2014.

Em relação à rede de atenção o município possuía 59 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas por cinco equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), CAPS II, CAPSad, quatro Residências Terapêuticas, Equipe de Consultório na Rua e Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral Particular/Filantrópico e em Hospital especializado em Psiquiatria. A rede intersetorial contava ainda com oito Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), três Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e um

CentroPOP.

Os participantes do Grupo Focal com o CAPSad 02 (C02) foram um total de sete profissionais. O encontro foi agendado para o período matutino, no horário da reunião semanal da equipe, mas não pode contar com os profissionais que trabalhavam no período vespertino, por conta de organização interna do serviço. Sendo assim, o grupo foi composto por duas assistentes sociais, um enfermeiro, uma fisioterapeuta (coordenadora do serviço) e três psicólogas.

A entrevista foi realizada nas dependências do CAPSad do município, após contato e autorização das coordenações municipal e local, além da concordância da equipe em participar do estudo. Somente a coordenadora e duas outras profissionais (psicóloga e assistente social) haviam participado da supervisão, informando que a alta rotatividade na equipe é uma constante no município.

O Supervisor do CAPSad 02 (S02) é graduado em psicologia desde 1999, com especialização em Psicologia Clínica e em Direitos Humanos, além de mestrado em psicologia em instituição públicas de ensino superior, com pesquisas relacionadas ao tema de saúde mental, álcool e outras drogas, além da temática da violência. Possui experiência em supervisão de equipes técnicas, coordenação de programas / projetos executados pela sociedade civil, como também em monitoramento de ações vinculadas à Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, além de também ter participado como orientador no projeto Caminhos do Cuidado, do Ministério da Saúde. Além disso, é professor em cursos de especialização em Psicologia Social e Comunitária; Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; Saúde Pública e Dependência Química. Há doze anos trabalha como psicólogo clínico em consultório particular.

- **CAPSad 03 – C3**

O CAPSad 03 está situado em um município de médio porte do sul brasileiro, sendo cidade referência em sua macrorregião estadual, com população estimada de 158.620 habitantes (IBGE, 2016). Ainda segundo o IBGE, o município contava com uma taxa de Mortalidade Infantil de 15,38 (por mil nascidos vivos) e de Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$26.792,76 no ano de 2014.

Em relação à rede de atenção o município possuía 37 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e oito Unidade Básicas de Saúde (UBS), apoiadas por quatro equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), CAPS II, CAPSi, CAPSad, Ambulatório de Saúde mental e Leitos psiquiátricos em Hospital Geral Público. A rede

intersetorial contava ainda com oito Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), três Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), uma Casa de Apoio à Mulher Vítima da Violência e um CentroPOP. O município possuía também um convênio formal com uma Comunidade Terapêutica e uma cota de internação psiquiátrica em hospital especializado particular, situado em município vizinho.

Os participantes do Grupo Focal com o CAPSad 03 (C03) foram um total de nove profissionais. O encontro foi agendado para o período matutino, no horário da reunião semanal da equipe, contando com todos os profissionais da equipe, exceto o vigilante, o motorista e as duas recepcionistas, que não aceitaram participar, e a médica psiquiatra, que não estava presente no dia e não participa de reuniões com a equipe. Sendo assim, o grupo foi composto por uma artesã, uma assistente social, uma enfermeira, duas psicólogas (sendo uma a coordenadora do serviço), três técnicas de enfermagem e uma terapeuta ocupacional.

A entrevista foi realizada nas dependências do CAPSad do município, após contato e autorização das coordenações municipal e local, além da concordância da equipe em participar do estudo. Somente a coordenadora e duas outras profissionais (enfermeira e artesã) haviam participado da supervisão, sendo que estas também participaram de outra supervisão, junto ao CAPSi, com o mesmo supervisor. A coordenadora atribuiu à supervisão a mudança na equipe.

O Supervisor do CAPSad 03 (S03) possui graduação em enfermagem desde 2002, com especialização em terapêutica tradicional chinesa, residência integrada em saúde e mestrado em enfermagem, sendo todas as formações em instituições públicas de ensino superior e suas pesquisas relacionadas ao tema de saúde mental, álcool e outras drogas. Trabalhou como enfermeiro na rede de saúde mental de um município do sul do Brasil e atuou como docente em vários cursos de graduação e pós-graduação de instituições privadas, além de experiência em Centro Regional de Referência em Crack, Álcool e Outras Drogas. Supervisionou CAPS em 04 municípios, nas modalidades CAPS I, CAPSi e CAPSad. Atualmente é professor e coordenador do curso de enfermagem de uma universidade privada da região central do Brasil.

• CAPSad 04 – C04

O CAPSad 04 está situado em um município de médio porte do sul brasileiro, sendo cidade referência em sua macrorregião estadual, com população estimada de 197.798 habitantes (IBGE, 2016). Ainda segundo o IBGE, o município contava com uma taxa de Mortalidade Infantil de

9,59 (por mil nascidos vivos) e de Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$37.739,31 no ano de 2014.

Em relação à rede de atenção o município possuía 16 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), CAPS II, CAPSi, CAPSad, um Ambulatório de Psiquiatria inserido em Ambulatório de Especialidades e Leitos em Hospital Público especializado em Psiquiatria. A rede intersetorial contava ainda com quatro Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), três casas de Acolhimento Institucional, um Albergue Municipal, um Serviço Especializado em Abordagem Social, uma Casa de Apoio à Mulher Vítima da Violência e um CentroPOP.

Os participantes do Grupo Focal com o CAPSad 04 (C04) foram um total de sete profissionais. O encontro foi agendado para o período matutino, no horário da reunião semanal da equipe, mas não pode contar com os profissionais que trabalham no período vespertino e outros em período de férias, por conta de organização interna do serviço. Sendo assim, o grupo foi composto por uma artesã, uma assistente social, uma enfermeira, uma médica psiquiatra, dois psicólogos e uma técnica de enfermagem.

A entrevista foi realizada nas dependências do CAPSad do município, após contato e autorização das coordenações municipal e local, além da concordância da equipe em participar do estudo. Somente a coordenadora e duas outras profissionais (psicóloga e enfermeira) haviam participado da supervisão. A coordenadora não pode participar por estar em férias.

A Supervisora do CAPSad 04 (S04) é graduada em psicologia desde 1983, em instituição privada de ensino superior, com mestrado em psicologia do desenvolvimento (universidade pública) e doutorado em psicologia clínica (universidade privada), com pesquisas com a temática da clínica das toxicomanias. Possui ainda pós-doutorado, por instituição pública, pesquisando o tema da violência, adolescência e saúde mental, além de ter especialização como sanitarista. É servidora pública estadual, com experiência em Centro de Referência em Redução de Danos, coordenação de ensino, pesquisa e comitê de Ética, estando desde 2013 atuando como psicóloga em hospital psiquiátrico estadual. Foi docente de várias disciplinas em cursos de universidades privadas e atua como psicóloga clínica em consultório particular desde a sua graduação.

5.3.2. Apresentação das Categorias das Entrevistas com Supervisores

Quadro 05 - Categoria 01 – Quanto à supervisão

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
Quanto à supervisão	- Organização da Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - A secretaria estadual poderia participar mais da organização da supervisão; - Ministério da saúde como organizador da supervisão; - Município deveria se organizar para viabilizar a supervisão; - Município e Ministério da Saúde deveriam viabilizar a supervisão; - Projeto de supervisão em conjunto com outro supervisor do município;
	- Condições operacionais da supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Ações intersetoriais realizadas durante a supervisão; - Supervisão mais institucional do que clínica; - Supervisão organizada a partir da discussão de casos; - Supervisor mediando relações interpessoais da equipe; - Técnicas utilizadas durante a supervisão;
	- Objetivos da supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão como espaço de articulação política - Supervisão centrada na dimensão clínica; - Supervisão como espaço de articulação das relações interpessoais; - Supervisão como espaço de articulação intersetorial; - Supervisão como espaço de educação permanente; - Supervisão como espaço de reorganização dos processos de trabalho;
	- Relação com a gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio da gestão durante supervisão; - Aproximação com a gestão durante a supervisão; - Interferência da gestão no processo de supervisão; - Mudança de gestão melhorando as condições da supervisão;

<p>- Inserção do Supervisor</p>	<p>- Inserção do supervisor via gestão municipal; - Inserção do supervisor via profissional da equipe que havia; participado de curso de formação com o mesmo; - Inserção do supervisor por proximidade com a rede; - Supervisor foi selecionado via processo seletivo por análise de currículo;</p>
<p>- Limitadores da supervisão</p>	<p>- Ausência de continuidade da supervisão; - Ausência de referencial teórico para a supervisão clínico-institucional; - Condições políticas do município e na estrutura dos serviços interferindo no processo de supervisão; - Dificuldade da articulação intersetorial durante a supervisão; - Dificuldade de realizar discussões clínicas; - Dificuldades na logística da supervisão; - Distanciamento da Coordenação Nacional de Saúde Mental do processo de supervisão; - Retrocessos da Política de Saúde Mental;</p>
<p>- Facilitadores da supervisão</p>	<p>- Conhecimento da rede por parte do supervisor; - Disponibilidade da equipe; - Experiência clínico-institucional anterior do supervisor; - Flexibilidade do supervisor como facilitador da supervisão;</p>
<p>- Implicações da supervisão</p>	<p>- Construção de protocolo para a relação com Comunidades Terapêuticas durante a supervisão; - Inserção da residência multiprofissional na supervisão; - Supervisão articulando construção de Projeto Terapêutico Institucional; - Supervisão auxiliando na compreensão do modelo de atenção psicossocial; - Supervisão auxiliando na ressignificação da forma como os profissionais lidam com a questão AD;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão motivando intersetorialidade; - Supervisor articulando relação serviço-gestão;
--	--	--

Quadro 06 - Categoria 02 – Quanto ao supervisor

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
Quanto ao supervisor	- Construções teórico-epistemológicas do supervisor	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Institucional como subsídio para a supervisão; - Atenção Psicossocial como paradigma do cuidado; - Psicanálise como aporte teórico da supervisão; - Redução de danos deveria ser norteador do trabalho do CAPSad; - Especialização em Direitos humanos; - Especialização em saúde pública - Especialização em saúde mental; - Formação acadêmica na área fenomenológica; - Formação acadêmica para o trabalho com grupos; - Formação clínica tradicional durante a graduação; - Experiência com pesquisas em Saúde Mental; - Definição da clínica em saúde mental; - Limitações ao exercício da clínica em saúde mental; - Disputa de poder entre abordagens teóricas e profissões prejudicando assistência; - Relação com escola de supervisores clínico-institucionais;
	- Experiência profissional do supervisor	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de vínculo com serviço público; - Experiência profissional na RAPS;

	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência na Atenção Básica; - Experiência profissional em hospital especializado; - Experiência na gestão de serviços de saúde; - Experiência com a supervisão; - Experiência em consultório particular de psicologia; - Experiência em educação permanente; - Experiência em controle social; - Experiência em ONG; - Experiência profissional em presídio;
<p>- Trajetória acadêmica do Supervisor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estágios na área de saúde mental durante a graduação; - Experiência em gestão acadêmica; - Formação para o trabalho com demanda em álcool e outras drogas; - Graduação não formando profissionais para trabalhar com a nova clínica; - Participação em projeto de extensão na temática de álcool e outras drogas durante a graduação; - Residência em Saúde Mental;
<p>- Perfil do supervisor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conversas com outros supervisores para se capacitar; - Dimensão ética da supervisão; - Supervisor deve ter experiência tanto acadêmica quanto prática; - Supervisor deve ter uma formação geral; - Supervisor deve ter a habilidade da escuta clínica;

5.3.3. Apresentação das Categorias dos Grupos Focais com Equipes de CAPSad

Quadro 07 - Categoria 01 – Quanto aos serviços

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
Quanto aos serviços	- Estruturação dos serviços	- Atividades desenvolvidas nos serviços; - Organização dos serviços;
	- Demanda do serviço	- Aumento da demanda de adolescentes; - Usuário de múltiplas drogas como maior demanda; - Usuários de álcool como maior demanda;
	- Limitadores do serviço	- Dificuldade de articulação intersetorial; - Dificuldades na relação serviço-gestão; - Falta de profissionais como ponto negativo da rede; - Precariedade no vínculo empregatício dos profissionais; - Rotatividade da equipe como ponto negativo da rede; - Profissionais desmotivados, não se sentindo capazes de atender à demanda dos serviços;
	- Potencialidades do serviço	- Apoio intra equipe no compartilhamento e execução das ações; - Ações de Apoio Matricial; - Articulação com a academia; - Estratégias de vinculação com os usuários;
	- Relação com a rede intersetorial	- Ações de Apoio Matricial realizadas; - Implicações das ações de Apoio Matricial; - Contradições na compreensão das questões de saúde mental entre os pontos de atenção da rede assistencial; - Fluxo de entrada dos usuários nos serviços; - Quanto às internações;

Quadro 08 - Categoria 02 – Quanto à supervisão

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
Quanto à supervisão	- Condições da Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão da supervisão e do papel do supervisor por parte da equipe; - Condições do serviço na época da supervisão; - Construção do projeto de supervisão; - Participação da equipe na organização das supervisões; - Temporalidade e ocorrências dos encontros da supervisão;
	- Estrutura da Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão da clínica como objetivo da supervisão; - Discussão de casos como objetivo da supervisão; - Discussão da rede como objetivo da supervisão; - Supervisão como espaço para discussão dos processos de trabalho; - Supervisão como espaço para interlocução da clínica com a instituição; - Supervisão como um espaço de cuidado do trabalhador; - Supervisão como um espaço de educação permanente; - Organização da supervisão;
	- Gestão e supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Implicações da supervisão na relação equipe-gestão; - Papel da gestão na supervisão
	- Implicações da Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Decisão da equipe em ampliar a supervisão para toda a rede; - Supervisão articulando ações de Apoio Matricial; - Supervisão atuando positivamente no relacionamento interpessoal da equipe; - Supervisão implicou em reformulação dos processos de trabalho do serviço; - Limitações da supervisão;

Quadro 09 - Categoria 03 – Quanto ao supervisor

Categories	Subcategorias	Elementos de Análise
Quanto ao supervisor	- Ações e funções do supervisor	- Dimensão ética da supervisão; - Supervisor ajudando na reorganização dos processos de trabalho do serviço; - Supervisor articulando a gestão do serviço;
	- Perfil do Supervisor	- Indicações ao supervisor; - Quanto à escolha do supervisor; - Supervisor como alguém que olha de fora;
	- Relação Supervisor-Equipe	- Supervisor apoiando mobilizações políticas dos profissionais; - Supervisor atuando nas inter-relações da equipe; - Supervisor como um 'provocador' de reflexões à equipe; - Supervisor trazendo conhecimentos para a equipe;

5.3.4. Discussão dos Resultados das Entrevistas com supervisores

A imersão no *corpus* das entrevistas, começando por uma codificação aberta e partindo para uma codificação axial em seguida, com o auxílio do *software* de análise qualitativa *Atlas Ti (Versão 8.0)*, permitiu a construção de duas categorias de análise, que descrevem os aspectos estruturais da supervisão, como organização e implicações, e os aspectos relacionados ao supervisor, como perfil e trajetórias acadêmicas e profissionais, considerando as percepções dos supervisores entrevistados.

A. Categoria 01 - Quanto à supervisão

A primeira categoria construída (Quadro 05) remete aos aspectos estruturais e organizativos da supervisão, percebidos pelos supervisores participantes do estudo, considerando a forma e condições operacionais da supervisão, a relação com a gestão e como ocorreu a inserção no processo, os limitadores e facilitadores, além das implicações e objetivos das atividades realizadas.

- **Organização da Supervisão**

Os supervisores participantes fizeram considerações acerca das dificuldades quanto à organização da supervisão clínico-institucional. S01 coloca que o Ministério da Saúde deveria continuar como o principal responsável pela viabilização do dispositivo, mas pontua que a secretaria estadual poderia participar mais da organização da supervisão, uma vez que *“a municipal fica ali na linha de frente, a federal fica na logística, financiamento... eu acho que o estado poderia ser um mecanismo de interlocução mais fácil... até porque o estado tem a compreensão de macrorregiões, de regiões locais... de repente poderia até promover a supervisão de uma regional...”*

O mesmo supervisor relatou que a sua experiência no C01 ocorreu inicialmente como um projeto de supervisão em conjunto com outro supervisor do município.

“... o supervisor me propôs fazer uma supervisão compartilhada, ele com os assuntos mais focados no transtorno mental e eu focado em álcool e outras drogas, só que nesse meio tempo foi cancelada a supervisão... sim, e que nós faríamos a supervisão da rede, não seria uma supervisão específica...” (S01)

O mesmo colocou ainda que o cancelamento da presença do outro supervisor, que já desempenhava essa função no município, ocorreu por *“questões de custos e entendimento do gestor ‘para que que eu vou colocar dois supervisores se eu posso ter um que possa supervisionar a rede?’... Então foi estratégico da gestão descartar o outro supervisor, até porque eu tinha o financiamento do ministério, né... e aí eu fiquei como supervisor, eu fiquei supervisionando a rede de saúde mental e não somente CAPSad...”*

Na compreensão de S02, o município é quem deveria se organizar para viabilizar a supervisão *“independente de projetos da secretaria nacional, do ministério... a gestão deveria estar mais perto... do supervisor ter um momento com a gestão...”* colocando que a organização de sua experiência *“foi bem precária... assim, um convênio ou um projeto que tinha duração determinada de dez meses, não teve possibilidade de renovação...”* acreditando ainda que *“o município não fez muito esforço para tentar pensar uma forma de manter a supervisão”*.

Por outro lado, o mesmo S02, em concordância com S03 e S04, também aponta que a organização da supervisão deveria ser uma ação conjunta entre o município e o Ministério da Saúde.

“... eu acho que é o município, mas ao mesmo tempo o Ministério da Saúde poderia se comprometer com isso... já que existe um cuidado de

que... que haja um fortalecimento da política nacional... eu não sei de que forma, mas acho que valeria um investimento das duas partes...” (S02)

S03 complementa o argumento situando que o dispositivo da supervisão clínico-institucional poderia aproveitar a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) já existente.

“Eu acho que tem que ser a Secretaria Municipal de Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde, mas eu acho, se o Governo Federal já tem um dispositivo, que é a educação permanente para os municípios, mensal, ele deveria vir desse processo” (S03)

• Condições operacionais da supervisão

Em relação às condições em que ocorreram as supervisões, os participantes apontaram para várias situações ocorridas bem como as estratégias desenvolvidas para lidar com os desafios da supervisão, como por exemplo S01, que articulou junto às equipes supervisionadas um espaço para confraternização dos profissionais, fora do horário de trabalho, com vistas a melhorar o ambiente de trabalho e facilitar a condução da supervisão.

O trabalho em rede aparece como um dos principais desafios não somente para a supervisão, como para as práticas de cuidado de uma maneira geral. Os supervisores descreveram algumas ações intersetoriais realizadas durante a supervisão, com vistas a uma maior articulação das condições operacionais em que se deram os processos de supervisão. S03 conseguiu articular a supervisão conjunta do CAPSi com o CAPSad do município, uma vez que já havia sido supervisor do primeiro, trabalhando questões como o apoio matricial, com a supervisão ocorrendo também na atenção básica, acompanhando inclusive ações de abordagem de rua, com *“os atendimentos a pessoas em situação de rua... em situação de risco, que eram os travestis, prostitutas...”*

“ No planejamento que a gente fez, a gente ficou de uma vez por mês ir à atenção básica, isso depois do terceiro mês... nos três primeiros meses a gente ficou dentro do CAPS, trabalhando a equipe... a gente fez um mapeamento da rede e às vezes a gente ia e não consegui trabalhar lá porque a equipe não nos recebia, mas algumas deu essa abertura, de atendimentos coletivos, algumas intervenções como alta para a ESF...” (S03)

Essa organização junto à atenção básica também é destacada por S04, que aponta inclusive a organização de um fórum intersetorial para discussão das políticas públicas de saúde:

“... tinha a supervisão pela manhã e, no início da tarde, várias vezes a gente recebeu a ESF, com quem a gente se articulava... uma das vezes foi a coordenadora regional de saúde...” (S04)

“Essa disposição de dialogar com a rede foi algo muito interessante porque se aproveitaram para discutir situações, casos clínicos, né... e essa ideia de rede, inclusive se teve um fórum... com as instâncias daquela rede para pensar em como se poderia acompanhar os casos nessa perspectiva da intersetorial...” (S04)

S01 pontuou que, dadas as circunstâncias em que se deram os encontros com a equipe supervisionada, define o processo que conduziu como uma supervisão mais institucional do que clínica, conforme apresentado abaixo:

“Enquanto supervisor, a experiência foi fantástica e eu diria que ela foi muito mais institucional do que clínica, com o objetivo de vislumbrar os serviços para além de sua especificidade clínica, porque eu lidei com a gestão, eu fiz um papel, além de supervisor, de mediação com a gestão.” (S01)

“... a gente teve a oportunidade de discutir caso clínico, de discutir uma série de linhas de cuidado em saúde mental, mas a minha intervenção enquanto supervisor foi mais institucional... inclusive de mudança de gestão da saúde mental do município...” (S01)

Já S02 e S04 nortearam a supervisão a partir da discussão de casos clínicos, extrapolando para a forma como cada profissional compreendia as situações, incorporando as reflexões dentro de um contexto teórico, utilizando-se de textos e leituras orientadas para subsidiar o trabalho executado.

“... eu trabalho muito com o quê o pessoal tem para trazer... não lancei mão de nenhum recurso além dessa questão da escuta, das discussões de caso e disso ser coisa da parte teórica...” (S02)

“Se estudou algumas propostas de organização mesmo... outra coisa foi a situação dos casos, discussão precária, a revisão de todos os casos para ver em que momento se encontravam, quais os que poderiam ser preparados para a alta, o quê que estava impedindo que um número X de casos se trabalhasse a alta. Então, era discussão de casos, leitura de textos, tanto para o trabalho clínico do caso como para a organização de ações...” (S04)

Essa forma de condução chama a atenção, no sentido que S02 e S04 possuem longa experiência com o exercício da clínica tradicional em consultório particular de psicologia, ao contrário de S01, que atua mais no contexto institucional e comunitário da psicologia social, e S03, que como enfermeiro sempre esteve ligado à experiência com saúde coletiva.

Além disso, a interlocução dos aspectos clínicos com os institucionais apresentou-se como um dos nós-críticos encontrados neste estudo, com importante afastamento das discussões clínicas e uma priorização dos aspectos institucionais, convergindo com uma problemática já apontada por Onocko-Campos (2001) e Amarante (2010), sendo que a primeira ainda destaca, a partir de sua experiência como supervisora, a percepção de discurso “idealizado da loucura” e uma “negligência em relação à doença” devido a um afastamento das discussões clínicas do cotidiano dos serviços, o que aponta para emergente necessidade de articulação entre as dimensões clínicas e institucionais envolvidas no cuidado e nos processos de trabalho.

Todos os supervisores entrevistados pontuaram a importância do supervisor atuar na mediação das relações interpessoais da equipe, como estratégia para lidar com as condições em que se deram as supervisões.

“Às vezes quando terminava a supervisão é que a supervisão acontecia, quando chegavam e me diziam ‘olha, aquilo que ele falou é mentira, não tem nada a ver com isso não’... às vezes eu estava almoçando com uma pessoa e chegava um outro grupo, querendo saber o que eu estava conversando...” (S01)

“Eu já acho que ajudando primeiro a equipe a reconhecer o conflito, que existe, que muitas vezes fica meio que velado... acho que a supervisão, ela precisa também ir se traduzindo em um espaço onde as pessoas possam falar, inclusive o que não agrada tanto o outro, para que a gente possa trabalhar aqueles temas ali” (S02)

“A maioria das minhas decisões não são clínicas, são as relações de trabalho. Muitas das demandas que traziam na supervisão estavam relacionadas a esses embates profissionais, a essas relações de poder, a não consegui ampliar, a dividir as discussões.” (S03)

“Tiveram conversas para resolver conflitos entre profissionais fora do CAPS, com a coordenação de saúde mental, bem no sentido resolutivo, não era de vigilância, nem de punição, nem nada... para tentar ajudar a equipe. Então desde os encaminhamentos dessas questões, assim de... de dificuldade entre equipe até situações que houveram de roubo, de problemas pessoais com um profissional ou outro...” (S04)

Essa preocupação com as inter-relações e os aspectos intersubjetivos no cotidiano dos serviços vão ao encontro da discussão em nossa revisão teórica, onde a supervisão clínico-institucional foi definida em convergência com as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS), funcionando como um dispositivo facilitador do manejo para com os desafios e surpresas inerentes ao trabalho na perspectiva da atenção psicossocial (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012), apresentando-se

como um projeto ético-político direcionado à construção de uma boa prática clínica (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010), tomando o mundo do trabalho como um lugar de uma micropolítica de encontros de sujeitos e poderes (Merhy, 2005), constituindo-se como uma estratégia transformadora das práticas de saúde (Tesser, Garcia, Mascarenhas, & Argenta, 2009).

S03 também trouxe a utilização de técnicas durante a supervisão, com vistas a estruturar o processo, e S04 trouxe também a questão da indicação de leituras entre os encontros, com intuito de subsidiar as discussões.

“... desde o primeiro dia fizemos um planejamento estratégico sobre quais eram as demandas deles, traçamos em três etapas, etapa mais equipe, etapa caso e etapa estrutura e funcionamento de rede... eu trabalhei muito com jogos cooperativos e dinâmicas, como disparadores das demandas que tinham.” (S03)

“Tinha sempre a oferta de uma leitura, de textos curtos. Às vezes eu pinçava várias coisas de algum texto e oferecia alguma coisa mais dirigida, para não exigir uma leitura um pouco mais complexa. Então teve alguns textos que serviram de referência ao longo do ano, também para organizar as oficinas e revisar um pouco das práticas” (S04)

A utilização de ferramentas de orientação aos processos de trabalho durante a supervisão, bem a estruturação e pactuação do formato dos encontros junto às equipes atende a indicação da literatura acerca da supervisão e seus desafios (Onocko-Campos, 2001; Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010; Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012), incorporando também a perspectiva da educação continuada, dada a necessidade de inserção teórica e epistemológica quanto ao cuidado em saúde mental (Alvarez, 2014). Silva e cols. (2012) chegam em seu trabalho a diferenciar as ferramentas de apoio ao trabalho do supervisor das ferramentas de trabalho junto à equipe como um importante norteador no desenvolvimento do processo de supervisão.

- **Objetivos da supervisão**

Em relação aos objetivos da supervisão, os supervisores deste estudo buscaram situar o local e momento em que se encontra o processo, estabelecendo uma associação com as políticas públicas e propostas da atenção psicossocial, com articulações entre as dimensões clínica e institucional com ações intersetoriais, educação permanente e reorganização de processos de trabalho.

A supervisão como espaço de articulação política foi destacada por S01, S02 e S03, considerando as suas compreensões enquanto papel do supervisor dentro do processo. S01 disse que teve *“um papel político”*, no sentido de *“legitimar a nova gestão de saúde mental”* que entrou o longo da supervisão e não surgiu apenas de uma indicação e sim *“dentro da equipe, a partir dos anseios da equipe”*.

Os participantes ainda descrevem a necessidade da supervisão mediar na implementação da política de atenção, com S01 levantando inclusive a possibilidade de *“participação dos usuários”* onde enxerga *“o potencial para ter uma mudança macropolítica”*. S02 e S03 questionam a forma de contratação do supervisor e o interesse político na organização do espaço de supervisor, com S03 complementando que *“ele deveria ser um processo em que secretaria de saúde deveria entender com um processo político do município, não como um projeto que vai acontecendo e depois para”*. Alvarez (2014) já destacava a função da supervisão como um espaço de construção permanente e ressignificações das políticas públicas.

A dimensão clínica como objetivo da supervisão aparece na compreensão de que esse é um espaço para a discussão de casos, fortalecendo as práticas e as *“concepções sobre a clínica”* (S02) e a compreensão da função de cada profissional da equipe dentro do serviço, com o supervisor atuando como um *“um mediador, um analisador, alguém que viesse para poder contribuir e avançar algumas conquistas ligadas ao CAPS, ao lugar do CAPS no município”* (S04).

A supervisão como espaço de articulação das relações interpessoais também foi identificada para os supervisores como objetivo do processo. S01 colocou que entende *“a supervisão como um espaço de articulação interpessoal”*, com *“o objetivo de intermediação, que o supervisor tem que ter a capacidade de intermediar questões clínicas de assistência, que necessariamente dependem dessa relação interpessoal da equipe”*. S02 respondeu diretamente que o objetivo principal da supervisão é *“trabalhar conflitos de equipes, possibilitando que o espaço da supervisão se traduza em um espaço onde as pessoas consigam se expressar... onde as pessoas consigam falar, por que senão esses conflitos irão se manifestar no cotidiano institucional”*. Esse dado vai ao encontro da função do supervisor, conforme destacada por Alvarez (2014), de elaborar estratégias no sentido de promover a harmonia dos membros da equipe.

Na mesma linha de raciocínio, S04 disse que *“o objetivo primeiro é trabalhar a equipe para que se mobilize recursos que, muitas vezes pelos conflitos interpessoais, há a anulação de ações, de*

contribuições que pudessem ser mais horizontais. Então é trabalhar uma equipe na sua conflitiva e a mobilização de recursos para que efetivamente ali não tenha ninguém desativado ou excluído ou perseguido” (S04)

Os participantes também colocaram sobre a importância da articulação intersetorial estar entre os objetivos principais da supervisão, uma vez que compreendem a relação com a rede como uma dificuldade na organização dos processos de cuidado, compreendendo a organização do apoio matricial como a ação estratégica dessa articulação, como na fala de S04.

“...com uma demanda em álcool e drogas só aumentando, a criminalidade aumentando, a população de rua aumentando, então a necessidade do matriciamento era fundamental e tinha um movimento, mas não tinha algo que se sustentasse e tivesse continuidade. Então o pessoal do CAPS saía para o matriciamento, mas não tinha nem como dar conta das questões do CAPS, quanto mais de se pulverizar...” (S04)

A inserção da supervisão dentro de uma lógica de rede já havia sido discutida anteriormente quando da apresentação do percurso formativo da supervisão clínico-institucional, indo ao encontro das diretrizes propostas nos editais a partir da V Chamada de Projetos de Supervisão (Brasil, 2010a; Brasil, 2010b; Brasil, 2010c; Brasil, 2011). Tal perspectiva também atua no sentido de desconstruir alguns limitadores observados nas práticas e cuidados ofertados nos serviços substitutivos, onde os CAPS ainda reproduzem estratégias de atenção do modelo manicomial (Oliveira & Passos, 2012). Os mesmos autores, como Mendes (2010), já haviam relatado a importante dificuldade dos CAPS em acessar o território, compreendendo a supervisão como um dispositivo potente na construção de um cuidado nessa direção.

Em convergência com a revisão da literatura (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010; Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Alvarez, 2014), também foi defendida a compreensão da supervisão como espaço de educação permanente, no sentido de uma *“formação em serviço, uma formação a partir da prática”* (S01), com a discussão de temas emergentes a partir da demanda, associando com a algumas indicações teóricas. S02 disse que alternava encontros de educação permanente com encontros clínicos: *“...em alguns dias a gente fazia uma espécie de formação e em outro dia a gente fazia a supervisão...”* exemplificando que algumas vezes na *“na supervisão você percebe que a equipe está com dificuldade de lidar com usuário que parou de usar Crack, mas que está usando maconha... a gente na outra semana trazer algo relacionado a redução de danos...”*

S03 sentencia a compreensão “*que a supervisão é de extrema importância para os processos de trabalho, é um dispositivo de educação permanente, é um dispositivo de qualidade do trabalho e de qualificação dos profissionais, além do que a educação permanente é um processo já estabelecido, teoricamente, né... como política... a supervisão deveria fazer parte desse processo também*”.

Essa reorganização dos processos de trabalho como objetivo da supervisão foi uma unanimidade entre os profissionais participantes, que apontam para a necessidade que “*ela tem que ser provocadora mesmo... que de uma certa forma ela tem de dar uma desequilibrada, no sentido de possibilitar uma mudança, um reequilíbrio desse processo e isso não vai acontecer do ponto de vista só desse serviço, isso também precisa acontecer do ponto de vista da gestão*” (S01).

“*...nesses dispositivos usados como disparadores, traziam algumas demandas que eram clássicas, como por exemplo de que lá era um CAPS aberto, só que tinha uma obrigação de que para almoçar o usuário tinha que participar da oficina, né... eu vi isso no dia em que eu entrei, na placa lá que dizia que só pode se alimentar quem passava por consulta ou atendimento. E aí, a partir de uma dinâmica que eu fiz, que eu trabalhei... para isso sair, para eles poderem olhar aquela placa e ver o quanto aquilo ali é uma imposição, um controle, que reforça ainda aquele modelo manicomial ...*” (S03)

Severo, L’Abbate e Campos (2014) destacaram em seu estudo essa função provocadora da supervisão, sendo essa uma das principais ferramentas de qualificação e ressignificação dos processos de gestão do trabalho e da clínica em saúde mental, uma vez que perceberam uma dificuldade das equipes em assumir suas decisões, dado o processo de institucionalização desses profissionais, o que também fora apontado nos estudos de Silva e cols. (2012) e Oliveira e Passos (2012).

• **Relação com a gestão**

A relação com a gestão durante as supervisões foi relatada pelos profissionais participantes de formas diferentes, ora atuando no sentido de facilitar ora aparecendo como um limitador do processo.

S01, S03 e S04 destacam os momentos de apoio recebido da gestão ao durante a supervisão, em específico na sua organização inicial. No caso de S01, o conhecimento da rede e os responsáveis pela gestão foi um facilitador para a se estruturar o processo de supervisão.

“*...eu conhecia o funcionamento da rede, porque eu trabalhei na rede... então eu tinha experiência de caso, né?! Eu sabia do que eu estava*

falando, então quando alguém colocava um limite eu dizia 'não é bem assim'... eu tinha propriedade para isso...' (S01)

Já S03 aponta a supervisão como um desejo inicial do secretário municipal da saúde, esclarecendo “...então ele me apoiava em todas as necessidades que existiam... então, dentro das dificuldades, a gente buscava facilitar o processo junto com o gestor...”, mas que eu longo do tempo emergiu uma dificuldade com a coordenação municipal de saúde mental, que não apoiava tanto o processo. Por outro lado, S04 pontua que a articulação e apoio tanto da secretaria da saúde quanto da coordenação de saúde mental foram fatores positivos na execução de seu trabalho na rede onde C04 estava inserido.

“... o que foi um potencializador a impulsionar as discussões era a disposição da coordenação em garantir o espaço... Um outro potencializador foi o contato com a coordenadoria regional de saúde de Passo Fundo, porque volta e meia a gente convidava a participar” (S04)

Outra questão levantada pelos participantes foi a forma como ocorreu a aproximação com a gestão durante a supervisão. S01 havia destacado que o seu conhecimento e proximidade com a rede como um fator positivo, mas relatou também que percebeu que, ao longo da supervisão, a gestão estava usando isso como “*uma aliança, que foi uma aliança perigosa, que era tentar manter a todo custo uma gestão mesmo com uma insatisfação muito grande por parte dos trabalhadores*”, pontuando ainda que isso “*foi um limitador, porque a gente não conseguia avançar do ponto de vista assistencial*”, o que “*inviabilizou determinadas ações do ponto de vista da supervisão... que fossem, por exemplo, produtoras de uma discussão clínica mais profunda*”.

Essa interferência da gestão no processo de supervisão foi identificada por S01 atrelada a “*uma dificuldade gerencial nesses serviços, você não tem pessoas habilitadas a estarem atuando nesses serviços. As gerências de saúde mental nos municípios, muitas vezes, são definidas por questões partidárias...*”. O supervisor relata que havia uma expectativa de que sua entrada nos serviços “*poderia dar conta de alguns nós institucionais que existia*”, dizendo que só foi perceber isso após o término da supervisão.

“... eu só percebi depois... na época não, foi com minha análise institucional que eu pude perceber a intenção da gestão municipal em me colocar para atender alguns interesses e, no momento em que isso não foi atendido, gerou uma tensão dentro da supervisão muito grande...” (S01)

S02 relatou que essa aproximação com a gestão foi muito restrita, com “*pouco espaço para dialogar*” sobre o que percebia, definindo que

embora reconhecesse que *“a supervisão ter tanta essa demanda dessa coisa mais miúda mesmo... da prática... ela não conseguiu se traduzir numa supervisão que eu pudesse dizer clínica-institucional... que de alguma forma respingasse na gestão também... que pudesse ter alguns momentos com a gestão...”*.

Apesar dessa compreensão, S02 discorreu que o contato com a gestão se limitou a *“... uma conversa com a coordenadora de saúde mental no início e depois, assim, no final... mais com troca de e-mail, mas mais para tratar dessa questão mais da finalização dos relatórios que eu tinha que mandar”*. Concluiu dizendo *“que seria fundamental uma relação maior com a gestão... porque tem coisas que você percebe em supervisão e que seria bom você poder provocar a gestão... de forma que pode contribuir... de poder levar essas demandas que você percebe em supervisão para a gestão... trazer a gestão para discutir com a equipe essa prática...”*.

Os editais de financiamento da supervisão clínico-institucional tinham, entre seus requisitos, a assinatura de termo de compromisso por parte do gestor, que assumia a responsabilidade de criar condições para a execução do processo de supervisão, mas que na prática nem sempre se mostrou como um facilitador, pelo contrário, o gestor aparece meramente como um ente burocrático em relação ao processo, desconhecendo não somente seus objetivos, mas os serviços de uma maneira geral, além das dificuldades estruturais e de recursos humanos, já descrita por outros autores (Milhomem & Oliveira, 2007; Pelisoli, Moreira, & Kristensen, 2007; Silva & Costa, 2008).

Tanto S01 quanto S04 passaram por mudanças na gestão, com ambos relatando isso como ponto positivo na melhora das condições da supervisão.

“... eu diria que um dos produtos da supervisão foi a mudança da gestão, porque foi algo que impactou muito a equipe... estava uma coisa cristalizada, instituída, estagnada de ambas as partes, trabalhadores e gestão... estava muito tenso isso, estava muito desagregador, desarmonioso e, com a mudança, deu um oxigênio maior para a equipe trabalhar...” (S01)

“... foi o seguinte, uma mudança de gestão, pois tinha um coordenador que estava praticamente fictício, virtual, ninguém estava afirmando o lugar dele. Então nós tivemos vários meses com um coordenador de saúde mental que não era de fato e nem de direito, era um figurante lá”. (S04)

Essas questões apontam para a necessidade do supervisor compreender o horizonte racionalidades presentes nos serviços, em

específico a racionalidade política observada nas disputas de poder existentes, tal qual já descrita por Faria (2011) e presente nas indicações ao supervisor feitas por Alvarez (2014), com a vistas a otimizar a organização da supervisão.

- **Inserção do Supervisor**

Os supervisores relataram sobre como foram suas inserções no campo, a partir de da escolha de seus nomes para o projeto de supervisão. Percebeu-se que tais escolhas variam bastante, conforme a localidade, como S04, que teve seu nome indicado por uma profissional da equipe do C04, que havia participado de curso de formação com a mesma, tendo assim seu nome indicado à gestão municipal, que viabilizou sua inserção no projeto enviado ao Ministério da Saúde.

Como já relatado anteriormente, S01 teve sua inserção facilitada por sua proximidade com a rede, uma vez que foi profissional da mesma em outro momento. Por outro lado, o mesmo apresentou a percepção que sua inserção “*foi tudo um jogo político*” por conta de sua “*aproximação, profissional e pessoal, tanto com a gestora do município na época quanto com a gestora do serviço CAPSad e também tinha uma aproximação com a rede em geral*”.

S01 também destaca a característica da rede de aceitar mais facilmente profissionais que já tenham algum vínculo afetivo, pontuando como foi sua experiência como supervisionado na época em que era trabalhador da saúde mental do município.

“Isso é uma cultura do município, você tinha que conquistar afetivamente a equipe para ser supervisor... eu, por exemplo, na época em que era profissional, tive supervisores que só vieram uma vez, porque a equipe disse ‘a gente não quer essa figura enquanto supervisor’, então sempre foi uma coisa muito debatida, geralmente se colocava dois ou três nomes e levava para as equipes, que diziam se queriam ou não” (S01)

S03 também teve a inserção facilitada por sua proximidade com a rede, mas, diferente de S01, isso se deu por ter sido supervisor de outro serviço de saúde mental do município.

“... eu fiz um ano de supervisão no CAPSi e, quando deu esse um ano, a coordenadora do CAPSad me convidou para fazer e enviar esse projeto também...” (S03)

Um processo diferente ocorreu com S02, que foi selecionado via processo seletivo por análise de currículo.

“... lembro que foi a partir do edital, aí me convidaram para mandar o currículo... eu dei uma aula por videoconferência, que as

peças de vários municípios assistiram... acho que a pessoa que era coordenadora de saúde mental assistiu essa palestra também... e aí ela entrou em contato comigo e perguntou se eu topava se poderiam concorrer...” (S02).

Essa liberdade para o território escolher a forma de acesso ao supervisor vai ao encontro dos editais da Coordenação Nacional de Saúde Mental, também atuando no sentido do processo se adaptar à realidade de cada município supervisionado e demandas existentes não somente quanto às questões de saúde mental, mas também com aspectos socioculturais e econômicos, convergindo assim com a própria proposta do modelo de atenção psicossocial, no que se trata do cuidado singular e interdisciplinar (Vasconcelos, 2008a).

• Limitadores da supervisão

Os supervisores responderam fazendo considerações acerca de circunstâncias que, nas suas compreensões, atuaram no sentido de obstruir ou limitar as ações da supervisão junto aos serviços, o que justificou a construção desta subcategoria em específico. A ausência de continuidade da supervisão foi descrita por todos os participantes como um dos principais limitadores do processo, ora relatando acerca da pouca perspectiva de continuar o processo a partir da iniciativa das gestões municipais ora pontuando sobre o tempo de um ano ser pouco para o desenvolvimento de alguma mudança significativa nos processos clínicos e institucionais dos serviços.

“Olha, foi meio um baque o ministério não financiar mais as supervisões, porque infelizmente as gestões locais não tem muito interesse em fazer as supervisões... fiquei muito decepcionado do fato do ministério não ter mais investido nesse processo...” (S01)

“... eu avalio como muito... muito precária, muito frágil... a começar por essa questão da descontinuidade... eu começar um trabalho que eu sabia que tinha um tempo para terminar... um convênio ou um projeto que tinha duração determinada de dez meses, não teve possibilidade de renovação...” (S02)

“... essa coisa da precariedade do vínculo, ou seja, você está fazendo uma supervisão que você já sabe que vai acabar em tal tempo, você sabe que a perspectiva de continuidade é muito baixa...” (S03)

“... um ano de supervisão é muito pouco. Quando tu começa a se apropriar um pouco mais da questão da gestão, da equipe, trabalhando um pouco melhor essas potencialidades, já terminou o ano...” (S04)

O entendimento quanto à insuficiência do tempo previsto nos editais para a execução da proposta ou mesmo na construção de um projeto terapêutico institucional é complementado pela compreensão dos participantes de que inexistia um referencial teórico para a supervisão clínico-institucional que possa subsidiar as atividades no cotidiano dos serviços.

“...muitos autores que falam da atenção psicossocial, mas não necessariamente da supervisão clínico-institucional, porque a gente vai na literatura e, eu por exemplo, tenho muito pouco acesso à literatura sobre supervisão...” (S01)

“... eu entendo que não se tem muito um referencial... talvez eu e você defina... não tem muito um perfil do supervisor formado...” (S02)

“...no momento em que a gente estava discutindo a questão da Escola de Supervisores, onde a gente discutiu que também precisa ter um referencial, porque muita gente fazia supervisão sem ter um embasamento do que que era essa supervisão... apostou por acreditar nessa linha reformista que a gente quer, mas também ter que ter uma sustentação básica do que precisa fazer em uma supervisão. Acho que ela pode ser espetacular, mas também pode ser preocupante dependendo de como ela é levada...” (S03)

A descontinuidade do processo de supervisão foi um dos pontos principais evidenciados neste estudo, aparecendo também nas demais etapas, apontando para a limitação da constituição de um projeto de clínica para os serviços supervisionados, uma vez que o curto período acabava por favorecer a imersão do supervisor em questões institucionais e burocráticas, prejudicando a formação clínica em serviço dos profissionais, que muitas vezes desconheciam a própria proposta de atenção em saúde mental preconizada pelas políticas públicas.

Outro limitador descrito foram as condições políticas do município e a estrutura dos serviços interferindo no processo de supervisão, como os confrontos entre equipe e gestão, motivados por dificuldades na implantação de dispositivos da RAPS;

“... a gente pegou na época a implantação do hospital geral regional, que tinha se garantido leitos de internação psiquiátrica e quando ele foi implantado os leitos foram retirados... então isso foi superdesgastante... e isso gerou uma tensão interna muito grande... a gente chamava a gerência do hospital para discutir por que eles iriam fechar... a gente ia na coordenação de saúde mental do estado...” (S01)

S02 complementa na mesma linha, considerando a forma como os profissionais eram contratados e, conseqüentemente, inseridos nos serviços, sendo essa questão um importante limitador não somente para a

supervisão, mas também para a organização dos processos de trabalho e da definição de uma identidade para a instituição.

“... a minha dificuldade era muito porque o sistema de contratação nos CAPS era muito precário... então você tinha indicação de pessoas para irem trabalhar lá e, às vezes, chegava pessoa para trabalhar lá e nem sabia o conceito de droga, nunca tinha trabalhado na área... aí mudava metade da equipe... porque lá era contrato... aí dava um ano tirava e botava outra pessoa... teve supervisão que eu cheguei e quatro pessoas que estavam na última não estava mais nessa... tem tinha quatro novas... aí você fica... caramba... era punk... sozinho...” (S02)

Essa precarização das relações de trabalho, juntamente com descontinuidade do processo, já discutida anteriormente, apontam para outro limitador importante para a supervisão cumprir seu papel de formação em serviço, conforme sugerido por Alvarez (2014), uma vez que os profissionais, além do vínculo empregatício precário, tem pouco tempo para se desenvolverem e se apropriarem minimamente das características e demandas dos serviços. Faria (2011), ao realizar um estudo de caso em um CAPSad, já havia identificado a precariedade do vínculo dos profissionais com esse serviço de saúde mental, muitas vezes visto como um local de castigo para os profissionais.

Apesar de ocorrer em momentos isolados das atividades, a dificuldade da articulação intersetorial durante a supervisão apareceu como um nó crítico para a execução da proposta, com o processo ainda ocorrendo essencialmente dentro do espaço do CAPS, não conseguindo atingir os demais dispositivos da rede de atenção, embora o edital faça essa indicação e os municípios tenham feito um termo de compromisso no projeto de supervisão, respeitando e estando cientes dos pontos desse edital.

S01 descreve a iniciativa de se fazer uma articulação com a atenção básica, mas descrevendo que as ações de apoio matricial *“...acabavam não sendo matriciamentos... eram mais consultas de preceptoria de psiquiatria”*, limitado a uma articulação dos médicos residentes em psiquiatria e seu preceptor com os médicos das ESF, sendo que a supervisão trabalhou no sentido de desconstruir essa compreensão, mas que essa *“aproximação com os demais serviços de atenção psicossocial foi mais com os serviços de atenção básica... com os outros aparecia pontualmente”*. Essa dificuldade de articulação também foi lembrada por S03, que pontua que *“a equipe, na discussão de caso foi bem tranquilo, mas na hora de discutir a rede foi complicado, limitado”*.

S02 ainda destacou que, as próprias limitações do serviço *“que tinha coisas tão básicas para trabalhar, que pelo tempo não deu para*

alcançar”, fazia com que o mesmo se comportasse “*como se fosse ilha, muito isolado*”, não se conseguindo expandir as discussões para além dos muros do CAPS.

Merhy (2004) já discorria sobre a ousadia dos CAPS e se constituir como serviços substitutivos ao modelo manicomial, indo ao encontro da preocupação de Amarante (2006) com o risco da Reforma Psiquiátrica se reduzir a uma reorganização de modelo assistencial, ao invés de uma desconstrução social e paradigmática da noção de doença mental, desvalorizando assim ações múltiplas junto ao território e outras políticas públicas. Outros autores também já pontuavam para essa problemática (Alverga & Dimenstein, 2006; Bueno & Caponi, 2009; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009), identificando também que os profissionais que se inseriram nos serviços apresentavam pouca ou nenhuma formação para o cuidado centrado numa clínica ampliada e do território, tendo ainda na “internação psiquiátrica a alternativa última do cuidado” (Bueno & Caponi, 2009). Oliveira e Passos (2012) também já haviam pontuado sobre o risco de se substituir a relação de *tutela* dos antigos manicímios para uma relação de *controle* nos CAPS. Essas dificuldades reforçam a importância da supervisão ser uma ação continuada de formação permanente junto aos serviços.

S01 e S03 trouxeram a questão da dificuldade de rede realizar discussões clínicas durante a supervisão, com o primeiro justificando isso por conta da emergência e complicações político-institucionais, que acabaram por tomar o tempo dos encontros, e o segundo apontando a dificuldade das diferentes clínicas existentes nos serviços convergirem em uma linha de cuidado.

“É necessário os serviços terem um corpo de trabalho... os trabalhadores ali têm que ter um modelo cuidado, porque quando há uma divisão, isso a gente vê muito na prática quando eu fazia a supervisão, cada um com sua clínica específica e elas não conseguem trocar, não conseguem fazer uma ligação entre uma e outra.” (S03)

A dificuldade em se discutir a clínica durante as supervisões aparece novamente como um limitador, não se conseguindo avançar a discussão dos casos para além do conhecimento específico de cada profissional envolvido, ora indo para aparecendo como um modelo de *clínica degradada* ora como o modelo de *clínica oficial*, no sentido definido por Campos (2002), como os profissionais não conseguindo avançar para um modelo de *clínica ampliada*, que reconheça o papel ativo dos sujeitos e seus territórios de ação.

As dificuldades na logística da supervisão também apareceram como limitador, com ausência de um planejamento estratégico como norteador dos encontros.

“... não foi feito um planejamento do que a gente iria fazer... eu acho que isso foi um limitador porque eu fico achando meio desorganizada a coisa. Eu digo que foi um limitador porque no segundo momento em que estive como supervisor, ficou muito solto o processo, se perdeu...” (S01)

S02 trouxe novamente a questão do vínculo dos profissionais com os serviços atuando como um limitador na execução das atividades de supervisão, que vai ao encontro da fala de S03 sobre *“entendimento por parte da equipe em fazer a supervisão”*, sendo necessário *“sensibilizar a equipe que isso é um processo de educação permanente”*. S03 ainda complementa teve experiências onde *“a coordenação queria, mas a equipe não queria... tinham alguns profissionais que não tinham interesse em participar, principalmente e infelizmente a classe médica”*. S02, S03 e S04 relataram que os poucos momentos em que houveram a participação de profissionais médicos nas supervisões aparecia *“aquela atitude de teste para ver se eu sabia o que estava falando”* e *“quando eram provocados sumiam”*.

“...em uma supervisão, depois de uma discussão, o médico sumiu, ficou um mês sem ir trabalhar, não aceitava ir trabalhar enquanto tivesse supervisão... o mesmo aconteceu com o enfermeiro, da minha profissão...” (S03)

“Um complicador era essa organização médica no município e isso aí, olha, é um paredão, um paredão difícil de transpor...” (S04)

A presença de uma racionalidade médica centrada no poder desse profissional na condução dos processos de cuidado já havia sido discutida por Faria (2011), por outro lado tais informações evidenciam também a forma como os serviços se candidataram e construíram o projeto de supervisão, pois se percebe que foi uma decisão mais de ordem gerencial do que de desejo e compreensão entre os membros da equipe.

S03 e S04 também relataram a dificuldade de locomoção até os locais de supervisão e a efetivação do pagamento ao supervisor, bem como a organização dos serviços e de sua gestão para receber a supervisão, que nem sempre respeitava os acordos previamente firmados para a sua execução.

“Eu fazia supervisão a quase 200km da minha casa, os pagamentos nem sempre saíam, os pagamentos eu recebia no final do ano. A organização da equipe, às vezes estava lá marcado que a nossa era de quinze em quinze dias... eu ia para lá de quinze em quinze dias,

chegava lá e a equipe era chamada pela secretaria de saúde para um outro evento, mas eu não sei se a gestão vê a importância disso como processo de educação permanente mesmo para a equipe. Acho que isso é um dificultador, pois quando a gente manda o projeto para o Ministério da Saúde, o secretário assina o projeto...” (S03)

“... o CAPS mandava para o município, o município demorava a dar um retorno... então você vai tirando do seu bolso até que a gente consiga... foram seis meses, se eu não me engano, aí teve um pagamento de um tempo...” (S04)

S04 trouxe a dificuldade de inserir *“a questão da redução de danos”* no cotidiano de práticas dos serviços, considerando isso um *“complicador... essa visão de que não era possível incorporar a redução de danos...”*. Conclui ainda aponta para a necessidade de um *“o respaldo da coordenadoria regional de saúde... para tentar garantir algumas coisas, uma continuidade”*.

O distanciamento da Coordenação Nacional de Saúde Mental do processo de supervisão também é entendido pelos supervisores como um limitador da supervisão, que consideração o processo ocorrendo de forma desarticulada entre as instâncias envolvidas (municipal, estadual e federal). S01 chega a afirmar que a *“coordenação de saúde mental está galáxias de distância”* com dificuldades *“até para conseguir falar, ter informação com o ministério... de enviar relatório, de saber quem é, procurar quem”*, concluindo que não se lembra *“como supervisor de ter nenhum tipo de contato a Coordenação Nacional de Saúde Mental...”*

Esse distanciamento já havia sido evidenciado na primeira etapa deste estudo, com a análise dos relatórios, que não possuíam uma organização sistemática no seu arquivamento em Brasília, nem mesmo uma versão digital para facilitar a consulta, apresentando-se como instrumento mais com função burocrática do que de informação sobre a forma como ocorre a supervisão clínico-institucional.

Os retrocessos da Política de Saúde Mental também foram apontados como limitadores da supervisão, com S02 percebendo *“esvaziamento dos CAPS... diminuição de cargos, diminuição de pessoal”*, destacando que os serviços não se apresentam como referência ao território, principalmente na questão do uso de drogas, entendendo esse fato como *“um termômetro de como o CAPS está inserido na comunidade, como ele ainda é pouco visto, como as pessoas conhecem pouco...”*.

S04 complementa, na mesma linha, que *“hoje nós estamos em um retrocesso incrível”* citando como exemplo um hospital psiquiátrico de seu estado *“que já esteve próximo de se transformar num centro de*

saúde, de diferentes complexidades, onde se poderia associar a questão cultural com os vários dispositivos de saúde, facilitando o acesso das pessoas”, mas que está em um “momento de discussão, que é de ser fortalecido enquanto hospital psiquiátrico”. Finaliza com a constatação de que existe o objetivo de “uma equipe dirigente da psiquiatria, em uma jornada de psiquiatria... recontar a história, para dizer que o hospital nunca excluiu, nunca foi excludente”, dizendo ainda que “há uma manipulação aí, discursiva, muito perigosa e que tem alta influência”, dando “voz a determinadas pessoas que querem desconstruir o que significou, o que motivou a Reforma Psiquiátrica”.

Essa percepção quanto aos retrocessos da Reforma Psiquiátrica, já descritos por Amarante (2006), Milhomem e Oliveira (2007), Figueiredo e Onocko-Campos (2009) e Onocko-Campos e cols. (2009), corroboram com as dificuldades enfrentadas na inversão de um modelo asilar para um modelo de cuidado psicossocial, que ainda enfrentam a insistente precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores (Milhomem & Oliveira, 2007), associada à insatisfação profissional frente às mudanças políticas na gestão e dificuldades no enfrentamento da demanda em saúde mental (Pelisoli, Moreira, & Kristensen, 2007).

- **Facilitadores da supervisão**

Apesar das limitações e dificuldades enfrentadas, os participantes também relataram situações e condições que atuaram como facilitadores do processo de supervisão. S01 destacou o fato de conhecer a rede, que assim foi mais receptiva à sua pessoa, facilitando sua inserção do campo de supervisão. S02 destacou a disponibilidade da equipe em estar sob supervisão, que viu em sua figura uma *“espécie de salvador da pátria”*. Essa receptividade também foi evidenciada por S03, que relata que, mesmo *“com algumas resistências, entende que elas fazem parte processo quando começam a mexer em tudo”*, dizendo que quando conseguiu *“mexer com eles, tirar da zona de conforto, fazer eles olharem para aquilo que os ‘tencionava’, mas não conseguiam perceber, as coisas começaram a melhorar, qualificar o processo”*.

S04 disse que o processo *“foi num crescente”* e que facilitava quando incluía todos os profissionais em *“dinâmicas de se pensar o lugar do serviço na rede ou o lugar de cada profissional naquela equipe”* com *“momentos mais lúdicos, de poesia, cada um apresentava alguma coisa que pudesse compartilhar, alguma coisa do seu trabalho ou alguma coisa da sua vida”*.

A experiência clínico-institucional anterior do supervisor também foi vista como um facilitador para S02 que disse *“eu tenho pouco dessa questão da escuta clínica, até por trabalhar com consultório, por ter feito especialização em psicologia clínica... minha trajetória na graduação também foi sempre sendo orientada para a psicologia clínica”*.

Por outro lado, S01 também destaca que a sua flexibilidade também atuou como facilitador da supervisão:

“...eu diria também que a minha forma, pelo menos na época, não sei se ainda sou assim... eu sou muito receptivo, eu consigo ouvir bem, tem muitas intervenções... adversidades... eu sou um cara que lido muito bem com isso...” (S01)

- **Implicações da supervisão**

Em relação ao produto das supervisões foram descritas algumas situações que foram entendidas como implicações emergidas do processo e que propiciaram aos serviços e equipes supervisionados uma melhor organização em suas realidades. S01 relatou que a supervisão ajudou na construção de protocolo para a relação com Comunidades Terapêuticas, conforme descreve abaixo:

“...ah, teve um produto que foi muito legal, que foi a parceria dos serviços de álcool e drogas com as comunidades terapêuticas... a gente fez um protocolo de como a gente só iria fazer a parceria com as comunidades terapêuticas daqui mediante determinado protocolo, com fiscalização da vigilância, eles teriam que ter discussão de casos com a gente... então esse, que eu lembro, também foi um produto interessante na época, porque naquela época saiu aquela portaria de 2011 instituindo as comunidades terapêuticas como parte da rede, inclusive com financiamento e aí foi uma tensão danada aqui...” (S01)

Em uma das supervisões houve a inserção da residência multiprofissional no processo, que segundo S01 ajudou a qualificar o processo, em especial com as discussões políticas com a gestão uma vez que a *“a residência multi está vinculada financeiramente a um edital do ministério e não à gestão, pode bater de frente com a gestão...”*. A supervisor ainda complementou que a presença de residentes mexeu também com a forma com que alguns profissionais lidavam com a supervisão, com resistência a possibilidade de mudanças nos processos de trabalho. Backes e cols. (2000) pontuaram em estudo sobre a importância dessa articulação academia e serviço na qualificação do

cuidado ofertado e também agindo na formação de futuros profissionais da rede de atenção.

A articulação para a construção de Projeto Terapêutico Institucional foi apresentada como produto das supervisões por S01, S03 e S04, que por meio de levantamento e diagnóstico situacional buscaram desenvolver junto às equipes uma identidade e uma linha de cuidado comum.

“Acho que tem que ser construído um pilar que norteia aquele serviço. A gente tem que ter um referencial. Acho que a supervisão vem para... montando esse quebra-cabeça de várias clínicas que tem dentro de um processo em comum, que é o Projeto Terapêutico Singular, que é a Clínica Ampliada, que tudo isso tem que pautar o serviço. E aí você vai construindo o saber, esse saber institucional. Acho que a supervisão, ela vem para tentar amarrar esse processo, que não é fixo, é uma rede, ele não é engessado...” (S03)

Como ação específica de educação permanente também foi levantada a questão da supervisão atuar auxiliando na compreensão do modelo de atenção psicossocial.

“Conseguiram entender um pouquinho mais da atenção psicossocial, acho que isso foi um processo que eu trabalhei bastante. O que é Atenção Psicossocial? Que modelo é esse? Para quê que o CAPS tem essa função? O quê que o CAPS tem além da estrutura, como entendimento, como funcionamento, como lógico? Acho que eles conseguiram perceber isso no final da supervisão e acho que deu assim, um gás assim para a equipe” (S03)

Também foram destacadas como implicações da supervisão o auxílio na ressignificação da forma como os profissionais lidavam com a temática do uso de drogas.

“... a equipe trazia muito em algumas situações que... até pela compreensão que eu tenho sobre a questão de álcool e drogas sobre o que... que clínica seja essa que a gente deve trabalhar, que olhar, que perspectiva... eu tinha algumas sugestões e aí quando a gente começou a trabalhar alguns temas, eu acho que foi novidade para muita gente... coisas básica assim... conceito de álcool e drogas, tipos de drogas... é... classificação das drogas, redução de danos... o que é redução de danos... como trabalhar redução de danos... enfim... eu acho que, não sei se ficou, mas deveria ter ficado, que é uma nova possibilidade de ver o usuário de droga...” (S02)

A ações intersetoriais também foram descritas como produtos das supervisões, como a organização de ações de apoio matricial com a

Atenção Básica, atendimentos a usuários em situação de rua e encontros como representantes do poder judiciário.

“...a gente trabalhou a organização do matriciamento em saúde mental do município, inclusive a gente fez com os trabalhadores da atenção básica...” (S01)

“Mesmo com todas as dificuldades, atendimento às travestis na rua, isso foi interessante, ir nos prostíbulos, fazer prevenção de DST, uso de drogas... a gente ia para a rua com os trabalhadores e eles começaram a sair um pouquinho da casinha e acho que isso foi um produto legal.” (S03)

“Em um dos encontros veio uma pessoa do judiciário por conta da internação compulsória, dos adolescentes em conflito com a lei, das situações de vulnerabilidade social.” (S04)

A atuação do supervisor como articulador da relação serviço-gestão também foi identificada como uma implicação do processo, em especial por S01, onde a supervisão foi um mediador da mudança de coordenação municipal de saúde mental.

“...eu estava nesse entremeio, pois existiam questões tensas entre gestão e trabalhador que foram muito particulares.... meu papel de supervisor foi de tentar mediar isso, inclusive de mediar a transição da gestão... isso foi um dificultador de um processo que poderia ter sido muito mais rico e aproveitado de uma outra forma...” (S01)

Oliveira e Passos (2012) e Severo, L’Abbate e Campos (2014) destacaram sobre essa função do supervisor atuar no sentido de mediar uma transformação nas formas de cuidado, promovendo a capacidade crítica dos grupos e conectividade com os demais componentes da RAPS. Com tamanha demanda e complexidade, questiona-se aqui novamente a temporalidade prevista nos editais de supervisão e a burocracia para a efetivação dos processos, uma vez que quando o supervisor está se inteirando e fazendo um diagnóstico situacional da rede municipal o processo é descontinuado, prejudicando assim, conforme as respostas dos supervisores e dados das demais etapas do estudo, a efetivação de uma nova clínica e um projeto terapêutico institucional, sendo uma supervisão mais institucional do que clínica. Para tanto faz-se importante conhecer o perfil teórico-prático dos supervisores, discutido na próxima categoria.

B. Categoria 02 - Quanto ao supervisor

A segunda categoria emergida das entrevistas com os supervisores (Quadro 06) remete aos aspectos relacionados ao perfil do supervisor, considerando suas influências teórico-epistemológicas, suas

experiências acadêmicas e profissionais, além do perfil do supervisor segundo a ótica dos participantes.

- **Construções teórico-epistemológicas do supervisor**

Os supervisores, em suas respostas, apontaram para suas referências teórico-epistemológicas, descrevendo como influenciam nas suas práticas de supervisão. S01 relatou a análise institucional como subsídio para o exercício da supervisão, complementando a atenção psicossocial, a qual todos os participantes deste estudo afirmam ser o paradigma indicado para o cuidado em saúde mental. A fala de S03 representa essa assertiva.

“...todo mundo fala da clínica psicossocial, mas ninguém sabe de onde vem a clínica psicossocial, de onde que ela se constitui. Então eu acho que é importante a gente aprofundar mais essa discussão, de onde vem esse processo... porque o que difere a atenção psicossocial do modelo positivista, biomédico, é que entende que não existe uma teoria só que sustenta a complexidade humana...” (S03)

S02 ainda cita a sua formação em psicanálise como aporte teórico da supervisão, relatando que na sua região os profissionais acabam *“recorrendo muito às pessoas que trabalham na abordagem psicanalítica”* a qual entende que *“querendo ou não é a abordagem que tem muita vivência nessa coisa da supervisão”*. Apesar dessa formação, o profissional, em concordância com S04, afirma que *“a redução de danos deveria ser o norteador do trabalho tanto na supervisão quanto no CAPSad”*.

Os profissionais ainda relataram a influência de outras abordagens teóricas de sua formação no exercício da supervisão e de suas compreensões de saúde mental. S01 citou uma especialização específica em saúde mental e outra na área fenomenológica como influências, além de sua formação acadêmica para o trabalho com grupos que, embora não entenda como uma área teórica propriamente dita, o ajuda no manejo de situações grupais junto às equipes supervisionadas. S02 destacou a formação em direitos humanos e S04 apontando para a importância de sua especialização em saúde pública na sua prática cotidiana, não somente na supervisão.

S01 trouxe a questão de ter feito uma formação na clínica tradicional ao longo de sua graduação e que foi sua experiência em pesquisas na área da saúde mental durante o mestrado que possibilitou ampliar essa visão. S03 e S04 também destacaram a pós-graduação como

um momento de resignificação de suas compreensões acerca da clínica em saúde mental, com S03 afirmando ainda: *“Toda a minha formação na residência foi pautada dentro da Atenção Psicossocial”*.

As respostas dos supervisores vão ao encontro do que autores da revisão bibliográfica apontam como indicações ao trabalho de supervisor clínico-institucional (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010; Oliveira & Passos, 2012; Barleta, 2013; Alvarez, 2014), corroborando as definições de clínica ampliada (Campos, 2002), atenção psicossocial (Vasconcelos, 2008a) e redução de danos (Cruz, 2006). Emerge nessa perspectiva a necessidade de retomada e fortalecimento das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais para a Rede de Atenção Psicossocial, entendidas como ferramenta de qualificação teórico e prática dos supervisores, garantindo o alinhamento e a formação permanente desses profissionais para a execução de sua função na RAPS (Alvarez, 2014).

A partir de suas construções teórico-epistemológicas os supervisores buscaram realizar uma definição da clínica em saúde mental.

“... é uma clínica que se desdobra para além... que intervém com o usuário, mas para além disso, através de políticas públicas que deem conta disso... de intervenção no território, não necessariamente focando no aspecto da internação como carro-chefe do tratamento... ela é uma clínica, que para mim ela é desconstrutora de ideias que a gente muito tempo tentou fazer, não só em relação ao usuário de drogas, mas também em relação ao paciente que tem algum tipo de transtorno mental... A atenção psicossocial se faz com cultura, se faz com esporte, se faz com lazer, não só com medicamento e terapia” (S01)

“...é um modelo que foge dessa coisa da clínica tradicional... do lugar lá que você vai ter um setting terapêutico... como no consultório individual particular... eu acho que no campo da saúde mental, da saúde pública... é uma clínica que a gente poderia chamar de Clínica Ampliada... uma clínica que considere essas especificidades de cada sujeito, a singularidade, que não fique presa a um conhecimento...” (S02)

“Eu acho que a clínica na saúde mental ela precisa ser pautada dentro de uma clínica ampliada, no entendimento do sofrimento como um processo de vida e não como um processo patológico... e que não existe uma clínica que dá conta dessa demanda.” (S03)

“...a mudança de um modelo muito psiquiatrizado e medicalizado para um modelo que é interdisciplinar. E se precisa trabalhar a questão em equipe, as portas e as possibilidades também de trabalho e renda, de sustentabilidade, de algum tipo de autonomia possível... a atenção psicossocial é uma concepção inovadora porque não

fica lá os profissionais nas suas caixinhas... exige esse diálogo, tem que estar livre da questão corporativa para poder praticar e os profissionais” (S04)

Os participantes também problematizaram a questão da construção dessa nova clínica dentro da realidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pontuando a dificuldade de sua implementação com as condições operacionais existentes.

S03 relatou que *“há uma divisão de trabalho e isso dificulta a questão da clínica psicossocial dentro desse contexto”,* onde *“cada um olha só com seu olhar para as diferenças... e acho que se a saúde mental é uma ideia de diferenças, a clínica também tem que ser trabalhada dentro dessas diferenças”*. S01 ainda complementa afirmando que essa divisão *“é gerada por uma estrutura social macro, que não permite, que é perversa, que ainda é limitadora, castradora de um monte de experiências que essas pessoas têm e não podem experimentar no convívio social. As pessoas ainda marginalizam, as pessoas ainda excluem, seja o usuário de drogas seja a pessoa com transtorno mental”* e *“a gente ainda fica repetindo a clínica tradicional... e ainda mais capenga”*.

“... eu já acho que, no papel, a gente tem uma política que faz brilhar os olhos... quem trabalha com isso, que pegar a política do Ministério da Saúde para a Atenção ao Usuário de Álcool e Drogas, por exemplo, ela é fantástica... o processo de desinstitucionalização, essa questão das residências terapêuticas, da abertura dessa rede para serviços que consideram a singularidade. Acho que teve um avanço grande, pelo menos o ponto de vista teórico”, mas no *“acompanhamento à usuários eu acho que está muito distante ainda ao que a gente consegue fazer na prática e o que está colocado no papel, mas aí você vai em CAPS, que ainda você vê que as pessoas ainda não têm esse olhar para a questão da redução de danos”* (S02).

Ainda nas dificuldades em relação à clínica da saúde mental, S03 relatou a percepção de que disputas de poder entre abordagens teóricas prejudicando assistência.

“Acho que ainda existe muita briga de poder entre clínicas, de tipos de clínica, e isso dificulta na prática a assistência, porque acho que isso dificulta o processo de ver o sujeito dentro complexidade...” (S03)

S04 ainda complementa: *“acho fundamental a prática da atenção psicossocial, mas eu ainda vejo as equipes meio que disputando o quê que é específico do seu núcleo... porque a gente vê disputa entre as equipes, quem é que faz a melhor abordagem... às vezes a gente vê o serviço social achando que falar com os familiares é função deles”*. A

supervisora ainda compartilha sua experiência em um congresso onde “*a questão interdisciplinar ainda bem rudimentar*” com “*os enfermeiros fazendo a defesa da importância da enfermagem perante os médicos, que muitas vezes menosprezam o enfermeiro, colocam toda a culpa da baixa adesão à enfermagem, que não acompanhou a medicação, que não fez o tratamento diretamente observado*”.

S02 também colocou, em relação à construção da clínica em saúde mental, sobre a própria ideia do CAPS, onde compreende que se “*teve um engano... quando se criou os CAPS, que foi a ilusão de que o CAPS seria onipotente, onipresente... e ele estaria disponível... ele daria conta de todos os casos... que se criou uma ideia deturpada de que o CAPS vai dar conta de tudo... então assim, eu acho fundamental essa questão da intersetorialidade, da relação com outros serviços da rede... a questão da equipe de redutores de danos, consultório de rua ou na rua...*”.

Finalizando esta subcategoria, os supervisores trouxeram ainda a questão da escola de supervisores clínico-institucionais e sua influência nas suas construções teórico-práticas do processo, sendo que, apesar das diferenças, todos participaram desse dispositivo. S01 disse que somente após já ter exercido a prática obteve o “*entendimento teórico do processo*”, com sua inserção na escola de supervisores de seu estado, o que o “*ajudou muito a ter contato com outras pessoas, com outras leituras*”.

A participação de S02 nas escolas de supervisores limitou-se a encontros onde “*se chamavam alguém de fora para a gente discutir a supervisão... teve pelo menos três ou quatro encontros... foi bem interessante, mas foi uma coisa que durou, sei lá, no máximo um ano...*” (S02)

As experiências de S03 e S04 foram mais ativas, conforme o relato abaixo:

“*Quando o projeto da escola, construído a partir do edital, foi aprovado, a coordenadora chamou os supervisores que já faziam supervisão no estado para algumas reuniões e nós fomos lá para debater esse processo de construção, o que seria a escola de supervisores. A partir disso nós delineamos algumas linhas que deveria seguir o processo de formação de novos supervisores. Não que a gente queria... não era um engessamento do processo, mas a nossa discussão foi sobre o que um supervisor precisa ter. Debatesmos umas três ou quatro vezes para formar a primeira turma, que nós mesmos damos aulas para esses futuros supervisores*” (S03).

“...foi o meu vínculo com a Escola de Supervisores, que se constituiu lá na escola de saúde pública... a gente fez vários encontros e, inclusive para dar consistência para essa formação do supervisor clínico-institucional aqui no estado. Então foram chamados os supervisores que andavam por aí, que a gente tinha acesso” (S04).

A articulação escola de supervisores com supervisão clínico-institucional, entendidos como ferramentas complementares e necessárias para a formação permanente dos profissionais da RAPS emerge, na fala dos participantes, como dispositivos urgentes para a qualificação dos serviços e dos profissionais neles inseridos, conforme Alvarez (2014), que ainda percebe o potencial das escolas de supervisores na qualificação tanto dos profissionais que exercem a função de supervisor quanto na formação de novos agente desse processo.

- **Experiência profissional do supervisor**

Os supervisores também responderam acerca de suas trajetórias profissionais e relação com serviços assistenciais. Somente S02 nunca teve vínculo efetivo com serviços públicos, relatando apenas contratos pontuais como a supervisão clínico-institucional. Os demais participantes trabalham diretamente em dispositivos da RAPS, embora somente S04 ainda tenha vínculo atualmente.

O primeiro emprego de S01, após sua graduação em psicologia, foi em um CAPS da rede onde deu supervisão, ajudando na implantação do CAPSad (C01) do município como seu primeiro coordenador. S01 é o único dos participantes com experiência em gestão direta de serviços de saúde.

“... boa parte da época em que eu fiquei no CAPSad, eu atuei como gestor do serviço... eu respondia institucionalmente enquanto coordenador do serviço... atuei como gestor do serviço de Saúde Mental em CAPS geral e depois eu coordenei uma regional de saúde na capital...” (S01)

S03, após sua graduação, foi fazer residência em saúde mental e depois trabalhou em um CAPSad e passando na sequência por outras modalidades de CAPS (CAPS II e CAPS I), até chegar na Atenção Básica, como enfermeiro em uma equipe da ESF.

S04 começou sua experiência com saúde mental ainda na graduação em psicologia, indo trabalhar inicialmente em um centro de saúde, já inserida em uma equipe multidisciplinar, participando de

“grupos de estudo, supervisão e de várias diferentes abordagens, para alcoolista, para criança, já o início da questão das drogas... com a questão do sofrimento psíquico e usuários de drogas”, com uma trajetória anterior à atual política de saúde mental.

“Então lá pelo final dos anos 1990, a secretária de saúde do estado esteve procurando o serviço para nos convidar a adaptar à realidade dos CAPS e constituir os CAPS” (S04).

A supervisora ainda relatou sobre sua experiência em hospital especializado, referência em seu estado:

“Aí eu migrei para um hospital, onde a gerente estava implantando o Plano Terapêutico Institucional e atendendo pessoas que contraíram tuberculose e estavam em vulnerabilidade social e não conseguiam finalizar o tratamento fora. Eram pacientes de todo o estado, uma referência estadual...” (S04)

Em relação às experiências com a supervisão, todos os participantes já haviam supervisionado outros serviços de saúde mental, em convergência com a exigência dos editais, sendo que S01 relatou inclusive sua experiência como supervisionado, destacando a importância disso em sua formação como supervisor.

“Na minha experiência de supervisão, eu tanto fui supervisionado quanto fui supervisor. Na minha experiência enquanto supervisionado eu aprendi muito, porque foi um campo teórico-prático de aprendizagem, pois enquanto eu experimentava na prática o atendimento eu também tinha a possibilidade de discutir os casos com as equipes... eu era recém-formado e a supervisão me ajudou demais a desconstruir muita coisa construída na academia” (S01).

S02 pontuou a importância de sua experiência no sistema prisional na sua atuação como supervisor clínico-institucional, além de também ter participado por um tempo de Projeto Redes, como articulador.

“...eu já tinha uma certa familiaridade com esse espaço, porque como eu coordenei equipes em alguns projetos... tinha um pouco disso também, reunião de equipe, discussão de casos... eu coordenei o monitoramento nacional do programa de proteção à testemunha... então era um lugar novo no sentido assim... supervisor de um CAPS, mas eu já tinha coordenado muitas equipes em que esse papel, do supervisor, em alguns momentos já acontecia” (S02).

Em relação a outras experiências, S02 e S04 possuíam longa experiência em consultório particular de psicologia, relatando essa influência em vários momentos de suas entrevistas. S04 ainda destacou sua participação em dispositivo controle social (*“No campo da saúde mental eu coordenei o Conselho Estadual de Entorpecentes durante um*

ano”), além de ter envolvimento com ações de educação permanente em saúde e ONG.

“Eu fui para a saúde mental, da saúde mental eu fui para a AIDS, sempre nas políticas... fazendo capacitações, envolvida com a formação de trabalhadores para o SUS. Aí eu fui para a escola de saúde pública, fiquei vinculada à redução de danos durante três anos... segui na saúde mental cedida parcialmente à Cruz Vermelha, foram 12 anos na Cruz Vermelha, parte cedida e parte voluntária...” (S04).

S02 também teve experiência em ONG *“numa instituição que que trabalhava com prevenção... no centro de prevenção às dependências”*, além de ter trabalhado com o sistema carcerário, mas que *“sempre tinha esse atravessamento de álcool drogas”*.

• **Trajetória acadêmica do Supervisor**

As trajetórias acadêmicas dos supervisores participantes apontam para importância experiência dos mesmos não somente com a prática em saúde mental, mas também em relação à produção de conhecimento científico na área. Com exceção de S03, formado em enfermagem, todos os demais supervisores eram psicólogos, relatando que fizeram estágios na área de saúde mental ainda durante a graduação. S01 disse ainda que realizou *“projeto de extensão que atendia usuários de drogas dentro do hospital”*. S02 fez estágio em um centro de saúde que viria a se tornar um CAPS, *“mas que na época era uma instituição do estado que atendia usuários de drogas ilícitas”*.

S02, que também tem especialização em psicanálise, relatou que em sua graduação fez estágio *“na psicologia clínica, numa abordagem psicanalítica”*. Por outro lado, S04 relatou que *“o curso de psicologia, já na época em que cursou, já tinha um vínculo com a saúde pública”* sendo que fez *“o estágio de psicologia clínica e eu já fiquei trabalhando em um posto de saúde, em um centro de saúde”*.

Tanto S03 quanto S04 possuíam ainda experiência em gestão acadêmica, sendo que o primeiro atualmente é coordenador de curso de graduação em Enfermagem. Já S04 foi coordenadora de ensino e pesquisa durante nove anos na secretaria de saúde de seu estado, atuando com a temática da redução de danos. Todos os supervisores já deram aula em programas de graduação e pós-graduação na área de saúde mental, com S03 possuindo mestrado e os demais título de doutorado.

Quanto à formação específica para o trabalho com demanda em álcool e outras drogas, S02 respondeu ter feito o curso *online* SUPERA,

organizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

S01, em relação à trajetória acadêmica, ainda colocou sua percepção de que a graduação não está conseguindo formar profissionais para trabalhar com a nova clínica em saúde mental, argumentando que quando estagiou em Hospital Psiquiátrico *“não imaginava cuidar dessas pessoas sem serem internadas... por muitas vezes imaginava ‘pô, a minha graduação não deu conta disso’, eu aprendi na marra...”*. Ainda complementa que *“os profissionais que estão se formando... carecem de uma formação mais adequada para atuar nesses serviços, pois nem os elementos na clínica tradicional eles estão conseguindo implementar dentro desses serviços... porque a formação está sendo, de certa forma solta, em relação aos aspectos psicossociais de uma maneira geral... A atenção psicossocial se faz com cultura, se faz com esporte, se faz com lazer, não só com medicamento e terapia; e essa compreensão ainda não foi arraigada, pois você continua a reprodução de uma clínica tradicional e ainda mais capenga...”* (S01)

- **Perfil do supervisor**

Como última subcategoria das entrevistas com os supervisores, emergiu a questão do que consideram o perfil ideal do supervisor. S03 disse que procurou conversar com outros supervisores, com vistas a construir uma ideia de como fazer essa função *“ver como é que era a demanda, como é que se trabalhava, mas inicialmente foi muito no ‘vamos lá e ver o que vai dar’, dentro da minha experiência de prática assistencial”*, relatando ter começado essa prática em conjunto com outra profissional, também enfermeira.

“Quando eu comecei a supervisão eu trabalhava com uma outra colega... e a gente discutia muito, cada supervisão a gente levava depois para uma reunião, para poder dar uma organizada... Eu acho que a primeira ela foi muito mais na experiência, mas a partir da segunda ela foi mais organizada...” (S03)

S04 buscou apontar para a dimensão ética da supervisão, pontuando sobre o lugar do supervisor perante a equipe, onde se deve *“ter todo um cuidado para não desconstruir o que uma equipe vem construindo... que seja uma pessoa que possa ser agregadora, que saiba fazer mediação de conflitos, que tenha uma ética profissional para que acrescente naquela equipe, porque vai lidar com temas muito delicados e tem que poder ter ética para não expor ninguém... porque, às vezes o*

problema está com o coordenador, às vezes está com o motorista, às vezes está entre colegas” .

No mesmo sentido, S02 destaca a necessidade do supervisor ter a habilidade da escuta clínica e conhecimento de estratégias para manejo de grupo, para além de uma abordagem teórica específica.

“...é uma coisa que a gente tem que ter muito cuidado, porque acho que a gente tem que ter muito cuidado para não transformar os espaços de supervisão no serviço da rede em uma extensão do que se faz de supervisão nos centros psicanalítico...” (S02)

Em relação à formação do supervisor, os participantes apontam que o mesmo deve ter experiência tanto acadêmica quanto prática.

“Ele tem que ser um pouco acadêmico, pelo processo de educação permanente mesmo, de poder pensar no processo... de algumas coisas que faz, de que ter que planejar. Mas ele tem que ter uma experiência clínica. O que muitas vezes a equipe falava ‘isso é o que eu olho, mas na prática não acontece’, que a ‘política ela é muito bonita, mas na prática isso não ocorre’. Então que acho que ela tem que ter experiência dos dois lados” (S03).

Os participantes ainda defendem que supervisor deve ter uma formação geral, ao invés de se focar em uma abordagem teórica específica, que sendo que esse profissional seja *“uma pessoa minimamente com conhecimento na área” (S01)*, que não seja *“aquela pessoa que tem só a trajetória clínica no sentido tradicional, ou seja, com formação em psicanálise, atende no consultório e aí vai fazer supervisão...” (S02)*

S03 ainda problematiza: *“Eu acho que você tem que ter uma formação geral, dentro da Atenção Psicossocial, e as especificidades vai da demanda de cada trabalhador, pois se todo mundo se especializar a gente perde um pouco da integralidade do processo”.*

5.3.5. Discussão dos Resultados dos Grupos Focais com Equipes de CAPSad

A imersão no *corpus* dos grupos focais, começando por uma codificação aberta e partindo para uma codificação axial em seguida, com o auxílio do *software* de análise qualitativa *Atlas Ti (Versão 8.0)*, permitiu a construção de três categorias de análise, que descrevem os aspectos estruturais dos serviços, os aspectos estruturais da supervisão, como organização e implicações, e os aspectos relacionados ao supervisor, como perfil e relação com equipe supervisionada, considerando a percepção dos profissionais participantes.

A. Categoria 01 - Quanto aos serviços

A primeira categoria construída (Quadro 07) remete aos aspectos estruturais dos serviços participantes dos grupos focais, considerando as suas organizações internas, demandas principais, limitadores e potencialidades, além de sua relação com a rede intersetorial. Essa categoria se faz importante no estudo para a compreensão do contexto em que ocorreram as supervisões e as circunstâncias em que se estabeleceram as relações entre os supervisores e as equipes e serviços supervisionados.

- **Estruturação dos serviços**

Ao discorrerem acerca da forma como os serviços se estruturavam, os profissionais fizeram referências às atividades desenvolvidas nos serviços, destacando as atividades em grupo como norteadora de toda a assistência, o que acabou por ser uma compreensão de todos os CAPSad participantes.

“A gente tem grupos de convivência tanto que acontecem dentro do serviço, para aqueles que precisam de mais atenção... tem também grupos que acontecem externos, em espaços onde a gente de tem o apoio intersetorial, para pacientes que estão mais estáveis, que conseguem ficar em um ambiente aberto.” (C01)

“...você tem dia-a-dia a questão dos grupos terapêuticos, as oficinas... de acordo com aquele projeto terapêutico, a cada seis em seis meses a gente está atualizando...” (C02)

“...a atividade mais forte que a gente pode fazer no caminho do CAPS é atividade coletiva, que são os grupos terapêuticos...” (C03)

“...nas atividades terapêuticas, as oficinas de artesanato, de música, violão, de atividade física, arteterapia... e os grupos terapêuticos... a gente tem bastante grupos. É que o atendimento, basicamente, é em grupo, não tem como atender individual sempre...” (C04)

Essa organização do cuidado em atividades coletivas vai ao encontro da proposta de atenção psicossocial, no sentido de promover a socialização dos usuários e a promoção de espaços coletivos de cuidado. Ainda com relação os grupos, os participantes destacaram tipos específicos de grupos e suas funções dentro dos serviços. Com o objetivo de orientar os usuários acerca do tratamento e das regras do serviço, C01 utiliza o grupo de acolhimento.

“...grupo de acolhimento, justamente para estar orientando como é esse tratamento para dependência química, como é que funciona o serviço, as regras... que precisam ser colocadas...” (C01)

As equipes ainda relataram a importância das oficinas, como de artesanato e música, com grupos de lazer e atividades externas com usuários. Também foram relatados a existência de “*grupos de motivação para o tratamento e prevenção de recaídas*” (C01), “*grupo saúde, grupo sentimento... cidadania e redução de danos*” (C02).

Os participantes de C01 fizeram referência aos grupos terapêuticos como atividade exclusiva dos psicólogos, com os demais profissionais realizando atividades como oficinas de artesanato e grupos educativos. Essa mesma equipe destacou a existência de grupos para familiares e visitas domiciliares como pontos importantes na organização do serviço.

Essa diferenciação entre grupos e oficinas terapêuticas aponta para dificuldades do serviço em exercer uma clínica ampliada para além dos saberes intra disciplinares, uma vez que se confunde grupo terapêutico como grupo psicoterápico, sendo este último baseado nas diferentes abordagens em psicologia. A compreensão de grupo terapêutico como um conjunto de pessoas com um objetivo em comum, no caso a execução de uma tarefa ou mesmo uma reflexão acerca das demandas de cada participante, poderia ajudar a quebrar essa segmentação profissional dentro dos serviços, uma vez que tanto “grupo” quanto “oficina” podem cumprir diferentes funções terapêuticas, mudando apenas o método e ferramentas de execução, caminhando assim na direção de uma clínica do sujeito, como definida por Campos (2002), em convergência como o modelo de atenção psicossocial, tal qual descrito por Vasconcelos (2008a).

A assembleia de usuários foi destacada pelos profissionais de C01 e C03, que ainda apontaram essa ferramenta como espaço para a discussão permanente das atividades ofertadas.

“A gente pactuou com eles em assembleia, que uma vez por semana a gente para avaliar aquelas atividades que estão sendo oferecidas...” (C03)

O fortalecimento do protagonismo dos usuários e a busca por sua autonomia vai ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005b), no sentido de inserir e responsabilizar o usuário quanto à trajetória de seu cuidado.

O grupo focal com os profissionais de C01 foi o único a descrever atividades de desintoxicação de usuários entre os CAPS participantes e as estratégias para o cuidado com situações de urgência.

“...o CAPSad tem diversos suporte em urgência, pois a gente recebe pacientes intoxicados, em síndrome de abstinência, então ficam em observação... tem os leitos de observação, onde a gente faz o acolhimento a esses usuários. Casos mais graves são encaminhados para o hospital”. (C01)

A equipe de C03 relatou sobre a avaliação inicial dos usuários do serviço, que é realizada por todos os profissionais.

“Nas quartas tem a avaliação multi, onde cada profissional conversa com o paciente, depois discute o caso dele...”

Em relação à forma como os serviços se organizam, a reunião de equipe apareceu como o principal espaço para a discussão acerca dos processos de trabalho e pactuação de estratégias de cuidado, com essa percepção compartilhada por todos os participantes do estudo. Os profissionais de C01 ainda relataram a existência de reuniões gerais da saúde mental de seu município, sendo o único dos municípios deste estudo com essa ação.

“Esses processos de trabalho são instituídos a partir também das nossas demandas e essas demandas são discutidas nas reuniões setoriais”. (C01)

“A gente faz em reuniões, como a gente está aqui hoje... e a gente consegue entrar num acordo quanto a questões de cronograma, falar de pacientes...” (C03)

“...a gente faz essa avaliação lá, com o paciente, e discute aqui, em equipe, o que a gente pensa ser melhor, qual o grupo que ele se encaixaria melhor, qual a atividade ele poderia fazer...” (C04)

C01 ainda apontou para a existência do técnico de referência como estratégia para a organização do cuidado e articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

“Essa pessoa que acolhe acaba sendo o técnico de referência do usuário e vai ser responsável pelo projeto terapêutico dele... como é que vai ser o tratamento dele no CAPSad...” (C01)

A questão da referência terapêutica já havia sido apresentada em nossa revisão da literatura (Silva & Costa, 2010), onde os autores destacam a importância desse dispositivo na organização do cuidado, mas pontuando também acerca do sofrimento psíquico provocado nos profissionais durante sua construção. Os mesmos autores ainda questionam o caráter terapêutico de tal dispositivo, o que requer mais discussões teóricas e clínicas, uma vez que o mesmo incorre no risco de se reduzi-lo a questões burocráticas, gerando angústias e sobrecarga laboral ao profissional. O artigo conclui com a solicitação dos profissionais participantes por supervisão, entendida como um componente permanente e não transitório para a RAPS. Já Onocko-Campos e cols. (2009) e Cunha e Campos (2011) propõem a utilização da equipe de referência, com vistas a valorizar a interdisciplinariedade e a corresponsabilização do cuidado, melhorando assim a discussão de casos.

- **Demanda do serviço**

Em relação às demandas dos serviços que participaram do estudo, foi identificada uma dificuldade em descrever objetivamente qual o principal público atendido, não existindo em nenhuma equipe levantamentos acerca do perfil dos usuários atendidos. Os profissionais de C01 sequer conseguiram chegar a um consenso acerca do público que atendem. A equipe de C02 relataram a percepção de aumento da demanda de adolescentes e que os usuários de múltiplas drogas são o público com maior frequência na sua realidade. Já C03 e C04 apontaram os usuários de álcool como sua maior demanda.

Essa dificuldade de se apropriar da forma como a demanda se apresenta vai ao encontro do que Merhy (2004) trouxe como desafio aos profissionais dos CAPS, no sentido de atender à proposta de substituir o modelo manicomial, ao mesmo tempo em que tem que construir uma nova clínica, incorrendo no risco de se produzir novas formas de institucionalização.

- **Limitadores do serviço**

Em relação aos que os participantes compreendem como limitadores para a execução de suas práticas de cuidado, a articulação

intersetorial aparece com o principal nó crítico, tanto com serviços da área da saúde quanto com serviços situados em outras políticas públicas.

Os profissionais de C01 relataram uma melhora nos últimos anos, em especial com a articulação com serviços da assistência social, mas apontam que com a *“rotatividade dos profissionais as coisas acabam se perdendo”* e que apresentam muitas dificuldades em se articular com a segurança pública.

“...a segurança pública, é bem complicado, a gente teve momentos de pedir apoio, mas tudo bem difícil... a gente tem mais afinidade ou suporte... é a assistência social, CRAS, CREAS...” (C01)

Uma psicóloga residente, que participou do grupo focal de C01, aponta para a dificuldade dos serviços de outros setores em lidar com a demanda de álcool e outras drogas, entendendo esta como uma limitação para ações articuladas entre os serviços.

“Às vezes a gente chega a buscar esses dispositivos e parece que... se a pessoa tem uma demanda de saúde mental relacionada ao uso de drogas, aquilo tem que ser tratado só com os CAPS... eles têm muita dificuldade...” {Psicóloga Residente} (C01)

Já uma educadora física de C01 justifica que a demanda dentro dos CAPS acaba por limitar as ações externas, pois os profissionais acabam por ter que priorizar o público inserido nos serviços e não conseguem ampliar o cuidado para o território.

“Eu também acho que a demanda dos serviços, dos CAPS, também é muito grande e... pra gente ter essa energia para sair, buscar, fazer essas articulações também... é complicado, porque você precisa... de tempo e você precisa de estrutura... você precisa de momentos para construir isso...” {Educadora Física} (C01)

A profissional ainda complementa que os demais serviços também apresentam suas demandas e suas prioridades, destacando a ênfase nos dados quantitativos limitando o olhar para a demanda de saúde mental.

“... até mesmo nos centros de saúde... eles também têm uma demanda muito grande e tem as prioridades... a prioridade são os números e saúde mental não entra nesses números.” {Educadora Física} (C01)

A questão da alta demanda interna, limitando a articulação com a rede de atenção também foi relatada pelos profissionais de C03 e C04, que ainda descrevem a cobrança exercida pela gestão no acolhimento dessa demanda.

“... nossa demanda é muito grande... a gente está com em torno de 350 pacientes vindo por mês... então é uma demanda muito grande...”

que aumentou... e essa coisa de a gente ter que atender, atender, atender...” (C03)

“Mais é assim também, uma coisa que a gente acaba fazendo. O gestor diz e a gente tem que fazer, não tem o tempo disponível, não tem pessoas. ” (C04)

As equipes apontaram as limitações estruturais da rede atuando como impeditivos à realização de ações articuladas e compartilhadas, aparecendo ora como ausência de serviços e equipes mínimas ora como a falta de capacitação da rede para acolher a demanda de cuidado.

“No momento em que a gente tem uma rede que não conta com uma estrutura adequada nós não estamos capacitados para o atendimento. Cada um, individualmente, pode estar muito capacitado... eu psiquiatra me sinto, como médico psiquiatra supercapacitado, dentro da minha função médica... estamos incapacitados porque não tem como oferecer esse atendimento. Muitos pacientes que poderiam e deveriam vir diariamente... não estão vindo porque não tem o transporte para trazê-los. ” {Médico Psiquiatra} (C01)

“... principalmente quando os usuários precisam de apoio em um momento e a gente não tem para dar, que a gente não tem para onde recorrer... por exemplo, nós estamos com um paciente há meses tentando uma ajuda à família, mas somente ontem nos deram uma devolutiva... enquanto isso o paciente está com uma demanda que não é nossa, pois não está bem... ” {Técnica de Enfermagem} (C03)

“... a gente tem muitas pessoas em situação de rua, mas só recentemente temos albergue... é uma coisa meio política... a gente também tem o CentroPOP, mas quando a gente procura eles o que o CentroPOP te diz? ‘Não é perfil daqui’... então os próprios usuários nos dizem quando encaminhamos ‘Não quero CentroPOP’... então a gente não tem onde colocar infelizmente nossos pacientes...” {Técnica de Enfermagem} (C03)

“ ...quando a gente vê que está um pouco melhor... a gente enfrenta essa dificuldade de se encaminhar para um outro serviço, onde talvez ele seria melhor atendido... e muito... pode ser um preconceito pela questão da dependência química...” {Enfermeira} (C04)

“...há uma dificuldade de comunicação com o ambiente hospitalar... a gente não consegue se articular com o hospital regional por leitos... de psiquiatria... a gente fica fazendo arranjos junto à secretaria de saúde e outro hospital...” {Assistente Social} (C01)

A dificuldade do CAPS em acolher a sua demanda, bem como a visão de que tal demanda somente deve ser acolhida nesse serviço, vai ao encontro de estudos encontrados (Nunes , Jucá , & Valentim , 2007;

Dimenstein , et al., 2009; Pinto , et al., 2012), que ainda apontavam para um fragmentação do cuidado e um distanciamento da Atenção Básica em relação aos CAPS.

A relação serviço-gestão também foi apontada como um limitador, seja pela ausência de uma coordenação municipal de saúde mental como descrito pelas equipes de C01 e C04 ou pela forma como a gestão insere os profissionais nos serviços, como relatado pelos participantes de C03, além das interferências nos processos de trabalho, conforme apareceu em C04.

“Quando eu fui renovar meu contrato eles me disseram que eu teria que vir para o CAPSad, foi tudo meio misterioso... não conhecia, não tinha vivência daquilo... aí perguntaram onde eu iria em outro setor e disse que era para o CAPSad... então me olharam daquele jeito... parecia um castigo... então eu cheguei aqui pensando que era o pior lugar do mundo...” {Artesã} (C03)

“...acho que isso, da gestão, o que pesa mais, pela questão de quantidade, mas do que a qualidade. E a gente acaba tendo por isso, pelas exigências da gestão, pouca autonomia... porque a gente tem que fazer o que eles mandam... {Médica Psiquiatra}

...isso é bem complicado, os atravessamentos que a gente passa... {Enfermeira} ” (C04)

A falta de profissionais apareceu como ponto negativo da rede, com ausência de equipe mínima nos serviços, o que acaba por sobrecarregar os profissionais

“A equipe é muito reduzida e sobrecarrega um ao outro no trabalho {Psicóloga} ...

... hoje em dia a gente está com uma média, cada técnico, de quinze, dezesseis usuários. Então, infelizmente a gente, sem aquele número que seria ideal, a gente não consegue dar o atendimento necessário. {Assistente social} ” (C02)

Ainda dentro da limitação dos serviços, a precariedade no vínculo empregatício e a rotatividade dos profissionais apareceram como fonte de incertezas e dificuldades na organização do cuidado ofertado nas equipes C01 e C02, onde a maioria dos profissionais eram contratados por processos seletivos de caráter temporário. Nos serviços C03 e C04 todos os profissionais eram contratados via concurso público.

“... 80 a 90% dos trabalhadores tem que se submeter todo ano a uma nova seleção onde, além deles, participam outras pessoas, havendo assim a possibilidade daquela pessoa que já está trabalhando não ser selecionada para o ano que vem... isso acaba criando um certo temor dos trabalhadores em estar reclamando ou exigindo. Então, nesses três anos,

peelo menos umas seis pessoas que trabalhavam aqui saíram. ” {Médico Psiquiatra} (C01)

“... que isso causa a movimentação política dos profissionais, que praticamente não existe... eles são silenciados mesmo, por causa desse risco iminente...” {Educador Físico} (C01)

Os profissionais ainda descreveram situações que os deixam desmotivados, não se sentindo capazes de atender à demanda dos serviços, como uma psicóloga de C01 que relatou que quando se *“lida com alguma situação e você se expõe, você se coloca e as coisas não vão mudando... isso acaba frustrando o profissional...”*. Um médico psiquiatra, também de C01, retoma a questão da forma como os profissionais são selecionados e inseridos nos serviços onde *“muitas vezes a pessoa que vai para a saúde mental é uma pessoa que não tem afinidade com a assistência a esse usuário...”* entendendo que se *“brinca muito com a assistência ao usuário”*.

A fisioterapeuta e coordenadora de C02 relatou que acha *“que o que está atrapalhando é a questão das RAS... principalmente o usuário que está mais adoecido, todas as informações tem que estar colocando ali, tem prontuário, tem PTS, as evoluções, acompanhamento com a família...”*, entendendo que essa sobrecarga acaba por desmotivar o profissional para a cuidado singular para com o usuário.

Para a psicóloga e coordenadora de C03 *“a gente está num momento bem sério de judicialização da saúde”* com *“muita determinação judicial para as clínicas de longa permanência”*, com a constatação de que *“existe uma certa cobrança da Secretaria de Saúde”* para essas condutas.

A precarização dos processos de trabalho, como vínculo empregatício provisório e rotatividade dos profissionais, já havia aparecido como limitador do processo de supervisão tanto nos relatórios quanto nas entrevistas com os supervisores, potencializado ainda mais pelo curto período previsto nos editais e pela falta de continuidade dos projetos de supervisão.

• **Potencialidades do serviço**

Em relação aos pontos positivos, os participantes descreveram o que compreendem como potencialidades nos serviços e nas redes de atenção as quais estão inseridos. O apoio intra equipe no compartilhamento e execução das ações destacou-se como ponto em comum a todos os profissionais participantes do estudo, que apontam para a integração entre seus membros, considerando-se bastante

comprometidos com o cuidado aos usuários. Abaixo as descrições dos momentos dos grupos focais onde as equipes referendam tal constatação:

“Eu considero a equipe como um ponto positivo, porque eu vejo que se a equipe não tivesse a organização, a motivação que tem, as coisas não andariam... eu considero como ponto positivo a implicação que equipe tem. {Psicóloga}

...a gente se sente apoiado, a gente consegue dividir as coisas... {Educadora Física}

E isso é uma coisa que é tanto de um CAPS quanto do outro... tanto os residentes compartilhavam com todos os profissionais como a gente vê os próprios profissionais compartilhando o mesmo, um apoiando muito o outro... {Psicóloga Residente} ” (C01)

“Nosso CAPS aqui não deixa a desejar a nenhum CAPS, até porque nós temos aqui pessoas comprometidas. ” {Psicóloga} (C02)

“... a gente é muito unida... então a gente tem essa flexibilidade... como eu já trabalhei em outros CAPS... Eu já trabalhei em CAPS que é bem engessado, mas aqui não... hoje até a terapeuta ocupacional (P4) tem um horário comigo na oficina... então eu consigo trazer para a reunião algo que eu tenha percebido de um paciente que é referência de outro profissional...” {Artesã} (C03)

“...a gente consegue ter uma certa integralidade entre nós... poderia ser bem melhor, mas a gente consegue manter uma coesão entre o que a gente pensa, como que a gente imagina ser melhor para o paciente...” {Psicólogo} (C04)

A questão das relações interpessoais nos serviços de saúde mental já havia sido discutida por Merhy (2004), onde o autor diz que, diante do desafio de se constituir como serviço substitutivo ao modelo manicomial, o CAPS deve construir novos coletivos de trabalhadores, utilizando de “trabalhadores alegres” para indicar um grupo de profissionais comprometidos com a vida e com a produção de novos viveres, em constante análise de suas práticas. O autor ainda indica a supervisão clínico-institucional como um mediador na reordenação de tristezas e angústias dos trabalhadores, inclusive na produção de autocuidado entre os mesmos. Outro artigo (Silva & Costa, 2008) também irá se debruçar sobre o papel da supervisão no fortalecimento da coesão e integração das equipes.

Os trabalhadores de C02 apontaram as ações de Apoio Matricial como uma mudança de paradigma no cuidado ofertado por aquela equipe, sendo que esta atividade também é uma oportunidade para divulgação do CAPSad na rede de atenção e para melhorar o compartilhamento dos casos.

“Nós saímos das caixinhas. Antes era cada um mais na sua caixinha. Eram o pessoal das unidades de saúde da família, muito distantes dos CAPS... o NASF também. Hoje não, com o matriciamento ficou bem melhor, o consultório na rua... {Fisioterapeuta e coordenadora}

No início, nós chegávamos no PSF e eles não sabiam nem o que era CAPS.... Foi o matriciamento é que resolveu... {Psicóloga} ” (C02)

A construção de ações de Apoio Matricial é amplamente relatada na literatura (Barban & Oliveira, 2007; Arona, 2009; Dimenstein, et al., 2009; Cunha & Campos, 2011; Pinto, et al., 2012) como ferramenta para atuar da desfragmentação do cuidado e no compartilhamento dos casos e informações em saúde. Barban e Oliveira (2007) descrevem esse espaço com uma formação permanente, com potencial para a diminuição da sobreposição de ações. A dificuldade de compreensão dos CAPS por parte das equipes da Atenção Básica já havia sido relatada por Dimenstein e cols (2009) e Pinto e cols. (2012).

Na equipe de C01, a articulação com a academia foi um dos principais pontos destacados como potencialidade da rede de atenção, sendo que foi a única das equipes participantes a ter a inserção regular de acadêmicos no cotidiano dos serviços, com uma forte parceria com a residência multiprofissional em saúde mental e com a residência em psiquiatria. A mesma rede possui ainda convênio com uma universidade local, com vistas a possibilitar a produção acadêmico-científica por parte dos profissionais dos serviços de saúde.

“Outro ponto positivo é a gente poder contar com a residência em psiquiatria e a residência multiprofissional em saúde mental. Então é muito positivo, a gente estar como serviço de saúde-escola, que a gente pode estar discutindo, contribuindo para a formação profissional desses novos atores dos serviços de saúde...” {Enfermeira} (C01)

Estratégias de vinculação com os usuários, como o acolhimento e a inserção de familiares no cuidado, foram também identificadas como potencialidades dos serviços, exemplificado na fala da assistente social de C02.

“Eu acho que o mais importante... a gente aprende todo dia com a necessidade do usuário e devemos mostrar para aquele usuário que não é porque eu estou na condição de técnico, que eu tenho uma formação, que eu sou a detentora do saber. Eu estou aqui para aprender junto com ele, porque a dúvida dele também pode ser uma dúvida minha e a gente vai buscar essa informação, sempre com ele e não acima dele. {Assistente Social} (C02)

- **Relação com a rede intersetorial**

Apesar de aparecer como uma das limitações dos serviços, conforme discutido anteriormente, os profissionais descreveram a relação existente com a rede intersetorial de cuidados. Novamente aqui são destacadas as ações Apoio Matricial, embora com uma compreensão diferente entre as equipes participantes. A equipe de C01 apresentou uma ação organizada por territórios, com foco no suporte às unidades básicas de saúde, articulada inclusive com o técnico de referência dentro dos CAPS.

“A gente tem trabalho em uma espécie de matriciamento. A gente se organiza em macroáreas. Todas as equipes de saúde mental... estão organizadas para atender as unidades básicas de saúde... A gente se articulou, de forma intersetorial, para estar toda semana, pelo menos um profissional por turno nos PSF. {Educador Físico} ” (C01)

“...eu só posso ser técnico de referência de um usuário da minha região... porque agora eu estou estreitando o meu vínculo com essa região, com o centro de saúde, eu estou indo para o território. {Educadora Física} (C01)

Já as equipes de C02 e C04 descreveram ações de Apoio Matricial articuladas com a rede intersetorial, como as escolas e dispositivos da assistência social, além de ministério público e conselho tutelar.

“A equipe do CAPS está fazendo um trabalho nas escolas... tem saído do CAPS para acompanhar os casos nos CRAS... está indo no PSF, nos Conselhos Tutelares, Ministério Público...” (C02)

“...a gente tem feito encontros mensais com as escolas públicas, com diversos temas assim, de acordo com o que o pessoal da escola nos pede...” (C04)

Ainda dentro da temática do Apoio Matricial, os participantes relataram as implicações percebidas das ações realizadas, como descrito pela psicóloga de C02.

“...o matriciamento fez com que tivesse mais demanda para o AD, por que leva o nosso conhecimento, o nosso funcionamento do CAPS para as outras unidades... eles ficaram mais sensíveis a esse olhar sobre a saúde mental... eles viram que tinha serviço que eles podiam encaminhar, para esse serviço acompanhar...” {Psicóloga} (C02)

Em relação aos seus territórios de atuação, os participantes apontaram para as contradições na compreensão das questões de saúde mental entre os pontos de atenção da rede de atenção, como a resistência

em algumas equipes à implantação de estratégias de cuidado propostas pela equipe de saúde mental.

“A gente também está indo para os postos... tentando implantar em algumas unidades o tratamento para o tabagismo. Tem tido uma certa resistência... mas para algumas equipes. ” (C01)

Também identificada a dificuldade de articulação por conta de não haver, entre os profissionais, um núcleo comum para o cuidado em saúde mental.

“Outra dificuldade que existe nas articulações e porque ainda não existe um núcleo comum entre os profissionais de saúde, porque ainda tem aquela mentalidade de que o paciente é do CAPS, é só daquele local...” {Médico Psiquiatra} (C01)

Essa dificuldade é apontada por Dimenstein e cols. (2009) como um dos entraves para a sistematização de ações de Apoio Matricial, pelas diferentes formas de compreender as funções do dispositivo, muitas vezes reduzido a mera orientação sobre prescrição psicofarmacológica ou mesmo suporte emocional às equipes envolvidas.

A equipe de C03 ainda relatou as dificuldades de manejar uma demanda para internação em comunidades terapêuticas, sendo que o município apresenta uma relação formal de convênio com tais instituições.

“Quando o paciente vem ele solicita... por que muitas vezes a regulação, do meu ponto de vista, ela está meio maquiada, porque ele já vem avisado na Comunidade Terapêutica que precisa passar pelo CAPSad, porque é o CAPSad que regula... {Psicóloga e Coordenadora}

O que a gente tenta é regular e fazer uma intervenção no sentido que... a gente tenta orientar ele e a família que talvez a necessidade de iniciar o tratamento ou dar continuidade aqui no CAPS... talvez uma desintoxicação para posterior inserção na comunidade, sabendo da grande chance dele não aderir ao tratamento lá... {Enfermeira}

E aí nosso conflito está justamente nessa questão... a gente sabe que o dependente químico tem esse perfil de manipulação... ele sai daqui dizendo que o CAPSad está barrando o acesso dele à Comunidade Terapêutica... {Psicóloga e Coordenadora} ” (C03)

Uma outra função do supervisor seria articular essas questões intersetoriais, muitas vezes permeadas de racionalidades contraditórias, aparecendo também dentro dos próprios serviços, dadas as diferentes trajetórias profissionais e acadêmicas dos profissionais (Faria, 2011).

Em relação ao fluxo de entrada dos usuários nos serviços, todos os CAPSad participantes apresentam acolhimento por demanda espontânea, sem a exigência de encaminhamento formal, embora também

recebam solicitações de atendimento via unidades da atenção básica (ESF e NASF), ministério público, assistência social (CRAS e CREAS) e Conselho Tutelar.

A equipe de C04 destacou ainda os encaminhamentos via judicial e a crescente demanda por internação compulsória de usuários de drogas, pontuando a conduta do serviço em relação a esses casos.

“... tem familiares que acreditam que a internação é que resolve e então eles abrem uma solicitação de internação compulsória e ele vem para cá... aí quando vem para cá, a gente mostra outras possibilidades, além da internação...” (C04)

Ainda quanto às internações, foram relatados os procedimentos adotados por cada município frente a essa demanda. Nos municípios de C01 e C02 ocorrem discussões periódicas entre as equipes dos CAPS sobre as condutas frente ao usuário de drogas e que fazem também tratamento por conta de outro transtorno mental, bem situações onde a internação deve ocorrer para esse público.

“Aquele paciente que tem uma esquizofrenia e também faz uso de drogas... a questão dos casos ‘esse não é meu, não é seu’... fica aqui jogando de um lado para o outro. {Fisioterapeuta e Coordenadora}” (C02)

Nos municípios de C03 e C04, foi relatada a existência de um central específica para a regulação de internações, incluído a demanda de saúde mental.

“...não tem uma regulação disso pela saúde mental... é um profissional que está dentro do [serviço de regulação]... esse serviço que é responsável por regular todas as internações, não só do CAPSad, mas dos três CAPS... ele que faz essa regulação e ligação com os hospitais conveniados.... Se for preciso fazer convênios com Comunidade Terapêutica e/ou Hospitais de fora, é o responsável por essa regulação... {Enfermeira} ” (C03)

“... na verdade é via sistema da coordenadoria. A gente até tem contato direto, mas precisa passar por esse sistema. Quando a gente indica internação a gente coloca no sistema e eles autorizam quando tem vaga. {Médica Psiquiatra} ” (C04)

A internação psiquiátrica ainda vive no imaginário, não somente popular, mas também na expectativa de muitos profissionais, conforme verificado nos estudos de Bueno e Caponi (2009) e Alverga e Dimenstein (2006), configurando-se como um desafio presente e urgente para os processos de desinstitucionalização, principalmente pela recorrente ausência de retaguarda em situações de crises. Essa situação ainda se agudiza quando se envolve o uso de drogas e a comoção social pela

internação compulsória, com o agravamento da utilização da lei da Reforma Psiquiátrica para esse fim (Coelho & Oliveira, 2014; Ramaldes, 2015).

B. Categoria 02 - Quanto à supervisão

A segunda categoria que emergiu dos grupos focais (Quadro 08) remete aos aspectos estruturais e organizativos da supervisão, percebidos pelas equipes participantes do estudo, considerando a forma e condições operacionais da supervisão, a relação com a gestão e as implicações das atividades realizadas.

• Condições da Supervisão

Os participantes relataram as condições que ocorreram as supervisões, apresentando suas compreensões acerca do processo, bem como do papel do supervisor diante da equipe supervisionada. Na equipe de C01 foi relatada a influência de supervisões anteriores na definição dos objetivos para a supervisão em questão para este estudo, pontuando sobre a função do processo como um espaço para se legitimar a equipe na medida em que se possa discutir seus problemas internos.

“...acho que tem uma implicação direta das supervisões anteriores... a própria equipe perceber essa necessidade da supervisão anteriores... uma equipe só vai se constituir como tal quando começa a estudar seus problemas na supervisão... {Médico Psiquiatra} ” (C01)

Com o mesmo sentido de argumentação, uma psicóloga da equipe de C01, discorre sobre a necessidade da *“equipe estar aberta a esse supervisor”*, que também deve estar atento às demandas individuais de cada membro supervisionado. A coordenadora de C02 ainda conclui, descrevendo a expectativa de que o trabalho do supervisor possa ter uma implicação para o cuidado com a população.

“É muito importante que ele venha trabalhar com a gente, porque ele vai trabalhar a gente e a gente vai trabalhar com os usuários, vai trabalhar com a população... o supervisor, ele é muito importante... ele tendo compromisso é tudo. {Fisioterapeuta e coordenadora} ” (C02)

Na equipe de C03 houveram várias falas no sentido de dúvidas quanto aos objetivos da supervisão, entendida como um tipo de fiscalização do serviço quanto ao cumprimento das diretrizes das portarias e legislação em saúde mental, conforme exemplificado na fala de uma enfermeira da equipe que, como a maioria da equipe, não participou do processo:

“...a dúvida que eu tenho quando vem essa palavra... é somente a supervisão para ele ver e medir o processo de trabalho ou se já no meio do processo ele já vai fazendo as intervenções e apontando as necessidades... tipo o ideal e o real... se é somente uma supervisão se o serviço está dando conta do que se pede o ideal... eu associo muito ao PMAC, que vem nas Unidades de Saúde... que lá é somente a fiscalização... {Enfermeira}” (C03)

Ainda na equipe de C03, mesmo entre as profissionais que participaram da supervisão, teve o relato de insatisfação quanto ao retorno do supervisor quanto ao processo realizado.

“... não se veio retorno ele para a direção ou para nós, enquanto funcionários... eu só vi a fala dele e o retorno eu não conheço... na verdade eu tenho essa dúvida. Qual é o objetivo da supervisão? {Artesã}” (C03)

“...eu fiz a leitura do relatório... bem objetivo... uma página assim... {Psicóloga e coordenadora}” (C03)

O supervisor com um fiscal e um personagem não aceito pela equipe retorna novamente na fala da coordenadora de C03, que ainda discorre sobre a postura da equipe em relação a esse profissional, destacando as resistências e a dificuldade da equipe em ressignificar os processos de trabalho. Nesse ponto aparece a importância de haver uma avaliação do processo, bem como a sistematização da documentação do histórico do mesmo, contendo ações realizadas, bem como potencialidades e possíveis dificuldades, mas, como relatado na Etapa 01 deste estudo, os relatórios apareceram mais como uma justificativa para o recebimento do financiamento do que uma fonte de informações acerca de um processo tão importante para a reorganização e ressignificação dos modos de trabalho e cuidado dos serviços.

“E aí teve umas sessões também, que ele não pode vir, que ele desmarcou vários encontros... E aí eu senti uma certa resistência... Quando não vinha tinha uma certa felicidade... ‘Ai que bom que ele não vem’... e ele começou a perceber isso também... às vezes as pessoas que estavam aqui também não tinham interesse... ele vinha aqui provocar as pessoas a pensar diferente, mas elas não queriam... ‘ele era chato’... eu sei que ele conseguiu mexer... deu uma mexida... {Psicóloga e coordenadora}” (C03)

A dificuldade na compreensão da supervisão por parte da equipe de C03 foi ainda identificada na forma como os profissionais se relacionavam com a coordenadora do serviço, que acabava por acumular também essa função, isto é, existia a compreensão tanto do supervisor executando funções administrativas da coordenação quanto da

coordenação executando ações de educação em serviço como o supervisor. A própria coordenadora trouxe essa expectativa do supervisor ser um auxiliar em sua gestão.

“Hoje sinceramente, aqui no serviço, eu acho que quem estuda Saúde Mental é nossa coordenadora... porque ela é uma coordenadora que foi atrás de pós, de aprender... não é aquele coordenador que chegou ali, ficou três anos e foi embora.... Quantas vezes que a gente estava se sentindo insegura e sozinha, aí ela chegou e nos ajudou com seu conhecimento... {Enfermeira} ” (C03)

“...a minha expectativa enquanto gestão seria isso... me auxiliar nesse manejo... principalmente hoje... cuidar da minha equipe... senão minha equipe adoeceria... cuidar de mim também... ajudar a encontrar maneiras de suavizar o processo de trabalho... (Psicóloga e coordenadora) ” (C04)

A equipe de C01 relatou sobre as condições em que se encontrava o serviço na época da supervisão, que acabou por mediar um processo de mudança de coordenação, *“tinha muito adoecimento dos profissionais”*, com a supervisão tratando *“sobre o desgaste e estado de adoecimento dos profissionais da rede, porque a rede não tinha avançado mais nos processos de trabalho”*. Essa constatação corrobora com a descrição do supervisor (S01) sobre o processo realizado.

Em relação à construção do projeto de supervisão, apenas as equipes de C01 e C04 participaram diretamente, inclusive da escolha do supervisor, que ocorreu por consenso entre os profissionais. Destaca-se na equipe C01 o fato de que a supervisão foco deste estudo representou uma continuidade da atividade anterior, com a compreensão de sua função em convergência com o que foi dito pelo supervisor (S01).

“A escolha foi feita nas reuniões que a gente tem de forma sistemática e o nome dele foi porque ele já trabalhou, foi um profissional que já trabalhou no CAPS geral, trabalhou depois no CAPSad, tinha um bom vínculo com a rede, conhecia a rede e já fazia um bom tempo que estava fora. Então ele podia ser essa pessoa que pudesse estar nesse lugar. {Psicólogo} ” (C01)

“A gente viu o edital, que estava aberto, e a gente se reuniu, foi tudo muito rápido. E aí a gente tentou fazer um projeto que estivesse de acordo com o que o edital estava exigindo... {Psicólogo} ” (C04)

Por outro lado, as equipes de C02 e C03 desconheciam como a supervisão foi providenciada, relatando que foi uma ação mais da gestão do que dos profissionais.

“O projeto de supervisão? Não sei... foi com a nossa coordenadora de saúde mental..... Ninguém aqui participou... é porque,

como eu estava te falando, trocava muito de profissionais... {Fisioterapeuta e coordenadora}

Eu acredito que partiu da necessidade, porque como estava sendo implantando o serviço CAPS e dentro do projeto do projeto de um CAPS acredito que inclui a supervisão. E aí eu acho que a coordenador de saúde mental, dentro da necessidade, solicitou... {Psicóloga} ” (C02)

“Eu sei que foi através de um edital... que depois tinha uma equipe que tinha que repassar para ele... vinha um valor para o município, que era repassado para ele... que era pago... via edital... {Psicóloga e coordenadora} ” (C03)

Novamente ressalta-se a importância de se registrar o trabalho realizado, com vistas a poder se avaliar o processo e também tornar público as construções e ‘desconstruções’ do mesmo, principalmente, como relatado anteriormente, diante da precarização dos vínculos empregatícios e rotatividade profissional nos serviços da RAPS.

A equipe de C01 apontou ainda a forma com participavam da organização dos encontros de supervisão, sendo que também optaram por fazer a supervisão com toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município.

“... a gente decidiu que aconteceria nos dois CAPS e não apenas no CAPSad, porque não teria supervisão só para o geral, então a gente acabou fazendo com a rede toda... geralmente a gente escolhia o que iria acontecer durante a supervisão, as pautas, em reunião geral... quando tinha algum caso que a gente achava importante levar para o supervisor ajudar a gente, a estudar, ver possibilidades... e também aconteceram questões, do contexto mesmo, daqui, que mexeram muito com os serviços... as condições de trabalho e a precariedade da estrutura e tudo, que eu acho, que esse momento, foi muito presente durante essa supervisão e foi o que mais tomou essa supervisão...” (C01)

Quanto à temporalidade e ocorrências dos encontros da supervisão, todas as equipes apontaram sobre os benefícios de terem passado pela supervisão, mas destacando o curto período e questionando a falta de continuidade do processo, indo ao encontro das percepções levantadas nas etapas anteriores deste estudo.

“Foi muito interessante, mas acabou se perdendo com o tempo, com os meses. Nós temos hoje aqui, entre os trabalhadores, talvez... um terço de pessoas novas, pelo menos no CAPSad... pessoas que não estavam naquela época e estão hoje. {Médico Psiquiatra} ” (C01)

“... a gente tentou de novo, mas não conseguiu, não foi aprovado... essa parte da tramitação em Brasília foi o que a gente não

entendeu, porque a gente não foi contemplada. {Fisioterapeuta e coordenadora} ” (C02)

“...eu acho que deveria ter como um dos requisitos a questão da supervisão constante, porque não adianta você começar um serviço e depois não ter uma sequência... por exemplo, a experiência que a gente teve foi muito boa, mas assim... foi só... ficou naquilo. Dá a impressão que... tudo bem, aconteceu, foi bom, mas depois se perdeu... {Psicólogo} ” (C04)

• Estrutura da Supervisão

Quanto à estrutura das supervisões, os participantes destacaram a função da supervisão, com todas as equipes compreendendo esse espaço como uma ação de educação permanente, destacando a discussão da clínica em saúde mental como um de seus objetivos principais. As equipes ainda apontaram a dificuldade de conseguir fazer essa discussão no dia-a-dia dos serviços, sem a presença de um interlocutor de fora, que possa mediar os saberes intra equipe, como exemplificado do diálogo abaixo, relatado por duas psicólogas da equipe de C02.

“E esse dia-a-dia, sem supervisor, é que a gente faz o arranjo, cada um com seu saber... muitas vezes a gente discute uma com a outra porque a gente não tem uma supervisão clínica para a gente dar uma atenção melhor para aquele usuário, que precisa de mais atenção... {Psicóloga}

Acaba que uma está sendo supervisora da outra... {Psicóloga} ” (C02)

Outra psicóloga, da equipe de C03, ainda complementa sobre suas expectativas em relação ao suporte da clínica que a supervisão poderia ajudar:

“...tenho uma expectativa quanto ao meu trabalho mesmo... que é a clínica de psicologia.... o trabalho individual... observando e ajudando a pensar outras ferramentas para esse trabalho... eu penso que a clínica terapêutica... um grande problema é a fixação do paciente nesse tratamento a longo prazo... a promoção real de uma mudança de comportamento... então nós temos nossas experiências, mas acredito que se ele pudesse vir a contribuir com nossas dificuldades dentro dessa clínica. {Psicóloga} ” (C03)

Ainda na questão da clínica, os participantes especificaram a demanda por ter na supervisão um espaço para a discussão de casos, com objetivos que iam desde a melhor compreensão do perfil dos usuários atendidos até a construção e efetivação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e institucionais.

“ ...a necessidade de a gente ter uma supervisão clínico-institucional é ... falar mais sobre esses pacientes para entender melhor esse perfil... {Psicóloga} ” (C02)

Emerge nesse ponto o levantamento da questão clínica como ponto de ação da supervisão, sendo apontada quase que exclusivamente pelos profissionais das chamadas áreas ‘Psi’ (Psicólogos e Médicos Psiquiatras), limitando uma compreensão dos processos terapêuticos no sentido de uma Clínica Ampliada ou do Sujeito (Campos, 2002), conforme proposto pelo modelo de Atenção Psicossocial (Vasconcelos, 2008a).

A relação com rede também foi apontada como um dos objetivos da supervisão, uma vez que já foi apontada anteriormente como um nó-critico para a organização do cuidado ofertado nos serviços.

“... eu acho que ele poderia nos ajudar mais fazendo uma supervisão na rede... não adianta supervisionar só o CAPS, pois o CAPS pertence à rede... eu acho que até a supervisão poderia ser aqui dentro do serviço, mas antes deveria conhecer a rede... como um dispositivo inserido em todo um trabalho coletivo... {Enfermeira} ” (C03)

A supervisão como espaço para a discussão dos processos de trabalho foi relatada no sentido de auxiliar não somente na organização do cuidado perante o usuário, mas também no sentido de superar a precariedade com que os serviços estão organizados.

“Essas discussões que já foram mencionadas, cujo tema era mais relacionado aos trabalhadores, às condições de trabalho, às condições precárias de infraestrutura tomaram praticamente toda a supervisão... {Médico Psiquiatra} ” (C01)

“...esse supervisor deu apoio à equipe em diversas situações criadas e não só às dificuldades do serviço, mas também fazia acompanhamento e orientação quanto à forma do serviço funcionar... {Enfermeiro} ” (C02)

A interlocução da clínica com a instituição também foi apontada como uma necessidade a ser observada no desenvolvimento da supervisão, mas novamente por profissional de psicologia.

“...é importante a gente ter esse respaldo enquanto supervisão, tanto clínica quanto institucional... o clínico e o institucional eu penso que é esse viés entre a questão do atendimento em si, mas tem a questão do serviço também... {Psicólogo} ” (C04)

A preocupação com o trabalhador apareceu no sentido de se ampliar a supervisão para além de um espaço de educação permanente, incorporando também o cuidado para com a saúde dos profissionais envolvidos. Um dos médicos psiquiatras da equipe C01 disse que a

supervisão ajudou a “*despertar nos profissionais a questão do autocuidado*” configurando-se como “*um espaço de cuidado... por que o trabalhador adoecido também não vai prestar um bom serviço*”. As demais equipes participantes foram na mesma linha, apontando para as vulnerabilidades existentes no cotidiano dos serviços, não somente para os usuários, mas também para os profissionais.

“Acho que quando tu trabalhas com saúde mental... é quase fundamental esse tipo de cuidado... com o trabalhador... porque a gente se expõe, a gente está vulnerável... psicologicamente falando assim... imagina o trabalhador de álcool e drogas, onde o sentimento de frustração é muito grande... {Psicólogo} ” (C04)

“...então eu acho que vindo uma pessoa de fora nos auxiliaria a dar um novo olhar para a clínica... um matriciamento mesmo... {Psicóloga e coordenadora} ” (C03)

“...a gente leu bastante textos, acho que foram textos relacionados ao tema para fazer surgir algumas questões. Então a ideia era fazer a leitura desses textos e fazer surgir questões relacionadas ao nosso dia-a-dia e a nossa questão do trabalho e depois a discussão no grande grupo e ações frente a essas questões levantadas... {Psicóloga} ” (C04)

As falas dos profissionais, seja em relação à supervisão seja em relação às próprias demandas vão ao encontro do que os autores utilizados em nossa revisão (Silva, Beck, Figueiredo, & Preste, 2012; Oliveira & Passos, 2012; Pires & Mendes, 2013; Severo, L’Abbate, & Campos, 2014; Alvarez, 2014) no que diz respeito aos compromissos e funções da supervisão clínico-institucional, com destaque para a sua compreensão com uma ação de educação permanente e sendo necessária como atividade regular e não transitória e esporádica no cotidiano dos serviços.

Especificamente quanto a organização da supervisão, foi relatada a dificuldade em sua viabilização, dada a percepção de um distanciamento entre as instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) envolvidas e as dificuldades observadas quanto ao financiamento e gestão do processo. Enquanto as equipes de C01 e C02 defendem que o dispositivo continue com sua organização a partir de portarias do Ministério da Saúde, as equipes de C03 e C04 apontam que deveria ser uma pactuação a partir da própria secretaria municipal da saúde. Essa diferença aponta para a forma como as regiões lidam com o governo federal, bem como para com o vínculo dos profissionais, uma vez que as equipes que indicam o município como organizador da supervisão são as que mais possuem trabalhadores efetivados por concurso público em sua composição.

“Acho que a supervisão é uma instituição definida a nível de ministério, existe recurso para isso, mas se não existisse certamente a secretaria não iria bancar do próprio bolso para pagar essa despesa. {Médico Psiquiatra} ” (C01)

“... o município está sem recurso, aí o estado está sem recurso, então vamos dizer que o ministério... a última instância não pode estar sem recurso, porque é uma questão constitucional para o ministério promover. {Psicóloga} ” (C02)

“A prefeitura... a Secretaria da Saúde... {Vários participantes} ” (C03)

“Acho que o município. Acho que o gestor, porque daí essa coisa de ter uma garantia que esse processo vai ser algo continuado. {Psicóloga} ” (C04)

• **Gestão e supervisão**

A relação da gestão com o processo de supervisão variou conforme as equipes participantes, compreendendo desde a implicação direta na mudança de coordenação de saúde mental do município, conforme relatado pela pelos profissionais de C01, até a posição passiva de apenas ser informada sobre o andamento do processo.

“ ... nós acabamos mesmo utilizando, muitas vezes, os encontros... para que a gente pudesse falar sobre isso... foi um momento muito difícil... mudou o coordenador geral da rede e mudaram-se as coordenações dos serviços... {Enfermeira} ” (C01)

“Tudo o que acontecia na supervisão a gente passava para a secretaria nas reuniões mensais que a gente tem com eles, o que estava... {Fisioterapeuta e coordenadora} ” (C02)

Ainda quanto às implicações da supervisão na relação com a gestão, um dos Médicos Psiquiatras participantes da equipe de C01, apontou a percepção de que se passou a haver uma perseguição aos trabalhadores após a supervisão, o que promove a reflexão acerca do grau de envolvimento e limites do supervisor, que nesse caso foi um profissional egresso da própria rede supervisionada, tendo inclusive ocupado cargos na gestão.

“...passou a ter um sistema de perseguição criado por uma seleção anual... hoje, de 80 a 90% dos trabalhadores tem que se submeter todo ano a uma nova seleção onde, além deles, participam outras pessoas, havendo assim a possibilidade daquela pessoa que já está trabalhando não ser selecionada para o ano que vem... isso acaba criando um certo temor dos trabalhadores em estar reclamando ou

exigindo, podendo sofrer represálias na hora da seleção. {Médico Psiquiatra} ” (C01)

Ainda em relação ao papel desempenhado pela gestão na supervisão, os profissionais descreveram as tentativas de diálogo e inserção, que aconteceram ora em participações eventuais e protocolares ora de ausência e distanciamento total do processo.

“...tiveram supervisões que a gestão, da secretaria participou, mas a convite... quando a gente se preparava e aí convidava... acho que umas três vezes, mas o secretário mesmo veio duas vezes. {Educadora Física} ” (C01)

“ Não sabemos dizer... Deveriam vir até o CAPS... ver o que a gente está fazendo.... não só escutar uma fofoca qualquer e ligar dizendo ‘o que está acontecendo aí no CAPSad?’ {Psicóloga e coordenadora} ” (C03)

“Nenhum. Eles não participaram. O que foi dito é que, como a gente precisava da autorização, é que ‘bom, se quisessem participar, então participava’... {Psicóloga} ” (C04)

• Implicações da Supervisão

Os participantes apontaram sobre as implicações da supervisão no cotidiano dos serviços. Para a equipe de C01, por conta da suspensão da supervisão no CAPS geral do município, houve a decisão pactuada por todos os profissionais de se ampliar o processo para além do CAPSad, incorporando toda a RAPS.

“Na época eu lembro que a gente decidiu que aconteceria nos dois CAPS e não apenas no CAPSad, porque não teria supervisão só para o geral, então a gente acabou fazendo com a rede toda {Educadora Física} ” (C01)

Também com a temática da atenção em rede, os profissionais de C01 e C02 pontuaram sobre a importância da supervisão na articulação das ações de Apoio Matricial com a atenção básica, ajudando a desmistificar a forma como os profissionais compreendem as questões relacionadas à saúde mental e sua relação com o território.

O relacionamento interpessoal das equipes foi melhor articulado com o apoio da supervisão, segundo os profissionais participantes, que ainda destacaram o uso desse espaço para momentos de integração entre as equipes.

“O que eu mais me lembro era do café da manhã que a gente abria a supervisão, que era um momento de integração, pois a gente priorizou muito a união e a integração da... {Educadora Física} ” (C01)

“...ele que fez com que fortalecesse a gente e a gente soubesse conduzir as coisas... a gente foi passando de equipe para equipe... quando a coisa está pegando fogo aqui, a gente lembra dos casos exitosos que ele trouxe para a gente... ele sempre está presente em nossas discussões de caso, nas nossas reuniões... com o supervisor a gente se sente mais segura. {Fisioterapeuta e coordenadora} ” (C02)

“...tanto no fortalecimento da equipe como no enfrentamento das dificuldades, quanto na questão da discussão de casos... quanto também no fortalecimento da equipe perante à gestão, principalmente quando vem essas coisas atravessadas... foi através da supervisão sim, que a gente conseguiu se empoderar, mas não sentido negativo, no sentido positivo para se fortalecer enquanto equipe para poder ir buscar aquilo que a gente defendia que era ideal e importante para o trabalho naquele momento... {Psicóloga} ” (C04)

A reformulação dos processos de trabalho também foi identificada como produto da supervisão por todas as equipes entrevistadas, sendo a sistematização de reuniões a principal ferramenta pactuada junto aos supervisores. Foi a partir dos encontros que a equipe de C01 passou a trabalhar com a referência terapêutica dividida por regiões de saúde do município.

“... eu acho que uma coisa que ficou foi a importância deste espaço, da reunião de equipe. Eu acho isso foi reforçado, o quanto é importante manter esse espaço, para que aconteça... acho que isso foi fruto... dessa supervisão, a gente percebeu o quanto é importante a gente manter... {Psicóloga} ” (C04)

Já as equipes de C02 e C03 destacaram a importância da supervisão na organização dos prontuários dos serviços e na avaliação dos usuários, além da utilização da assembleia como espaço de diálogo permanente com os usuários. Ainda em relação aos processos de trabalho e dinâmica de funcionamento dos serviços, apareceu a afirmação da coordenadora e da artesã de C03 sobre a influência da supervisão da troca de profissionais.

“Eles não estão mais aqui... Então assim, na verdade não se é ético falar, mas... é que ele disse para mim... aqui nessa escada, no momento em que ele estava indo embora... ‘Você só vai conseguir por este CAPS para funcionar como tem que ser quando você trocar toda essa equipe’... E ele estava certo, mas isso não estava no relatório dele está... isso foi uma conversa informal na escada... {Psicóloga e coordenadora}

A troca da equipe teve influência da supervisão... {Artesã} ” (C03)

Apesar de reconhecerem a importância do processo, os profissionais procuraram também relatar as limitações percebidas nas supervisões. A equipe de C01, em concordância com o respectivo supervisor (S01) relataram o fato da supervisão ter sido apenas institucional, não conseguindo qualificar a discussão da clínica em saúde mental.

A dificuldade de continuidade da supervisão, levantada nas etapas anteriores, foi identificada como um limitador, no sentido de não se conseguir repassar o produto dos encontros para novos profissionais da equipe, bem como a ausência de retorno sobre o processo aos antigos profissionais. A ferramenta ainda é desconhecida pelas equipes, embora reconheçam sua importância como espaço de melhora nas condições de trabalho e na organização do cuidado. O diálogo abaixo representa essa afirmação:

“Eu nunca tinha ouvido falar... Acho que seria, pela palavra, uma forma de medir a temperatura de como está o serviço... se ele existe mesmo... se ele é efetivado ou não... {Técnica de enfermagem}

Eu tive dois encontros, mas nunca mais ouvi falar da pessoa, nem do resultado dessa supervisão... não veio retorno dele... Na verdade eu tenho essa dúvida. Qual é o objetivo da supervisão? {Artesã}

Ou seja... ficou tipo guardado na gaveta... A gente até hoje não tem nada de concreto... não veio nenhum retorno... então eu vejo assim, que uma pessoa veio, olhou, fez o relatório e guardou... {Técnica de enfermagem} ” (C03)

O desconhecimento acerca da supervisão também foi relatado entre os profissionais de C04, com a Assistente Social relatando ter tomado conhecimento da supervisão ao longo de seu trabalho no CAPSad e a Médica Psiquiatra descobrindo a supervisão no momento da entrevista.

“Então eu fiquei sabendo aqui, quando eu entrei no CAPS, quando eu entrei pela prefeitura. {Assistente Social} ” (C04)

“Eu estou sabendo disso hoje, eu nem sabia que isso existia. Por outro lado, fiquei até contente de saber que isso existe, que já existiu pelo menos. Acho fundamental. Não sei exatamente como funciona... então acho que seria um momento que a gente poderia dedicar à melhora da equipe como um todo, para a gente poder trabalhar melhor. ” (C04)

As respostas dos participantes apontam para o processo de supervisão clínico-institucional sendo compreendido dentro do descrito por Pires e Mendes (2013) e Alvarez (2014) quanto à expectativas e ações possíveis, mas a dificuldade com a articulação das questões clínicas com as demandas institucionais, a ausência de continuidade e as limitações dos

relatórios em termos de conteúdo e acesso por parte dos envolvidos, prejudicam sua função de formação em serviço e qualificação dos processos de trabalho e cuidado ofertado aos usuários, facilitando compreensões distorcidas quanto à sua função, vista por alguns participantes, conforme já mencionado, como ação de fiscalização.

C. Categoria 03 - Quanto ao supervisor

A terceira categoria produzida a partir dos grupos focais com as equipes (Quadro 09) remete aos aspectos relacionados às funções e ao perfil do supervisor, bem como sua relação com as equipes supervisionadas, segundo a ótica dos participantes.

- **Ações e funções do supervisor**

Os participantes fizeram um relato acerca dimensão ética da supervisão, com um direcionamento para a forma como os supervisores conduziram o processo, colocando o cuidado com as informações sobre o usuário como ponto de orientação para todas as demais condutas dentro do serviço, além do vocabulário utilizado dentro da equipe multidisciplinar, de forma a facilitar a comunicação intra equipe.

“...até a evolução dos prontuários ele explicou para a gente, para que a gente não usasse palavras tão rebuscadas, porque se eu falasse só em termos de psicologia e psicanálise, a assistente social não vai entender... se o psiquiatra falar só termo técnico dele, a gente, outros profissionais, não vai entender... {Psicóloga} ” (C02)

“... a gente viu o compromisso dele com a gente e uma outra pessoa na mesma época não teve o mesmo compromisso... e para mim não teve muito êxito em outro. {Fisioterapeuta e coordenadora} ” (C02)

“... é alguém que chega e bagunça mesmo... como PI falou mesmo... mexe até com o emocional das pessoas que... e isso é bastante importante... é necessário, porque a gente tende a se acomodar... então, quando a pessoa chega e quer trocar os móveis, porque sempre a televisão está no mesmo lugar... já sei que ali até de olho fechado... então isso incomoda... e quando isso acontece faz parte da natureza humana rejeitar essa mudança... {Enfermeira} ” (C03)

Quanto a função do supervisor em ajudar na reorganização dos processos de trabalho do serviço, os profissionais pontuaram sobre ao apoio à equipe na construção de PTS e na condução clínica dos casos, além da inserção do trabalho com grupos e da referência terapêutica no cuidado para com os usuários.

“ A supervisão dele foi para nos dar um norte para fazer o PTS, porque a gente já tem a história dele, da família... com a supervisão clínica, o supervisor vai conduzir melhor, como vai ser o projeto terapêutico singular dele... tanto as questões da saúde quanto a parte social... {Psicóloga} ” (C02)

“... o que eu posso dizer, em resumo, é que todas as questões que ele apontava foram as coisas que eu fui trabalhando ao longo do tempo a equipe, que foi então a primeira coisa a questão dos grupos, não tinha técnica de referência, então eu fui inserindo a questão do técnico de referência... {Psicóloga e coordenadora} ” (C03)

A equipe de C01 reforçou sobre a função que o supervisor teve na articulação com a gestão do serviço, conforme já colocado anteriormente sobre seu papel na mudança de coordenação municipal de saúde mental.

“Em relação à rede em si, através de... existiu uma mediação do próprio supervisor... foi feita a mudança na coordenação... foram feitas algumas reuniões com a gestão, no sentido de solicitar melhoras, melhores salários para todo mundo, uma série de coisas teve como consequências algumas promessas, mas olhando para hoje, não aconteceu nada... {Médico Psiquiatra} ” (C01)

• Perfil do Supervisor

Os profissionais responderam quanto ao perfil desejado para um supervisor, fazendo algumas indicações para a forma como o profissional deve conduzir o processo de supervisão, como um equilíbrio entre a clínica e a instituição, incorporando tanto aspectos da vivência acadêmica quanto questões da experiência prática com a RAPS.

“...uma pessoa com capacidade de estar discutindo questões clínica e também uma pessoa com capacidade de ter uma visão política, uma visão institucional, ou seja, não seria somente uma pessoa altamente clínica para poder discutir os casos, isso é importante. Além disso a pessoa também teria que ter uma vivência, uma experiência, que ter uma visão mais macro da organização dos serviços, o sistema de saúde... tudo isso para podermos construir do ponto de vista institucional também. {Médico Psiquiatra} ” (C01)

“...esse supervisor tem que ser especializado em Saúde Mental... porque se ele foi colocado politicamente no cargo e não saber nada de Saúde Mental... porque a gente vê as cobranças que vem para os profissionais, como por exemplo o judicial, que não conhece de saúde

mental... penso que o supervisor tem de ter passado por isso, ter vivido essa experiência de CAPS para poder nos ajudar... {Artesã} ” (C03)

“... uma pessoa com conhecimento técnico... também acho que com experiência... com experiência em CAPS, pois só assim ele consegue apontar, direcionar... alguém que a gente possa dar um voto de confiança... {Psicóloga e coordenadora}

...então tem que ter os dois, teoria e prática... por que não adianta conhecer a portaria de cabo a rabo se não tem a vivência... {Enfermeira} ” (C03)

“E que tenha essa interface com o institucional também, acho que os dois andam, no nosso serviço, andam em paralelo... Não tem como a gente dizer que é só clínico, a gente tem que ter essa interface de ambos, tem que ser um profissional que tenha esse entendimento tanto clínico quanto institucional, que possa fazer esse casamento e como que isso se aplica aqui na prática, penso eu... {Psicóloga} ” (C04)

Quanto à escolha do supervisor, cada equipe colocou de uma forma diferente. Em C01, o supervisor foi escolhido diretamente pelas equipes envolvidas, que levaram em consideração o vínculo e a proximidade do profissional com a rede. Já em C02 o supervisor foi escolhido por seleção de currículo organizada pela gestão municipal e a equipe de C03 desconhecia como feito tanto o projeto de supervisão quanto a escolha do supervisor. Os profissionais de C04 justificaram a escolha por conta de uma das profissionais ter participado de curso de especialização ministrado pela supervisora.

“A escolha foi feita nas reuniões que a gente tem de forma sistemática e o nome dele foi porque ele já trabalhou no CAPS geral, trabalhou depois no CAPSad, tinha um bom vínculo com a rede, conhecia a rede e já fazia um bom tempo que estava fora. {Psicólogo} ” (C01)

“...eu conhecia a supervisora ... tinha acabado de vir de uma especialização, onde eu tinha conhecido vários supervisores com essa perspectiva clínico-institucional... como você já conhece o trabalho, já conhece o profissional, então isso também estimulou bastante assim, motivou a participar... {Psicóloga} ” (C04)

Todas as equipes trouxeram a compreensão do supervisor como alguém que olha de fora do serviço.

“...esse supervisor viria com esse olhar de fora, porque a gente que é de casa... acha que está fazendo um bom trabalho... eu acredito que estamos exercendo direito o trabalho, mas talvez ainda falte... a gente precisa de um olhar... de uma pessoa neutra... que não esteja tão vinculada ao processo... para nos dar um norte... para nos dar críticas tentando melhorar... que nos consiga apontar caminho que muitas vezes

a gente não conseguiu ver... talvez esse suporte de fora possa nos tornar cada vez mais capacitados para estar atendendo essa demanda. {Enfermeira} ” (C03)

• **Relação Supervisor-Equipe**

A última subcategoria de análise discorre sobre a relação do supervisor com as equipes supervisionadas. No trabalho com a equipe C01 houve uma participação ativa do supervisor no apoio a mobilizações políticas dos profissionais;

“ Teve várias ações... a ocupação da escola de saúde por alguns minutos, com faixas, teve uma carreata... pela cidade inteira, uma mobilização, que saiu notícia no jornal local... algumas atitudes que nós tomamos que é possível que a gente tenha tido coragem de fazer até pelo apoio do supervisor... ele percebia que nossas queixas eram reais e que, de uma certa forma, não eram descabidas. {Médico Psiquiatra} ” (C01)

O supervisor também foi descrito como um profissional que ajudou na mediação da relação tanto entre os membros da equipe como com a rede a qual estavam inseridos

“...eu acho que naquele momento, ele serviu como um mediador, para que os profissionais pudessem colocar as suas ansiedades, suas queixas em relação ao próprio sistema de saúde, não só da rede, mas de maneira geral... {Médico Psiquiatra} ” (C01)

“...o supervisor era uma espécie de mediador mesmo, não no sentido de estar definindo quem está certo ou está errado, mas de abrir os olhos dos dois lados, para ver as falhas, de procurar potencializar essa equipe... {Médico Psiquiatra} ” (C01)

“...mesmo cada um tendo seu conhecimento há a necessidade de se ter um supervisor, até porque ele vai nos trazer uma abertura maior para que a gente possa trabalhar no dia-a-dia, não só com o usuário, mas com toda a equipe técnica... {Assistente Social} ” (C02)

“... ele agiu num momento em que a equipe estava tão adoecida pelo estresse do trabalho e ele entrevistou na equipe. Ele fez um olhar para que a gente fizesse uma introspecção de todo o nosso trabalho para que a gente não misturasse trabalho com as nossas subjetividades. {Psicóloga} ” (C02)

A equipe C03 foi a única entre os serviços participantes a colocar que não é função do supervisor intervir nas relações entre os membros da equipe, uma vez que entendem que isso é uma função do coordenador do serviço. A mesma equipe já havia relatado a compreensão do supervisor

como um fiscal acerca da execução ou não da política de saúde mental, além de associarem à supervisão a troca de profissionais da equipe após o término do processo.

“Eu penso que ele deve fazer a função de supervisor... independente dele gostar ou não de alguém.... ele tem que levar em conta que somos companheiras de trabalho... ele tem que saber separar as coisas... acho que o supervisor tem que ter a neutralidade em primeiro lugar, tem que procurar conhecer cada um... {Técnica de Enfermagem}

É... mas isso que eu estou aqui pensando... porque ele vai ter que resolver esse conflito... {Psicóloga e coordenadora}

Ele é só um visitante... que vem aqui a cada quinze dias... {Assistente Social}

Eu acho que é uma coisa do cotidiano, que não tem nada que a ver com ele... então ele deve ficar de fora... isso é função da coordenadora, pois ele não sabe do que acontece no cotidiano da equipe... {Enfermeira} ” (C03)

A assistente social da equipe de C02 ainda colocou sobre a importância do supervisor trazer conhecimentos para a equipe.

“...naquela ocasião, que nós tínhamos um supervisor, era de suma importância porque ele também trazia conhecimentos de fora. E esse conhecimento fazia o quê? Engrandecia cada vez mais a nossa equipe. {Assistente Social} ” (C02)

Pires e Mendes (2013) e Alvarez (2014) já haviam sugerido o supervisor como um agente mediador da reflexão crítica dos processos de trabalho e ao mesmo tempo um interlocutor da prática dos serviços com as diretrizes das políticas públicas. Finaliza-se com o questionamento acerca da posição do supervisor diante da equipe e do processo decisório, uma vez que duas das equipes participantes, C01 e C03, atribuem ao mesmo mudanças de gestão e de membros a equipe, respectivamente.

5.4. Integração das Etapas do Estudo – Uma visão teórico-propositiva para o exercício da supervisão

Com a finalidade de integrar os dados produzidos pelas etapas do estudo, será realizada a triangulação das análises dos dados, ao agrupar neste tópico as principais constatações alcançadas em cada momento da pesquisa, considerando-se os objetivos iniciais, que partiram da necessidade de se compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Qual o perfil do supervisor clínico-institucional?

Os resultados encontrados em todas as etapas do estudo descrevem a figura do supervisor majoritariamente graduado em Psicologia, com experiências significativas tanto acadêmica quanto prática, inclusive no que diz respeito à produção de conhecimento científico via pós-graduações *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado). Quando se leva em conta a segunda graduação mais frequente, que foi a Medicina, percebe-se que o supervisor clínico-institucional possui uma formação clínica de origem, dadas as características da formação em Psicologia e Medicina. A interlocução da prática com a academia na formação do supervisor foi identificada como uma necessidade em todas as etapas e por todos os participantes do estudo.

Um dado verificado foi a compreensão dos participantes de que a graduação não está conseguindo preparar os profissionais para o trabalho nos dispositivos de atenção em saúde mental, com a percepção que até mesmo os aspectos da clínica tradicional estão sendo ensinados de forma precária. Os supervisores destacaram ainda para importância da troca de experiências com outros profissionais atuantes neste dispositivo, compreendendo a necessidade da supervisão ser conduzida para além de uma abordagem teórica específica. As equipes supervisionadas participantes deste estudo ainda complementam sobre a importância do supervisor ter a habilidade de equilibrar a discussão da clínica com as demandas institucionais.

Qual o papel do supervisor clínico-institucional?

Muitas ocorrências, em relação ao papel do supervisor apareceram nas etapas do estudo, tendo nesse personagem a figura de um mediador e facilitador dos processos de trabalho, como um agente de

desenvolvimento de estratégias de humanização das equipes supervisionadas e interlocutor externo para as questões de relacionamento interpessoal. O apoio à equipe na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e na condução clínica dos casos foram as principais demandas relatadas pelas equipes que passaram por supervisão e que também colaboraram com este estudo, corroborando com o papel educador do supervisor, constatado nas demais etapas.

A compreensão do supervisor como um agente fiscalizador foi relatada por uma das equipes, que não conseguia diferenciar a sua função com a do coordenador do serviço. Em outros momentos o supervisor aparece mediando a relação da equipe com a gestão, tendo inclusive uma situação onde esse profissional teve papel ativo na mudança de coordenação municipal de saúde mental. Alguns profissionais participantes relataram a influência da supervisão na mudança de profissionais da equipe, também sendo comuns relatos de total desconhecimento da supervisão e seus objetivos. Defende-se aqui, que para futuros processos de supervisão, construam-se mecanismos para a sensibilização dos profissionais e construção de supervisões que tenham maior envolvimento dos atores, no sentido de compreender o processo e o supervisor como um agente mediador da reflexão crítica dos processos de trabalho e ao mesmo tempo um interlocutor da prática dos serviços com as diretrizes das políticas públicas, conforme defendido por autores na literatura (Pires e Mendes, 2013; Alvarez, 2014).

Quais as matrizes teórico-metodológicas utilizadas nas supervisões clínico-institucionais?

A psicanálise aparece como a principal referência teórico-metodológica dos supervisores clínico-institucionais, indicando sua importância no desenvolvimento de processos de escutas das equipes envolvidas no cuidado em saúde mental. Por outro lado, os supervisores de tal abordagem foram, entre os participantes, os que apresentaram menor concordância quanto a atividades organizativas da supervisão, como o uso de ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde (PES), apresentando dificuldades em se organizar a partir das demandas dos serviços supervisionados e na utilização de procedimentos e técnicas para além de seu referencial epistemológico. Questiona-se se isso deve a uma limitação teórico-prática dos supervisores envolvidos ou se a clínica psicanalítica, essencialmente voltada para uma vertente intraindividual, apresenta dificuldade em se transpor para uma vertente psicossocial, considerando os aspectos intersubjetivos dos atores envolvidos.

Os supervisores que indicaram outros referenciais teóricos para suas práticas, em especial os referenciais fenomenológico e sistêmico, mostraram-se mais flexíveis às demandas dos territórios e equipes supervisionadas, bem como mostraram-se mais abertos a ampliar a supervisão para além de uma equipe, incorporando atores intersetoriais e, em algumas situações, envolvendo a gestão municipal no processo de supervisão.

Quais os modelos de atenção norteadores das práticas de supervisão?

Em concordância com as propostas do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, o Modelo de Atenção Psicossocial surge como a estratégia assistencial majoritária entre os profissionais participantes, ora aparecendo isoladamente ora aparecendo combinado com outros modelos de referência. Essa evidência vai ao encontro da proposta de construção de uma nova clínica, em especial nos novos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que integre os atores envolvidos no cuidado, superando diferentes compreensões e racionalidades (Onocko-Campos, 2001; Campos, 2002, Onocko-Campos, et al., 2009; Mendes, 2010; Cunha & Campos, 2011).

Destaca-se ainda que os supervisores que se utilizam do referencial psicossocial como modelo de atenção são os que apresentaram menor concordância com a organização da supervisão a partir da orientação teórica do supervisor, além de também apresentarem a compreensão de que a supervisão não é uma atividade que deva ser prioritariamente conduzida por profissionais da área ‘Psi’ (Psiquiatria e Psicologia). Por outro lado, participantes que disseram ter a clínica ou a análise institucional como modelo de atenção de suas práticas apresentaram as menores concordâncias em relação à ocorrência da supervisão em virtude de problemáticas específicas do território, com significativa tendência a discordar da necessidade de articulação de reuniões periódicas com a gestão municipal ao longo da supervisão. Tais profissionais, em sua maioria, também disseram se utilizar do referencial psicanalítico em suas práticas.

Um desafio para futuros processos de supervisão é a articulação dos aspectos clínicos junto às equipes supervisionadas, ampliando-se para além do modelo tradicional, focado essencialmente na vertente intrasubjetiva e em um *setting* terapêutico restrito ao consultório enquanto espaço físico, em conjunto com a já discutida limitação em se ampliar a supervisão para além de uma abordagem teórica específica. A

organização das Escolas de Supervisores apresenta-se como espaço em potencial para essa construção dialética de estratégias que visem preparar o supervisor para lidar com as condições em que se encontram as equipes, muitas vezes imersas nos aspectos institucionais, em detrimento da dimensão clínica, que também remete à limitações em suas formações para o cuidado em saúde mental.

Quais as compreensões dos profissionais participantes acerca dos objetivos e funções da supervisão clínico-institucional?

Quanto aos objetivos do dispositivo, a supervisão apareceu em todas as etapas sendo compreendida no sentido em que Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) e Alvarez (2014) apresentaram como um “projeto ético-político”, na defesa e busca pela consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como espaço de articulação política, sendo colocada sua importância na mediação da implementação da política de atenção. Os supervisores inclusive relataram a dificuldade da gestão em compreender esse processo como um espaço de construção permanente e de ressignificações das políticas públicas, conforme também destacado por Alvarez (2014).

Também foi percebido uma diferença na compreensão dos objetivos da supervisão entre supervisores e equipes supervisionadas, sendo que estas últimas apresentavam a percepção verticalizada da organização do processo com objetivos centrados mais nas demandas da gestão do que nas necessidades dos trabalhadores e usuários. Entretanto, equipes que haviam passado por supervisões anteriores mostraram-se mais receptivas e com maior apropriação da supervisão promovida pelo edital de referência para este estudo. Já os supervisores destacaram a importância da dimensão clínica como objetivo da supervisão, compreendendo esse espaço também como articulador das relações interpessoais, com o supervisor tendo potencialmente a capacidade de intermediar questões clínicas de assistência, que necessariamente dependem dessa relação entre os membros da equipe.

A articulação intersetorial, importante para o exercício de uma clínica ampliada e para a organização da RAPS, também foi outro objetivo da supervisão relatado pelos participantes em todas as etapas, que compreendem esse espaço como estratégico para a construção de ações intersetoriais, tendo no Apoio Matricial a força motriz para o fortalecimento de tal articulação. A dificuldade na relação com a rede e o consequente desconhecimento entre os serviços da mesma, indicam um ponto de intervenção importante para a supervisão, dada sua proposta

dialética e democrática por definição e constituição (Sampaio, Guimarães, & Abreu, 2010).

Uma última função da supervisão clínico-institucional verificada foi a de processo de Educação Permanente, constituindo-se como uma ponte entre a teoria e a prática, de qualificação dos processos de trabalho e de formação política. Ao mesmo tempo, ainda quanto ao caráter pedagógico da supervisão, os profissionais, supervisores e equipes, clamam também por maior aporte teórico, não somente para o trabalho nos serviços de saúde mental, como na construção de Projetos Terapêuticos Singulares e/ou Institucionais, mas também para a própria execução do processo de supervisão.

Quais os aspectos estruturais e estratégicos relacionados à logística e organização das supervisões?

Os participantes responderam sobre a estrutura das supervisões, bem como acerca das estratégias utilizadas nas supervisões. Os encontros foram, em sua maioria, organizados com periodicidade quinzenal, com quatro horas de duração, com algumas supervisões ocorrendo em intervalos mensais, com duração de 8h por encontro. Apesar de relatarem os benefícios de terem passado pela supervisão, as equipes supervisionadas questionaram o curto período e a falta de continuidade do processo, em concordância a percepção dos supervisores.

Uma parte importante das supervisões não ocorreram ou foram desenvolvidas parcialmente, sendo os supervisores nessa condição os menos motivados e os mais autocríticos em relação ao seu desempenho na condução do processo de supervisão. Esse mesmo grupo foi o que mais ressaltou sobre a necessidade de criação de linha específica de financiamento da supervisão por parte da Coordenação de Saúde Mental, juntando-se aos demais participantes na opinião de que a supervisão deveria ser uma ferramenta de educação permanente e não uma ação isolada. Alguns participantes questionaram a ausência do ente estadual na organização das supervisões, mas defenderam que esta deve ser construída a partir da articulação conjunto entre município e Coordenação Nacional de Saúde Mental.

A maioria das supervisões foram organizadas dos CAPS para a rede, sendo aqueles serviços também os responsáveis pela elaboração do projeto de supervisão. O processo de supervisão começa com a realização de diagnóstico situacional e levantamento de demandas e expectativas das equipes, além de alguns supervisores também optarem por realizar uma sensibilização acerca da supervisão e seus objetivos, conforme observado

nos relatórios. As discussões de casos e a consequente elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) foram as principais ferramentas de articulação dos encontros, com a presença de relatos de preocupação quanto a elaboração de um Projeto Terapêutico Institucional (PTI).

A utilização de ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde (PES) foram citadas como importantes para a organização dos encontros, juntamente com o uso de técnicas de dinâmicas de grupo e capacitações teóricas sobre os conceitos teórico-epistemológicos e a legislação em saúde mental, junto com a demanda sobre atenção à crise e judicialização em saúde. Também foram inseridas discussões relacionadas às estratégias de Redução de Danos no contexto de atenção à demanda de álcool e outras drogas, com as equipes destacando a importância da discussão dessa temática nas supervisões, juntamente com a atenção à criança e ao adolescente, entendendo esses temas como transversais a toda a saúde mental.

Quais as percepções acerca da relação com a gestão durante as supervisões?

A relação com a gestão durante o processo de supervisão foi ponto de divergência entre os participantes, ora aparecendo como um facilitador ora como um dificultador. Os supervisores entrevistados na terceira etapa do estudo concordaram que, enquanto organização inicial, o apoio da gestão foi importante para suas entradas nos serviços supervisionados, mas que com o andamento das atividades foram emergindo limitações e conflitos, com tentativas de interferência no processo, com a percepção de um dos participantes de que a expectativa inicial era a de que sua entrada nos serviços “*podia dar conta de alguns nós institucionais que existem*”.

Entre os requisitos dos editais de financiamento da supervisão clínico-institucional estava a assinatura de termo de compromisso por parte do gestor, que assumia a responsabilidade de criar condições para a execução do processo de supervisão e não como uma agente meramente burocrático, responsável apenas por recolher os relatórios dos encontros. Defende-se aqui o aperfeiçoamento dos mecanismos de registro e acompanhamento das supervisões, com a urgência de pactuação e criação de mecanismos e indicadores, bem como a criação de canais de comunicação mais efetivos entre os envolvidos, para além da simples

“*prestação de contas*”, incorporando também ações suporte ao supervisor na execução do dispositivo.

Como as questões clínicas foram trabalhadas nas supervisões?

Como discutido anteriormente, percebeu-se que a compreensão da supervisão como um espaço de discussão da clínica em saúde mental apareceu como uma demanda dos supervisores, mas de difícil apropriação por parte das equipes supervisionadas. Todas as equipes e supervisores participantes do estudo definem o espaço de supervisão como uma ação de educação permanente, destacando a discussão da clínica em saúde mental como um de seus objetivos principais, com os profissionais relatando as dificuldades de se conseguir fazer essa discussão no dia-a-dia dos serviços, sem a presença de um interlocutor externo.

As questões clínicas apareceram em comentários realizados geralmente por profissionais com graduações em psicologia ou em medicina, não sendo observados em profissionais de outras categorias. Até mesmo entre os supervisores participantes verificou-se que essa temática era menos discutida entre profissionais fora das chamadas área ‘*psi*’ (Psicólogos e Médicos Psiquiatras). Os participantes trouxeram a expectativa de suporte nas questões do exercício da clínica, chamando a atenção para a demanda por ter na supervisão um espaço para a discussão de casos, com vistas a melhorar a compreensão do perfil dos usuários atendidos e auxiliar na construção e efetivação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e institucionais (PTI).

A construção dessa nova clínica em saúde mental, com foco nos aspectos psicossociais do cuidado e centrada no território (Campos, 2002; Vasconcelos, 2008b), apresenta-se como o grande desafio da supervisão clínico-institucional, tanto para os supervisores quanto para os profissionais participantes, que ainda apontam para as limitações impostas pelas realidades dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evidenciando a dificuldade de sua implementação com as condições operacionais existentes.

Ainda nessa temática, foram colocadas pelos participantes a percepção acerca das ainda existentes disputas de poder entre abordagens teóricas, que acabam por prejudicar a assistência, a reflexão e a construção dialética de propostas para a sistematização do cuidado e dos processos de trabalho. Um dos supervisores ainda pontuou, em convergência com Merhy (2004), sobre a dificuldade dos CAPS em se posicionarem diante da rede de cuidado, apontando para a promessa desses serviços assumirem a responsabilidade por toda a demanda em

saúde mental, compreendendo essa questão como um ‘engano’ por parte dos atores envolvidos, destacando a importância da intersectorialidade como solução para essa dificuldade.

Os dados remetem para uma compreensão acerca da urgência da discussão da clínica no cotidiano, não somente durante a supervisão, mas na rotina dos serviços da RAPS como um todo. Entretanto, o que se observou foi uma dificuldade significativa na articulação das questões clínicas, que não conseguia ampliar a visão do cuidado para além da discussão de casos individualizada e intra-equipe, não atingindo a perspectiva intersectorial. O que se observou foram fatores como a dificuldade de compreensão do que é uma supervisão, atrelada às limitações provocadas pelas questões institucionais, impedindo as supervisões de realizarem uma efetiva educação permanente em relação à clínica em saúde mental, permanecendo de forma superficial e, muitas vezes idealizada, facilitando (in) compreensões distorcidas acerca das temáticas envolvidas na saúde mental, conforme mencionadas por autores da nossa revisão da literatura (Onocko-Campos, 2001; Bueno & Caponi, 2009; Onocko-Campos, et al., 2009; Amarante, 2010; Faria, 2011; Oliveira & Passos, 2012).

Onocko-Campos (2001), descrevendo sua experiência como supervisora, já apontava para os riscos dessa priorização dos aspectos institucionais em detrimento dos aspectos clínicos, potencializando discursos “idealizados da loucura” e uma “negligência em relação à doença” devido a um afastamento das discussões clínicas do cotidiano dos serviços, o que indica a emergente necessidade de articulação entre as dimensões clínicas e institucionais envolvidas no cuidado e nos processos de trabalho.

Como as questões institucionais foram trabalhadas nas supervisões?

As questões institucionais, conforme observadas e discutidas anteriormente, tomaram a maior parte do tempo das supervisões, seja na intervenção do supervisor nos processos de trabalho seja na mediação das relações interpessoais, emergindo assim a necessidade da supervisão apresentar-se como espaço para a elaboração de PTI. Os serviços participantes, bem como consta nos relatórios e nas respostas dos supervisores, apresentam importantes precariedades estruturais, como rotatividade dos profissionais, insegurança empregatícia e ausência de planos de carreira. Tais situações, aliadas a movimentos políticos nos municípios, eram levadas para as supervisões, impedindo a discussão

mais aprofundada dos aspectos clínicos, ou mesmo a sistematização de ações intersetoriais, como o supervisor tendo que mediar a relação equipe-gestão em vários momentos das supervisões analisadas neste estudo.

Quais as implicações da supervisão clínico-institucional observadas pelos participantes?

As respostas e considerações dos participantes indicam a importância do dispositivo da supervisão clínico-institucional na organização e qualificação da RAPS, com essa compreensão convergindo entre todos os atores participantes, em coerência com as propostas discutidas na literatura. Mas faz-se importante finalizar essa discussão com as colocações realizadas acerca do que os profissionais perceberam como limitadores e facilitadores do processo de supervisão, bem como o produto que o mesmo deixou nos serviços supervisionados.

As dificuldades relacionadas à logística das equipes em se organizarem durante o processo de supervisão foram bastante relatadas pelos participantes, com relatos de baixa frequência e alternância nas presenças nos encontros, em especial de enfermeiros e médicos, sendo a ausência deste último a mais constante. Essa limitação era potencializada pela rotatividade na composição das equipes e inclusive nas coordenações de alguns serviços, prejudicando a continuidade das supervisões. Outra dificuldade observada foi o pouco relato de participação na supervisão de outros atores da rede de atenção, seja de outras secretarias seja da atenção básica ou, até mesmo, de outros CAPS do município, trazendo a importância da supervisão na articulação com a rede de atenção e para o desafio da intersetorialidade enquanto ponto estratégico do cuidado.

A comunicação entre supervisor e equipe também apareceu como um limitador, com relatos de que a linguagem utilizada era de difícil acesso a alguns dos participantes, com situações de troca de supervisor ou mesmo a interrupção da supervisão por conta da insatisfação das equipes. A questão da linguagem utilizada foi motivo de discussões no sentido de que profissionais fora da área “Psi” (Médicos Psiquiatras e Psicólogos) acabavam por ficarem ‘inibidos’ nas discussões”. Outras dificuldades percebidas foram relacionadas ao fato da supervisão não ser consensual em algumas equipes, sendo o processo uma demanda mais da gestão do que dos profissionais, o que acabava por ter uma influência negativa tanto em questões burocráticas e situações relacionadas à política municipal quanto em confrontos entre equipe e gestão.

Os profissionais ainda relataram a ausência de continuidade como um dos principais entraves para o processo de supervisão, pontuando sobre o tempo de um ano ser pouco para o desenvolvimento de alguma mudança significativa nos processos clínicos e institucionais dos serviços, uma vez que o curto período acabava por favorecer a imersão do supervisor em questões institucionais e burocráticas. Essa descontinuidade foi descrita como fruto da ausência de iniciativa das gestões municipais aliada ao distanciamento da Coordenação Nacional de Saúde Mental do processo de supervisão, apresentando assim uma desarticulação entre as instâncias envolvidas (municipal, estadual e federal). Também foram pontuadas as dificuldades relacionadas ao pagamento e deslocamento dos supervisores aos municípios, além da organização dos serviços e de sua gestão para receber a supervisão, que nem sempre respeitava os acordos previamente firmados para a sua execução.

Em relação aos movimentos facilitadores do processo de supervisão verificou-se a percepção de que a mesma propiciou uma melhora nos aspectos interpessoais e fortalecimento das equipes, no aumento da segurança em relação às demandas de saúde mental e na melhor organização dos processos de trabalho, compreendendo que houve uma maior visibilidade dos ‘nós críticos’ institucionais. As supervisões também motivaram a autoanálise das equipes, bem como a motivação para discussão de PTI, melhora do trabalho interdisciplinar e inserção de procedimentos como: referência terapêutica, avaliação interdisciplinar, ações de fortalecimento do protagonismo dos usuários e melhora na discussão e condução de casos clínicos.

Ainda foi destacada a sensibilização para temas transversais à Saúde Mental, como judicialização, uso abusivo de medicamentos e aproximação com a comunidade, com a supervisão ajudando no maior conhecimento do território e mapeamento dos recursos disponíveis, com os profissionais apresentando uma maior apropriação da demanda. O aumento das ações intersetoriais também foram destacadas como implicações positivas da supervisão, com serviços implementando inclusive grupos em saúde mental na Atenção Básica, melhorando assim a articulação e comunicação com a rede de serviços, em específico com a construção de estratégia de Apoio Matricial.

As supervisões ainda deixaram produtos, isto é, ações e pactuações dos serviços supervisionados, tanto internas quanto externas. Em um dos serviços destaca-se a inserção da residência multiprofissional em saúde mental no processo, onde os profissionais envolvidos entendem que ajudou a qualificar o processo de supervisão, em especial com as

discussões políticas com a gestão, com o supervisor destacando a presença de residentes e profissionais da academia influenciando na forma com que alguns profissionais lidavam com a supervisão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar compreender a forma como as diferentes matrizes teórico-metodológicas dialogam com as práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do dispositivo estratégico e programático da Supervisão Clínico-Institucional, foi possível verificar e cartografar as várias interfaces desse processo: o perfil do supervisor *versus* as expectativas das equipes supervisionadas; as percepções dos supervisores em contraponto com as percepções dos profissionais quanto às implicações das supervisões; as estratégias utilizadas no planejamento e execução do processo, entre outros aspectos.

O recorte inicial de se avaliar a supervisão nos componentes da RAPS destinados à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, foco do edital de supervisão utilizado como referência para este estudo, demandou uma ampliação do olhar para a compreensão das ações de educação permanente em saúde mental como um todo, dado o caráter exploratório da pesquisa e a restrição da literatura quanto à avaliação do dispositivo supervisão clínico-institucional. Sendo assim, foi importante pensar as implicações entre a área da saúde mental e as especificidades das demandas dos problemas relacionados ao uso de drogas, que nela estão contidas.

A necessidade de se explorar uma temática com limitações bibliográficas, somada à emergente importância de se cartografar, descrever e avaliar uma ação programática que foi tão importante na consolidação da Rede de Saúde Mental, levou a construção de um método que propiciasse a triangulação de informações objetivas e quantificadoras, verificadas junto aos questionários e relatórios, com as compreensões singulares e intersubjetivas, produzidas pelas entrevistas com supervisores e grupos focais, realizados com profissionais das equipes supervisionadas. A estratégia acabou por se mostrar acertada, uma vez que propiciou a visualização de um panorama da organização e percepção sobre a Supervisão Clínico-Institucional.

A tarefa mostrou-se exaustiva, dadas as limitações referentes à forma como o material estava arquivado junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, bem como a dificuldade de acesso aos supervisores e equipes supervisionadas. Por outro lado, o fato do pesquisador estar imerso no campo, enquanto trabalhador da saúde mental, e a disposição dos participantes em colaborar para a compreensão e qualificação, não somente da supervisão, mas da atenção em saúde mental como um todo, foi um importante facilitador da construção e operacionalização deste

estudo. Por uma questão de escolha e limitação operacional, a percepção dos usuários quanto às implicações das supervisões nos serviços não foi contemplada nesta pesquisa, mas entende-se que futuros estudos devem ser realizados incorporando esse importante protagonista.

Os resultados descrevem a Supervisão Clínico-Institucional como uma ferramenta de educação permanente, com potencial para intervir no cotidiano das equipes em diferentes espaços, como os processos de trabalho, as ações intersetoriais, os relacionamentos interpessoais intra e extra equipe, nas diretrizes e construções clínicas, além de incorporar transversalmente a dimensão ética e estética do cuidado em saúde mental. Como estratégia de ‘trabalho vivo’, isto é, de construção e reconstrução permanente, os dados verificados também apresentam as dificuldades enfrentadas no exercício da supervisão.

A contratualização do supervisor e a logística das supervisões mostraram-se um nó-crítico a se considerar no momento de planejar futuros processos de supervisão, considerando-se o número de projetos interrompidos ou que sequer foram iniciados, mesmo sendo aprovados junto aos editais de chamada de supervisão. A questão do financiamento também se mostrou um limitador do processo, seja na viabilização do deslocamento e alojamento do supervisor para o município de ocorrência da supervisão seja, inclusive, no pagamento dos honorários relativos ao trabalho executado. Emerge, assim, a necessidade de planejamento por parte das gestões envolvidas (independente do ente federativo), no sentido de suprimir entraves burocráticos que possam interferir e limitar uma ferramenta tão importante para a qualificação do cuidado, como é a Supervisão Clínico-Institucional.

Outro desafio, verificado nos dados do estudo, consiste na sistematização de supervisões, que consigam articular as dimensões clínica e institucional, equilibrando as demandas relacionadas aos processos de trabalho e estruturação dos serviços, tais como os relacionamentos entre os profissionais e destes com as gestões, com a necessidade de construção e execução de uma clínica ampliada em saúde mental, centrada na singularidade dos sujeitos e suas interações como o território e rede social de suporte.

O estudo indica para a questão da continuidade das supervisões, compreendendo-se que a limitação de um ano, prevista nos editais, é insuficiente para a sua plena execução e que o dispositivo deve ser constituído como uma ação permanente junto aos dispositivos da RAPS.

Uma reflexão ainda necessária diz respeito à formação do supervisor clínico-institucional, sendo que as Escolas de Supervisores apareceram como dispositivos ainda distantes da realidade das

supervisões realizadas, mas que representam um espaço estratégico para a discussão e consolidação da Atenção Psicossocial, enquanto proposta para a saúde mental brasileira, considerando-se a persistente presença de discursos no sentido dos CAPS reproduzirem o modelo manicomial e da dificuldade de construção de ações no sentido de reverter esse processo.

Essa compreensão do cuidado, organizado por meio de uma equipe multidisciplinar, com ações interdisciplinares para um fenômeno transdisciplinar e complexo, remete à necessidade da supervisão constituir-se como dispositivo permanente e da capacidade do supervisor estar preparado para atuar como agente emancipador diante da recorrente rotatividade de profissionais nos serviços da RAPS, muitas vezes inseridos nos serviços sem o conhecimento necessário para o pleno exercício do cuidado em saúde mental.

Aliás, a construção da qualificação da clínica ampliada e o consequente manejo dessa produção em saúde, para além de abordagens teóricas específicas, é a maior das indicações evidenciadas neste estudo, isto é, ao invés de partir de uma teoria intradisciplinar, compreende-se que o exercício dessa clínica passa, necessariamente, pela sua compreensão enquanto núcleo paradigmático interdisciplinar, dinâmico e em constante ressignificação.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, P. S. (2014). Supervisão Clínico-Institucional: Refletindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. *III Convibra Gestão, Educação e Promoção da Saúde, Anais Online*. Acesso em 26 de 02 de 2017, disponível em www.convibra.com.br/dwp.asp?id=9492&ev=77
- Alverga, A., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 299-316.
- Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente & Cérebro*, 30-35.
- Amarante, P. (2010). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (4ª Reimpressão ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, T., Lurie, P., Medina, M., Anderson, K., & Dourado, M. C. (2001). The Opening of South America's First Needle Exchange Program and an Epidemic of Crack Use in Salvador, Bahia-Brazil. *AIDS and Behavior*, 5, 51-64.
- Arona, E. d. (2009). Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*, 18(supl.1), pp. 26-36.
- Assis, J. T., Barreiros, G. B., & Conceição, M. G. (2013). A internação para usuários de drogas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 16 (4), 584-596.
- Backes, V. S., Niersche, E. A., Camponogara, S., Schmidt, S. S., Saurin, M. G., Baccin, E. G., . . . Zillmer, É. M. (2000). *A parceria docência e os serviços de saúde: uma proposta de Educação Continuada*. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria.

- Barban, E., & Oliveira, A. (jan-mar de 2007). O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Arq Ciênc Saúde*, 14(1), pp. 52-63.
- Barleta, C. M. (2013). A Supervisão Clínico-Institucional. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, 29-45.
- Brasil, M. (2001). Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. "*Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira*". Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2005b). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento Apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2008a). *IV Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial ("Supervisão IV")*. Brasília.
- Brasil, M. (2008b). PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2010a). *V Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília.
- Brasil, M. (2010b). *VI Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Rede de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas. ("Supervisão VI - AD")*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2010c). *VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Supervisão de Processos de Desinstitucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil, M. (2011). *VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras drogas*. . Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2012). *PORTARIA GM Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2013). *Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional* . Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. (2014b). *Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. Acesso em 22 de Junho de 2014, disponível em Ministério da Saúde: portalsaude.saude.gov.br/index.php
- Brasil, M. d. (2005a). *PORTARIA Nº 1174/GM DE 7 DE JULHO DE 2005*. Acesso em 22 de Janeiro de 2014, disponível em Ministério da Saúde:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>
- Brasil, M. d. (2014a). *Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e/ou outras drogas*. Fonte: Portal da Saúde-SUS:
<http://portal.saude.gov.br/404.html>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004a). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2.ed. (rev. ampl) ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005a). *PORTARIA Nº 1174/GM DE 7 DE JULHO DE 2005*. Acesso em 22 de Janeiro de 2014, disponível em Ministério da Saúde:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e/ou outras drogas*. Fonte: Portal da Saúde-SUS:
<http://portal.saude.gov.br/404.html>

- Brasil, P.-C. (2006). LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Brasília.
- Bueno, M., & Caponi, S. (2009). A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface - Comunicação., Saúde, Educação.*, 137-50.
- Campos, G. (2002). A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Em G. W. Campos, *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), pp. 975-986. Acesso em 16 de Agosto de 2014, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 41-65. Acesso em 16 de Agosto de 2014, disponível em www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Guia Prático para a análise qualitativa*. (J. E. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, I., & Oliveira, M. B. (2014). Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *SAÚDE DEBATE*, 38(101), 359-67.
- Conselho Nacional de Saúde. (12 de Dezembro de 2012). RESOLUÇÃO Nº 466. *Documento Público*. Brasília.
- Costa, M. S., Figueiró, R., & Freire, F. M. (2014). O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo

de Caso. *Temas em Psicologia*, 22 (4), 839-851. Acesso em 24 de setembro de 2017

- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2ª ed.). (L. O. Rocha, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, M. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. Em O. Cirino, & R. Medeiros, *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), pp. 961-970.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia* (5ª ed.). (L. Viali, Trad.) Porto Alegre: Penso.
- Davini, M. (1994). Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. Em J. Haddad Q., M. C. Roschke, & M. Davini, *Educación Permanente de Personal de Salud (Serie Desarrollo de Recursos Humanos)* (pp. 109-26). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), pp. 63-74.
- Faria, J. G. (2009). Territorialidade, Privacidade e Atenção em Saúde Mental. Em A. Kuhnen, R. M. Cruz, & E. Takase, *Interações Pessoa-Ambiente e Saúde* (pp. 95-115). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faria, J. G. (2011). RACIONALIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DE PROFISSIONAIS DE CAPSad: Implicações para as práticas e cuidados no serviço. Florianópolis.

- Faria, J. G., & Schneider, D. R. (2009). O PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPSAD-BLUMENAU E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL. *Psicol. Soc.*, 21(3), pp. 324-33.
- Figueiredo, M. D., & Onocko-Campos, R. T. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 129-138.
- Fiore, M. (2008). Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. Em B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. McRae, & H. (. Carneiro, *Drogas e cultura : novas perspectivas* (pp. 141-54). Salvador: EDUFBA.
- Foucault, M. (2011). *O Nascimento da Clínica* (7ª ed.). (R. Machado, Trad.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do Oprimido* (48ª Reimpressão ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gama, C. P., & Campos, R. O. (out/dez de 2009). Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, pp. 112-131.
- IBGE. (2016). *Dados sócio demográficos*. Acesso em 17 de Março de 2017, disponível em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): <http://www.ibge.gov.br/home/>
- Lefevre, F., & Lefevre, A. C. (2007). *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- Lopes, M. A., Lemos, T., & Schneider, D. R. (2013). *Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas*. Florianópolis: Letra Editorial.
- Lucchese, R., Oliveira, A. G., Conciani, M. E., & Marcon, S. R. (set de 2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família:

- caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), pp. 2033-2042.
- Martínez-Hernández, A. (2012). Fora de cena: a loucura, o obscuro e o senso comum. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*, 9(2), pp. 01-19.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), pp. 2297-2305.
- Merhy, E. E. (2004). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. Acesso em 03 de Agosto de 2014, disponível em [www.: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf)
- Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: o caso da integralidade. Em R. Pinheiro, & R. A. Mattos, *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 195-206). Rio de Janeiro: UERJ-IMS.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. d., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 159-164.
- Milhomem, M. G., & Oliveira, A. G. (jan/mar de 2007). O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Cogitare Enfermagem*, 12(1), pp. 101-8.
- Moreira, M. B., & Andrade, Â. N. (2007). HABITAR A CIDADE: ANÁLISE DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), pp. 46-54.
- Motta, J. J., Buss, P., & Nunes, T. M. (2001). Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico*, 8(3). Acesso em 16 de Agosto de 2014, disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>

- Nunes , M., Jucá , V. J., & Valentim , C. P. (out de 2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), pp. 2375-2384.
- Oliveira , J. M., & Passos , E. (2012). Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. *Polis e Psique*, 2 (número temático), pp. 171-187.
- Oliveira, A. B., & Miranda, L. (2015). Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar. *Contextos Clínicos*, 8(1), 99-112.
- Onocko-Campos , R. T., & Furtado , J. P. (maio de 2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), pp. 1053-1062.
- Onocko-Campos, R. T. (2001). Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Onocko-Campos, R. T. (2013). Prefácio. Em S. Paulon, & R. Neves, *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado* (pp. 7-9). Porto Alegre: Sulina.
- Onocko-Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl. 1), pp. 16-22.
- Paulon, S., & Neves, R. (2013). *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.
- Peduzzi, M., Guerra, D. A., Braga, C., Lucena, F., & Silva, J. M. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária:

concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), pp. 121-34. Acesso em 16 de Agosto de 2014, disponível em www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf

Pelisoli , C., Moreira , Â. K., & Kristensen , C. H. (novembro de 2007). Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de Saúde Mental. *Mental, ano V, n. 9*, pp. 63-78.

Penido, C. F. (2013). Apoio Matricial em Saúde Mental no contexto da Saúde Coletiva. Em S. Paulon, & R. Neves, *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado* (pp. 17-38). Porto Alegre: Sulina.

Pinto , A. G., Jorge , M. B., Vasconcelos , M. G., Sampaio , J. C., Lima , G. P., Bastos , V. C., & Sampaio , H. A. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), pp. 653-660.

Pires , R. R., & Mendes, M. A. (jan./jun de 2013). A formação do supervisor clínico-institucional: a experiência de um percurso. *Cadernos ESP, Ceará*, 7(1), 59-67.

Pollo-Araújo, M., & Moreira, F. (2008). Aspectos Históricos da Redução de Danos. Em M. Niel, D. X. Silveira, & (orgs.), *Drogas e Redução de Danos: uma Cartilha para Profissionais de Saúde* (pp. 11-19). São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a dependentes (PROAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde.

Ramaldes, C. (2015). Internação Compulsória: A luta antimanicomial versus a Lei. *Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social*. Brasília: Universidade de Brasília.

- Ratton, H. (Diretor). (1979). *Em nome da Razão - Um Filme sobre os porões da loucura* [Filme Cinematográfico]. Acesso em 28 de agosto de 2016, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=WcSmiMZlnLg>
- Sampaio, J. J., Guimarães, J. M., & Abreu, L. M. (2010). *Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará*. São Paulo: Hucitec.
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e Psicologia Clínica*. Florianópolis: Editora UFSC.
- Severo, A. d., L'Abbate, S., & Campos, R. O. (2014). A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 18(50), pp. 545-556. doi:10.1590/1807-57622013.0520
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (junho de 2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, 14(1), pp. 83-106.
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (dezembro de 2010). O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), pp. 635-647.
- Silva, G. M., Beck, C. L., Figueiredo, A. C., & Preste, F. C. (junho de 2012). O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 15(2), pp. 309-322.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada*. (2ª ed.). (L. d. Rocha, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

- Szasz, T. (1979). *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tanaka , O. Y., & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), pp. 477-486.
- Tesser , C., Garcia , A., Mascarenhas , C., & Argenta, C. (2009). *Estratégia Saúde da Família (ESF) e análise da realidade social: subsídios para as políticas de Promoção da Saúde e Educação Permanente*. Universidade Federal de Santa Catarina , Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Pública. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina - ESP/SES/SC.
- Vasconcelos, E. M. (2008a). *Abordagens Psicossociais: História, teoria e trabalho no campo* (Vol. I). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2008b). Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. Em E. M. Vasconcelos, *Abordagens Psicossociais. Volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e Lutas Populares* (pp. 27-55). São Paulo: Hucitec.

ANEXOS

Anexo 01

Autorização de Acesso aos Relatórios das Supervisões

Ao Sr. Roberto Tikanori Kinoshita
Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

Solicitamos, por meio desta, o acesso aos relatórios das supervisões clínico-institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas, com vistas a utilizar o material na investigação da pesquisa de Doutorado de Jeovane Gomes de Faria, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a, Daniela Ribeiro Schneider, intitulada “Implicações da Supervisão Clínico-Institucional para a Rede de Atenção Psicossocial para Usuários de Drogas”, que tem como objetivo: *Compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e/ou outras drogas.*

O referido projeto de pesquisa será desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, respeitando todas as pactuações e determinações éticas referentes à pesquisa com seres humanos.

Solicitamos ainda que seja preenchido, em papel timbrado da Coordenadoria de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, a declaração da instituição, em anexo, para iniciar o processo de submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

Atenciosamente,

Jeovane Gomes de Faria
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider
Orientadora

Anexo 02**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da *Área Técnica de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde*, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *Implicações da Supervisão Clínico-Institucional para a Rede de Atenção Psicossocial para Usuários de Drogas*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 456/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Brasília, 25 de setembro de 2014.

.....

NOME : Roberto Tykanori Kinoshita

CARGO: Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental,
Alcool e Outras Drogas

Anexo 03



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Curso de Doutorado**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Prezado (a) profissional da Saúde Mental,

Meu nome é **Jeovane Gomes de Faria** e estou realizando uma pesquisa na qual gostaria de solicitar sua preciosa participação. Esta pesquisa é intitulada de *“Implicações da Supervisão Clínico-institucional para a Rede de Atenção Psicossocial para Usuários de Drogas”*. Esse estudo tem por objetivo compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários de álcool e/ou outras drogas, o que propiciará o levantamento de informações que poderão auxiliar futuros estudos acerca da atenção a usuários de álcool e outras drogas, bem como a elaboração de estratégias de educação permanente para profissionais inseridos nesses serviços.

Sua participação é voluntária e anônima, isto é, suas respostas nunca serão divulgadas individualmente. Caso você aceite participar, solicito a permissão para que possa gravar e utilizar a entrevista respondida por você, sendo que apenas eu terei acesso direto às informações que forem dadas. Seu nome será omitido na divulgação dos resultados e deverá ser colocado apenas nesta página, que após o preenchimento do questionário, será destacada deste material, não permitindo sua identificação.

Os riscos do estudo são mínimos, sendo neutralizados com a manutenção do anonimato dos participantes e respectivos locais de atuação.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (47) 9656-7030 ou pelo e-mail: psijeo@yahoo.com.br. O participante também

poderá entrar em contato com o CEPSES/SC pelos telefones (48) 3212-1660 / 1644 ou pelo e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

Eu, _____, fui esclarecido a) sobre a pesquisa “*Implicações da Supervisão Clínico-institucional para a Rede de Atenção Psicossocial para Usuários de Drogas*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

(Cidade), ____/____/ 2015.

Assinatura do participante

***Aplicado em duas vias de igual teor, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador**

Anexo 04

Modelo do Questionário acerca da Supervisão Clínico-Institucional acerca de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aplicado aos supervisores *on-line*, via Plataforma Google Forms

<u>DADOS DO PARTICIPANTE</u>			
Graduação: _____			
Pós-Graduação:			
<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado
Área da Pós-Graduação (Caso se aplique): _____ _____			
Orientação Teórico-Methodológica:			
<input type="checkbox"/> Análise Institucional <input type="checkbox"/> Comportamental <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Psicanálise <input type="checkbox"/> Sistêmica <input type="checkbox"/> Nenhuma em específico <input type="checkbox"/> Outra: Especificar: _____			
Atua segundo o modelo: (pode assinalar mais de um)			
<input type="checkbox"/> Biomédico <input type="checkbox"/> Atenção Psicossocial <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outra: Especificar: _____			
Possui formação e/ou vínculo com Escola de Supervisores Clínicos-Institucionais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
A supervisão foi realizada?			
<input type="checkbox"/> Sim, totalmente <input type="checkbox"/> Sim, parcialmente <input type="checkbox"/> Não			
Tipo de CAPS supervisionado:			
<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> CAPS I <input type="checkbox"/> CAPS II <input type="checkbox"/> CAPSi <input type="checkbox"/> CAPSad <input type="checkbox"/> CAPS III <input type="checkbox"/> CAPS ad III <input type="checkbox"/> CAPSi III <input type="checkbox"/> CAPS Microrregional			

Questões acerca da Supervisão Clínico-Institucional
Responda às seguintes questões considerando o grau de concordância quanto à cada assertiva, conforme as seguintes opções:

- **Concordo totalmente;**
- **Concordo;**
- **Não concordo, nem discordo;**
- **Discordo;**
- **Discordo totalmente**

01. A supervisão clínico-institucional deve ocorrer em caráter permanente, em todos os serviços de Saúde Mental.

02. A supervisão clínico-institucional deveria ocorrer esporadicamente, com vistas a abordar problemáticas específicas do território do serviço de saúde mental.

03. A supervisão clínico-institucional deve ocorrer pelo menos uma vez na história do serviço de saúde mental, de preferência no momento de sua abertura.

04. O processo de supervisão deve ser organizado dos CAPS para os demais dispositivos da Rede de Atenção, entendendo esse serviço como o ordenador do cuidado.

05. A construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um dos objetivos maiores da supervisão clínico-institucional.

06. A constituição de um Projeto Terapêutico Institucional é dos principais objetivos da supervisão.

07. O supervisor deverá promover a discussão de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) entre o serviço de Saúde Mental e demais atores da RAPS.

08. O supervisor deve focar os trabalhos na elaboração de um projeto de clínica para o serviço de Saúde mental.

09. O supervisor deve agir como agente mediador de conflitos dentro e fora da equipe.

10. A supervisão deve inserir-se em planejamento de saúde específico de cada município.
11. A supervisão deve começar com reunião entre os atores envolvidos (Equipe local, gestão e atores intersetoriais), com vista a pactuações necessárias.
12. A supervisão deve começar com pactuações dentro do serviço de Saúde Mental, com a elaboração de estratégias para se atingir os demais atores envolvidos.
13. As ferramentas de Planejamento Estratégico em Saúde devem ser utilizadas em todas as supervisões, como norteadora dos trabalhos e consequentes produtos das atividades realizadas.
14. A temática de Álcool e Outras Drogas deve ser tema transversal da supervisão, independentemente do tipo de serviço de Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde a qual encontra-se inserido.
15. A temática de Crianças e Adolescente deve ser tema transversal da supervisão, independentemente do tipo de serviço de Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde a qual encontra-se inserido.
16. Os encontros da supervisão devem ocorrer em intervalo preestabelecido, limitando ao tempo mínimo de 15 dias e máximo de 30 dias.
17. Durante as supervisões deverão ser feitas capacitações teóricas, com uso de textos de referência e aulas expositivas.
18. A supervisão deve ser organizada a partir da orientação teórica do supervisor (Atenção Psicossocial, Psicanálise, Análise Institucional, Fenomenologia, Comportamental etc.).
19. O supervisor clínico-institucional deve ser um profissional com formação acadêmica além da graduação, de preferência com mestrado e/ou doutorado.
20. O supervisor deve conhecer procedimentos e técnicas de grupo.

21. O supervisor deve ter experiência como professor universitário e produção científica relevante.
22. A experiência profissional do supervisor em serviço deve ser pré-requisito para sua escolha.
23. Profissionais das chamadas áreas “psi” (Psiquiatria e Psicologia) são potenciais supervisores e devem ser as escolhas preferenciais quando disponíveis no território do serviço de saúde mental.
24. A participação/formação em Escola de Supervisores Clínico-Institucionais deve ser requisito para a participação em futuros editais de supervisão.
25. O supervisor deve ser escolhido a partir de sua proximidade relacional e prática com a região onde se insere o serviço de Saúde Mental.
26. A gestão municipal deve participar diretamente da escolha do supervisor.
27. Reuniões periódicas com a gestão municipal devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.
28. Reuniões periódicas com equipes intra e intersetoriais devem ocorrer para o bom andamento do processo de supervisão.
29. É importante que o supervisor participe de eventos extra supervisão no município (Palestras, conferências, simpósios, programas de rádio etc.).
30. Os municípios devem ser responsáveis pela organização, contratualização e financiamento da supervisão clínico-institucional.
31. A supervisão clínico-institucional é uma ferramenta fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
32. É necessário, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental, a criação de uma linha de financiamento permanente para a supervisão clínico-institucional.

33. Você se considera motivado a continuar ou atuar como supervisor em futuros projetos.

Deixe comentários complementares acerca do processo de Supervisão Clínico-Institucional:

Anexo 05

Roteiro para Entrevista com Supervisor

<u>DADOS DO PARTICIPANTE</u>	
Graduação: _____	
Pós-Graduação:	
<i>() Ausente () Especialização () Mestrado () Doutorado</i>	
Área da Pós-Graduação (Caso se aplique): _____	
Formação / Vínculo em Escola de Supervisores Clínicos-Institucionais:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Supervisão foi realizada?	<input type="checkbox"/> Sim, totalmente <input type="checkbox"/> Sim, parcialmente <input type="checkbox"/> Não
Tipo de CAPS supervisionado:	
<i>() Não se aplica () CAPS I () CAPS II () CAPSi () CAPSad () CAPS III () CAPS ad III () CAPSi III () CAPS Microrregional</i>	

1. Fale sobre sua formação acadêmica? Fez alguma especialização em abordagem teórica específica?
2. Fez alguma formação específica para a demanda AD e criança e adolescente? Como foi? Acha importante para o trabalho em Saúde Mental?
3. Quais as suas experiências profissionais? Já exerceu algum cargo de gestão?
4. Como você define e compreende o Modelo de Clínica em Saúde Mental? Qual sua importância na organização dos serviços assistenciais?

5. Qual a sua opinião sobre o Modelo de Atenção Psicossocial do atual processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira?
6. Fale sobre sua compreensão do processo de supervisão clínico-institucional.
7. Como você se inseriu como supervisor clínico-institucional? Quais suas experiências nesse processo?
8. Você tem alguma relação/formação com a Escola de Supervisores Clínico-Institucionais? Pode falar a respeito?
9. Como foi sua inserção no CAPS.....? Porque você foi escolhido como supervisor?
10. Quais os limitadores envolvidos no processo? E os facilitadores?
11. Quais as ferramentas que você utilizou na organização da supervisão?
12. Você pautou sua prática em alguma orientação teórica específica? Qual?
13. Como você percebeu a recepção da equipe em relação à sua proposta metodológica?
14. Quais as implicações da supervisão na equipe supervisionada? Qual o “produto” da supervisão?
15. Qual a relação da supervisão com os demais atores da RAPS do município em questão?
16. Qual a relação com a gestão municipal durante a supervisão?
17. Qual a sua opinião acerca da periodicidade do processo de supervisão?
18. Quais deveriam ser os objetivos de uma supervisão clínico-institucional?

19. Como uma supervisão poderia colaborar para o projeto de clínica institucional?
20. Como o supervisor deve agir diante da emergência de conflitos dentro e fora da equipe?
21. Como a supervisão pode se inserir nas políticas de assistência à saúde do município?
22. Qual sua opinião acerca da formação do supervisor? Deve ser uma profissional da academia ou da prática?
23. Como você avalia a logística da supervisão, considerando a relação com a gestão municipal e a Coordenação Nacional de Saúde Mental?
24. Quem deve ser responsável pela organização e financiamento da supervisão? Comente.
25. Você se considera motivado a continuar ou atuar como supervisor em futuros projetos?

Anexo 06

Roteiro para o Grupo Focal com Equipe de CAPSad

<u>DADOS DO PARTICIPANTE</u>
Tipo de CAPS:
Local:
Número de profissionais:
Tempo de existência:
Rede a qual está inserido:

1. O que vocês sabem sobre a supervisão clínico-institucional?
2. O serviço de vocês teve projeto foi contemplado pelo Edital VIII de chamada para projetos de supervisão clínico-institucional, publicado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Quem de vocês participou do processo? Podem falar sobre isso?
3. O que vocês sabem acerca da supervisão que ocorreu neste serviço?
4. Como foi elaborado o projeto de supervisão?
5. Como foi escolhido o supervisor?
6. Entre os que não participaram do processo, que percepções possuem acerca do mesmo?
7. Que tipo de ações foram desenvolvidas na supervisão?
8. Quais as implicações da supervisão na dinâmica atual do serviço? O que é feito hoje com base na supervisão ocorrida?
9. Como foi a participação da gestão municipal no processo de supervisão?
10. O grupo ou algum de vocês já participaram de algum tipo de supervisão? Podem falar a respeito?

11. Em relação à dinâmica de funcionamento atual do serviço, como são organizadas as atividades do serviço?
12. Qual o fluxo de atenção do usuário? Como ele chega ao serviço e como a atenção ao mesmo é estruturada?
13. Qual a principal demanda de vocês?
14. Quais as potencialidades do serviço? O que vocês consideram como ponto positivo na forma como as ações ocorrem no seu cotidiano?
15. Quais as dificuldades enfrentadas? Quais os pontos a melhorar? Quais as limitações?
16. Como é a relação do serviço com os demais dispositivos de atenção do município?
17. Quais as ações intersetoriais desenvolvidas?
18. Como uma supervisão poderia colaborar com a atenção ofertada por vocês? O que um supervisor poderia contribuir para o serviço?
19. O quanto vocês se sentem capacitados para atender a demanda do serviço?
20. Qual o perfil do supervisor para a demanda atual do serviço de vocês? (Teoria, experiência acadêmica e profissional etc.)
21. Como o supervisor deve agir diante da emergência de conflitos dentro e fora da equipe?
22. Vocês gostariam de passar novamente por supervisão? Quais seriam as expectativas?
- 23.** Quem dever ser o responsável pela organização e financiamento da supervisão? Comente.

24. Qual deveria ser o papel da gestão municipal na organização de futuras supervisões?